

Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique

COSINUS
COhorte pour l'évaluation des facteurs
Structurels et INdividuels
de l'USage de drogues

COSINUS éco
Évaluation économique des
salles de consommation à moindre risque

Recherche sociologique sur l'impact de la salle de
consommation à moindre risque sur la tranquillité
publique et son acceptabilité sociale

Institut de Santé Publique de l'Inserm

Mai 2021

Remerciements

À tous les participants des différentes études, sans qui cette évaluation n'aurait jamais pu avoir lieu.

À toutes les structures de réduction des risques, pour leur accueil et pour avoir contribué au recrutement des participants et à la bonne conduite de cette recherche :

- À Bordeaux : La Case et le CEID
- À Marseille et Aix en Provence : ASUD, le Bus 31/32, Casanova, l'ELF, Nouvelle Aube, le Sleep In, Villa Floréal
- À Paris : pour la majorité des usagers recrutés à l'équipe de la SCMR Gaïa (SCMR) et pour quelques usagers aux équipes du PES Gaïa, 110 Les Halles, Proses, CAARUD-Aurore Aulnay et Pierre Nicolle.
- À Strasbourg : Ithaque (CAARUD et SCMR).

À l'Institut Santé Publique de l'Inserm (ISP), Charles Persoz et Rémy Slama, et à Marion Cipriano de l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP), pour leur accompagnement et leur soutien dans ces études.

À la MILDECA, pour leur soutien financier.

Aux membres du comité scientifique chargé de l'évaluation des trois volets de la recherche, composé de Marc Bardou, Christian Ben-Lakhdar, Eric Breton, Olivier Cottencin, Helene Donnadiou-Rigole, Xavier Laqueille, Jennifer O'Loughlin, Christophe Tzourio et Frank Zobel.

Au conseil scientifique de l'étude COSINUS composé de Patrizia Carrieri, Henri-Jean Aubin, Nearkasen Chau, Maurice Dematteis, Laurent Karila, Thomas Kerr et d'un représentant de l'institut thématique de Santé Publique de l'Inserm.

Au Mésocentre de Lille, hébergé par la Direction des Systèmes d'Information de l'Université de Lille, pour la mise à disposition des moyens de calculs nécessaires à la modélisation médico-économique.

À Cristina Diaz-Gomez et l'OFDT qui ont accepté de partager des données pour l'étude COSINUS éco.

À Stanislas Spilka et Alex Brissot de l'OFDT pour la mise à disposition des données EROPP et leur contribution aux analyses sur l'acceptabilité sociale des SCMR.

Aux enquêteurs de COSINUS qui ont récolté des données de qualité avec patience et persévérance permettant le suivi de la cohorte : Gilles Bertoia, Isabelle Célerier, Carole Chauvin, Manon Chevalier, Natascia Grelli, Marie Gutowski, Naomi Hamelin, Charlotte Kervran, Sébastien Kirchherr, Mireille Lebreton et Sarah Moriceau.

Table des matières

Informations sur les recherches	9
Commanditaire	9
Investigateurs principaux de COSINUS	9
Investigateurs principaux de COSINUS éco	9
Investigatrice principale de la recherche sociologique sur l’impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale.....	10
Consortium de la recherche COSINUS.....	10
Consortium de la recherche sociologique sur l’impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale	11
Centre de méthodologie de COSINUS.....	11
Collaborateurs.trices scientifiques de la recherche sociologique sur l’impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale.....	11
Coordination COSINUS et COSINUS éco	11
Statisticiens COSINUS	12
Enquêteurs COSINUS	12
Equipe partenaire – collaboration PRIMER	12
Comité scientifique indépendant	12
Résumé.....	13
Introduction.....	17
Synthèse de l’état de l’art sur les SCMR	20
Qu’est-ce qu’une SCMR ?.....	20
Quel est l’impact des SCMR sur la santé des PQIS ?	21
Pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC.....	21
Overdoses	22
Pratiques d’injection	23
Accès aux soins et aux médicaments de l’addiction aux opiacés (méthadone, buprénorphine, autres)	23
Quel est l’impact des salles de consommation sur les nuisances publiques ?.....	24
Injection dans l’espace public	24
Violences, trafic et délits.....	24
Les salles de consommation sont-elles coût-efficaces ?.....	25
Apport des évaluations françaises.....	25

COSINUS	28
Objectifs	29
Méthodologie	29
Choix de la méthode d'échantillonnage et calcul de l'échantillon	29
Critères d'inclusion et d'exclusion	30
Choix des lieux de passation du questionnaire	30
Contenu du questionnaire	31
Taux d'attrition, fréquence et facteurs associés aux perdus de vus	32
Cadre théorique	34
Construction de la variable d'intérêt principal	35
Méthodes d'analyse	37
Description de la population	39
Description de l'ensemble de la population à l'inclusion	39
Description de la population selon la ville	40
Description de la population en termes d'exposition ou non à la SCMR	43
Équation de première étape	46
Analyse principale : pratiques à risque de transmission du VIH et VHC.....	49
Objectif de l'analyse.....	49
Construction de la variable d'intérêt principal	49
Description des pratiques à risque en fonction de la variable d'exposition	49
Analyse multivariée.....	50
Abcès	52
Objectif de l'analyse.....	52
Construction de la variable d'intérêt « abcès »	52
Description du lien entre la SCMR et les abcès	52
Analyse multivariée.....	53
Overdoses non fatales	56
Objectif de l'analyse.....	56
Construction de la variable d'intérêt « overdoses ».....	56
Description du lien entre la SCMR et les overdoses non fatales	56
Analyse multivariée.....	57
Passages aux urgences.....	60
Objectif de l'analyse.....	60
Étude du lien entre la SCMR et les passages aux urgences	60
Analyse multivariée.....	61
Médicaments de l'addiction aux opiacés	63
Objectif de l'analyse.....	63
Construction de la variable d'intérêt « Prescription d'un médicament de l'addiction aux opiacés »	63
Sélection de l'échantillon	63
Description du lien entre SCMR et accès à un médicament de l'addiction aux opiacés prescrit.....	64
Analyse multivariée.....	65
Accès aux soins de ville : visite chez un médecin généraliste ou spécialiste	67
Objectif de l'analyse.....	67
Construction de la variable d'intérêt « Accès aux soins de ville ».....	67
Description du lien entre SCMR et accès aux soins de ville.....	68
Analyse multivariée.....	68
Dépistage de l'hépatite C.....	71
Objectif de l'analyse.....	71
Construction de la variable d'intérêt « Dépistage récent de l'hépatite C »	71
Sélection de l'échantillon	71

Description du lien entre SCMR et dépistage récent de l'hépatite C	72
Analyse multivariée	72
Délits	75
Objectif de l'analyse	75
Construction de la variable d'intérêt « Délit »	75
Description du lien entre l'exposition à la SCMR et les délits récents	75
Analyse multivariée	76
Injection dans l'espace public	78
Objectif de l'analyse	78
Construction de la variable d'intérêt principal	78
Description de l'injection dans l'espace public en fonction de la variable d'exposition	79
Analyse multivariée	79
Volonté d'utiliser la SCMR et opinion sur celle-ci	82
Objectif de l'analyse	82
Description de la volonté d'utiliser une SCMR	82
Méthode	84
Analyse en composantes multiples	86
Classification Ascendante Hiérarchique	88
Discussion et limites	92
Collaboration internationale – étude PRIMER	94
Valorisation scientifique	95
Article publié en lien direct avec la SCMR	95
Article publié à partir des données de la cohorte COSINUS, mais ne portant pas sur l'efficacité de SCMR	95
Article publié dans le cadre la collaboration PRIMER	95
Articles en cours d'écriture et à venir	95
<i>COSINUS éco</i>	97
Objectifs	98
Méthodes	98
Scénarios	98
Critères de jugement	99
Population	99
Modèle	101
Paramètres	106
Utilités	108
Coûts	109
Ratio coût-efficacité	111
Analyses de scénarios et analyses de sensibilité	111
Résultats	112
Analyse principale	112
Analyses de scénarios	117
Analyses de sensibilité	117
Discussion et limites	120

<i>La recherche sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale.....</i>	123
<i>Introduction de la partie sociologique</i>	124
Contexte socio-historique d'implantation des SCMR	124
Méthodologie générale	126
<i>Chapitre 1. Les salles de consommation à moindre risque : une comparaison des enjeux d'acceptabilité sociale à travers le temps, les espaces et les acteurs engagés dans le débat public français.....</i>	128
1. Contexte socio-historique d'émergence des SCMR dans le débat français	128
2. Cadre théorique d'analyse	131
3. Méthodologie	132
4. Résultats de l'analyse de la presse	135
4.1 Le contexte socio-politique de l'émergence du débat public sur les SCMR en France : une chronologie des principaux événements	135
4.2. La sphère professionnelle : resituer la controverse autour des SCMR dans le débat plus général sur la réduction des risques en France — une approche généalogique	136
4.3. La politique française : le spectre du laxisme et du prosélytisme de l'usage de drogues.....	139
4.4 La sphère du quotidien : des interactions complexes entre riverains et usagers de drogues, sur lesquelles pèse la crainte d'une marginalisation	141
4.5 Les usagers de drogues exclus des arènes du débat public	144
5. Discussion	145
Synthèse des résultats.....	148
<i>Chapitre 2. Présentation du secteur d'implantation de la SCMR</i>	150
1. Replacer le secteur dans son contexte géographique.....	150
2. Implanter la salle dans un lieu pertinent pour les usagers	155
<i>Chapitre 3. Évolution des traces de consommations dans l'espace public – une étude écologique</i>	159
1. Méthodologie d'analyse des traces de consommation dans l'espace public	159
1.1. Définition des traces de consommation et du périmètre d'étude	159
1.2. Organisation du recueil des données.....	161
1.3. Le codage des données et leur organisation sur une base	161
2. Analyse des traces de consommations dans l'espace public.....	162
3. Résultats des analyses	163
3.1. Une baisse sensible des traces de consommations dans l'espace public	163
3.2. Analyse sans la donnée (pic) de la semaine du 19 septembre 2016.....	165
3.3. Prise en compte des paramètres météorologiques et de l'ouverture de la salle	166
Synthèse des résultats.....	167
<i>Chapitre 4. Perception des professionnels sur la salubrité et la tranquillité publique.....</i>	170
1. Construction de l'échantillon des parties prenantes interrogées riverains	170
1.1. La perception des riverains : comprendre l'acceptabilité sociale de la SCMR.....	170
1.2. Modalités de sélection des professionnels interrogés.....	171
1.3. Conditions de réalisation des entretiens et thématiques abordées	172
1.4. Analyse des entretiens	173

2. Composer avec l'usage de drogues dans son quotidien professionnel	174
2.1. Une confrontation à l'usage de drogues avant l'installation de la salle	174
2.2. Développer des compétences pour gérer l'usage de drogues sur les espaces professionnels ...	177
2.3. Les usagers de drogues : l'expression d'un sentiment d'insécurité mais peu d'agressions physiques rapportées.....	180
3. L'impact de l'usage de drogues sur les espaces professionnels et son évolution depuis l'installation de la SCMR	182
3.1. Une baisse sensible des traces de consommations sur la voirie et dans les sanisettes	182
3.2. Une situation fluctuante dans les jardins qui date d'avant l'installation de la salle	186
3.3. Dans les parkings souterrains : une baisse des seringues et des intrusions qui s'expliquent par des travaux de sécurisation	189
3.4. Au sein de la gare du Nord : des constats mitigés.....	191
Synthèse des résultats	195

Chapitre 5 : Analyse socio-anthropologique de l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale – Focus sur les riverains et triangulation des données avec les sources policières et les pratiques et perceptions des policiers, des professionnels de santé et de réduction des risques, des politiques et des usagers de drogues..... 197

1. Introduction.....	197
1.1. Dépasser l'aspect polémique de la controverse mise en évidence par le débat médiatique pour se centrer sur une analyse microsociologique des expériences et des perceptions de la SCMR et de ses impacts	197
1.2. Synthèse des arguments.....	199
1.3. Une attente importante de la part des riverains de la prise en compte de leur expérience.....	200
2. Les positionnements des « riverains en défaveur de la SCMR » et qui analysent l'impact de la SCMR comme étant négatif sur la tranquillité publique du quartier.....	202
2.1. L'opposition à la SCMR publiquement incarnée par le collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord	202
2.2. Se positionner contre la SCMR en zone résidentielle, sans être défavorable au principe de santé publique de réduction des risques.....	203
2.3. Une SCMR qui a un effet d'attraction sur la présence des usagers dans le quartier, la crainte de « l'effet pot de miel ».....	206
2.4. La présence de dealers	208
2.5. La persistance des actes d'injection dans l'espace public et des seringues abandonnées dans la rue	209
2.6. Les incivilités liées aux « hurlements » et à la mendicité.....	211
2.7. Les enjeux de salubrité publique : propreté et incivilités	212
2.8. Craintes concernant l'image et la réputation du quartier	214
2.9. Des plaintes qui ont à voir avec le fait de vivre dans un quartier relégué et abandonné des pouvoirs publics	215
2.10. Une collusion/confusion des publics	216
2.11. Ne pas se sentir protégé par la police	218
2.12. Ne pas être écouté par les pouvoirs publics	219
3. Les arguments mentionnés par les riverains en faveur de la SCMR.....	224
3.1. Les collectifs en faveur de la SCMR, de plus en plus présents dans les instances où se mène le débat public	224
3.2. La présence d'usagers dans le quartier identifiée avant l'implantation de la SCMR	225
3.3. Pas d'augmentation de la présence des usagers suite à l'implantation de la SCMR – un sentiment global de sécurité.....	226
3.4. Être gêné par d'autres publics dans le quartier, sans lien avec la SCMR	228
3.5. La perception d'une amélioration de la situation du quartier après implantation	228
3.6. Pas d'agressivité de la part des usagers : des représentations à la réalité vécue	230

3.7.	Se sentir rassuré que les usagers soient pris en charge. L'établissement de liens de confiance avec l'association Gaïa et l'implantation du projet au sein de l'hôpital.....	231
3.8.	S'informer et échanger avec les partenaires dont la mairie, se sentir partie prenante du projet	235
3.9.	Améliorer son niveau d'information, être sensibilisé aux données de la littérature scientifique disponibles, se documenter au sujet des expériences étrangères.....	237
3.10.	Un devoir d'humanité.....	239
3.11.	La nécessité d'élargir les horaires d'ouverture et d'ouvrir de nouvelles SCMR	243
4.	Mises en contexte et en perspective	244
4.1.	Mise en perspective des positionnements au delà de l'opposition pour/contre la SCMR. Les évolutions des positionnements des « attentistes	244
4.2.	La professionnalisation et la politisation des positions des riverains dans les collectifs	247
4.3.	Caractéristiques socio-démographiques associées aux positionnements face à la SCMR	248
4.4.	Confrontation avec les entretiens police et professionnels de santé et de réduction des risques : description de la situation avant l'implantation de la SCMR.....	249
4.5.	Une diminution des injections dans l'espace public, mais de nouvelles configurations d'occupation de l'espace public.....	254
4.6.	Mise en perspective des données relatives à la délinquance dans la zone géographique de la SCMR – données quantitatives produites par le commissariat du 10 ^{ème} arrondissement et entretiens semi-directifs avec les agents de police.....	257
4.7.	Le bilan de la SCMR présenté par les acteurs de la mairie du 10 ^{ème}	265
4.8.	La crainte de la dégradation du quartier qui pourrait être accompagnée d'une dévaluation du prix des appartements	267
4.9.	La dégradation de la situation depuis la pandémie de COVID-19 – Confrontation des perspectives entre les riverains et avec les expériences et perceptions de certains riverains et les professionnels de santé et de réduction des risques : entre sentiment d'impunité et empathie	269
4.10.	Divergences d'interprétations sur une potentielle augmentation de la présence de seringues et du sang dans l'espace public observée depuis la pandémie de COVID-19	272
4.11.	Positionnements face à la SCMR et positionnements face aux débats sur la prise en charge des addictions et les politiques des drogues.....	275
	Conclusion et synthèse	280
	Chapitre 6. Analyse de l'enquête EROPP (Enquête sur les représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes) – Edition 2018	281
1.	Méthodologie	281
1.1.	L'enquête EROPP	281
1.2.	Recodage des variables	282
1.3.	Informations générales sur les salles de consommation	282
2.	Connaissances des Français sur l'existence des salles de consommation	284
2.1.	Variables sociodémographiques	284
2.2.	Opinions/perceptions	286
3.	Adhésion des Français aux salles de consommation	287
3.1.	Caractéristiques sociodémographiques	287
3.2.	Opinions/perceptions	288
3.3.	Expérimentations et usages de produits	289
4.	Adhésion à l'ouverture de salles de consommation dans d'autres villes françaises	290
4.1.	Variables sociodémographiques	290
4.2.	Opinions/perceptions	292
5.	Acceptation de la mise en place d'une salle de consommation dans son quartier	293
5.1.	Variables sociodémographiques	293
5.2.	Opinions/perceptions	294
5.3.	Expérimentations et usages	296

6. Analyse spatiale	298
6.1. Analyse des correspondances multiples	298
6.2. Classification ascendante hiérarchique	300
Synthèse et conclusion	302
<i>Synthèse et conclusion de la recherche sociologique</i>	<i>303</i>
<i>Conclusions générales</i>	<i>306</i>
<i>Table des tableaux, figures et encadrés</i>	<i>309</i>
COSINUS	309
COSINUS éco	311
Recherche sociologique	312
<i>Bibliographie</i>	<i>314</i>
Références COSINUS et COSINUS éco	314
Références recherche sociologique	322
<i>Annexes COSINUS</i>	<i>328</i>
Tableau A1 : Caractéristiques des groupes par suivi (N=1463 observations, n=664 participants) 	328
Figure A1. Fréquences des participants qui ont déclaré souhaiter utiliser une SCMR par suivi et par groupe d'exposition (n(%)), étude COSINUS (N=1463 visites, n=665 participants)	333
<i>Annexes COSINUS Eco</i>	<i>336</i>
Tableau A3 : Liste complète des paramètres du modèle	336
Tableau A4 : Mortalité (/1000 individus) en France en fonction de l'âge et du sexe (Taux de mortalité par sexe et âge, s. d.).....	339
<i>Annexes recherche sociologique</i>	<i>340</i>
Image A5. Les traces de consommation à moindre risques incluses dans le recensement	340
Tableau A6. Les professionnels, riverains, usagers de drogues et politiques interrogés dans le volet socio-anthropologique	341
Tableau A7. Prix de vente médian des appartements anciens par quartiers.....	347

Informations sur les recherches

Commanditaire

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).

Investigateurs principaux de COSINUS

Marc Auriacombe - MD - PhD - PU - PH
CNRS USR 3413, SANPSY / Université de Bordeaux
121 rue de la Béchade CS 81285, 33076 Bordeaux Cedex
05 56 56 17 38 – marc.auriacombe@u-bordeaux.fr

Marie Jauffret-Roustide - PhD - chargée de recherche Inserm
Cermes3 (Inserm U988/CNRS UMR 8236/EHESS/Université Paris Descartes),
45 rue des saints pères, 75006 Paris
06 10 55 32 87 – marie.jauffret-roustide@inserm.fr

Laurence Lalanne - MD - PhD - PU - PH
Inserm U1114, Pole de Psychiatrie Santé Mentale Addictologie, Clinique Psychiatrique
1 place de l'hôpital, 67000 Strasbourg
03 88 11 66 55 - laurence.lalanne@chru-strasbourg.fr

Perrine Roux – PharmD - PhD - chargée de recherche Inserm
SESSTIM, Inserm U1252
19-21 boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille
04 13 73 22 78 – perrine.roux@inserm.fr

Investigateurs principaux de COSINUS éco

Sylvie Boyer – PhD - Enseignante Chercheuse Aix Marseille Université
SESSTIM, Inserm UMR1252,
19-21 boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille
04 13 73 22 72 – sylvie.boyer@inserm.fr

Anthony Cousien – PhD
SESSTIM & IAME, Inserm U1252 & U1137
8 rue Jean Walter, 59000 Lille
06 78 32 16 39 – anthony.cousien@inserm.fr

Perrine Roux – PharmD - PhD - chargée de recherche Inserm
SESSTIM, Inserm U1252

19-21 boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille

04 13 73 22 78 – perrine.roux@inserm.fr

Investigatrice principale de la recherche sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale

Marie Jauffret-Roustide - PhD - chargée de recherche Inserm, sociologue et politiste

Cermes3 (Inserm U988/CNRS UMR 8236/EHESS/Université Paris Descartes),

45 rue des saints pères, 75006 Paris

06 10 55 32 87 – marie.jauffret-roustide@inserm.fr

Consortium de la recherche COSINUS

La recherche COSINUS s'effectue sous la responsabilité d'un consortium de recherche. Ce consortium est constitué :

- des quatre investigateurs (M. Auriacombe, M. Jauffret-Roustide, L. Lalanne, et P. Roux)
- de deux chercheurs associés (P. Carrieri et J.M. Danion)
- d'un conseil scientifique (H.J. Aubin, N. Chau, M. Dematteis, L. Karila, T. Kerr et un représentant de l'institut thématique de Santé Publique de l'Inserm).

L'instance décisionnelle est constituée des quatre investigateurs, c'est le comité de pilotage ; les autres instances sont des instances de conseil. Ainsi, les différents partenaires académiques sont les suivants :

- L'équipe Addiction et psychiatrie du Laboratoire Sanpsy CNRS USR 3413 (directeur : Marc Auriacombe) à Bordeaux représentée par Marc Auriacombe (investigateur),
- L'équipe CERMES3 de l'unité mixte INSERM U988 (directeur : Jean-Paul Gaudillière) à Paris représentée par Marie Jauffret-Roustide (investigatrice),
- L'unité Inserm U1114 et CHRU de Strasbourg (directrice : Anne Giersch) représentée par Laurence Lalanne (investigatrice) et le Professeur Jean-Marie Danion (chercheur associé),
- L'équipe SESSTIM (responsable d'équipe Bruno Spire) de l'unité mixte INSERM U1252 (directeur Roch Giorgi) à Marseille représentée par Perrine Roux (investigatrice) et Patrizia Carrieri (chercheuse associée),
- L'unité Inserm U1018 (directeur : Bruno Falissard) à Paris représentée par Narkasen Chau et Henri-Jean Aubin,
- Le CHU Grenoble Alpes (directrice : Monique Sorrentino) représenté par Maurice Dematteis,
- L'unité Inserm U1000 (directeur : Jean-Luc Martinot) à Paris représentée par Laurent Karila,
- Le British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS (directeur : Julio Montaner) représentée par Thomas Kerr,
- L'Institut de Santé Publique.

Consortium de la recherche sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale

Equipe projet Cermes 3 (Inserm U988/CNRS UMR 8211/EHESS/Université de Paris) :

- Marie Jauffret-Roustide, sociologue, chargée de recherche Inserm, responsable scientifique
- Isabelle Cailbault, psychologue sociale, ingénieure d'études
- Carole Chauvin, assistante de recherche
- Estelle Filipe, ingénieure d'études en sciences sociales
- Candy Jangal, géographe, ingénieure de recherche
- Mireille Le Breton, enquêtrice

Avec la collaboration de Christine Calderon, retranscription des entretiens, de Lucie Bonhomme-Kraepiel pour les entretiens réalisés avec les commerçants et de Marion Thurn, contribution à la codification des traces de consommation.

Centre de méthodologie de COSINUS

Gwenaëlle Maradan, responsable logistique

SESSTIM - INSERM U1252 - ORS PACA

Faculté de médecine, 27 boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille

04 13 73 22 55 – gwenaelle.maradan@inserm.fr

Collaborateurs.trices scientifiques de la recherche sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale

Viet Chi Tran, mathématicien, professeur à l'université Paris Est-Marne la Vallée

Cécilia Comelli, géographe, post-doctorante, PASSAGES

David Herzberg, historien, professeur à Buffalo University of Social Sciences, NY, USA

Esben Houborg, sociologue, professeur à Copenhagen University of Social Sciences, Danemark

Stanislas Spilka, responsable du service des grandes enquêtes, OFDT

Alex Brissot, chargé d'études, OFDT

Mathieu Zagrodski, politiste, consultant, CESDIP

Coordination COSINUS et COSINUS éco

Laélia Briand Madrid, ingénieure d'étude

SESSTIM, Inserm U1252

19-21 boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille

04 13 73 22 98 – laelia.briand-madrid@inserm.fr

Statisticiens COSINUS

Cécile Donadille, ingénieure d'études en statistiques appliquées aux sciences sociales au SESSTIM

Sébastien de Dinechin, ingénieur d'études statistiques appliquées aux sciences sociales au Cermes3

Avec la collaboration de Camélia Protopopescu, ingénieure de recherche au SESSTIM

Enquêteurs COSINUS

Site de Paris : Carole Chauvin, Mireille Lebreton

Site de Marseille : Gilles Bertoia, Isabelle Célerier, Natascia Grelli, Marie Gutowski

Site de Bordeaux : Charlotte Kervran, Sarah Moriceau, Manon Chevalier

Site de Strasbourg : Naomi Hamelin, Sébastien Kirchherr

Equipe partenaire – collaboration PRIMER

Daniel Werb, chercheur en Santé publique, Division of Global Public Health, University of California, San Diego

Comité scientifique indépendant

Le travail des équipes de recherche a été évalué par un comité scientifique indépendant composé de Christian Ben-Lakhdar (Université de Lille) et Marc Bardou (CHU Dijon) qui en ont assuré la présidence, Eric Breton (EHESP), Olivier Cottencin (CHRU Lille), Helene Donnadiou-Rigole (CHU Montpellier), Xavier Laqueille (CH Saint-Anne), Jennifer O'Loughlin (Université de Montréal), Christophe Tzourio (Bordeaux Population Health) et Frank Zobel (Addictions Suisse).

Résumé

Introduction : La situation épidémiologique des personnes qui injectent des substances (PQIS) vis-à-vis du virus de l'hépatite C (VHC) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) appelle aujourd'hui à de nouveaux moyens de prévention et de soins. Dans ce contexte, les acteurs de terrain des structures de proximité (CAARUD) ont plébiscité l'ouverture des salles de consommation à moindre risque (SCMR) en France ce qui a permis le démarrage d'une expérimentation autour de l'ouverture en 2016 de deux SCMR, à Paris et Strasbourg. L'évaluation de cette expérimentation repose sur une approche pluridisciplinaire (épidémiologie, santé publique, économie de la santé et sociologie) qui se décline en trois volets : i) le premier porte sur **l'évaluation de son efficacité** sur la réduction des pratiques à risque VIH et VHC et sur plusieurs autres indicateurs de santé à partir de la mise en place d'une cohorte de PQIS (étude COSINUS) ; ii) le second porte sur son **évaluation économique** à travers la conduite d'une étude coût-efficacité s'appuyant sur les outils de la modélisation pour estimer l'efficacité, le coût et le coût-efficacité des SCMR sur le long terme (étude COSINUS éco) ; iii) le troisième porte sur **l'acceptabilité sociale de la SCMR** et son impact sur la tranquillité publique qui inclut une analyse du débat médiatique, une étude écologique sur les traces de consommation dans l'espace public, une recherche socio-anthropologique sur l'expérience et les perceptions de parties prenantes et une analyse quantitative des données EROPP (Enquête sur les représentations, les opinions et les perceptions des psychotropes).

Méthodes : La méthodologie de ce programme de recherche s'appuie sur un ensemble de méthodes variées et complémentaires. **L'étude COSINUS** s'appuie sur les données d'une cohorte prospective multicentrique, ayant inclus 665 PQIS dans 4 villes (Bordeaux, Marseille, Paris et Strasbourg), suivies pendant 12 mois. Des questionnaires ont été administrés en face-à-face auprès des PQIS à l'inclusion, 3 mois, 6 mois et 12 mois de suivi. Afin d'évaluer l'impact des SCMR sur différents critères d'efficacité (pratiques à risque VIH-VHC, abcès, overdoses non fatales, passages aux urgences, injection dans l'espace public, ...), deux groupes de participants ont été définis dans l'analyse selon leur fréquentation des SCMR : pas ou peu de fréquentation versus fréquentation moyenne ou haute. Des analyses statistiques ont permis de mesurer l'effet de l'exposition à la SCMR sur les différents critères tout en ajustant sur les autres facteurs qui pourraient influencer ces critères. **L'étude COSINUS éco** repose sur le développement d'un modèle stochastique, individu-centré et à temps continu permettant de simuler sur le long terme les effets et les coûts des SCMR à Paris et Strasbourg. Ce modèle intègre l'impact des SCMR sur les différents critères mesurés dans la cohorte COSINUS. Les données de la cohorte COSINUS ont également été complétées par des données issues de la littérature et des registres des SCMR. Le coût des SCMR a été évalué à partir de la documentation financière et comptable de ces SCMR. Le modèle construit et calibré sur ces données a permis d'évaluer le rapport coût-efficacité des SCMR, par rapport la situation sans SCMR. **L'étude sociologique** sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale s'appuie sur une méthodologie mixte incluant : une analyse de la presse nationale et locale, de 1990 à 2018 à partir de 1751 articles, une étude écologique sur les traces de consommation dans l'espace public s'appuyant sur des observations ethnographiques dans l'espace public et une modélisation mathématique de l'impact avant/après SCMR, une recherche socio-anthropologique à partir d'entretiens

semi-directifs menés auprès de 160 parties prenantes (riverains, commerçants, usagers, professionnels de la réduction des risques, personnel hospitalier, police, justice, acteurs politiques locaux et nationaux), menée de 2013 à 2021, une analyse quantitative des opinions vis-à-vis des SCMR à partir des données de l'enquête EROPP (édition 2018) a été menée en collaboration avec l'OFDT.

Résultats : **Les résultats de la cohorte COSINUS** (n=665) montre que les participants avaient un âge médian de 38 ans et que 20% étaient des femmes. A l'inclusion, 43% occupaient un logement très précaire (dans la rue, squat, voiture) et 20% avaient un emploi. L'injection quotidienne de substances était pratiquée par 60% des participants et le partage du matériel d'injection usagé par 18%. Un quart des PQIS de l'étude déclarait être infecté par le VHC et 5,4% par le VIH. Concernant l'efficacité des SCMR, les résultats des analyses montrent que le groupe des PQIS exposé à la SCMR (fréquentation moyenne ou haute de la SCMR) a moins de risque de déclarer des pratiques à risque (échange de matériel d'injection usagé), de déclarer des abcès, d'avoir eu une overdose non fatale, d'aller aux urgences, de s'injecter dans l'espace public et de commettre des délits en comparaison à ceux qui avaient une fréquentation basse ou pas de fréquentation de la SCMR. A l'inverse, ils ont moins de chances d'avoir eu une visite chez un médecin généraliste ou spécialiste (médecine de ville) par rapport au groupe non exposé au SCMR. Les analyses ne montrent pas de différences significatives entre les groupes pour l'accès à un médicament de l'addiction aux opiacés et le dépistage du VHC. **L'étude COSINUS éco** estime que sur une période de 10 ans à partir de l'ouverture des SCMR, les SCMR de Paris et de Strasbourg permettrait d'inclure, respectivement, 2 997 et 2 971 PQIS et d'éviter 6% des infections VIH et 11% des infections VHC, mais surtout 69% des overdoses, 71% des passages aux urgences et 77% des abcès et des endocardites associées. La réduction de l'incidence de ces événements se traduirait par 22 et 21 décès évités sur 10 ans pour la SCMR de Paris et de Strasbourg, respectivement. La balance des coûts médicaux est au global en faveur des SCMR, avec un total de 6.0/5.1 millions d'euros de coûts médicaux évités pour la SCMR de Paris/Strasbourg, particulièrement grâce aux coûts évités associés aux passages aux urgences (Paris : 3.5 / Strasbourg : 3.1 millions d'euros) et aux endocardites évités (Paris : 1.7 / Strasbourg : 1.5 millions d'euros). En prenant en compte les coûts d'aménagement, d'équipement et de fonctionnement des SCMR, le rapport coût-efficacité est de 24 700 euros/QALY pour la SCMR de Paris et 7 700 euros/QALY pour la SCMR de Strasbourg. Dans le scénario alternatif consistant à ajouter un espace de consommation à un CAARUD existant, le rapport coût-efficacité est estimé à 15 900 euros/QALY pour la SCMR de Paris et 1 400 euros/QALY gagnée pour la SCMR de Strasbourg. **Les résultats de l'enquête sociologique** mettent en évidence que les SCMR font désormais l'objet d'un consensus public concernant la sphère professionnelle des acteurs de la prise en charge des addictions et de la RdR, selon l'analyse de la presse. Le débat s'est actuellement déplacé dans le champ des politiques et des riverains, la parole accordée aux usagers dans ce débat étant encore peu visible. L'étude écologique sur les traces de consommation dans un périmètre géographique proche de la SCMR parisienne met en évidence une diminution significative des seringues abandonnées dans l'espace public après l'implantation de la SCMR en 2016, le nombre de seringues dans l'espace public ayant été divisé par 3 sur la période avant/après, dont une baisse de 55% attribuable directement à la SCMR toutes choses égales par ailleurs. Concernant la tranquillité

publique, au-delà de l'analyse écologique, les données collectées auprès de la police mettent en évidence que le quartier de la SCMR n'est pas considéré comme particulièrement problématique en termes de délinquance depuis l'installation de la SCMR, en comparaison avec les autres arrondissements du 10^{ème} arrondissement. Concernant l'acceptabilité sociale et l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique, les expériences et perceptions des riverains sont très diverses et les arguments entre les partisans et les opposants se sont renforcés au cours de l'expérimentation, principalement en lien avec l'existence de collectifs de riverains qui se sont emparés du sujet de la SCMR et en ont fait, de part et d'autres, un combat à dimension personnelle et politique. Les entretiens menés avec les usagers confirment l'amélioration de leurs conditions d'injection depuis la mise en place de la SCMR et la diminution de leurs injections dans l'espace public. La SCMR leur permet de bénéficier d'un espace protecteur et d'être moins stigmatisés. Les résultats de l'enquête EROPP menée en population générale au niveau national mettent en évidence une adhésion aux SCMR : 80% des Français sont favorables au principe des SCMR et 55% se déclarent prêts à ce qu'une SCMR ouvre dans leur quartier. Cette adhésion a fortement augmenté, en comparaison aux éditions précédentes de l'enquête EROPP, même en prenant en compte l'évolution de la formulation des questions entre les éditions 2013 et 2018.

Discussion : Les résultats issus de ce programme de recherche apportent de nombreux éléments favorables au déploiement des SCMR tout en pointant des difficultés et des améliorations à mettre en œuvre. Ces éléments concernent à la fois la santé des PQIS mais aussi la valeur économique des SCMR et ses effets sur l'environnement immédiat. Les résultats de la cohorte suggèrent que l'accès aux SCMR permet d'améliorer la santé des PQIS non seulement vis-à-vis des infections VIH et VHC mais aussi d'autres critères de santé qui les touchent fréquemment comme les complications cutanées et les overdoses non fatales. Ils montrent aussi, en partie grâce à ces effets sur la santé, une diminution des passages aux urgences. Les résultats suggèrent aussi un impact positif sur la réduction des délits et de l'injection dans l'espace public, confirmés par l'enquête sociologique. La modélisation coût-efficacité met en évidence un impact relativement modeste de la SCMR en termes d'infections VIH et VHC évitées, mais un impact important en termes d'abcès, endocardites, overdoses et passages aux urgences évitées. Bien que la présence des SCMR entraîne un surcoût pour la prise en charge des infections VIH (la mortalité évitée par overdoses ou endocardites prolonge la durée de vie des individus infectés par le VIH et donc les soins associés), celles-ci permettent au final d'éviter des coûts médicaux importants (soit environ 11 millions d'euros sur 10 ans), notamment du fait des passages aux urgences et des endocardites évitées. Le rapport coût-efficacité des SCMR de Paris et Strasbourg se situe à un niveau habituellement considéré comme coût-efficace au regard du seuil d'une fois le PIB/habitant recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé ainsi que du ratio coût-efficacité obtenu par d'autres interventions considérées comme coût-efficaces en France. Un modèle d'intervention consistant à ajouter des espaces de consommation à des CAARUD et des CSAPA existants permettrait d'améliorer encore le rapport coût-efficacité de cette intervention. Par ailleurs, une analyse de sensibilité probabiliste a été conduite de façon à prendre en compte les incertitudes portant sur les paramètres clés, ainsi que l'incertitude engendrée par la petite taille de la population et la faible incidence de certains événements. Il convient également de souligner que certains effets potentiels positifs des

SCMR (comme l'amélioration de la qualité de vie des PQIS et la réduction du risque d'infections qui touchent les PQIS et représentent des coûts médicaux significatifs) ne sont pas pris en compte dans le modèle en raison de l'absence de données. L'inclusion de ces effets dans le modèle contribuerait à diminuer le ratio coût-efficacité, et donc renforcerait les conclusions précédentes. En ce sens, nos analyses et les conclusions qui en découlent sont conservatrices et suggèrent avec confiance que les SCMR seraient une intervention efficace dans le contexte français. Les résultats de la recherche sociologique mettent en évidence une amélioration globale de la physionomie du quartier et une augmentation de l'acceptabilité sociale des SCMR au cours du temps. Toutefois, la persistance d'injections dans l'espace public et de confrontations entre les parties prenantes nécessiterait un travail de médiation approfondi, afin d'optimiser l'impact de la SCMR sur la tranquillité et la sécurité publique. Ainsi, ces résultats plaident en faveur d'une extension de ces SCMR, qui pourraient être aussi proposées dans des structures existantes, en adaptant les services et le fonctionnement à la réalité des usagers.

Introduction

La situation épidémiologique des personnes qui injectent des substances (PQIS) vis-à-vis du virus de l'hépatite C (VHC) et du VIH appelle aujourd'hui à de nouveaux moyens de prévention et de soins, particulièrement pour les plus précarisés et en marge du système de santé. L'expertise collective INSERM sur la réduction des risques (RdR) publiée en 2010 a souligné l'importance d'évaluer les dispositifs existants (INSERM, 2010). Il apparaît que, malgré l'existence de dispositifs de prévention et de soins en France, une proportion importante de PQIS présente des pratiques à risque de transmission du VHC et du VIH (Jauffret-Roustide et al., 2013). Ce constat suggère qu'il est nécessaire de renforcer les dispositifs existants comme les programmes d'échange de seringues, assurer l'accès élargi aux médicaments de l'addiction aux opiacés et développer des outils innovants pour lutter contre l'épidémie de VHC chez les usagers de substances. **Les données issues des travaux réalisés à l'étranger montrent que des outils de prévention et de RdR comme les Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR) permettraient de diminuer les pratiques à risque, d'améliorer la santé des PQIS et de diminuer les troubles à l'ordre public** (Kennedy et al., 2017). Les SCMR (aussi appelées local d'injection ou centre d'injection supervisé dans d'autres pays francophones) sont des structures de soins de santé encadrées par du personnel qualifié qui permettent aux usagers de substances de consommer dans des conditions plus sûres (par injection ou par inhalation). Elles sont aujourd'hui largement présentes en Europe – certaines depuis plus de 30 ans – avec plus de 80 salles réparties dans 9 pays.

En 2012, la MildT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie aujourd'hui MILDECA) sollicitait le SESSTIM, le CERMES3 et SANPSY pour conduire l'évaluation des SCMR qui sera adossée à l'expérimentation nationale. De cette demande, naît le projet SIMES (Salles d'Injection Médicalement Supervisée) englobant à la fois un projet d'évaluation longitudinale auprès des PQIS, une étude d'acceptabilité auprès des riverains et une enquête géographique. A cet effet, une visite du site de Vancouver est programmée et Perrine Roux, co-investigatrice du projet, part à la rencontre des chercheurs de l'équipe de Vancouver du British Columbia Center of Substance Use (BCCSU) (Thomas Kerr et Will Small, initiateurs de l'évaluation de la SCMR de Vancouver) et visite la salle de consommation Insite. Ce début de collaboration permet à l'équipe de COSINUS d'obtenir les outils de recueil de données du volet cohorte et acceptabilité sociale. Thomas Kerr, chercheur au BC Center on HIV, fera partie ensuite du conseil scientifique de COSINUS. Depuis 2020, Marie Jauffret-Roustide est accueillie comme Affiliate Research Scientist au BCCSU afin de poursuivre des travaux de comparaison internationale France-Canada sur la dimension sociologique de l'évaluation des SCMR.

Ce programme de recherche a ensuite été divisé en deux parties, une partie coordonnée par le SESSTIM en partenariat avec le laboratoire SANPSY, le CERMES3 et l'unité INSERM U1114, concernant la cohorte COSINUS, et une partie sur la dimension sociologique de l'évaluation incluant acceptabilité sociale et impact sur la tranquillité publique coordonnée par le CERMES3. Entretemps, l'ouverture des SCMR est retardée et les trois équipes de recherche sont contraintes de modifier les objectifs principaux de la cohorte qui passent de l'étude de l'impact des SCMR sur les pratiques, la santé et l'accès aux soins des PQIS à l'étude des facteurs individuels et structurels de l'usage de substances et de l'accès aux services et aux soins. Finalement, ayant pu conserver dans les objectifs principaux l'impact des services y compris des nouveaux dispositifs comme les SCMR, il a été possible de maintenir comme objectif principal l'évaluation des SCMR. Ainsi, lorsque les SCMR ont finalement ouvert, suite à l'avis positif du conseil d'Etat, il était à nouveau possible grâce à cette cohorte d'étudier les effets de

l'exposition à ces SCMR sur les critères initialement proposés (pratiques à risque, complications sanitaires, accès aux soins, accès aux droits, délits). **Un protocole décrivant la cohorte COSINUS a été réécrit avec ces objectifs et a été validé par le Comité d'évaluation éthique de l'Inserm (CEEI).**

Avant la fin de la cohorte et sur la demande de la MILDECA, une étude coût-efficacité coordonnée par le SESSTIM est ajoutée aux objectifs de ce programme de recherche. Mais les questionnaires à destination des PQIS n'ont pas pu être modifiés puisque l'étude avait déjà démarré depuis un an, ce qui explique certaines limites de cette étude coût-efficacité.

L'évaluation des SCMR en France est donc constituée de 3 études.

L'étude COSINUS a consisté en la mise en œuvre d'une cohorte de PQIS à Paris et Strasbourg, ainsi que dans deux villes témoins où les SCMR n'existaient pas, Bordeaux et Marseille. Cette cohorte multicentrique de PQIS permet non seulement de répondre aux questions concernant l'efficacité de ce dispositif pour cette population mais également de décrire l'évolution des besoins, des conditions sociales, des pratiques, de l'accès à la prévention et aux soins et de comprendre le rôle de l'incarcération et de la violence dans le parcours de vie de cette population. Afin d'être comparable à d'autres pays, notamment le Canada où la salle d'injection Insite à Vancouver a été particulièrement investiguée, la méthodologie utilisée présente des similarités avec celle de l'équipe de recherche de Vancouver avec l'utilisation de questionnaires proches (Evan Wood et al., 2004). Cependant, la valeur ajoutée de la cohorte COSINUS est de présenter un groupe témoin constitué essentiellement de PQIS qui n'ont pas eu accès à la SCMR. Il est important de souligner que les contextes français et canadiens sont assez différents en termes de produits disponibles sur le « marché noir », d'accès aux médicaments de l'addiction aux opiacés, d'overdoses (du fait de la « crise des opioïdes » observée dans ces pays depuis le début des années 2000), des pratiques de partage et de séroprévalences du VIH et du VHC.

Grâce aux données de l'étude COSINUS complétées par les données de la littérature, une évaluation économique des SCMR ouvertes à Paris et Strasbourg a également été réalisée (COSINUS éco). Les SCMR sont des structures dont la valeur économique, mesurée à partir d'un rapport coût-efficacité n'a jamais été étudiée en France. Nous avons réalisé une analyse médico-économique de ces structures afin de mettre en regard leur coûts et leurs effets en terme de bénéfices de santé publique (par rapport à la situation sans SCMR). Pour cela, nous avons développé un modèle qui permet de simuler le devenir de la population qui a fréquenté ou fréquentera les SCMR de Paris et de Strasbourg sur une période de 10 ans après leur ouverture (fin 2016- fin 2026), et ceci jusqu'au décès du dernier individu. Ce modèle permet d'estimer i) le nombre d'infections VIH et VHC dans la population, les trajectoires de soins et l'évolution de ces maladies pour ces deux pathologies chroniques au cours de la vie, ainsi que le nombre ii) d'abcès cutanés, iii) d'endocardites infectieuses associées, iv) d'overdoses et v) de passages aux urgences avec et sans les SCMR. Nous avons comparé les résultats obtenus en présence d'une SCMR et en l'absence de SCMR sur cette période de 10 ans, sur la base des probabilités de partage de matériel d'injection et de survenue d'abcès, d'overdoses et d'endocardites estimées à partir des données de la cohorte COSINUS.

Les données de la recherche sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale mettent en évidence que le débat sur les SCMR fait l'objet d'un quasi consensus dans le champ des professionnels de la réduction des risques et de la prise en

charge des addictions, d'après une analyse de la presse entre 1990 et 2018. D'après l'enquête EROPP, l'acceptabilité des SCMR est élevée en population générale, 80% des Français étant favorables à l'idée et 55% des Français se déclarent favorables à une implantation dans leur quartier. Les données de l'étude écologique mettent en évidence une baisse des seringues dans l'espace public de 55% attribuable à la SCMR, données confirmées par les agents de la propreté de la ville de Paris. La prise en compte de l'expérience des riverains met en évidence des opinions diversifiées sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité et la salubrité publique. L'acceptabilité sociale varie également. Les entretiens réalisés avec les usagers de drogues qui fréquentent la SCMR montrent une amélioration de leurs conditions d'injection et une diminution de leurs injections dans l'espace public. Les données policières ne montrent pas de problématique majeure en termes de délinquance dans le quartier SCMR en comparaison à d'autres quartiers du 10^{ème} arrondissement.

Les études COSINUS, COSINUS éco et l'étude sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale doivent permettre d'éclairer la prise de décisions dans le domaine des politiques de santé publique. Ce rapport détaille les objectifs, les méthodes utilisées ainsi que les résultats de ces trois études.

Synthèse de l'état de l'art sur les SCMR

Qu'est-ce qu'une SCMR ?

Les SCMR sont indissociables du concept de **RdR** né dans les années 1980 en réponse à l'épidémie de VIH qui a particulièrement touché les PQIS. Il n'y a pas de définition universellement acceptée de ce concept mais on peut le définir comme **un mouvement pragmatique de pensée, de stratégies et d'interventions faisant référence aux politiques, programmes et pratiques qui visent à minimiser les impacts négatifs sur la santé de la consommation de substances** (Harm Reduction International, 2010). La RdR englobe un ensemble de services et de pratiques sanitaires et sociales qui s'appliquent aux substances illégales et légales. Pour ce faire, la réduction des inégalités sociales et de santé ainsi que l'amélioration de la qualité de vie des usagers de substances est également recherchée puisque l'environnement agit sur les pratiques et les contextes de consommation. Les services de RdR incluent – sans s'y limiter – : les salles de consommation de drogues, les programmes d'échange de seringues, les dispositifs d'accès au logement et d'emploi adaptés à ce public, la prévention des overdoses, l'analyse de substances et le fait de donner des informations sur une consommation de substances plus sûre. L'approche en RdR se veut réaliste en se fondant sur des preuves démontrant un impact positif sur la santé individuelle, communautaire et sur la santé publique.

Ainsi, les salles de consommation de substances ont été créées grâce au développement du concept de RdR afin de limiter la transmission du VIH et du VHC au sein des PQIS. Ce sont « **des structures où les usagers de substances par injection peuvent venir s'injecter des substances – qu'ils apportent – de façon plus sûre et plus hygiénique, sous la supervision de personnel qualifié** » (INSERM, 2010). Du fait d'un accueil dit « bas seuil » (sans conditions contraignantes), elles permettent d'établir le contact avec les populations difficiles à atteindre par d'autres dispositifs. Elles sont donc généralement implantées là où les consommateurs se trouvent, ce qu'on nomme des « scènes de consommation » qui peuvent être plus ou moins visibles. La première salle de consommation au monde a ouvert en 1986 à Berne, en Suisse. Depuis, au moins 92 structures ont ouvert à travers le monde dans 13 pays (dont 9 dans l'Union Européenne) (International Network of Drug Consumption Rooms, s. d.).

Plusieurs appellations sont possibles en fonction des pays et des services proposés : centre d'injection supervisée au Canada ou local d'injection en Suisse ou salle de consommation à moindre risque en France. **Le choix de « salle de consommation à moindre risque » a été fait en France pour souligner la démarche de RdR et le fait qu'il n'y ait pas que l'injection qui soit possible dans ces structures, mais également l'inhalation** puisque ce mode d'usage est aussi à risque de transmission du VHC (Macías et al., 2008). Cependant, seules les personnes majeures et qui consomment par voie intraveineuse sont accueillies, ce qui signifie que les personnes qui inhalent mais ne s'injectent pas ne sont pas accueillies.

Il existe plusieurs modèles de salles de consommation : mobiles grâce à des camions dans une démarche « d'aller-vers », **spécialisées** qui proposent uniquement des postes de consommation et ont créé des partenariats avec d'autres structures pour les autres besoins, et **intégrées** qui proposent différents services en leur sein. C'est ce dernier modèle qui est mis en place en France, les services proposés sont les suivants :

- des postes de consommation par voie intraveineuse séparés par des cloisons (12 postes à Paris et 6 à Strasbourg)
- des postes de consommation par voie inhalée (dans une salle spécifique ventilée, 4 postes dans chaque SCMR)
- un service de PES incluant la récupération du matériel usagé
- une aide pour une consommation à moindre risque par des conseils ou des séances d'accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection (AERLI)
- des dépistages VIH, VHC et VHB
- des examens hépatiques par Fibroscan®
- des soins médicaux de la part d'infirmières, de médecins et de psychiatres (pansements, prises de sang, prescriptions de traitements, hospitalisations, orientations vers d'autres services de soins, etc)
- des consultations pour les droits sociaux et les démarches administratives (hébergement, accès aux soins, ouverture de droits, insertion professionnelle, etc)
- des ateliers et/ou des sorties
- une écoute et un accueil.

Les usagers sont accueillis de 9h30 à 20h30 à Paris et de 13h30 à 19h à Strasbourg. Concrètement, les deux SCMR s'organisent en 4 espaces :

1. un lieu d'accueil pour s'enregistrer d'une manière anonyme et gratuite, montrer le produit consommé et attendre si tous les postes de consommation sont occupés
2. une salle de consommation où le matériel est délivré pour la consommation (il est interdit d'utiliser son propre matériel) et où la consommation individuelle a lieu (il est interdit de partager un produit ou de faire l'injection à quelqu'un d'autre que soi)
3. une salle de repos pour faire une pause après la consommation
4. des bureaux de consultations sociale et médicale.

Quel est l'impact des SCMR sur la santé des PQIS ?

Environ 70 études ont été publiées dans des journaux à comité de lecture depuis le début des années 2000 afin d'évaluer l'impact individuel, communautaire ou sociétal des salles de consommation. La majorité des études a été réalisée avec la salle Insite à Vancouver, Canada, mais des données sont également disponibles pour l'Europe et l'Australie.

Pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC

Un des critères principaux qui a été étudié après l'ouverture des SCMR concerne la transmission du VIH et du VHC, virus dont la prévalence est forte chez les PQIS par rapport à la population générale (Grebely et al., 2019; UNAIDS, 2020). L'hypothèse principale est que le fait de fréquenter les SCMR permet de réduire les pratiques d'échanges de matériel usagés et donc la transmission de ces virus. Des études sur les pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC ont été faites au Canada, en Australie et dans plusieurs pays européens. Elles montrent un effet des salles de consommation sur le partage de seringues. Une méta-analyse a combiné les

résultats de quatre études et a démontré que l'utilisation d'une salle de consommation était associée à une réduction du partage de seringues de 69% (Milloy & Wood, 2009a).

Bien que peu de données aient été publiées dans des journaux scientifiques pour les salles de consommation européennes, les rapports remis aux autorités locales et nationales attestent d'une augmentation de l'utilisation de matériel stérile et donc d'une baisse des opportunités de partager le matériel d'injection (EMCDDA & Hedrich, 2004). Une des seules études publiées avec des analyses multivariées se situe en Espagne. Dans cette étude de cohorte (suivi sur 12 mois, recrutement dans deux villes) auprès de jeunes PQIS, les analyses ont montré que le fait de fréquenter une salle de consommation était indépendamment associé au fait de moins emprunter des seringues usagées (Bravo et al., 2009). Une étude transversale plus récente conduite dans les structures de RdR de Catalogne a montré un impact positif d'une fréquentation régulière de la SCMR en termes de réduction de l'injection dans l'espace public et de partage de matériel usagé (Folch et al., 2018a).

A Vancouver, une étude de cohorte (avec questionnaire tous les 6 mois) a montré que l'utilisation régulière des salles de consommation était associée à une diminution du partage des seringues (Thomas Kerr et al., 2005a). De plus, cette cohorte a permis une évaluation avant/après : la réduction du partage de seringues chez les utilisateurs de la salle de consommation coïncidait avec l'ouverture du dispositif. De même, parmi une cohorte de PQIS recrutées au hasard à Insite, chez les personnes séronégatives au VIH l'utilisation de la salle était associée à une probabilité réduite d'emprunter des seringues (mais cet effet n'était pas trouvé pas pour les personnes séropositives) (Evan Wood et al., 2005).

Overdoses

Les overdoses sont un des principaux points étudiés par les recherches évaluant les salles de consommation. Cela s'explique par la crise des opioïdes toujours en cours en Amérique du Nord et qui a provoqué plus de 400 000 décès en 20 ans. En 2017 aux Etats-Unis, on estime que 217 décès sont directement liés aux substances par million d'habitants âgés de 15 à 64 ans, au Canada on en compte 109. En France, en 2017, l'OFDT estime qu'entre 4 et 6 décès sont directement liés aux substances par million d'habitants, en faisant un des pays au monde le moins touché par les overdoses (Brisacier et al., 2019).

Les études publiées montrent une baisse de la mortalité par surdose liée aux salles de consommation (Potier et al., 2014). Une étude avant/après ouverture de la salle de consommation Insite à Vancouver a montré une réduction significative (de 35%) de la mortalité par surdose à moins de 500 mètres autour de la salle, comparativement à une baisse de 9,3% dans le reste de la ville (Marshall et al., 2011). Une étude de modélisation a calculé que la salle avait évité entre 8 et 51 morts par overdose sur quatre ans (Milloy et al., 2008). Toujours à Vancouver, une étude de cohorte a démontré que l'utilisation fréquente de la salle de consommation était associée à un risque de décès plus faible, indépendamment des facteurs connus de mortalité (Kennedy et al., 2019). A Sydney, en Australie, le nombre d'appels liés à une surdose auprès des services d'urgences a diminué après l'ouverture de la salle de consommation, cette diminution étant encore plus importante durant les horaires d'ouverture de la structure et dans le quartier alentour (Salmon et al., 2010). L'étude transversale menée en Catalogne n'a montré aucun effet de la fréquentation des SCMR sur les overdoses non

fatales probablement lié au schéma de l'étude qui ne présentait pas de groupe témoin (Folch et al., 2018a).

A ce jour aucune étude ou rapport à travers le monde ne rapporte de victimes d'overdoses à l'intérieur d'une salle de consommation (Kennedy et al., 2017; Newman, 2019; Potier et al., 2014).

Pratiques d'injection

Plusieurs études ont montré que les salles de consommation permettaient de réduire les pratiques d'injection dangereuses. La plupart sont déclaratives, menées directement auprès des personnes qui utilisent ce type de dispositif. C'est par exemple le cas à Insite où 75% des participants avaient l'impression que leurs pratiques d'injection avaient changé à la suite de l'utilisation de la salle à travers notamment la diminution des injections précipitées et à l'extérieur, et une meilleure gestion des seringues usagées (Petrar et al., 2007). Les résultats d'une étude danoise menée à Copenhague confirment ces données démontrant également que la fréquentation de la salle augmente la fréquence de nettoyage du site d'injection (Kinnard et al., 2014).

A Vancouver, une étude transversale menée auprès de PQIS fréquentant Insite a montré qu'une utilisation régulière de la salle (plus de 25% des injections) était indépendamment associée à une moindre réutilisation des seringues, moins d'injections précipitées ou à l'extérieur, plus d'utilisation d'eau neuve, plus de filtration avant l'injection, plus d'injections sur une zone propre, plus de facilités à trouver une veine et une meilleure gestion des seringues usagées (utilisation d'un container spécifique) par rapport à une utilisation irrégulière (moins de 25% des injections) de la salle (Stoltz et al., 2007).

Concernant les infections bactériennes dues à ces mauvaises pratiques d'injection, deux études longitudinales ont été menées auprès des usagers des salles de consommation : une à Insite grâce à la cohorte SEOSI (Lloyd-Smith et al., 2008) et l'autre à Essen en Allemagne (Scherbaum et al., 2010). Si dans les analyses univariées, l'utilisation de la salle était associée à une diminution de la probabilité de développer une infection cutanée ou un abcès, dans les analyses multivariées, aucune réduction significative du nombre d'infections cutanées ou d'abcès n'a été observée.

Accès aux soins et aux médicaments de l'addiction aux opiacés (méthadone, buprénorphine, autres)

Du fait que les salles de consommation attirent plutôt un public vulnérable et marginal – qui ne se rend pas dans les autres dispositifs d'addictologie ou de RdR – elle permettent d'identifier et d'orienter les usagers nécessitant des soins médicaux.

Trois études prospectives de la cohorte SEOSI ont rapporté des associations entre l'utilisation de la salle de consommation et l'accès aux soins (DeBeck et al., 2011; Evan Wood, Tyndall, Zhang, et al., 2006; Evan Wood et al., 2007). Plus particulièrement, c'est l'utilisation de la salle et le contact avec un professionnel qui ont conduit à une augmentation significative du recours à la méthadone ou à un service de prise en charge addictologique (ce qui a ensuite permis un

accès à la méthadone). Également, une utilisation hebdomadaire du dispositif était associée au fait de commencer un traitement avec la méthadone.

À Sydney, en Australie, une étude prospective a également démontré que la fréquentation d'une salle de consommation était associée à une orientation vers un programme de prise en charge addictologique (Kimber et al., 2008). Des résultats similaires ont été rapportés en Catalogne, en Espagne (Folch et al., 2018a).

Du point de vue des professionnels, les salles de consommation permettent de créer des relations de confiance avec les usagers (Krüsi et al., 2009). Également, elles permettent de remédier à certaines inégalités en matière d'accès aux soins en aval : elles sont un « pont » pour reconstruire les connexions avec le système de santé (Kerman et al., 2020).

Quel est l'impact des salles de consommation sur les nuisances publiques ?

En plus de limiter les risques directement liés à la consommation de substances et de réduire la morbidité et la mortalité, les salles de consommation ont également pour but de baisser les nuisances publiques.

Injection dans l'espace public

L'injection dans l'espace public est l'un des enjeux principaux du débat public car elle suscite des problématiques qui touchent directement les riverains. L'un des objectifs importants de l'expérimentation des SCMR vise à réduire l'injection dans l'espace public.

Plusieurs études ont été menées sur le lien entre injection dans l'espace public et mise en place d'une SCMR, notamment à Vancouver. Celles-ci ont conclu à une diminution du nombre de seringues usagées abandonnées sur la voie publique dans la zone où la salle a été ouverte, une diminution du nombre de déchets liés à l'injection retrouvés, une diminution du nombre moyen de personnes injectant quotidiennement dans l'espace public (E. Wood, 2004). L'enquête menée sur les SCMR en Catalogne va également dans ce sens (Folch et al., 2018a). C'est également le cas d'études mesurant le nombre d'injections dans l'espace public déclarées par les PQIS fréquentant la SCMR de Vancouver (Petra et al., 2007; Stoltz et al., 2007).

D'autres enquêtes se sont intéressées au ressenti des riverains dans les zones où ont été ouvertes les salles de consommation à Sydney (Thein et al., 2005; Salmon et al., 2007) et ont abouti à des conclusions similaires : les riverains ont notamment déclaré avoir observé moins d'injections dans l'espace public et moins de seringues usagées jetées dans l'espace public.

Violences, trafic et délits

Quatre publications décrivent l'impact des SCMR sur les délits et/ou la sécurité du quartier entourant la structure.

L'étude menée à Sydney, en Australie (Freeman et al., 2005), s'intéresse aux délits directement liés aux substances illicites (usage ou commerce) ainsi qu'aux vols (simples ou aggravés c'est-à-dire avec menaces ou violences ou effraction) avant et après l'ouverture de la salle de consommation et utilise différentes méthodes :

- des séries chronologiques enregistrant les déambulements des personnes autour de la salle ;

- des entretiens avec des informateurs clés ;
- les infractions enregistrées par la police dans le quartier autour de la salle et à Sydney.

Les analyses concluent que l'ouverture de la salle de consommation n'a pas entraîné une augmentation ou une diminution significative des délits (liés directement ou non à l'usage de substances ou leur commerce). Cependant, une légère augmentation des déambulements autour de la salle a été observée au fur et à mesure du temps.

A Vancouver, deux études ont été effectuées à partir des infractions enregistrées par la police avant et après l'ouverture de la salle de consommation. L'une montre une diminution significative des vols dans les véhicules après l'ouverture mais pas de changements concernant les vols ou le trafic de stupéfiants (Evan Wood, Tyndall, Lai, et al., 2006). L'autre étude décrit une diminution significative des délits dans le district où est localisé Insite par rapport aux districts alentours (Myer & Belisle, 2018). Une étude longitudinale par questionnaires auprès des utilisateurs de la structure n'a pas montré d'association significative entre l'utilisation fréquente de la salle de consommation et les incarcérations (Milloy et al., 2009).

Les salles de consommation sont-elles coût-efficaces ?

Un nombre relativement important d'études évaluant le rapport coût-efficacité et/ou coût-bénéfice des salles de consommation a été identifié dans la littérature avec 14 articles publiés entre 2008 et 2019 (Andresen & Boyd, 2010; Andresen & Jozaghi, 2012; Bayoumi & Zaric, 2008; Enns et al., 2016; Hood et al., 2019; Irwin, Jozaghi, Bluthenthal, et al., 2017; Irwin, Jozaghi, Weir, et al., 2017; Jozaghi et al., 2013, 2014; Jozaghi & Jackson, 2015; Jozaghi & Reid, 2015; Jozaghi & Vancouver Area Network of Drug Users, 2014; Pinkerton, 2010, 2011). La plupart de ces études concluent que cette intervention est efficace. Cependant, ces études ont toutes été conduites auprès de PQIS vivant au Canada (11/14) et aux Etats-Unis (3/14), où la situation est très différente, aussi bien du point de vue épidémiologique, avec la « crise des opioïdes » observée dans ces pays depuis le début des années 2000, que du point de vue économique en termes d'organisation du système de santé et de coûts médicaux. Par ailleurs, ces études se basent toutes sur les données d'efficacité de la SCMR d'Insite à Vancouver pour estimer le coût-efficacité de cette intervention. Ces analyses et leurs conclusions ne sont donc pas transposables à la situation française.

Apport des évaluations françaises

Ces données complètes de la littérature montrent que, dans des contextes différents de la France, les salles de consommation apportent des bénéfices individuels importants pour les personnes qui injectent de substances mais aussi à l'échelle collective. Ces lieux dédiés à l'injection et offrant un ensemble de services permettent de réduire les nuisances dans l'espace public préexistantes à l'ouverture de ces dispositifs et de faire des économies. Même s'il existe des similitudes entre certains des lieux où les salles de consommation ont été évaluées et le contexte français, du fait des nombreux paramètres qui peuvent différer, il était nécessaire de procéder à une évaluation de ce dispositif dans la particularité du contexte français. Le programme de recherche que nous proposons ici s'appuie sur une méthodologie multiple et

complexe qui vise à éclairer l'impact de l'ouverture des SCMR en France sur de nombreux critères.

L'originalité de notre programme repose sur plusieurs éléments.

La cohorte que nous avons mise en place pour évaluer l'efficacité des SCMR sur la santé des PQIS nous permet de comparer les personnes exposées aux SCMR à celles n'étant pas exposées car recrutées dans d'autres villes. Cet atout est majeur car il nous donne la possibilité d'apporter des preuves scientifiques supplémentaires quant à l'impact de la SCMR sur des critères déjà étudiés comme les pratiques à risque VIH-VHC, les délits et l'accès aux soins. Nous avons également élargi l'étude à de nouveaux critères, importants et prévalents dans la population des PQIS, les complications liées à la pratique de l'injection comme les abcès, les overdoses non fatales et le passage aux urgences. Ces données nouvelles sont majeures dans l'étude des coûts évités car les abcès sont corrélés à la survenue d'endocardites (Spijkerman et al., 1996) et ajoutées aux overdoses non fatales, ces conséquences de l'injection représentent les raisons principales à la fréquentation des services d'urgences par les PQIS (T. Kerr et al., 2005).

Les nuisances publiques, phénomènes compliqués et sensibles à observer, sont mesurées grâce à plusieurs méthodes, la cohorte permettant de recueillir les données décrivant l'injection dans l'espace public et les délits déclarés par les participants et l'étude sociologique étudie cette question grâce à des entretiens menés auprès de parties prenantes (riverains, forces de police,...) et à des statistiques d'activité policière sur les interpellations dans le quartier de la SCMR et dans le 10^{ème} arrondissement de Paris.

L'enquête sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale est originale à plusieurs titres. Elle combine une grande diversité de méthodes et de regards qui permettent de disposer d'une vision globale de ces enjeux. L'analyse de la controverse sur la SCMR à travers la presse française est unique à ce jour car elle inclut l'étude approfondie de 1735 articles sur une période de 30 ans. Notre étude écologique s'inspire de méthodologies mises en œuvre par des scientifiques dans d'autres pays ayant expérimenté les SCMR, mais la force de notre étude analyse les données sur près de deux années, en comparaison avec quelques semaines pour d'autres études. L'étude socio-anthropologique menée au niveau local a la particularité d'inclure une grande diversité de parties prenantes (riverains, politiques, policiers, agents de propreté et de sécurité, professionnels de santé et de RdR et usagers de substances) afin de prendre en compte les expériences et les perceptions des personnes prenant part à cette expérimentation. Enfin, l'étude EROPP permet de disposer de données de cadrage sur l'acceptabilité sociale des SCMR et son évolution en population générale.

Cependant, il faut garder à l'esprit que le modèle français est unique et a déjà permis un accès large à de nombreux services de RdR à travers les CAARUD. C'est pourquoi les bénéfices attendus de l'ouverture des SCMR ne sont pas similaires à ceux observés dans des contextes où l'ouverture de salles de consommation a été synonyme d'accès à de nouveaux services.

L'apport de l'étude médico-économique éclairera l'importance des services existants et la manière dont les SCMR pourraient compléter le paysage français de la RdR.

COSINUS



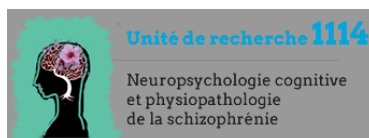
COhorte pour l'évaluation des facteurs Structurels et INdividuels de l'USage de drogues¹

Marc Auriacombe - MD - PhD - PU - PH
CNRS USR 3413, SANPSY / Université de Bordeaux
121 rue de la Béchade CS 81285, 33076 Bordeaux Cedex
05 56 56 17 38 – marc.auriacombe@u-bordeaux.fr

Marie Jauffret-Roustide - PhD - chargée de recherche Inserm
Cermes3 (Inserm U988/CNRS UMR 8236/EHESS/Université Paris Descartes),
45 rue des saints pères, 75006 Paris
06 10 55 32 87 – marie.jauffret-roustide@inserm.fr

Laurence Lalanne - MD - PhD - PU - PH
Inserm U1114, Pole de Psychiatrie Santé Mentale Addictologie, Clinique Psychiatrique
1 place de l'hôpital, 67000 Strasbourg
03 88 11 66 55 - laurence.lalanne@chru-strasbourg.fr

Perrine Roux – PharmD - PhD - chargée de recherche Inserm
SESSTIM, Inserm U1252
19-21 boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille
04 13 73 22 78 – perrine.roux@inserm.fr



¹ Pour ce volet, la citation recommandée est : Auriacombe M*, Jauffret-Roustide M*, Briand-Madrid L, Donadille C, Dupont de Dinechin S, Lalanne L*, Roux P*. Cosinus. Cohorte pour les facteurs structurels et individuels de l'usage de drogues. In Salles de consommation à moindre risque, Institut de Santé Publique de l'Inserm, Paris, 2021. (* Contributions équivalentes)

Objectifs

L'objectif principal de cette cohorte était d'évaluer **l'efficacité des SCMR en termes de pratiques à risque de transmission du VHC et du VIH**. Les objectifs secondaires en lien direct avec l'efficacité des SCMR étaient l'impact sur les abcès, les passages aux urgences, les overdoses non fatales, l'accès aux médicaments de l'addiction, l'injection dans les lieux publics, l'accès aux soins (dépistage VHC et recours à un médecin généraliste ou spécialiste), les pratiques à risque liées à l'inhalation, les délits, la volonté d'utiliser une SCMR et l'opinion sur celle-ci.

Indépendamment de l'objectif d'efficacité des SCMR, cette cohorte permet également :

- 1) d'évaluer l'impact des facteurs dits « structurels » (ex : fréquentation des CAARUD, prise en charge dans des CSAPA, expérience de l'incarcération, caractéristiques écologiques-géographiques de l'environnement) sur l'évolution des consommations, des pratiques d'injection, du parcours de soins, des conditions sociales et de l'expérience de violences et des délits liés aux substances ;
- 2) d'analyser le rôle des caractéristiques individuelles, en particulier l'histoire personnelle, le genre et le fait d'être migrant, l'histoire de la consommation de substances, de la pathologie addictive, de la comorbidité (somatique et/ou psychiatrique) sur la persistance de certains comportements, sur leur expérience, leur perception et sur les risques socio-sanitaires.

Méthodologie

Cette cohorte multicentrique a consisté à recruter des personnes qui injectent des substances (PQIS) et à leur administrer 4 questionnaires sur une période de 12 mois : à l'inclusion (M0), à 3 mois (M3), à 6 mois (M6) et à 12 mois (M12) de suivi. Chaque questionnaire a pu être rempli 1 mois avant la date prévue de suivi et jusqu'à 2 mois après.

La passation des questionnaires de cette étude a débuté en juin 2016 à Marseille (pour tester les questionnaires sur tablettes numériques) puis en novembre 2016 à Paris, Bordeaux et Strasbourg. Elle s'est achevée en mai 2019. Initialement, la durée d'inclusion et du suivi devait durer 24 mois (du premier participant inclus au dernier suivi) et s'achever en novembre 2018 mais du fait du délai pour recruter suffisamment de participants, la période d'inclusion de 12 mois a été allongée de 7 mois.

En tout, 665 participants ont été inclus, 430 suivis à M3, 406 à M6 et 396 à M12. Le taux d'attrition entre l'inclusion et le dernier suivi est de 40%, comme prévu dans le protocole.

Choix de la méthode d'échantillonnage et calcul de l'échantillon

Afin d'obtenir un échantillon suffisamment large et d'étudier différents contextes, les PQIS ont été recrutées dans les villes en France qui ont candidaté pour l'ouverture d'une SCMR et qui présentaient des caractéristiques géographiques et sanitaires différentes : Bordeaux, Marseille, Paris et Strasbourg. Les villes de Paris et Strasbourg avaient chacune une SMCR qui ont été ouvertes en octobre et novembre 2016, respectivement. Les villes de Bordeaux et Marseille

n'en possèdent pas. Cela permet d'effectuer une comparaison entre le groupe « exposé » (ayant fréquenté une SCMR) versus le groupe « non exposé ».

Afin de calculer la taille de l'échantillon, c'est le critère principal d'évaluation (les pratiques à risque de transmission du VHC et VIH) qui a été retenu. Plusieurs études issues de différents pays où des dispositifs des RdR (comme les SCMR) existaient ont montré qu'entre 30% (DeBeck et al., 2011; Holtzman et al., 2009) et 60% (Bravo et al., 2009) des PQIS interrogées dans les alentours fréquentaient régulièrement ces dispositifs. Le pourcentage d'injecteurs déclarant au moins une pratique à risque récente de transmission du VHC varie beaucoup selon le contexte allant de 25% à 43% en France (Jauffret-Roustide et al., 2017; Perrine Roux et al., 2016) à 72% dans d'autres études internationales (Roth et al., 2015). Chez les personnes non exposées aux SCMR, l'estimation du pourcentage des PQIS déclarant au moins une pratique à risque récente de transmission du VHC est de 44% ou 43% (Jauffret-Roustide et al., 2017; Perrine Roux et al., 2016), selon les études disponibles. Nous avons fait l'hypothèse que ce pourcentage serait de 25% chez les injecteurs exposés au dispositif évalué, les SCMR. En considérant qu'un tiers des injecteurs fréquenteront les SCMR, avec $\alpha=5\%$ et une puissance de 80 %, il fallait un total de 210 sujets dans chaque groupe (exposé versus non exposé). En prenant en compte un taux d'attrition à 12 mois de 40% environ (Gindi et al., 2009) la taille de l'échantillon à recruter devait être de 680 PQIS : 250 à Paris, 200 à Marseille, 150 à Bordeaux et 80 à Strasbourg.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient :

- usagers réguliers de substances illégales (héroïne, cocaïne/crack, amphétamines, ecstasy... sauf cannabis) ou de médicaments à usage détourné (méthylphénidate, buprénorphine, benzodiazépines, sulfate de morphine, oxycodone...);
- ayant pratiqué l'injection de substances au moins une fois au cours du dernier mois ;
- âgés de plus de 18 ans ;
- francophones ;
- acceptant de participer à l'étude et ayant donné son accord de participation.

Les critères de non inclusion « femme enceinte » et « personne sous protection de la justice » ont été levés à partir du 28/11/2016 suite à une demande d'amendement car cette étude était observationnelle, il n'y avait donc pas de risque pour ces personnes d'y participer.

Choix des lieux de passation du questionnaire

Le recrutement des PQIS de la cohorte a été fait principalement dans des CAARUD présentant une file active importante de chaque ville et dans les SCMR (lorsque la ville en possède une). Ces deux lieux ont été choisis car l'un est celui où se rendent habituellement les PQIS puisqu'elles y reçoivent divers services sociaux ou médicaux (matériel pour consommer, ouverture de droits, nourriture, etc.) et l'autre est le dispositif à évaluer (SCMR).

Les effectifs et proportions de recrutement des participants de l'étude selon le lieu et la ville sont décrits dans le **tableau 1**.

Tableau 1 : Effectifs et pourcentages de recrutement selon le lieu et la ville

Lieu	Marseille		Paris		Strasbourg		Bordeaux		Total	
Rue	11	5,5%	1	0,4%					12	1,8%
Unité Mobile	18	9,0%	4	1,7%					22	3,3%
SCMR			207	86,3%	60	75%			267	40,2%
CAARUD	150	75,5%	23	9,6%	20	25%	146	100%	339	51%
Autre	20	10%	5	2,1%					25	3,8%
Total	199	100%	240	100%	80	100%	146	100%	665	100%

Le lieu « Autre » regroupait des recrutements effectués dans des CSAPA ou des bars, des squats ou des parcs.

Contenu du questionnaire

Les questionnaires ont été passés en face-à-face par des enquêteurs formés à cet effet. Exceptionnellement, il a été possible de passer des questionnaires de suivi par téléphone car les participants ne se rendaient plus dans les lieux de passation des questionnaires. Les enquêteurs possédaient déjà les numéros de téléphone des participants afin de les contacter pour les suivis. Cette option a été ajoutée en cours d'étude car les PQIS incluses dans l'étude étaient précaires, mobiles et honoraient peu les rendez-vous. Cette modification du protocole a fait l'objet d'une demande d'amendement (obtenue le 20/03/2019).

Tous les questionnaires étaient différents (M0, M3, M6, M12) mais ils possédaient une base commune plus ou moins détaillée selon la temporalité.

Tableau 2 : Modules des questionnaires COSINUS

Module	M0	M3	M6	M12
Caractéristiques sociales et démographiques	X	X	X	X
Caractéristiques socio-économiques	X	X	X	X
Consommation actuelle de substances	X	X	X	X
Histoire de consommation	X			
Usage alcool (AUDIT) et tabac	X	X	X	X
Overdoses et risque suicidaire	X		X	X
Pratiques à risque liées à l'usage de substances	X	X	X	X
Traitements de substitution	X	X	X	X
Problèmes de santé et parcours de soin	X		X	X
Dépistage	X		X	X
Expérience carcérale	X		X	X
Activités illégales	X	X	X	X
Entourage – initiation à l'injection	X		X	X
Salles de consommation et autres outils de RDR	X	X	X	X
Evènements de vie négatifs	X	X		X

Test mnésique		X		X
Parcours de vie		X		
Déficit de l'attention chez l'adulte / hyperactivité (WURS 25-item)		X		
Questionnaire Gonogo – troubles cognitifs		X		X
Discrimination		X		
Comportements sexuels		X		
Contraception		X		
Autres pratiques à risque de contamination par voie cutanée		X		
Anxiété : inventaire d'anxiété de Beck			X	
Stress post-traumatique			X	

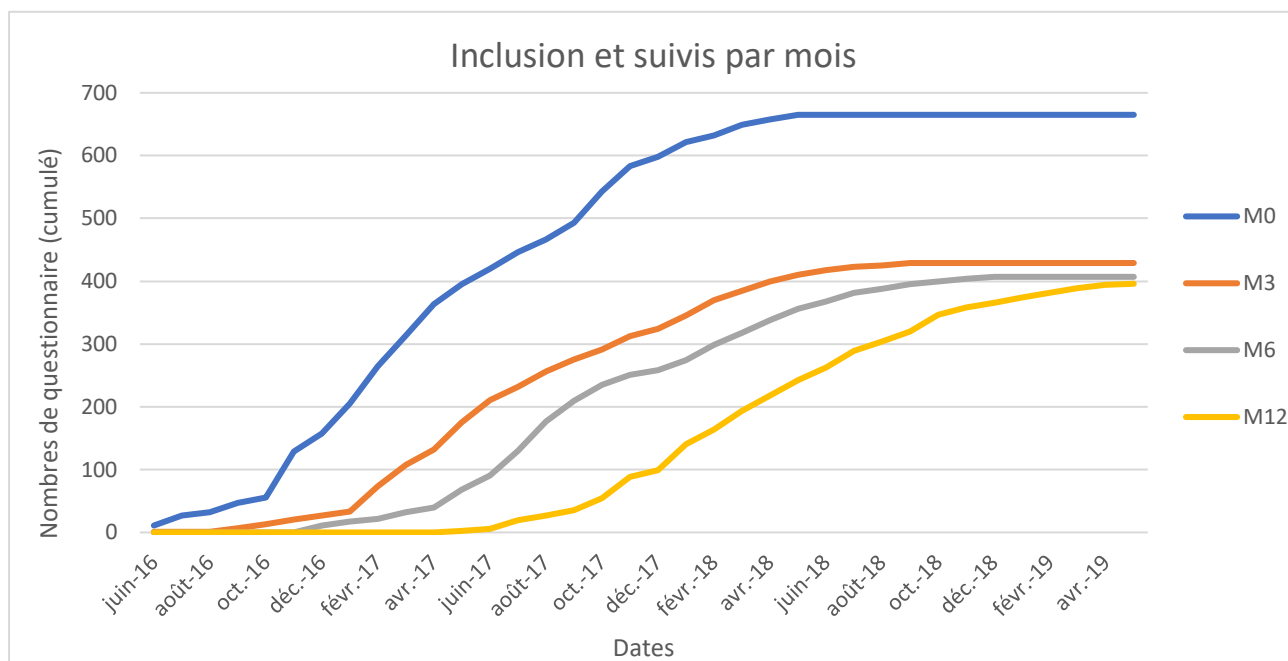
Taux d'attrition, fréquence et facteurs associés aux perdus de vue

En tout, 665 participants ont été inclus dans la cohorte. Le nombre de questionnaires selon le suivi et leurs taux d'attrition respectifs sont les suivants :

Tableau 3 : Taux d'attrition des différents questionnaires de suivi selon la ville et ensemble

Suivi	Ville	Questionnaires valides	Taux d'attrition (%)
M0	Bordeaux	146	-
	Strasbourg	80	-
	Marseille	199	-
	Paris	240	-
	Ensemble	665	-
M3	Bordeaux	85	42
	Strasbourg	55	31
	Marseille	121	39
	Paris	169	30
	Ensemble	430	35
M6	Bordeaux	69	53
	Strasbourg	52	35
	Marseille	127	36
	Paris	158	34
	Ensemble	406	39
M12	Bordeaux	71	51
	Strasbourg	42	47
	Marseille	129	35
	Paris	153	36
	Ensemble	395	41

Figure 1 Nombre de questionnaires d'inclusion et de suivi dans le temps



Le taux d'attrition hypothétique indiqué dans le protocole à M12 était de 40%. Il est finalement de 41%, ce qui permet d'avoir un échantillon suffisamment robuste pour les analyses statistiques.

Le nombre de participants inclus avec au moins un suivi perdu (M6 ou M12) est de 349 personnes sur 665, soit 52.5%.

Tableau 4 : Facteurs associés à avoir été au moins une fois perdu de vue (M6 et/ou M12), régressions logistiques sur les données à l'inclusion (n=664)

	Modèle multivarié <u>avec</u> la variable « ville »		Modèle multivarié <u>sans</u> la variable « ville »	
	ORa [IC 95%]	P-valeur	ORa [IC 95%]	P-valeur
Ville (réf=Bordeaux)				
Marseille	0.65 [0.41;1.04]	0.069		
Paris	0.72 [0.45;1.14]	0.162		
Strasbourg	0.78 [0.44;1.38]	0.390		
Age	0.97 [0.95;0.98]	<0.001	0.96 [0.95;0.98]	<0.001
Couverture sociale			0.73 [0.5;1.06]	0.095
Buprénorphine non prescrite quotidien	0.59 [0.33;1.06]	0.079	0.55 [0.3;0.98]	0.044
Morphine non prescrite quotidien	0.58 [0.39;0.88]	0.009	0.53 [0.36;0.78]	0.001
Cannabis quotidien	1.51 [1.08;2.1]	0.017	1.53 [1.09;2.13]	0.013
Tentative de suicide vie (réf=non)				
Oui			1.32 [0.95;1.83]	0.096
NSP			0.81 [0.23;2.8]	0.739

Tableau 5. Fréquences et taux de perdus de vue (à M6 et/ou à M12), données à l'inclusion (n=665)

	Fréquences et % de PDV		
	N	%	p
Exposition à la SCMR			0.114
Non	232	54.7	
Oui	115	48.3	
Echange de matériel d'inj			0.898
Non	285	52.3	
Oui	63	52.9	
Abcès			0.471
Non	271	52.4	
Oui	76	55.9	
Overdose récente			0.625
Non	325	52.2	
Oui	23	56.1	
Passage aux urgences			<u>0.013</u>
Non	201	48.7	
Oui	147	58.6	
Avoir consulté un médecin			0.662
Non	129	51.4	
Oui	220	53.1	
Délit			0.893
Non	253	53.3	
Oui	89	52.7	
TSO^a			0.816
Non	62	48.8	
Oui	210	50.0	
Dépistage VHC récent^b			0.376
Non	102	50.8	
Oui	201	54.6	
Injection dans l'espace public			0.072
Non	197	50.5	
Oui	140	57.9	

Lecture : A M0, parmi les personnes non exposées à la SCMR, 54.7% ont eu un suivi perdu parmi le M6 et le M12, contre 48.3% pour les personnes exposées à la SCMR. ^a Personnes consommant un opiacé quotidiennement (TSO ou non prescrit) (n=547). ^b Personnes éligibles à un test (n=569).

La fin du suivi des participants a donné lieu à la clôture des terrains : les fiches de correspondance (fichier contenant le nom ou surnom du participant, ses mois, année et lieu de naissance et son numéro de téléphone) ont toutes été envoyées au CMG et détruites par celui-ci. Les données sont donc définitivement anonymes.

La base de données a été nettoyée et vérifiée par le data manager du CMG avant d'être remise à chaque investigateur.

Selon les variables d'intérêt principal, les effectifs pourront varier en fonction de la sélection nécessaire pour répondre aux objectifs.

Cadre théorique

Les analyses de la cohorte COSINUS concernent l'impact de la SCMR sur différentes variables d'intérêt ou critères de jugement (outcomes). La variable principale sur laquelle nous avons calculé la taille de l'échantillon concerne les pratiques à risque de transmission du VIH et VHC en lien avec l'injection. Les autres variables présentées sont l'injection dans l'espace public, les

passages aux urgences, les abcès, les overdoses non fatales, l'accès au dépistage VHC, l'accès aux médicaments de l'addiction aux opiacés et l'accès aux soins de ville.

Le cadre théorique ayant guidé nos choix méthodologiques s'est basé sur un modèle socio-écologique qui a permis de démontrer (dans d'autres contextes) que la santé des individus dépend de données individuelles mais aussi de données environnementales et structurelles (Rhodes, 2002). L'ouverture des SCMR permet aux personnes qui injectent des substances de se retrouver dans un espace dédié à cette pratique avec un environnement sécurisé/sécurisant, offrant un accès à du matériel stérile, à des conditions d'hygiène adaptées et à des informations afin de réduire au mieux les risques liés à la pratique de l'injection. De plus, ce lieu permet aussi un accès favorisé aux soins des addictions et des comorbidités associées.

Dans ce contexte, nous faisons plusieurs hypothèses :

- la SCMR (par l'accès facilité à du matériel stérile et un lieu sécurisé) permettrait de réduire les pratiques d'échange de matériel d'injection ;
- la SCMR (par la possibilité de réaliser la plupart de ses injections en son sein) permettrait de réduire le fait d'injecter principalement dans l'espace public.
- la SCMR (par un accès facilité à du matériel stérile, des informations sur la pratique de l'injection, un accès à l'hygiène des mains, un environnement propre) permettrait de réduire les abcès ;
- la SCMR (par une réduction des complications cutanées liées à l'injection, des overdoses non fatales et un meilleur accès aux soins) permettrait de réduire le passage aux urgences des PQIS ;
- la SCMR (par un environnement sécurisant et un accompagnement à la RdR avec des informations sur les substances et les usages) permettrait de réduire les overdoses non fatales ;
- la SCMR (par un accès aux services de RdR liés au VHC) permettrait d'améliorer l'accès au dépistage VHC ;
- la SCMR (par la présence d'un médecin ou la proximité avec des structures médicalisées) permettrait d'améliorer l'accès aux médicaments de l'addiction aux opiacés ;
- la SCMR (par les services d'une assistante sociale et le lien avec des structures médicales avoisinantes) permettrait d'améliorer l'accès à la médecine de ville.

Construction de la variable d'intérêt principal

Nous avons utilisé deux questions pour décrire l'exposition à la SCMR, une question sur le pourcentage d'injections faites dans la SCMR et une question sur la fréquence d'utilisation au cours du dernier mois :

- **SCMR4.** « Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé la salle de consommation ? »
 - **SCMR3.** « Au cours du dernier mois, quel est le pourcentage d'injections que vous avez faites dans la salle de consommation ? »
- ⇒ **Croisement** entre la fréquence d'utilisation de la SCMR (**SCMR4**) et le pourcentage d'injections dans la SCMR (**SCMR3**) → permet de prendre en compte dans la fréquentation « haute » ceux qui vont beaucoup dans la SCMR, quelle que soit l'utilisation de celle-ci (services...).

Le **tableau 6** présente la répartition des effectifs selon ces deux questions et montre l'intérêt de les prendre toutes deux en compte. Par exemple : certains participants utilisent la SCMR tous les jours (n=16) mais déclarent faire moins de 25% de leurs injections dans la SCMR. A l'inverse, certains participants déclarent faire entre 75 et 100% de leurs injections dans la SCMR (n=30) mais n'y vont pas tous les jours. Dans les 2 cas, il s'agit d'une exposition haute au dispositif.

Tableau 6. Croisement entre SCMR3 et SCMR4 à l'inclusion (M0)

SCMR4. Fréquence d'utilisation de la SCMR (injection ou autre)	SCMR3. Pourcentage d'injections faites dans la SCMR				Total
	Aucune injection [0%]	Peu [<25%]	Qq unes [26-75%]	La plupart ou toutes [75-100%]	
Jamais	398	0	0	0	398
Moins de 4 fois	10	16	5	2	33
Au moins une fois par semaine	5	24	51	28	108
Tous les jours ou plusieurs fois par jour	3	13	54	53	123
Total	416	53	110	83	662

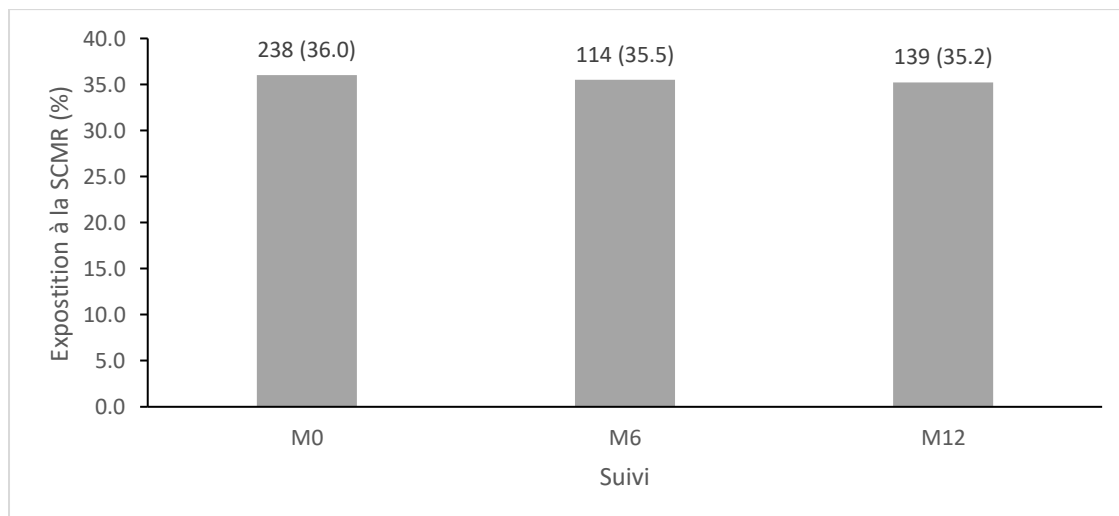
Construction des 2 groupes :

Groupe 1 : Pas ou peu de fréquentation

Groupe 2 : Fréquentation « moyenne ou haute » → nombre d'injections moyen ou haut dans la SCMR (« 25-75% », « 75-100% » ou « 100% ») **OU** utilisation de la SCMR moyenne ou haute « au moins une fois par semaine », « tous les jours » ou « plusieurs fois par jour ».

L'effectif de ces groupes sont suffisants notamment pour le groupe « fréquentation haute » :

Figure 2 Répartition de la variable explicative principale par suivi



Les données du questionnaire M3 n'ont pas été prises en compte dans l'analyse car les co-variables n'étaient pas les mêmes que dans les questionnaires M6 et M12.

Méthodes d'analyse

Pour les analyses concernant chaque variable d'intérêt, nous avons proposé une méthode permettant de limiter le biais lié à la non-randomisation des 2 groupes : exposés versus non exposés.

Du fait du schéma de notre étude, c'est-à-dire une cohorte longitudinale dans laquelle les participants peuvent passer d'un groupe à un autre selon le suivi, il n'a pas été possible de choisir la méthode du score de propension. Cette méthode – consistant à attribuer un poids à un groupe selon ses caractéristiques afin de le comparer à un autre groupe – n'était pas valable puisque nos participants pouvaient changer de groupe en cours de suivi (Lu, 2005).

C'est pourquoi nous avons choisi la méthode de Heckman (voir Encadré 1) qui permet de créer un score qui peut être appliqué ensuite à des données longitudinales et des groupes qui changent selon le suivi.

Les SCMR sont uniquement situées dans les villes de Strasbourg et Paris. Les usagers de Marseille et Bordeaux n'ont pas eu accès à une SCMR, sauf ceux qui se sont déplacés. Les différences entre les usagers de la SCMR et les autres usagers viennent aussi des différences entre les villes et du fait qu'il n'y a pas eu de randomisation dans la sélection des groupes d'exposition.

Pour chaque critère de jugement à étudier, nous avons utilisé un modèle de Heckman afin de tester l'effet de la non-randomisation des groupes d'exposition à la SCMR (« jamais ou peu » contre « fréquentation moyenne ou haute ») sur les résultats.

Encadré 1. La méthode de Heckman en deux étapes

On utilise la méthode de Heckman lorsqu'on veut étudier l'impact de l'appartenance à un groupe sur un phénomène, et que l'on soupçonne que deux groupes à comparer sont très différents. Ces différences peuvent influencer les résultats recherchés. Elle consiste en plusieurs étapes :

1. Equation de première étape

On étudie ici les facteurs associés au fait d'appartenir à un groupe (ici le groupe exposé à la SCMR). Pour cela on utilise une méthode de régression Probit, qui sert à étudier les facteurs associés à l'exposition (en deux catégories). Plus le nombre de variables significativement associées est grand et plus les deux groupes sont différents, il paraît alors pertinent d'étudier l'impact de ces différences sur le phénomène qu'on veut étudier (critère de jugement).

2. Etape intermédiaire

A l'issue de l'équation de première étape, on construit un indicateur nommé l'Inverse mills ratio (IMR). Pour cela, on calcule les prédictions linéaires du modèle pour chaque participant, avec lesquelles on calcule l'IMR.

3. Equation de deuxième étape

Etude des facteurs associés au critère de jugement considéré (par exemple les pratiques à risque), dans lequel on inclut comme variable explicative l'IMR (qui capte les différences entre les deux groupes), et les éventuels autres facteurs explicatifs. On utilise également un modèle Probit.

Etant donné que l'IMR est un indicateur calculé et non observé lors de la collecte de données, il peut y avoir un biais d'hétéroscédasticité. Afin de recalculer les bonnes p-valeurs et intervalles de confiance, on a effectué une méthode bootstrap. Il s'agit d'une technique de ré-échantillonnage qui reproduit des simulations du modèle sur un nombre important d'échantillons de même taille que l'échantillon de base (tirages aléatoires avec remise des participants pour construire les échantillons), afin d'avoir une estimation précise de la variance des paramètres calculés. Le nombre de ré-échantillonnages est à définir a priori.

Interprétation des résultats :

Dans le modèle de seconde étape, on regarde la p-valeur corrigée de l'IMR dans le modèle final multivarié choisi. Une p-valeur significative (ici le seuil de 5% ie. $p < 0.05$) nous informe de l'existence d'un biais dû à la différence entre les groupes d'exposition à l'intervention, et on choisit alors de conserver la méthode de Heckman. Lorsque l'IMR n'est pas significatif, on ne peut pas conclure à l'existence du biais de non-randomisation, et la méthode de Heckman n'est pas la plus pertinente. On peut cependant observer le changement des résultats avec et sans l'ajustement par l'IMR afin de déterminer si la prise en compte des différences entre groupe est pertinente.

Pour les analyses multivariées, concernant chaque variable d'intérêt, nous avons choisi de modéliser la probabilité du critère de jugement avec un modèle à effets aléatoires (fonction Probit pour un modèle de Heckman et fonction Logit pour un modèle sans prise en compte des différences entre les groupes), adapté à l'étude de données longitudinales répétées.

- 1) **Sélection des variables à introduire dans le modèle** : variables dont le coefficient était significatif à 25% dans le modèle Probit à effets aléatoires univarié (ajusté avec l'IMR) et de certaines variables connues dans la littérature (même si non significatives dans cette étape). Une méthode de ré-échantillonnage bootstrap (250 réplifications) a été utilisée pour chaque analyse ajustée par l'IMR.
- 2) **Sélection du modèle final** : introduction de toutes les variables sélectionnées en 1) dans un modèle multivarié Probit à effets aléatoires. Sélection à la main selon une méthode descendante pas à pas des variables significatives à 5% dans la régression multivariée. Nous avons supprimé successivement du modèle les variables dont le coefficient était non significatif (en allant de la plus grande p-valeur à la plus petite). Cependant, nous avons décidé de fixer l'IMR et la variable d'intérêt principale (exposition à la SCMR) afin de conserver à toutes les étapes la méthode de Heckman pour le biais de non-randomisation. La méthode bootstrap, explicitée en 1), a également été appliquée à toutes les étapes de sélection. Nous avons effectué cette démarche jusqu'à ce que le modèle ne comporte que des variables explicatives significatives à 5%. Dans cette dernière étape, si l'IMR est significatif avec $p < 0.05$, alors nous concluons à l'existence du biais de non randomisation et le modèle de Heckman est conservé. Si $p \geq 0.05$, nous ne pouvons pas conclure à un biais de non randomisation, et nous utilisons alors une technique de régression logistique à effets aléatoires. Dans ce cas, la méthode de Heckman n'est pas utilisée.

Encadré 2. Interprétation des odds ratio (OR) dans une régression avec fonction logistique et des coefficients dans un modèle Probit (Coeff)

- $OR > 1$ ou $Coeff > 0$: Dans un groupe étudié, un individu a une probabilité plus importante d'être exposé à l'événement (ie. Le critère de jugement) par rapport à un individu du groupe de référence.
- $OR < 1$ ou $Coeff < 0$: Un individu du groupe étudié a une probabilité moins importante d'être exposé à l'événement par rapport à un individu du groupe de référence.

Lorsque les résultats sont sous forme de coefficient (pour un modèle de type Probit), nous avons également présenté l'effet marginal lié à la variable explicative étudiée, qui est la différence de probabilités prédites entre une modalité et sa modalité de référence. Par exemple, si l'effet marginal est de -0.10, cela signifie qu'être dans le groupe étudié réduit de 10 points de pourcentage la probabilité d'être exposé à un événement par rapport au groupe de référence.

Logiciel utilisé : Stata 14.

Résumé de la méthodologie

La cohorte Cosinus a consisté à suivre 665 injecteurs recrutés dans 4 villes (Bordeaux, Marseille, Paris et Strasbourg) et à les suivre pendant 12 mois. Elle a permis de comparer deux groupes d'injecteurs, un groupe « peu ou pas exposé aux SCMR » à un groupe « exposé régulièrement aux SCMR ». Toutes les données qui nous ont servi à étudier les critères d'efficacité des SCMR ont été recueillies par des enquêteurs formés grâce à des questionnaires proposés à l'inclusion dans la cohorte, à 6 mois et à 12 mois. L'utilisation de méthodes statistiques adaptées a été nécessaire afin de prendre en compte l'évolution des pratiques et de ces critères et le fait que ces deux groupes n'étaient pas sélectionnés de manière aléatoire. Les critères d'efficacité prévus initialement dans le protocole de la cohorte et que nous avons étudiés sont : les pratiques à risque VIH-VHC (échange de matériel d'injection usagé), l'injection dans l'espace public, les abcès, les overdoses non fatales, les passages aux urgences, l'accès au dépistage VHC, aux médicaments de l'addiction aux opiacés et aux soins de ville.

Description de la population

Description de l'ensemble de la population à l'inclusion

Dans le **tableau 7**, sont représentées les caractéristiques des participants selon la ville de passation du questionnaire à l'inclusion.

Pour tout l'échantillon, l'âge médian était de 38 ans et 20% des participants étaient des femmes. Un quart des participants vivaient en couple, plus de 43% occupaient un logement très précaire (squat, voiture, dans la rue) et 20% seulement des participants avaient un emploi. L'injection de substances tous les jours au cours du dernier mois était pratiquée par 60% des participants. Concernant l'usage de substances, un quart des participants avaient déclaré utiliser de la morphine non prescrite tous les jours, 22% consommaient du crack, 11% de la

cocaïne et 59% avaient une consommation problématique d'alcool. Plus de 63% des participants avaient un médicament de l'addiction aux opiacés prescrit.

Au sujet des données de santé, plus de 25% des participants avaient déclaré être actuellement infecté par le VHC et 5.4% par le VIH. Enfin, 65% des participants avaient été incarcérés au moins une fois au cours de leur vie.

Description de la population selon la ville

Dans les différentes villes, certaines caractéristiques étaient différentes :

- les participants de Bordeaux avaient plus de risque de vivre dans un logement très précaire et ils étaient plus jeunes que dans les autres villes ;
- les participants de Paris étaient plus nombreux à avoir un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat, d'être nés à l'étranger et ils étaient moins susceptibles d'avoir une allocation ou une assurance maladie ;
- les participants recrutés à Marseille étaient plus âgés que dans les autres villes, avaient un logement plus stable et avaient plus souvent été incarcérés au cours de la vie que dans les autres villes ;
- Strasbourg était la ville où la proportion de femmes recrutées dans l'étude était la plus forte.

Au niveau des consommations :

- à Marseille, l'usage de buprénorphine non prescrite et de cocaïne était plus fréquent qu'ailleurs ;
- les participants recrutés à Paris étaient plus susceptibles de déclarer avoir consommé de la morphine non prescrite ou du crack au cours du dernier mois et de déclarer s'injecter quotidiennement ;
- les participants de Strasbourg déclaraient plus souvent avoir utilisé de l'héroïne ;
- les participants de Bordeaux avaient plus de risque de consommer du cannabis ou de la cocaïne tous les jours.

La consommation problématique d'alcool quant à elle concernait plutôt les participants de Bordeaux et Strasbourg.

Enfin, concernant l'état de santé, les participants de Paris étaient moins fréquemment en traitement de l'addiction aux opiacés et déclaraient plus souvent être positifs au VHC et positifs pour le VIH par rapport aux autres villes. Au contraire, à Marseille, il y avait la plus grande proportion de personnes qui se déclaraient guéries du VHC, qui avaient un médicament de l'addiction aux opiacés (avec la ville de Strasbourg) et qui étaient positifs au VIH.

Tableau 7. Caractéristiques de la population par villes et ensemble (n=665)

	Bordeaux 146 (22.0%)	Marseille 199 (29.9%)	Paris 240 (36.1%)	Strasbourg 80 (13.0%)	Total 665 (100%)	p-value
Genre						0.475
Homme ou transgenre homme	114 (78.1)	159 (79.9)	198 (82.5)	60 (75.0)	531 (79.8)	
Femme ou transgenre femme	32 (21.9)	40 (20.1)	42 (17.5)	20 (25.0)	134 (20.2)	
Age médian (années)	33 (28-39)	42 (33-48)	40 (32-46)	36.5 (29-42)	38 (31-46)	
Niveau de diplôme						0.016
< Baccalauréat	107 (73.3)	151 (75.9)	151 (62.9)	59 (73.8)	468 (70.4)	
>= Baccalauréat	39 (26.7)	48 (24.1)	89 (37.1)	21 (26.3)	197 (29.6)	
Pays de naissance						0.000
Né en France	133 (91.1)	170 (85.4)	178 (74.2)	69 (86.3)	550 (82.7)	
Né à l'étranger	13 (8.9)	29 (14.6)	62 (25.8)	11 (13.8)	115 (17.3)	
En couple						0.145
Non	107 (73.3)	143 (71.9)	191 (79.9)	56 (70.0)	497 (74.8)	
Oui	39 (26.7)	56 (28.1)	48 (20.1)	24 (30.0)	167 (25.2)	
Type de logement						0.000
Très stable	38 (26.0)	83 (41.7)	83 (34.6)	29 (36.3)	233 (35.0)	
Précaire ou instable	19 (13.0)	63 (31.7)	51 (21.3)	16 (20.0)	149 (22.4)	
Très précaire	89 (61.0)	53 (26.6)	106 (44.2)	35 (43.8)	283 (42.6)	
Activité professionnelle (déclarée ou non)						0.630
Non	119 (81.5)	155 (77.9)	198 (82.5)	66 (82.5)	538 (80.9)	
Oui	27 (18.5)	44 (22.1)	42 (17.5)	14 (17.5)	127 (19.1)	
Allocations						0.000
Non	41 (28.1)	59 (29.6)	128 (53.3)	26 (32.5)	254 (38.2)	
Oui	105 (71.9)	140 (70.4)	112 (46.7)	54 (67.5)	411 (61.8)	
Aide alimentaire^a						0.161
Non	103 (70.5)	147 (73.9)	192 (80.0)	58 (72.5)	500 (75.2)	
Oui	43 (29.5)	52 (26.1)	48 (20.0)	22 (27.5)	165 (24.8)	
Couverture sociale						0.001
No	38 (26.0)	39 (19.6)	82 (34.2)	13 (16.3)	172 (25.9)	
Yes	108 (74.0)	160 (80.4)	158 (65.8)	67 (83.8)	493 (74.1)	
Durée depuis la première injection						0.189
<10 ans	51 (34.9)	56 (28.4)	75 (31.5)	33 (41.3)	215 (32.5)	
>= 10 ans	95 (65.1)	141 (71.6)	163 (68.5)	47 (58.8)	446 (67.5)	
Usage quotidien d'héroïne^a						0.001
Non	143 (97.9)	198 (99.5)	228 (95.8)	72 (90)	641 (96.7)	
Oui	3 (2.1)	1 (0.5)	10 (4.2)	8 (10)	22 (3.3)	
Usage quotidien de buprénorphine non prescrite^a						0.000
Non	140 (95.9)	166 (83.4)	227 (94.6)	77 (96.3)	610 (91.7)	
Oui	6 (4.1)	33 (16.6)	13 (5.4)	3 (3.8)	55 (8.3)	
Usage quotidien de méthadone non prescrite^a						0.734
Non	141 (96.6)	193 (97)	228 (95)	77 (96.3)	639 (96.1)	
Oui	5 (3.4)	6 (3.0)	12 (5.0)	3 (3.8)	26 (3.9)	
Usage quotidien de morphine non prescrite^a						0.000
Non	126 (86.3)	179 (89.9)	131 (54.6)	70 (87.5)	506 (76.1)	
Oui	20 (13.7)	20 (10.1)	109 (45.4)	10 (12.5)	159 (23.9)	
Usage quotidien de cocaïne^a						0.001
Non	124 (84.9)	169 (84.9)	228 (95.4)	72 (90.0)	593 (89.3)	
Oui	22 (15.1)	30 (15.1)	11 (4.6)	8 (10.0)	71 (10.7)	

	Bordeaux 146 (22.0%)	Marseille 199 (29.9%)	Paris 240 (36.1%)	Strasbourg 80 (13.0%)	Total 665 (100%)	p-value
Usage quotidien de crack/free base^a						0.000
Non	135 (92.5)	197 (99.0)	105 (43.8)	80 (100.0)	517 (77.7)	
Oui	11 (7.5)	2 (1.0)	135 (56.3)	0 (0.0)	148 (22.3)	
Usage quotidien de cannabis^a						0.002
Non	76 (52.4)	137 (68.8)	169 (70.4)	49 (61.3)	431 (64.9)	
Oui	69 (47.6)	62 (31.2)	71 (29.6)	31 (38.8)	233 (35.1)	
Consommation à risque d'alcool^b						0.000
Non	38 (26.0)	85 (42.7)	124 (51.7)	26 (32.5)	273 (41.1)	
Oui	108 (74.0)	114 (57.3)	116 (48.3)	54 (67.5)	392 (58.9)	
Injection quotidienne^a						0.033
Non	69 (47.3)	88 (44.7)	81 (33.8)	34 (42.5)	272 (41.0)	
Oui	77 (52.7)	109 (55.3)	159 (66.3)	46 (57.5)	391 (59.0)	
Partage de matériel d'injection au moins une fois^a						0.580
Non	122 (83.6)	167 (84.3)	193 (80.4)	63 (78.8)	545 (82.1)	
Oui	24 (16.4)	31 (15.7)	47 (19.6)	17 (21.3)	119 (17.9)	
Médicament de l'addiction aux opiacés						0.000
Non	57 (39.0)	51 (25.6)	112 (46.7)	24 (30.0)	244 (36.7)	
Oui	89 (61.0)	148 (74.4)	128 (53.3)	56 (70.0)	421 (63.3)	
Au moins une overdose non fatale^c						0.981
Non	138 (94.5)	185 (93.4)	225 (93.8)	75 (93.8)	623 (93.8)	
Oui	8 (5.5)	13 (6.6)	15 (6.3)	5 (6.3)	41 (6.2)	
Statut hépatite C auto-déclaré						0.000
Séronégatif	91 (62.3)	80 (40.2)	106 (44.2)	47 (58.8)	324 (48.7)	
A été séropositif mais guéri	22 (15.1)	52 (26.1)	42 (17.5)	8 (10.0)	124 (18.6)	
Actuellement séropositif	28 (19.2)	50 (25.1)	81 (33.8)	18 (22.5)	177 (26.6)	
Non testé	5 (3.4)	17 (8.5)	11 (4.6)	7 (8.8)	40 (6.0)	
Statut VIH auto-déclaré						0.030
Séronégatif	141 (96.6)	177 (88.9)	212 (88.3)	77 (96.2)	607 (91.3)	
Séropositif	2 (1.4)	13 (6.5)	20 (8.3)	1 (1.3)	36 (5.4)	
Non testé	3 (2.1)	9 (4.5)	8 (3.3)	2 (2.5)	22 (3.3)	
Au moins un passage aux urgences^c						0.308
Non	90 (61.6)	115 (57.8)	159 (66.5)	49 (61.3)	413 (62.2)	
Oui	56 (38.4)	84 (42.2)	80 (33.5)	31 (38.8)	251 (37.8)	
Au moins un abcès^c						0.011
Non	123 (84.3)	144 (72.4)	190 (83.3)	60 (75)	517 (79.2)	
Oui	23 (15.8)	55 (27.6)	38 (16.7)	20 (25)	136 (20.8)	
Expérience de prison au cours de la vie						0.156
Non	61 (41.8)	59 (29.9)	82 (34.2)	28 (35.0)	230 (34.7)	
Oui	85 (58.2)	138 (70.1)	158 (65.8)	52 (65.0)	433 (65.3)	

^a Au cours du dernier mois. ^b Score de l'AUDIT C ≥ 3 pour les femmes et ≥ 4 pour les hommes. ^c Au moins une fois au cours des six derniers mois.

Description de la population en termes d'exposition ou non à la SCMR

Nous avons comparé dans le **tableau 8** ci-dessous deux populations à l'inclusion (M0) : celle qui n'avait jamais fréquenté la SCMR au cours du dernier mois et celle qui avait fréquenté au moins une fois la SCMR.

Comme attendu, la majorité des personnes ayant fréquenté au moins une fois la SCMR provenait de Paris et Strasbourg (resp. 80% et 19%). Seules deux personnes ayant été incluses à Marseille ont été exposés à la SCMR au cours du dernier mois. Les personnes exposées à la SCMR avaient une probabilité plus grande d'avoir le baccalauréat ou un diplôme du supérieur et d'avoir un logement très précaire. Au niveau des ressources économiques, les usagers de la SCMR étaient plus nombreux à ne pas avoir de travail, à ne pas toucher d'allocation ou de pension et à ne pas avoir de couverture sociale. Enfin, ils étaient plus à risque de déclarer une infection au VHC actuellement et avaient une probabilité moins importante d'avoir un médicament de l'addiction aux opiacés.

En termes de consommation de substances quotidiennes, les résultats suivaient les tendances des villes : les usagers de la SCMR consommaient plus d'héroïne, de méthadone non prescrite, de morphine non prescrite et de crack ou free base. Les personnes qui ne fréquentaient pas la SCMR consommaient plus de buprénorphine non prescrite et de cocaïne. Ces derniers étaient également plus à risque d'avoir une consommation problématique d'alcool. Les personnes qui fréquentaient la SCMR étaient plus nombreuses à avoir injecté tous les jours au cours du dernier mois.

Tableau 8. Caractéristiques des groupes à l'inclusion (n=662*)

	Groupe non exposé à la SCMR n=424 (64%)	Groupe exposé à la SCMR n=238 (36%)	Total n=662 (100%)	p-valeur
Ville				<0.001
Bordeaux	145 (34.2)	0 (0)	145 (21.9)	
Marseille	197 (46.5)	2 (0.8)	199 (30.1)	
Paris	48 (11.3)	190 (79.8)	238 (36)	
Strasbourg	34 (8)	46 (19.3)	80 (12.1)	
Age médian (années)	38 [31-46]	37 [32-44]	38 [31-46]	0.523
Durée depuis la première injection				0.109
<10 ans	128 (30.3)	86 (36.4)	214 (32.5)	
>= 10 ans	294 (69.7)	150 (63.6)	444 (67.5)	
Genre				0.441
Homme ou transgenre homme	335 (79)	194 (81.5)	529 (79.9)	
Femme ou transgenre femme	89 (21)	44 (18.5)	133 (20.1)	
Niveau de diplôme				0.114
< Baccalauréat	308 (72.6)	159 (66.8)	467 (70.5)	
>= Baccalauréat	116 (27.4)	79 (33.2)	195 (29.5)	
Pays de naissance				0.053
Né en France	360 (84.9)	188 (79)	548 (82.8)	
Né à l'étranger	64 (15.1)	50 (21)	114 (17.2)	
En couple				0.302
Non	312 (73.6)	183 (77.2)	495 (74.9)	
Oui	112 (26.4)	54 (22.8)	166 (25.1)	
				0.001

	Groupe exposé à la SCMR n=424 (64%)	non exposé à la SCMR n=238 (36%)	Total n=662 (100%)	p-valeur
Type de logement				
Très stable	164 (38.7)	67 (28.2)	231 (34.9)	
Précaire ou instable	102 (24.1)	47 (19.7)	149 (22.5)	
Très précaire	158 (37.3)	124 (52.1)	282 (42.6)	
Activité professionnelle (déclarée ou non)				0.028
Non	332 (78.3)	203 (85.3)	535 (80.8)	
Oui	92 (21.7)	35 (14.7)	127 (19.2)	
Allocations				<0.001
Non	127 (30)	125 (52.5)	252 (38.1)	
Oui	297 (70)	113 (47.5)	410 (61.9)	
Aide alimentaire^a				0.093
Non	310 (73.1)	188 (79)	498 (75.2)	
Oui	114 (26.9)	50 (21)	164 (24.8)	
Couverture sociale				<0.001
Non	86 (20.3)	86 (36.1)	172 (26)	
Oui	338 (79.7)	152 (63.9)	490 (74)	
Usage quotidien d'héroïne^a				0.161
Non	412 (97.4)	226 (95.4)	638 (96.7)	
Oui	11 (2.6)	11 (4.6)	22 (3.3)	
Usage quotidien de buprénorphine non prescrite^a				0.268
Non	385 (90.8)	222 (93.3)	607 (91.7)	
Oui	39 (9.2)	16 (6.7)	55 (8.3)	
Usage quotidien de méthadone non prescrite^a				0.393
Non	410 (96.7)	227 (95.4)	637 (96.2)	
Oui	14 (3.3)	11 (4.6)	25 (3.8)	
Usage quotidien de morphine non prescrite^a				<0.001
Non	379 (89.4)	125 (52.5)	504 (76.1)	
Oui	45 (10.6)	113 (47.5)	158 (23.9)	
Usage quotidien de cocaïne^a				<0.001
Non	364 (85.8)	226 (95.4)	590 (89.3)	
Oui	60 (14.2)	11 (4.6)	71 (10.7)	
Usage quotidien de crack/free base^a				<0.001
Non	402 (94.8)	113 (47.5)	515 (77.8)	
Oui	22 (5.2)	125 (52.5)	147 (22.2)	
Usage quotidien de cannabis^a				0.147
Non	266 (62.9)	163 (68.5)	429 (64.9)	
Oui	157 (37.1)	75 (31.5)	232 (35.1)	
Injection quotidienne^a				<0.001
Non	197 (46.7)	74 (31.1)	271 (41.1)	
Oui	225 (53.3)	164 (68.9)	389 (58.9)	
Médicament de l'addiction aux opiacés				<0.001
Non	132 (31.1)	111 (46.6)	243 (36.7)	
Oui	292 (68.9)	127 (53.4)	419 (63.3)	
Consommation d'alcool à risque^b				0.012
Non	159 (37.5)	113 (47.5)	272 (41.1)	
Oui	265 (62.5)	125 (52.5)	390 (58.9)	
Expérience de prison au cours de la vie				0.542
Non	150 (35.5)	79 (33.2)	229 (34.7)	
Oui	272 (64.5)	159 (66.8)	431 (65.3)	

	Groupe exposé à la SCMR n=424 (64%)	non exposé à la SCMR n=238 (36%)	Groupe exposé à la SCMR Total n=662 (100%)	p-valeur
Tentative de suicide au cours de la vie				0.346
Non	249 (58.7)	153 (64.3)	402 (60.7)	
Oui	167 (39.4)	82 (34.5)	249 (37.6)	
Manquant	8 (1.9)	3 (1.3)	11 (1.7)	
Statut VIH auto-déclaré				0.761
Séronegatif	389 (91.8)	215 (90.3)	604 (91.2)	
Séropositif	21 (5.0)	15 (6.3)	36 (5.4)	
Non testé	14 (3.3)	8 (3.4)	22 (3.3)	
Statut hépatite C auto-déclaré				0.005
Séronégatif	206 (48.6)	116 (48.7)	322 (48.6)	
A été séropositif mais guéri	94 (22.2)	30 (12.6)	124 (18.7)	
Actuellement séropositif	98 (23.1)	78 (32.8)	176 (26.6)	
Non testé	26 (6.1)	14 (5.9)	40 (6)	
Utilisation des structures de réduction des risques (CAARUD, CSAPA)^c				0.062
< Souvent	133 (31.7)	59 (24.8)	192 (29.2)	
Souvent ou toujours	287 (68.3)	179 (75.2)	466 (70.8)	
Partage de matériel d'injection au moins une fois^a				0.753
Non	346 (81.8)	197 (82.8)	543 (82.1)	
Oui	77 (18.2)	41 (17.2)	118 (17.9)	
Au moins un abcès^c				0.197
Non	320 (77.7)	195 (81.9)	515 (79.2)	
Oui	92 (22.3)	43 (18.1)	135 (20.8)	
Au moins une overdose^c non-fatale				0.839
Non	398 (94.09)	223 (93.7)	621 (93.0)	
Oui	25 (5.9)	15 (6.3)	40 (6.1)	
Au moins un passage aux urgences^c				0.202
Non	256 (60.4)	155 (65.4)	411 (62.2)	
Oui	168 (39.6)	82 (34.6)	250 (37.8)	
Dépistage VHC (n=486 personnes non séropositives)				0.344
> 6 mois ou date inconnue ou pas de test	134 (41.1)	73 (45.6)	207 (42.6)	
<= 6 mois	192 (58.9)	87 (54.4)	279 (57.4)	

* 3 données manquantes sur la variable de la SCMR. ^a Au cours du dernier mois. ^b Score de l'AUDIT C ≥ 3 pour les femmes et ≥ 4 pour les hommes. ^c Au cours des six derniers mois

Équation de première étape

L'équation de première étape permet de déterminer l'ampleur des différences entre les deux groupes d'exposition et de calculer l'IMR, qui servira d'ajustement sur les différences entre groupes dans les différentes analyses d'efficacité de la SCMR.

Tableau 9. Équation de première étape - facteurs associés à l'exposition à la SCMR : Modèles Probit mixtes, analyses univariées et multivariées, étude COSINUS

	Analyses univariées N=1463 visits, n=664		Analyse multivariée finale N=1459 visits, n=664	
	Coeff* [IC 95%]	p-value	aCoeff** [IC 95%]	p-value
Age (continu)^a	-0.02 [-0.05,0.02]	0.322		
Durée depuis la première injection^a				
<10 ans	Réf ^a			
>= 10 ans	-0.62 [-1.33,0.10]	0.09		
Genre^a				
Homme ou transgenre homme	Réf			
Femme ou transgenre femme	-0.39 [-1.14,0.37]	0.313		
Niveau de diplôme^a				
< Baccalauréat	Réf		Réf	
>= Baccalauréat	0.78 [0.03,1.53]	0.04	0.52 [0.05;0.99]	0.030
Pays de naissance^a				
Né en France	Réf		Réf	
Né à l'étranger	1.07 [0.06,2.07]	0.038	0.52 [-0.03;1.08]	0.065
En couple				
Non	Réf			
Oui	-0.21 [-0.70,0.27]	0.390		
Type de logement				
Très stable	Réf		Réf	
Précaire ou instable	0.57 [-0.00,1.14]	0.052	0.40 [-0.05;0.84]	0.080
Très précaire	1.4 [0.83,1.96]	<0.001	0.56 [0.13;0.99]	0.011
Activité professionnelle (déclarée ou non)				
Non	Réf			
Oui	-0.54 [-1.06,-0.02]	0.041		
Allocations				
Non	Réf		Réf	
Oui	-0.96 [-1.42,-0.51]	<0.001	-0.46 [-0.82;-0.1]	0.013
Aide alimentaire^b				
Non	Réf			
Oui	0.06 [-0.38,0.49]	0.793		
Couverture sociale				
Non	Réf			
Oui	-0.86 [-1.33,-0.39]	<0.001		
Usage quotidien d'héroïne^b				
Non	Réf			
Oui	-0.36 [-1.34,0.62]	0.476		
Usage quotidien de buprénorphine non prescrite^b				
Non	Réf			
Oui	0.09 [-0.66,0.85]	0.807		
Usage quotidien de méthadone non prescrite^b				
Non	Réf			
Oui	1.59 [0.13,3.05]	0.033		

	Analyses univariées		Analyse multivariée finale	
	Coeff** [IC 95%]	p-value	aCoeff** [IC 95%]	p-value
Usage quotidien de morphine non prescrite^b				
Non	Réf		Réf	
Oui	1.9 [1.42,2.38]	<0.001	1.17 [0.74;1.6]	<0.001
Usage quotidien de cocaïne^b				
Non	Réf		Réf	
Oui	-0.68 [-1.35,-0.00]	0.049	-0.66 [-1.21;-0.11]	0.019
Usage quotidien de crack/free base^b				
Non	Réf		Réf	
Oui	3.43 [2.83,4.04]	<0.001	2.75 [2.19;3.31]	<0.001
Usage quotidien de cannabis^b				
Non	Réf			
Oui	-0.41 [-0.80,-0.02]	0.037		
Injection quotidienne^b				
Non	Réf			
Oui	0.63 [0.22,1.03]	0.002		
Consommation d'alcool à risque^c				
Non	Réf			
Oui	-0.67 [-1.16,-0.19]	0.006		
Expérience de prison au cours de la vie^a				
Non	Réf			
Oui	0.11 [-0.54,0.77]	0.733		
Tentative de suicide au cours de la vie^a				
Non	Réf			
Oui	-0.43 [-1.07,0.21]	0.189		
Missing	-1.01 [-3.24,1.22]	0.373		
Statut VIH auto-déclaré				
Séronegatif	Réf			
Séropositif	0.81 [-0.52,2.14]	0.233		
Non testé	0.66 [-0.54,1.85]	0.281		
Statut hépatite C auto-déclaré				
Séronégatif	Réf		Réf	
A été séropositif mais guéri	-0.6 [-1.15,-0.04]	0.035	-0.37 [-0.85;0.11]	0.133
Actuellement séropositif	0.14 [-0.38,0.65]	0.596	0.42 [0.01;0.83]	0.046
Non testé	0.19 [-0.62,1.00]	0.645	-0.05 [-0.77;0.66]	0.881
Utilisation des structures de réduction des risques (CAARUD, CSAPA)^d				
< Souvent	Réf			
Souvent ou toujours	0.51 [0.09,0.92]	0.017		

*Coefficient. **Coefficient ajusté. [#]Catégorie de référence. ^aInvariant. ^bAu cours du dernier mois. ^cScore de l'AUDIT C >=3 pour les femmes et >=4 pour les hommes. ^d Au cours des six derniers mois.

Les facteurs associés au fait d'être dans le groupe exposé s'expliquent par les différences entre les participants des différentes villes.

À Paris, les répondants avaient plus souvent indiqué avoir un diplôme supérieur au bac, ce qui est concordant avec les chiffres de la population générale, l'Ile-de-France étant la région la plus diplômée de France (Calvier et al., 2015). Également, c'est dans cette ville que la proportion de personnes nées à l'étranger était la plus forte. Selon l'Insee, l'Ile de France a une proportion deux fois plus élevée que la France métropolitaine de personnes nées à l'étranger avec une

surreprésentation des plus diplômés (Boussad et al., 2017). Cela peut être corrélé avec le fait que la proportion de bénéficiaires d'allocations ou de pensions est moins forte que dans les autres villes puisque les personnes nées à l'étranger ne peuvent pas toujours prétendre à des droits ou à des aides de l'Etat.

Le fait d'habiter dans un logement précaire a plus souvent été déclaré par les participants vivant à Marseille mais le fait d'habiter dans un logement très précaire a plus souvent été déclaré par les participants vivant à Bordeaux, ce qui peut s'expliquer par le fait que les PQIS de cette ville sont plus jeunes qu'ailleurs et habitent plus fréquemment en tente ou en camion.

Concernant les consommations, des différences existent entre les villes du fait de la plus ou moins forte disponibilité de certains produits sur les territoires. La consommation quotidienne de sulfate de morphine non prescrite était beaucoup plus forte à Paris que dans les autres villes. Par rapport à l'héroïne, le sulfate de morphine est quatre fois moins cher et n'est pas coupé, ce qui garantit sa pureté. De plus, l'héroïne est faiblement accessible à Paris selon les observations du réseau TREND² de l'OFDT. Une autre spécificité parisienne était la consommation quotidienne de crack. Depuis le début des années 2000, on assiste à une extension et une dissémination de la vente de crack dans la capitale. Sur le reste du territoire, contrairement à Paris, les réseaux de vente de crack ne sont pas organisés voire inexistants. La consommation de cocaïne quant à elle concernait plutôt les villes de Bordeaux et Marseille. Dans ces deux villes, ce produit est fortement disponible dans la rue où le conditionnement et les quantités vendues ont été adaptées : avec la disponibilité de cocaïne à 5 ou 10€, les usagers pauvres ou en situation de précarité ont davantage d'opportunités d'acheter ces doses qu'ils consomment en injection.

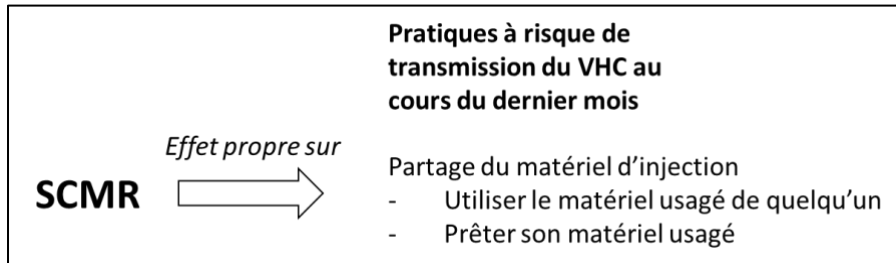
Au sujet des données de santé, seul le statut VHC déclaré était différent selon les sites d'investigation de l'étude : dans les villes où la population recrutée était plus jeune (Bordeaux et Strasbourg), moins de participants se déclaraient séropositifs (guéris ou non) et Paris était la ville où la part de personnes séropositives non guéris était la plus grande.

Pour la deuxième partie de la méthode de Heckman, le score construit (IMR) est inséré dans les analyses longitudinales. En termes de passage d'un groupe d'exposition à l'autre, à Paris et Strasbourg, 17% des participants ont arrêté d'utiliser une SCMR et 35.4% ré-utilisent la SCMR (après l'avoir arrêté). Si nous prenons en compte l'échantillon total (Marseille et Bordeaux) les % de transition sont encore plus faibles.

² TREND est un dispositif national de collecte d'informations de l'OFDT actuellement présent dans 8 villes en France qui vise à détecter les phénomènes émergents, décrire et comprendre les évolutions des pratiques, assurer une veille sur les substances dangereuses et les nouvelles substances et à mener des investigations spécifiques.

Analyse principale : pratiques à risque de transmission du VIH et VHC

Objectif de l'analyse



Construction de la variable d'intérêt principal

Partage de matériel d'injection³ :

- Avoir utilisé le matériel d'injection usagé (seringue ou petit matériel) de quelqu'un d'autre³
- Avoir prêté du matériel d'injection à quelqu'un après l'avoir utilisé³.

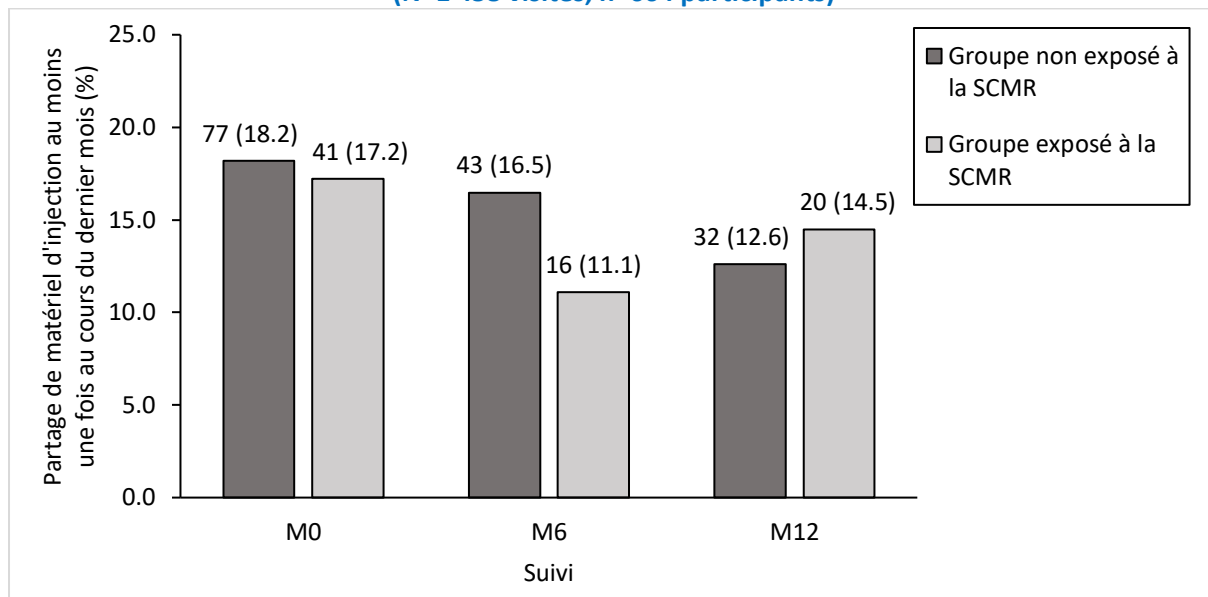
Remarque : Nous avons regroupé le fait d'emprunter et de prêter son matériel d'injection car les effectifs étaient trop faibles pour séparer les analyses. Nous avons de même pris en compte l'ensemble du matériel d'injection (et non la seringue vs le petit matériel) pour les mêmes raisons.

Description des pratiques à risque en fonction de la variable d'exposition

Dans le groupe non exposé, le pourcentage de partage de matériel d'injection baisse un peu, mais il n'y a pas de tendance visible pour le groupe exposé (**Figure 3**). Au niveau de la comparaison des pourcentages entre groupes, il n'y a pas de différence significative, même si on dénote un pourcentage plus faible de partages dans le groupe exposé à M6 (11.1% vs 16.5% dans le groupe non exposé).

³ Au moins une fois au cours du dernier mois

Figure 3. Fréquences des participants qui ont déclaré avoir partagé leur matériel d'injection au moins une fois au cours du dernier mois par suivi et par groupe d'exposition (n(%)), étude COSINUS (N=1 458 visites, n=664 participants)



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

Analyse multivariée

Nous avons analysé l'effet propre de la SCMR sur le partage de matériel d'injection avec un modèle de Heckman (Probit mixte) multivarié (**tableau 10**). Le coefficient associé à l'IMR (Inverse mills ratio) est significatif ($p=0.012$), ce qui signifie qu'il y a un biais lié à la non randomisation des groupes d'exposition qui est pris en compte avec l'application de la méthode de Heckman. Ainsi, il apparaît que les participants exposés à la SCMR ont un risque significativement moins important de partager leur matériel d'injection que les personnes non exposées au dispositif (Coeff. ajusté = -1.14 ; IC 95% = [-1.19 ; -0.36]). L'analyse en termes de probabilités prédites montre qu'être dans le groupe exposé diminue de 10 points de pourcentage (la probabilité de pratiques à risque par rapport au groupe non exposé (effet marginal = -0.10 ; IC 95% = [-0.18; -0.03])).

D'autres facteurs sont significativement corrélés à un plus grand risque de partager son matériel : être plus jeune, avoir eu recours à une aide alimentaire, consommer quotidiennement du crack/free base, injecter de façon quotidienne des produits, avoir une consommation à risque d'alcool et se déclarer positif pour le VHC. Ces cofacteurs sont ceux retrouvés dans la littérature. Le résultat décrivant que les PQIS ayant déclaré être positifs pour le VHC ont plus de pratiques à risque de partage peut s'expliquer par le fait que le statut VHC est une conséquence de ces pratiques à risque.

Les limites de cette analyse reposent sur le fait qu'une sous-déclaration des pratiques à risque est possible surtout lorsque les questionnaires sont passés dans les lieux où sont distribués le matériel stérile et les messages de prévention associés. Cependant, nous pouvons faire l'hypothèse que ce biais est égal dans les deux groupes comparés, donc ne modifie pas l'effet, car les enquêteurs ont reçu les mêmes supports écrits de formation.

Tableau 10. Facteurs associés au partage de matériel d'injection : modèles Probit mixte avec variances bootstrap (250 réplifications), analyses univariées et multivariées, étude COSINUS

	Analyses univariées ajustées avec l'IMR N=1454, n=664		Analyse multivariée finale N=1450, n=664		Effet marginal *** N=1450, n=664 em [IC 95%]
	Coeff** [IC 95%]	p-valeur	Coeffa** [IC 95%]	p-valeur	
Exposition à la SCMR^a					
Non	Réf ^a		Réf		Réf
Oui	0.15 [-0.22;0.52]	0.433	-1.14 [-1.91;-0.36]	0.004	-0.10 [-0.18;-0.03]
IMR					
Age (continu)^b	-0.02 [-0.04;0]	0.025	-0.02 [-0.04;0]	0.013	0.00 [0.00;0.00]
Durée depuis la première injection ^b					
<10 ans	Réf				
>= 10 ans	0.01 [-0.31;0.32]	0.968			
Genre^b					
Homme ou transgenre homme	Réf				
Femme ou transgenre femme	0.31 [-0.04;0.66]	0.084			
Niveau de diplôme^b					
< Baccalauréat	Réf				
>= Baccalauréat	-0.01 [-0.29;0.27]	0.933			
Pays de naissance^b					
Né en France	Réf				
Né à l'étranger	0.16 [-0.26;0.57]	0.459			
En couple					
Non	Réf				
Oui	0.04 [-0.27;0.35]	0.810			
Type de logement					
Très stable	Réf				
Précaire ou instable	0.12 [-0.26;0.51]	0.529			
Très précaire	0.21 [-0.1;0.53]	0.190			
Activité professionnelle (déclarée ou non)					
Non	Réf				
Oui	-0.17 [-0.54;0.21]	0.385			
Allocations					
Non	Réf				
Oui	0.01 [-0.24;0.27]	0.917			
Aide alimentaire^a					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.45 [0.18;0.73]	0.001	0.47 [0.18;0.77]	0.002	0.06 [0.02;0.11]
Couverture sociale					
Non	Réf				
Oui	-0.11 [-0.41;0.19]	0.460			
Usage quotidien d'opiacé non prescrit^{ac}					
Non	Réf				
Oui	0.08 [-0.19;0.35]	0.571			
Usage quotidien de cocaïne^a					
Non	Réf				
Oui	0.67 [0.27;1.07]	0.001			
Usage quotidien de crack/free base^a					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.27 [-0.08;0.61]	0.133	1.03 [0.30;1.75]	0.005	0.17 [0;0.34]

	Analyses univariées ajustées avec l'IMR N=1454, n=664		Analyse multivariée finale N=1450, n=664		Effet marginal *** N=1450, n=664 em [IC 95%]
	Coeff* [IC 95%]	p-valeur	Coeffa** [IC 95%]	p-valeur	
Usage quotidien de cannabis^a					
Non	Réf				
Oui	-0.11 [-0.4;0.18]	0.471			
Médicament de l'addiction aux opiacés					
Non	Réf				
Oui	0.11 [-0.16;0.38]	0.417			
Injection quotidienne^a					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.53 [0.25;0.81]	<0.001	0.57 [0.28;0.86]	<0.001	0.06 [0.03;0.09]
Consommation d'alcool à risque^d					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.39 [0.12;0.65]	0.004	0.43 [0.16;0.7]	0.002	0.04 [0.02;0.07]
Statut hépatite C auto-déclaré					
Séronégatif	Réf		Réf		Réf
A été séropositif mais guéri	0.09 [-0.27;0.45]	0.617	0.29 [-0.07;0.65]	0.119	0.03 [-0.01;0.06]
Actuellement séropositif	0.44 [0.13;0.74]	0.005	0.65 [0.33;0.96]	<0.001	0.08 [0.03;0.13]
Non testé	0.18 [-0.49;0.85]	0.593	0.14 [-0.54;0.82]	0.687	0.01 [-0.05;0.07]
Expérience de prison au cours de la vie^b					
Non	Réf				
Oui	-0.05 [-0.36;0.27]	0.781			

*Coefficient. **Coefficient ajusté. ***Différence des probabilités prédites en points de pourcentages, les autres cofacteurs sont laissés à leur moyenne et l'effet aléatoire est fixé à 0. ^aCatégorie de référence. ^aAu cours du dernier mois. ^bInvariant. ^cHéroïne, méthadone non prescrite, buprénorphine non prescrite, morphine non prescrite ou autre opiacé (quotidiennement). ^dScore de l'AUDIT C >=3 pour les femmes et >=4 pour les hommes.

Abcès

Objectif de l'analyse

Dans la présente analyse, nous souhaitons évaluer l'efficacité de la SCMR sur le taux d'abcès déclarés entre les deux groupes.

Construction de la variable d'intérêt « abcès »

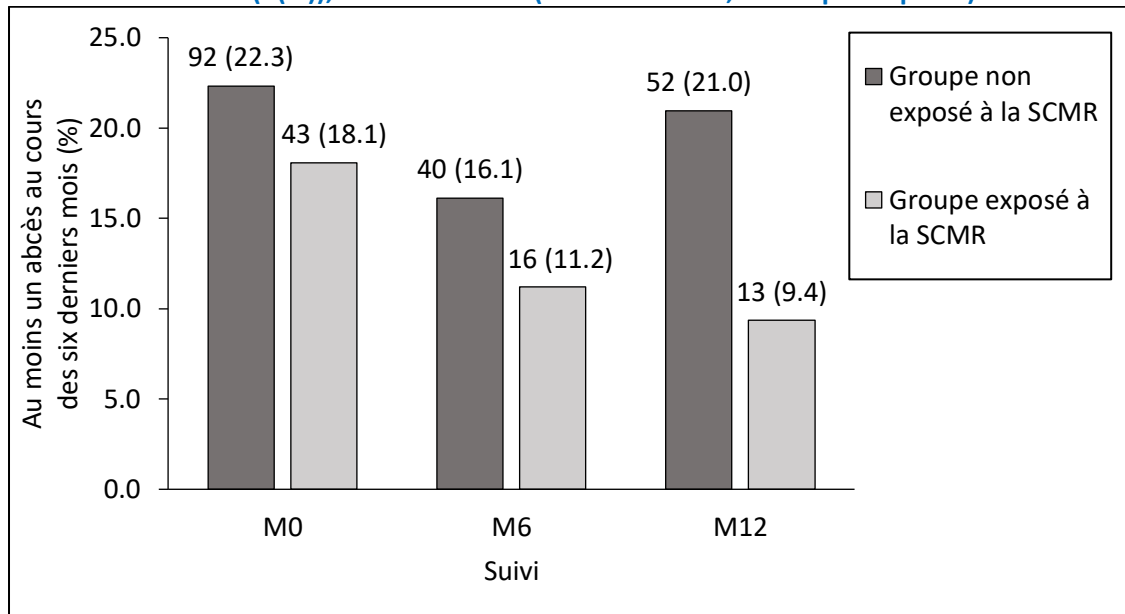
Nous avons étudié le lien entre la fréquentation de la SCMR et les abcès. La variable étudiée était le fait d'avoir déclaré un abcès survenu au cours des six derniers mois précédent l'enquête. Nous avons utilisé la question : « Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu les problèmes suivants à cause de votre consommation de drogues ? ». Parmi la liste de réponses possibles (15 items), figuraient les abcès.

Description du lien entre la SCMR et les abcès

Comme le montre la **Figure 4**, les personnes du groupe « exposition à la SCMR » avaient un taux de déclaration d'abcès moins important que le groupe « aucune fréquentation », quel que soit

le suivi étudié. Cette différence est significative seulement au suivi M12 (21% d'abcès dans le groupe non exposé et 9% d'abcès dans le groupe exposé). On voit une tendance à la baisse du pourcentage d'abcès au cours du suivi dans le groupe exposé à la SCMR, alors qu'aucune tendance n'est visible dans le groupe non exposé.

Figure 4. Fréquences des participants déclarant un abcès par groupe d'exposition et par suivi (n(%)), étude COSINUS (N=1 428 visites, n=658 participants)



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

Analyse multivariée

L'analyse multivariée présentée dans le **tableau 11** a confirmé que les personnes qui déclarent être exposé à la SCMR ont moins de risque de déclarer un abcès au cours des 6 derniers mois par rapport aux non utilisateurs de la SCMR (Coeff. ajusté : -0.74, IC 95% = [-1.11;-0.37]). En termes de probabilités prédites, on montre également que la probabilité d'abcès diminue de 11 points de pourcentages pour le groupe exposé par rapport au groupe non exposé (effet marginal = -0.11, IC 95% = [-0.16;-0.05]). Dans ce modèle également, le coefficient de l'IMR est significatif (p=0.008), suggérant qu'il existe un biais lié aux différences entre les groupes qui est pris en compte avec l'application de la méthode de Heckman.

Ainsi, il apparaît que sont significativement plus à risque de déclarer un abcès : les personnes plus âgées, les personnes ayant eu recours à une aide alimentaire et les injecteurs quotidiens de substances. Deux pratiques liées à l'injection sont également liées à plus d'abcès : se faire injecter par quelqu'un d'autre et avoir réutilisé son propre matériel d'injection usagé. Au contraire, les consommateurs à risque d'alcool (catégorie dérivée du score de l'AUDIT-C) ont significativement déclaré moins d'abcès que les personnes consommant moins ou pas d'alcool. Bien que cette association nous soit apparue comme contradictoire, il faut souligner que la consommation d'alcool a été mesurée indépendamment de l'injection des autres substances. Nous ne pouvons pas savoir si les PQIS sont sous l'effet de l'alcool pendant leurs injections ou bien si cette consommation d'alcool caractérise un profil particulier de PQIS qui auraient des pratiques moins à risque d'abcès (injecter moins souvent par exemple). Ces résultats seront approfondis lors de publications ultérieures.

Les limites possibles dans cette analyse reposent d'une part sur le fait que les données soient déclaratives et que la reconnaissance d'un abcès par rapport à un autre type de plaies au point d'injection pourrait être difficile. Même s'il est possible que ce type d'évènement ait été sur ou sous déclaré, ceci est présent dans les deux groupes de notre cohorte donc n'induit pas de biais. De plus, les abcès étant des évènements relativement courants dans cette population et soignés par du personnel médical dans les CAARUD, CSAPA ou les SCMR, les PQIS peuvent acquérir au fur et à mesure de l'apparition de ce type de plaie une certaine compétence dans leur reconnaissance (Gilbert et al., 2019). L'autre limite qu'il faut souligner concerne les temporalités utilisées pour les deux variables comparées : la présence d'abcès au cours des 6 derniers mois et l'exposition à la SCMR au cours du dernier mois. Cependant, le choix de ces temporalités s'explique par le fait que les abcès constituent des évènements dont la fréquence est rare même s'ils sont prévalents dans cette population alors que l'exposition à la SCMR est un évènement qui peut être très fréquent puisque les participants peuvent y être exposés quotidiennement. On considère que l'exposition à la SCMR au cours du dernier mois reflète ce qu'il s'est passé depuis le dernier suivi, couvrant ainsi les 6 derniers mois de la variable « abcès ». De plus, la majorité des participants restent dans le même groupe d'exposition au cours du temps.

Tableau 11. Facteurs associés à au moins un abcès au cours des six derniers mois : modèles Probit mixte avec variances bootstrap (250 réplifications), analyses univariées et multivariées, étude COSINUS

	Analyses univariées ajustées avec l'IMR N=1424, n=658		Analyse multivariée finale N=1417, n=658		Effet marginal*** N=1417, n=658
	Coeff* [IC 95%]	p	Coeffa** [IC 95%]	p	Em [IC 95%]
Exposition à la SCMR^a					
Non	Réf ^a		Réf		Réf
Oui	-0.45 [-0.81 ; -0.09]	0.014	-0.74 [-1.11 ; -0.37]	<0.001	-0.11 [-0.16 ; -0.05]
IMR			0.25 [0.06 ; 0.43]	0.008	
Age (continu)^b	0.01 [0.00 ; 0.03]	0.103	0.02 [0.00 ; 0.03]	0.031	0.00 [0.00 ; 0.00]
Durée depuis la première injection^b					
<10 ans	Réf				
>= 10 ans	0.01 [-0.29 ; 0.30]	0.964			
Genre^b					
Homme ou transgenre homme	Réf				
Femme ou transgenre femme	0.19 [-0.14 ; 0.52]	0.266			
Niveau de diplôme^b					
< Baccalauréat	Réf				
>= Baccalauréat	0.04 [-0.24 ; 0.33]	0.769			
Pays de naissance^b					
Né en France	Réf				
Né à l'étranger	-0.38 [-0.76 ; 0.00]	0.049			
En couple					
Non	Réf				
Oui	-0.19 [-0.45 ; 0.07]	0.156			
Type de logement					
Très stable	Réf				
Précaire ou très précaire	-0.11 [-0.35 ; 0.13]	0.352			

	Analyses univariées ajustées avec l'IMR N=1424, n=658		Analyse multivariée finale N=1417, n=658		Effet marginal*** N=1417, n=658
	Coeff* [IC 95%]	p	Coeffa** [IC 95%]	p	Em [IC 95%]
Activité professionnelle (déclarée ou non)					
Non	Réf				
Oui	-0.31 [-0.66 ;0.03]	0.077			
Allocations					
Non	Réf				
Oui	0.28 [0.00 ;0.56]	0.047			
Aide alimentaire^a					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.32 [0.05 ;0.60]	0.021	0.30 [0.02 ;0.57]	0.033	0.05 [0.00 ;0.11]
Couverture sociale					
Non	Réf				
Oui	0.09 [-0.21 ;0.38]	0.558			
Usage quotidien d'héroïne^a					
Non	Réf				
Oui	-0.27 [-0.98 ;0.44]	0.459			
Usage quotidien de buprénorphine non prescrite^a					
Non	Réf				
Oui	0.57 [0.15 ;0.98]	0.007			
Usage quotidien de méthadone non prescrite^a					
Non	Réf				
Oui	-0.28 [-1.16 ;0.61]	0.540			
Usage quotidien de morphine non prescrite^a					
Non	Réf				
Oui	-0.08 [-0.35 ;0.19]	0.544			
Usage quotidien de cocaïne^a					
Non	Réf				
Oui	0.80 [0.43 ;1.18]	<0.001			
Usage quotidien de crack/free base^a					
Non	Réf				
Oui	-0.21 [-0.51 ;0.10]	0.185			
Usage quotidien de cannabis^a					
Non	Réf				
Oui	-0.15 [-0.41 ;0.11]	0.249			
Médicament de l'addiction aux opiacés					
Non	Réf				
Oui	0.03 [-0.22 ;0.28]	0.819			
Injection quotidienne^a					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.58 [0.33 ;0.83]	<0.001	0.58 [0.34 ;0.83]	<0.001	0.09 [0.05 ;0.13]
Consommation d'alcool à risque^c					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	-0.27 [-0.55 ;0.01]	0.055	-0.31 [-0.58 ;-0.04]	0.023	-0.05 [-0.1 ;-0.01]

	Analyses univariées ajustées avec l'IMR N=1424, n=658		Analyse multivariée finale N=1417, n=658		Effet marginal*** N=1417, n=658
	Coeff* [IC 95%]	p	Coeffa** [IC 95%]	p	Em [IC 95%]
Injection par quelqu'un d'autre au moins une fois^a					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.50 [0.22 ; 0.78]	<0.001	0.50 [0.23 ; 0.77]	<0.001	0.10 [0.04 ; 0.16]
Réutilisation du matériel d'injection au moins une fois^a					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.36 [0.11 ; 0.62]	0.005	0.37 [0.10 ; 0.64]	0.006	0.06 [0.02 ; 0.1]
Expérience de prison au cours de la vie					
Non	Réf				
Oui	0.03 [-0.27 ; 0.32]	0.844			

*Coefficient. **Coefficient ajusté. ***Différence des probabilités prédites en points de pourcentages, les autres cofacteurs sont laissés à leur moyenne et l'effet aléatoire est fixé à 0. ^aCatégorie de référence. ^a Au cours du dernier mois. ^bInvariant entre les suivis. ^c Au cours du dernier mois. ^d Score de l'AUDIT C ≥ 3 pour les femmes et ≥ 4 pour les hommes.

Overdoses non fatales

Objectif de l'analyse

Cette analyse a pour but de déterminer si l'exposition à la SCMR est associée à moins d'overdoses non fatales.

Construction de la variable d'intérêt « overdoses »

Dans le questionnaire, un module était consacré aux overdoses. Nous avons utilisé la question suivante, disponible aux enquêtes M0, M6 et M12 : « Au cours des 6 derniers mois, avez-vous fait une overdose ? ». La variable réponse est catégorisée comme suit :

- Non, aucune overdose non fatale au cours des six derniers mois
- Oui, au moins une overdose non fatale au cours des six derniers mois = « 01 Oui, 1 fois » ou « 02 Oui, 2-3 fois » ou « 03 Oui, plus de 3 fois »

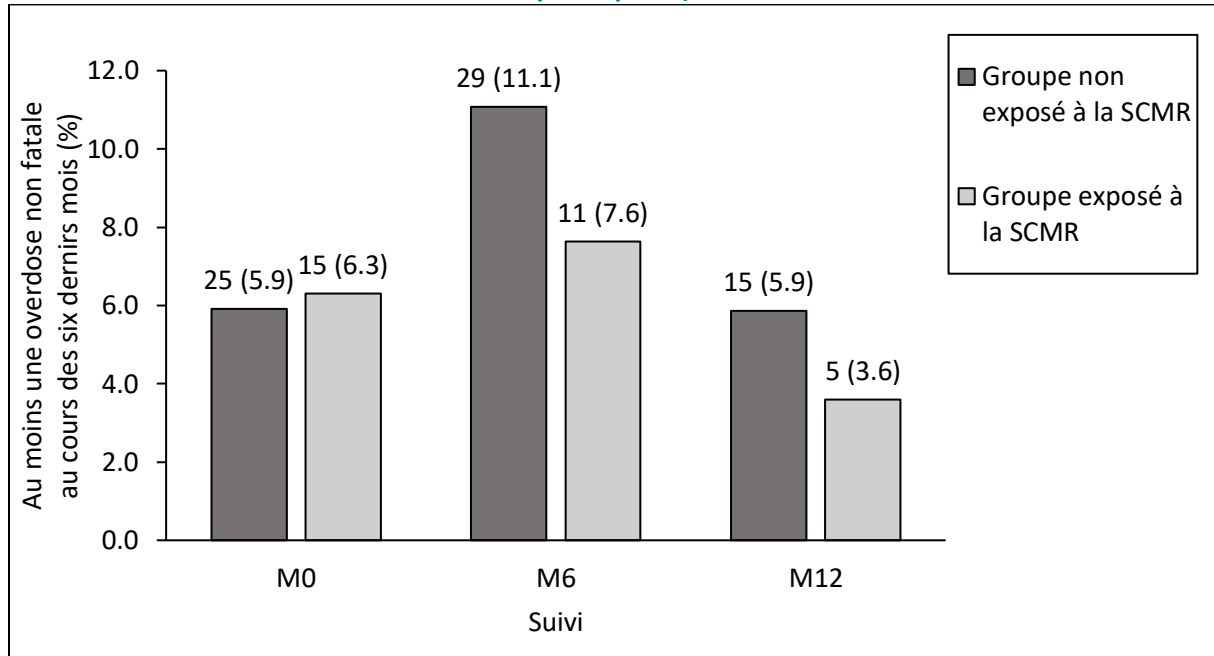
Nous avons donc étudié les facteurs associés au fait d'avoir fait au moins une overdose non fatale au cours des six derniers mois.

Description du lien entre la SCMR et les overdoses non fatales

La **Figure 5** décrit la répartition des overdoses par groupes et par suivi. Les overdoses non fatales récentes sont rares dans notre échantillon (6% à M0, 10% à M6 et 5% à M12 tous groupes confondus). Il n'y a pas de changement au cours du temps de la fréquence des overdoses, à part une nette augmentation au suivi M6. A 6 mois et 12 mois, la part des overdoses non fatales est un peu moins importante dans le groupe exposé par rapport au

groupe non-exposé (respectivement 8% contre 11% à M6 et 4% contre 6% à M12), mais les différences ne sont pas significatives.

Figure 5. Fréquences des participants déclarant au moins une overdose non fatale au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi (n(%)), étude COSINUS (N=1458 visites, n=664 participants)



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

Analyse multivariée

Nous avons étudié l'impact de l'utilisation de la SCMR sur les overdoses en ajustant par les différences entre groupes (IMR) et d'autres facteurs influençant les overdoses (**tableau 12**).

Dans l'analyse multivariée, l'IMR est significatif à 5% ($p=0.045$), ce qui indique que le biais lié à la non randomisations des groupes existe qui est pris en compte avec l'application de la méthode de Heckman. Ainsi, il apparaît que les utilisateurs de la SCMR (groupe exposé) sont significativement moins nombreux à avoir déclaré une overdose non fatale au cours des six derniers mois (Coeffa=-0.47, IC 95% = [-0.88 ; -0.07]). On remarque que l'amplitude de l'effet est moins élevée que dans les modèles précédents. Cela se retrouve dans l'approche des probabilités prédites : la probabilité d'overdoses non-fatales du groupe exposé est réduite de 2 points de pourcentage par rapport à la probabilité du groupe non-exposé (Effet marginal = -0.02 ; IC 95% = [-0.04;0.00]).

Les plus jeunes et les participants qui ont déjà été injectés par quelqu'un d'autre déclarent significativement plus d'overdoses, tandis que les consommateurs problématiques d'alcool ont moins déclaré d'overdoses que les autres. Ce résultat est à considérer avec précaution car comme expliqué précédemment, la consommation d'alcool a été mesurée indépendamment de l'injection des autres substances. Il est connu que l'alcool potentialise les risques d'overdose par son effet de dépressur respiratoire. Cependant, nous ne pouvons pas savoir si les PQIS ont co-consommé de l'alcool avec les autres substances connues pour provoquer des overdoses. Cette consommation d'alcool pourrait caractériser un profil particulier de PQIS qui auraient des pratiques d'injection moins à risque ou des polyconsommations moins fréquentes. Ces résultats seront approfondis lors de publications ultérieures.

Les limites à souligner rejoignent celles inhérentes aux abcès. La première concerne les temporalités différentes entre les deux variables comparées : la déclaration d'overdoses non fatales au cours des 6 derniers mois et l'exposition à la SCMR au cours du dernier mois. La deuxième limite vient du fait que les overdoses non fatales sont déclarées par les participants et qu'il peut être difficile de caractériser ce type d'événement.

Tableau 12. Facteurs associés à au moins une overdose non fatale au cours des six derniers mois : modèles Probit mixte avec variances bootstrap (250 réplifications), analyses univariées et multivariées, étude COSINUS

	Analyses univariées ajustées avec l'IMR N=1458, n=664		Analyse multivariée finale N=1455, n=664		Effet marginal*** N=1455, n=664 Em [IC 95%]
	Coeff* [IC 95%]	P-valeur	Coeffa** [IC 95%]	P-valeur	
Exposition à la SCMR^a					
Non	Réf ^a		Réf		Réf
Oui	-0.36 [-0.8;0.07]	0.104	-0.47 [-0.88;-0.07]	0.023	-0.02 [-0.04;0.00]
IMR			0.23 [0.01;0.46]	0.045	
Age (continu)^b	-0.02 [-0.04;0]	0.118	-0.02 [-0.04;0]	0.043	0.00 [0.00;0.00]
Durée depuis la première injection^b					
<10 ans	Réf				
>= 10 ans	-0.21 [-0.58;0.16]	0.270			
Genre^b					
Homme ou transgenre homme	Réf				
Femme ou transgenre femme	0.3 [-0.04;0.64]	0.082			
Niveau de diplôme^b					
< Baccalauréat	Réf				
>= Baccalauréat	0.01 [-0.35;0.37]	0.960			
Pays de naissance^b					
Né en France	Réf				
Né à l'étranger	0.03 [-0.38;0.43]	0.900			
En couple					
Non	Réf				
Oui	-0.11 [-0.51;0.29]	0.580			
Type de logement					
Très stable	Réf				
Précaire ou très précaire	0.21 [-0.15;0.56]	0.253			
Activité professionnelle (déclarée ou non)					
Non	Réf				
Oui	0.08 [-0.3;0.45]	0.695			
Allocations					
Non	Réf				
Oui	0.18 [-0.14;0.5]	0.263			
Aide alimentaire^a					
Non	Réf				
Oui	0.36 [-0.01;0.72]	0.055			
Couverture sociale					
Non	Réf				
Oui	0.2 [-0.14;0.54]	0.249			
Usage quotidien d'héroïne^a					
Non	Réf				
Oui	0.01 [-0.84;0.87]	0.973			

	Analyses univariées ajustées avec l'IMR N=1458, n=664		Analyse multivariée finale N=1455, n=664		Effet marginal*** N=1455, n=664 Em [IC 95%]
	Coeff* [IC 95%]	P-valeur	Coeffa** [IC 95%]	P-valeur	
Usage quotidien de buprénorphine non prescrite^a					
Non	Réf				
Oui	-0.19 [-1.04;0.67]	0.666			
Usage quotidien de méthadone non prescrite^a					
Non	Réf				
Oui	-0.53 [-1.21;0.16]	0.131			
Usage quotidien de morphine non prescrite^a					
Non	Réf				
Oui	-0.19 [-0.6;0.23]	0.380			
Usage quotidien de cocaïne^a					
Non	Réf				
Oui	0.31 [-0.15;0.78]	0.189			
Usage quotidien de crack/free base^a					
Non	Réf				
Oui	-0.18 [-0.59;0.23]	0.386			
Usage quotidien de cannabis^a					
Non	Réf				
Oui	-0.3 [-0.63;0.02]	0.069			
Médicament de l'addiction aux opiacés					
Non	Réf				
Oui	0.23 [-0.08;0.55]	0.145			
Injection quotidienne^a					
Non	Réf				
Oui	-0.1 [-0.41;0.22]	0.544			
Consommation d'alcool à risque^c					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	-0.46 [-0.74;-0.18]	0.001	-0.54 [-0.82;-0.25]	<0.001	-0.03 [-0.05;0.00]
Injection par quelqu'un d'autre au moins une fois^a					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.4 [0.07;0.73]	0.019	0.43 [0.09;0.76]	0.012	0.03 [0;0.05]
Réutilisation du matériel d'injection au moins une fois^a					
Non	Réf				
Oui	0.05 [-0.25;0.35]	0.748			
Expérience de prison au cours de la vie					
Non	Réf				
Oui	0.05 [-0.29;0.38]	0.786			

*Coefficient. **Coefficient ajusté. ***Différence des probabilités prédites en points de pourcentages, les autres cofacteurs sont laissés à leur moyenne et l'effet aléatoire est fixé à 0. ^aCatégorie de référence. ^a Au cours du dernier mois. ^bInvariant entre les suivis. ^c Au cours du dernier mois. ^d Score de l'AUDIT C ≥ 3 pour les femmes et ≥ 4 pour les hommes.

Passages aux urgences

Objectif de l'analyse

Nous examinons l'hypothèse selon laquelle les utilisateurs des SCMR ont moins fréquenté les services d'urgences au cours des six derniers mois.

Construction de la variable d'intérêt « passage aux urgences ». Cette analyse a pour but de mesurer si l'exposition à la SCMR a un impact sur les passages aux urgences en étudiant le lien entre fréquentation de la SCMR et passages aux urgences.

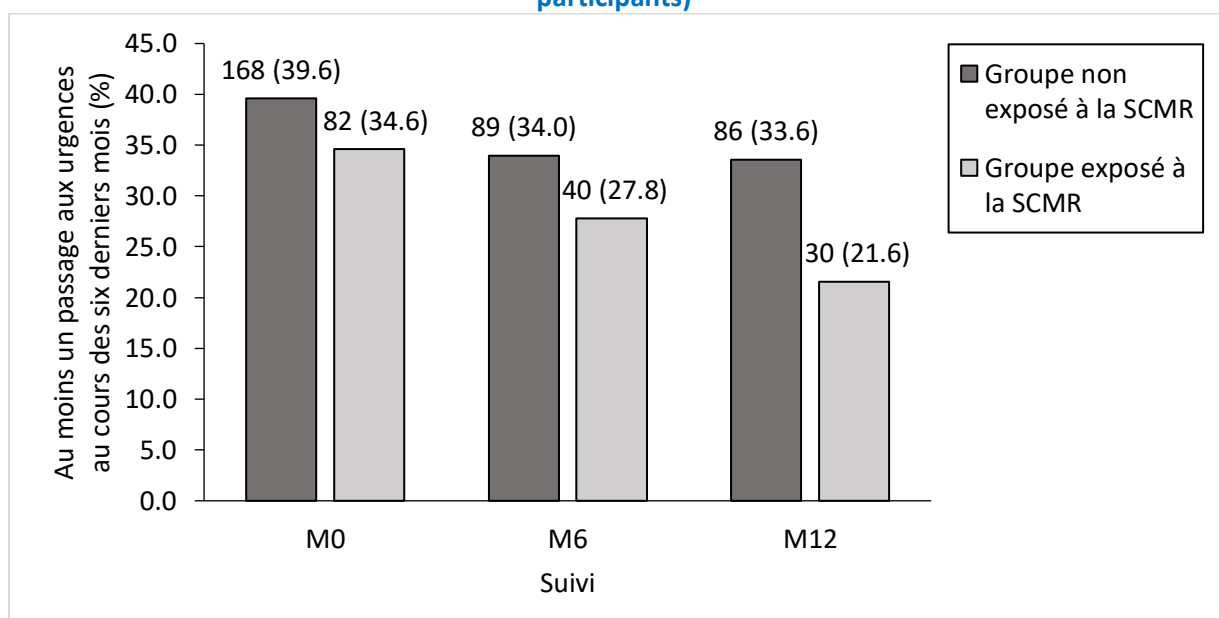
Nous avons utilisé la question : « Au cours des six derniers mois, combien de fois avez-vous été aux urgences ? » (Jamais/Une fois/Plus d'une fois). La variable explicative choisie mesurait si la personne était allée aux urgences au moins une fois au cours des six derniers mois (ie. « Une fois » ou « Plus d'une fois »), comparé aux personnes n'ayant jamais fréquenté les urgences.

Étude du lien entre la SCMR et les passages aux urgences

Dans la **Figure 6**, nous avons représenté les pourcentages de passages aux urgences en fonction du groupe d'exposition et du suivi.

A tous les suivis, les personnes exposées à la SCMR ont un pourcentage moindre de passages aux urgences, mais cette différence est uniquement significative à M12 (34% dans le groupe non exposé contre 22% dans le groupe exposé). Le pourcentage de passages aux urgences diminue au cours du suivi, et ce quel que soit le groupe considéré.

Figure 6. Fréquences des participants déclarant au moins un passage aux urgences au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi (n(%)), étude COSINUS (N=1458 visites, n=664 participants)



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

Analyse multivariée

L'analyse multivariée (**tableau 13**) montre que, après ajustement, les utilisateurs de la SCMR ont une probabilité moins importante d'avoir été aux urgences au cours des six derniers mois (Coeff = -0.74, IC 95% = [-1.27;-0.20]). L'analyse de post-estimation nous montre que la probabilité de passage aux urgences diminue de 24 points de pourcentages pour le groupe exposé par rapport au groupe non-exposé (effet marginal = -0.24 ; IC 95% = [-0.40;-0.08]). Dans cette analyse, l'IMR n'est pas significatif à 5% (p=0.104), cependant sa p-valeur est proche de 10%, et lorsque qu'on retire l'IMR de l'analyse, cela a un impact sur les résultats (le coefficient lié à l'exposition à la SCMR est moins élevé tout en restant significatif). Nous avons donc décidé de conserver le modèle de Heckman, car cela nous permet d'appliquer la même méthode que les autres analyses relatives à la santé (abcès et overdoses).

La détention d'un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat, habiter un logement précaire ou très précaire et avoir consommé du crack quotidiennement sont des facteurs favorisant les passages aux urgences.

La principale limite, décrite dans les limites de l'analyse sur les abcès, concerne les temporalités différentes entre les deux variables comparées : la déclaration d'au moins un passage aux urgences au cours des 6 derniers mois et l'exposition à la SCMR au cours du dernier mois.

Tableau 13. Facteurs associés à au moins un passage aux urgences au cours des six derniers mois : modèles Probit mixte avec variances bootstrap (250 réplifications), analyses univariées et multivariées, étude COSINUS

	Analyses univariées ajustées avec l'IMR N=1458, n=664		Analyse multivariée finale N=1456, n=663		Effet marginal*** N=1456, n=663 Em[IC 95%]
	Coeff* [IC 95%]	p-valeur	Coeffa** [IC 95%]	p-valeur	
Exposition à la SCMR^a					
Non	Réf [†]		Réf		Réf
Oui	-0.16 [-0.41;0.10]	0.225	-0.74 [-1.27;-0.20]	0.007	-0.24 [-0.40;-0.08]
IMR			0.20 [-0.04;0.44]	0.104	
Age (continu)^b	-0.01 [-0.02;0.00]	0.106			
Durée depuis la première injection^b					
<10 ans	Réf				
>= 10 ans	-0.12 [-0.32;0.07]	0.203			
Genre^b					
Homme ou transgenre homme	Réf				
Femme ou transgenre femme	0.10 [-0.14;0.35]	0.405			
Niveau de diplôme^b					
< Baccalauréat	Réf		Réf		Réf
>= Baccalauréat	0.14 [-0.07;0.36]	0.184	0.24 [0.03;0.45]	0.027	0.09 [0.01;0.16]
Pays de naissance^b					
Né en France	Réf				
Né à l'étranger	-0.09 [-0.35;0.16]	0.466			
En couple					
Non	Réf				
Oui	0.03 [-0.16;0.22]	0.762			
Type de logement					
Très stable	Réf		Réf		Réf
Précaire ou très précaire	0.20 [0.00;0.40]	0.045	0.27 [0.07;0.47]	0.008	0.09 [0.03;0.16]

	Analyses univariées ajustées avec l'IMR N=1458, n=664		Analyse multivariée finale N=1456, n=663		Effet marginal*** N=1456, n=663 Em[IC 95%]
	Coeff* [IC 95%]	p-valeur	Coeffa** [IC 95%]	p-valeur	
Activité professionnelle (déclarée ou non)					
Non	Réf				
Oui	-0.17 [-0.44;0.10]	0.210			
Allocations					
Non	Réf				
Oui	0.06 [-0.09;0.22]	0.425			
Aide alimentaire^a					
Non	Réf				
Oui	0.23 [0.03;0.43]	0.024			
Couverture sociale					
Non	Réf				
Oui	-0.17 [-0.38;0.04]	0.111			
Usage quotidien d'héroïne^a					
Non	Réf				
Oui	-0.22 [-0.69;0.25]	0.359			
Usage quotidien de buprénorphine non prescrite^a					
Non	Réf				
Oui	0.10 [-0.24;0.44]	0.575			
Usage quotidien de méthadone non prescrite^a					
Non	Réf				
Oui	-0.35 [-0.94;0.25]	0.255			
Usage quotidien de morphine non prescrite^a					
Non	Réf				
Oui	-0.16 [-0.37;0.04]	0.118			
Usage quotidien de cocaïne^a					
Non	Réf				
Oui	0.27 [-0.02;0.57]	0.067			
Usage quotidien de crack/free base^a					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	-0.04 [-0.27;0.20]	0.766	0.55 [0.07;1.03]	0.024	0.21 [0.02;0.39]
Usage quotidien de cannabis^a					
Non	Réf				
Oui	-0.04 [-0.23;0.15]	0.671			
Médicament de l'addiction aux opiacés					
Non	Réf				
Oui	0.06 [-0.13;0.25]	0.559			
Injection quotidienne^a					
Non	Réf				
Oui	-0.06 [-0.23;0.11]	0.457			
Consommation d'alcool à risque^d					
Non	Réf				
Oui	0.04 [-0.12;0.21]	0.610			
Expérience de prison au cours de la vie					
Non	Réf				
Oui	0.17 [-0.03;0.38]	0.094			

	Analyses univariées		Analyse multivariée finale		Effet marginal***
	ajustées avec l'IMR N=1458, n=664		N=1456, n=663		N=1456, n=663
	Coeff* [IC 95%]	p-valeur	Coeffa** [IC 95%]	p-valeur	Em[IC 95%]
Complications cutanées liées à l'injection^{ef}					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.33 [0.15;0.50]	<0.001	0.25 [0.09;0.42]	0.003	0.09 [0.03;0.15]
Manquant	0.24 [-0.33;0.80]	0.415	0.24 [-0.31;0.79]	0.387	0.08 [-0.12;0.29]
Overdose non fatale^e					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	1.15 [0.83;1.47]	<0.001	1.08 [0.76;1.41]	<0.001	0.41 [0.30;0.53]

*Coefficient. **Coefficient ajusté. ***Différence des probabilités prédites en points de pourcentages, les autres cofacteurs sont laissés à leur moyenne et l'effet aléatoire est fixé à 0. ^aCatégorie de référence. ^a Au cours du dernier mois. ^bInvariant entre les suivis. ^c Au cours du dernier mois. ^d Score de l'AUDIT C ≥ 3 pour les femmes et ≥ 4 pour les hommes. ^e Au cours des six derniers mois. ^fAu moins une déclaration de complication parmi : bleus et hématomes, abcès, œdème, infection, brûlure au point d'injection, nécrose, poussière, veine bouchée/thrombose/phlébite, gonflement des mains, avant-bras, pieds ou jambes.

Médicaments de l'addiction aux opiacés

Objectif de l'analyse

Nous souhaitons étudier le lien entre l'exposition à la SCMR et l'accès à un médicament de l'addiction aux opiacés, et vérifier l'hypothèse selon laquelle les utilisateurs de la SCMR ont eu plus accès à un traitement que les non-utilisateurs.

Construction de la variable d'intérêt « Prescription d'un médicament de l'addiction aux opiacés »

Nous avons utilisé la question suivante, collectée à chaque suivi : « Actuellement, prenez-vous un traitement (prescrit) pour une addiction aux opiacés ? », avec différentes modalités de réponses. Nous avons considéré comme prenant un médicament de l'addiction aux opiacés les participants déclarant les traitements prescrits « Buprénorphine/Subutex[®] », « Suboxone[®] », « Méthadone en gélule ou en sirop », et « Skénan[®]/sulfate de morphine » et comparé cette modalité avec les personnes qui ne déclaraient pas prendre un médicament de l'addiction aux opiacés.

Sélection de l'échantillon

Tout d'abord, nous avons sélectionné uniquement les suivis M0, M6 et M12 (bien que la question soit disponible au suivi M3), pour être cohérent avec les autres analyses présentées précédemment.

Ensuite, nous avons décidé de sélectionner, à chaque suivi, les observations vérifiant une des deux conditions suivantes :

- être sous médicament de l'addiction aux opiacés (avoir une réponse positive à la variable)

- ou bien, si la personne n'était pas sous médicament de l'addiction aux opiacés, avoir consommé quotidiennement (28 jours mois ou plus dans le dernier) un des opiacés suivants non prescrit : héroïne, buprénorphine, méthadone, morphine/Skénan®, ou un autre opiacé. En effet, nous avons considéré que si les participants ne sont pas sous médicament de l'addiction aux opiacés, alors ils sont éligibles à un médicament de l'addiction aux opiacés uniquement s'ils consomment un opiacé régulièrement.

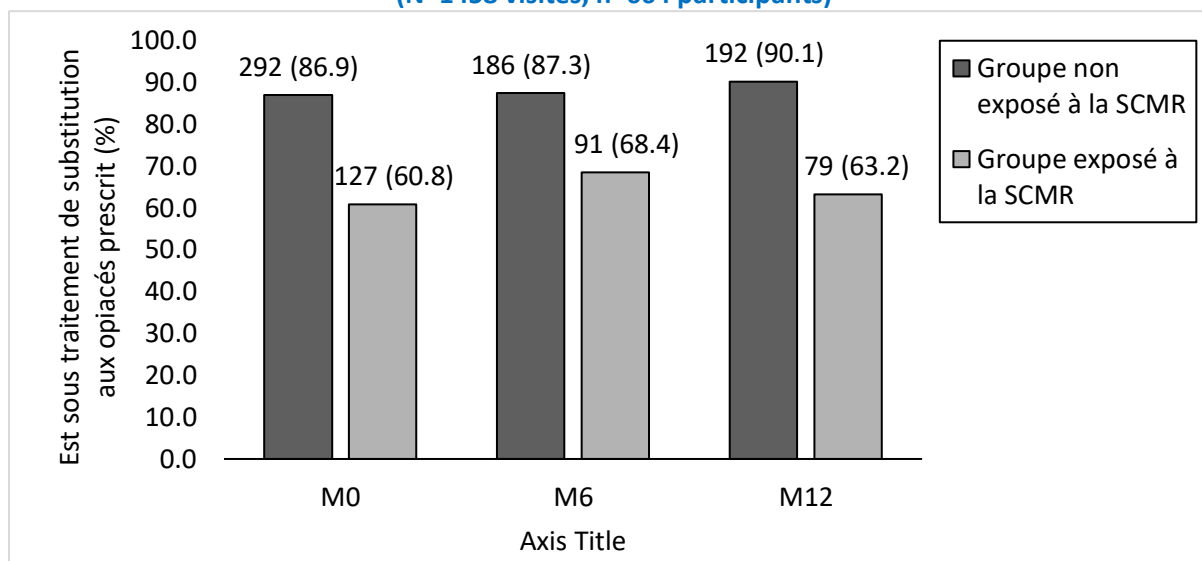
1 233 observations ont été sélectionnées (457 à M0, 348 à M6 et 338 à M12), soit 85% de l'échantillon initial.

Description du lien entre SCMR et accès à un médicament de l'addiction aux opiacés prescrit

On voit tout d'abord que la proportion de personnes prenant un médicament de l'addiction aux opiacés prescrit reste à peu près stable au cours du temps, à l'exception du taux de personnes sous médicament à M6 pour le groupe exposé, qui est un peu plus élevé que dans les autres suivis.

Ensuite, à chaque suivi, les personnes exposées à la SCMR ont significativement moins de chance d'être sous médicament de l'addiction aux opiacés prescrit que les personnes du groupe non exposé, selon les analyses descriptives (autour de 87% pour le groupe non exposé vs entre 60% et 68% pour le groupe exposé).

Figure 7. Fréquences des participants déclarant au moins un médicament de l'addiction aux opiacés au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi (n(%)), étude COSINUS (N=1458 visites, n=664 participants)



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

Analyse multivariée

Nous présentons dans cette partie les facteurs associés à la prise d'un médicament de l'addiction aux opiacés prescrit.

Variables explicatives

Concernant les variables explicatives, nous avons décidé de ne pas tester l'effet de la consommation quotidienne de buprénorphine non prescrite et de méthadone non prescrite. Les résultats montraient que les participants ayant ce profil avaient moins de chances de prendre un médicament de l'addiction aux opiacés prescrit. Cependant, nous supposons que la consommation de buprénorphine ou de méthadone non prescrites est une conséquence du fait que les conditions d'accès à un médicament de l'addiction aux opiacés prescrit ne conviennent pas aux populations concernées, et non le contraire. Nous avons donc décidé de ne pas inclure ces deux variables dans la liste des facteurs expliquant l'accès à un médicament de l'addiction aux opiacés.

Nous avons inclus l'effet de la consommation quotidienne d'héroïne (qui n'est pas un médicament de l'addiction aux opiacés) et l'effet de la consommation quotidienne de morphine non prescrite (pouvant être utilisée pour calmer les douleurs par exemple) dans les variables explicatives du modèle.

Méthode de Heckman

Nous avons testé l'effet de la non-randomisation des groupes sur les résultats relatifs à l'accès à un médicament de l'addiction aux opiacés prescrit. Nous avons recalculé un IMR, étant donné que l'échantillon est plus faible que dans les analyses précédentes (85% de l'échantillon total). Cependant, la p-valeur de l'IMR étant non significative ($p=0.471$), nous avons supposé que l'effet de la non-randomisation n'impliquait pas de biais sur ces résultats. Nous avons ensuite comparé les résultats du modèle de Heckman avec un modèle où l'on retire l'IMR et l'on conserve toutes les autres variables sélectionnées : la p-valeur de l'effet de l'exposition à la salle était non significative dans les deux cas, et les cofacteurs sélectionnés étaient tous significatifs dans les deux cas. Nous avons donc décidé de mener une analyse de régression logistique mixte simple.

Modèle de régression logistique mixte

L'analyse multivariée (**Tableau 14**) montre que les utilisateurs de la SCMR ont moins de chance de prendre un médicament de l'addiction aux opiacés prescrit, mais la différence trouvée n'est pas significative (OR ajusté=0.73, $p=0.498$). Cependant, dans la régression univariée du lien entre utilisation de la SCMR et accès à un médicament de l'addiction aux opiacés (ie. non-ajustée), on trouve que les utilisateurs de la SCMR ont significativement moins de chance de prendre un médicament de l'addiction aux opiacés prescrit (OR non ajusté=0.07, $p<0.001$).

Les facteurs significativement associés à une probabilité plus élevée de prendre un médicament de l'addiction aux opiacés prescrit sont : avoir une allocation, avoir une couverture sociale et avoir vu un médecin généraliste ou spécialiste au cours des 6 derniers mois. Les facteurs diminuant cette probabilité sont : avoir un logement très précaire, la consommation régulière d'héroïne, la consommation régulière de morphine non prescrite et le fait d'injecter quotidiennement.

Limite : Le passage d'un lien fort (analyse univariée) à un lien faible (analyse multivariée) entre la SCMR et la prescription d'un médicament de l'addiction aux opiacés est lié principalement à l'ajustement par les variables « consommation de sulfate de morphine », « visite chez un médecin généraliste ou spécialiste » et « allocations ». En effet, la consommation de morphine, ne pas avoir eu de visite chez un médecin et ne pas avoir d'allocations sont des facteurs associés

à une probabilité moins importante de prendre un médicament de l'addiction aux opiacés prescrit. Or, les utilisateurs de la SCMR sont également plus nombreux à être dans ces trois profils, donc ces trois caractéristiques expliquaient la non-prescription d'un médicament de l'addiction aux opiacés chez les utilisateurs de la SCMR. Ainsi, lorsqu'on ajuste la régression par ces trois facteurs, on retire une partie de l'effet négatif de la SCMR sur la prise d'un médicament de l'addiction aux opiacés prescrit.

Tableau 14. Facteurs associés à la prise d'au moins un médicament de l'addiction aux opiacés au cours des six derniers mois : modèles Logit mixte, analyses univariées et multivariées, étude COSINUS

	Analyses univariées N=1231, n=583		Analyse multivariée finale N=1220, n=582	
	OR* [IC 95%]	P-valeur	ORa** [IC 95%]	P-valeur
Exposition à la SCMR^a				
Non	Réf ^a		Réf	
Oui	0.07 [0.03;0.16]	<0.001	0.73 [0.3;1.79]	0.498
Age (continu)^b				
	1.08 [1.02;1.13]	0.004		
Durée depuis la première injection^b				
<10 ans	Réf			
>= 10 ans	4.12 [1.34;12.63]	0.013		
Genre^b				
Homme+ homme transgenre	Réf			
Femme+ femme transgenre	1.77 [0.59;5.34]	0.312		
Niveau de diplôme^b				
< Baccalauréat	Réf			
>= Baccalauréat	0.93 [0.34;2.52]	0.889		
Pays de naissance^b				
Né en France	Réf			
Né à l'étranger	0.64 [0.19;2.14]	0.468		
En couple				
Non	Réf			
Oui	2.37 [0.96;5.86]	0.062		
Type de logement (réf=Très stable)				
Logement très stable	Réf		Réf	
Logement précaire	0.31 [0.12;0.78]	0.013	0.45 [0.15;1.31]	0.140
Logement très précaire	0.09 [0.04;0.22]	<0.001	0.3 [0.11;0.8]	0.016
Activité professionnelle (déclarée ou non)				
Non	Réf			
Oui	1.6 [0.62;4.08]	0.330		
Allocations				
Non	Réf		Réf	
Oui	16.34 [7.38;36.22]	<0.001	3.86 [1.65;9.08]	0.002
Aide alimentaire^a				
Non	Réf			
Oui	0.65 [0.3;1.41]	0.273		
Couverture sociale				
Non	Réf		Réf	
Oui	19.51 [8.3;45.89]	<0.001	3.56 [1.45;8.72]	0.006
Usage quotidien d'héroïne^a				
Non	Réf		Réf	
Oui	0 [0;0.29]	0.012	0.01 [0;0.09]	<0.001

	Analyses univariées N=1231, n=583		Analyse multivariée finale N=1220, n=582	
	OR* [IC 95%]	P-valeur	ORa** [IC 95%]	P-valeur
Usage quotidien de morphine non prescrite^a				
Non	Réf			
Oui	0.01 [0.00;0.02]	<0.001	0.03 [0.01;0.09]	<0.001
Usage quotidien de cocaïne^a				
Non	Réf			
Oui	1.6 [0.45;5.64]	0.467		
Usage quotidien de crack/free base^a				
Non	Réf			
Oui	0.06 [0.03;0.16]	<0.001		
Usage quotidien de cannabis^a				
Non	Réf			
Oui	1.19 [0.58;2.43]	0.638		
Consommation d'alcool à risque^c				
Non	Réf			
Oui	2.95 [1.37;6.36]	0.006		
Injection quotidienne^a				
Non	Réf			
Oui	0.02 [0.01;0.06]	<0.001	0.19 [0.06;0.55]	0.002
Médecin généraliste ou spécialiste au moins une fois^d				
Non	Réf			
Oui	14.98 [7.09;31.69]	<0.001	4.56 [1.97;10.54]	<0.001
Expérience de prison au cours de la vie				
Non	Réf			
Oui	0.64 [0.25;1.65]	0.353		

*Coefficient. **Coefficient ajusté. ^aCatégorie de référence. ^aAu cours du dernier mois. ^b Invariant. ^c Score de l'AUDIT C >=3 pour les femmes et >=4 pour les hommes. ^dAu cours des six derniers mois.

Accès aux soins de ville : visite chez un médecin généraliste ou spécialiste

Objectif de l'analyse

Le but de cette analyse est d'évaluer si l'utilisation de la SCMR permet un meilleur accès aux soins de ville (aller voir un médecin généraliste ou spécialiste).

Construction de la variable d'intérêt « Accès aux soins de ville »

Nous avons utilisé deux questions disponibles aux suivis M0, M6 et M12 :

- « Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste de ville ? » : « Jamais »/« Une fois »/« Plus d'une fois »
- « Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin spécialiste de ville (type ophtalmologue, psychiatre, dermatologue, gynécologue, radiologue, ORL, etc.) ? » : « Jamais »/« Une fois »/« Plus d'une fois »

La variable « Accès aux soins de ville » est défini comme suit : avoir fait au moins une visite chez un médecin généraliste ou un médecin spécialiste au cours des six derniers mois (avoir répondu

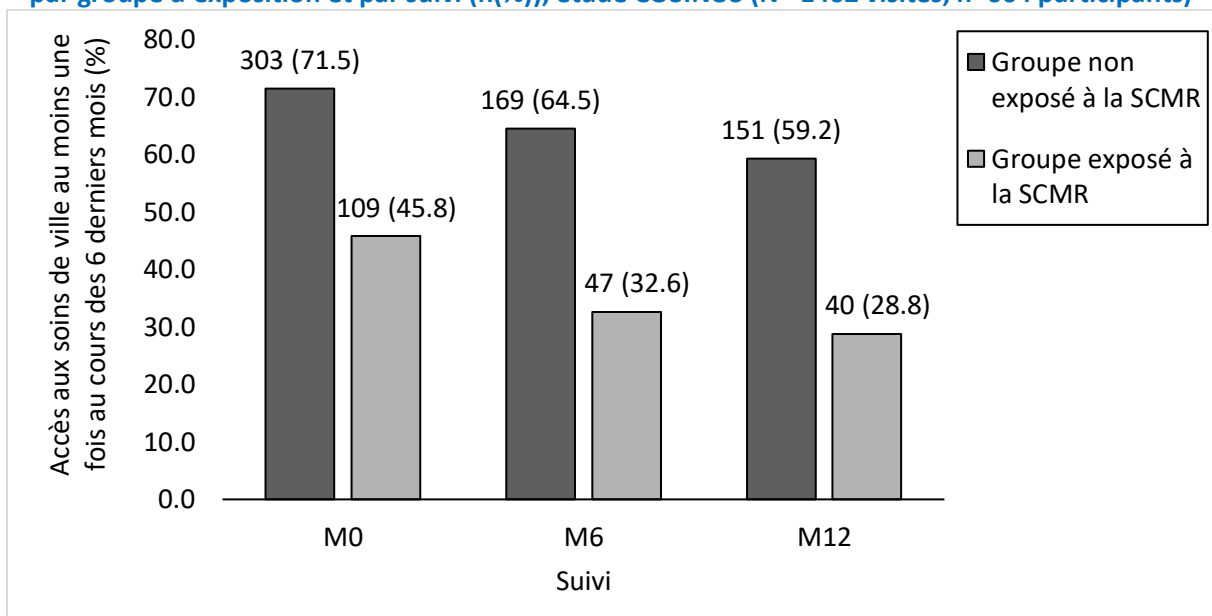
« Une fois » ou « Plus d'une fois » à une des deux questions au moins) vs n'avoir fait aucune visite chez un médecin généraliste et n'avoir fait aucune visite chez un médecin spécialiste au cours des six derniers mois (réponse « Jamais » à chacune des deux questions).

Description du lien entre SCMR et accès aux soins de ville

La **Figure 8** présente les effectifs et pourcentages d'utilisation des soins de ville par groupe et par suivi. Le pourcentage de visites a diminué entre le début et la fin du suivi dans les deux groupes, surtout entre M0 et M6.

Ensuite, les utilisateurs de la SCMR ont moins de chances d'avoir eu une visite chez un médecin généraliste ou spécialiste au cours des six derniers mois selon les analyses descriptives (71.5% de visites d'un médecin dans le groupe non exposé vs 45.8% dans le groupe exposé à M0 et autour de 62% dans le groupe non exposé vs autour de 30% dans le groupe exposé à M6 et M12), et cette différence est significative à chaque suivi.

Figure 8. Fréquences des participants ayant utilisé les soins de ville au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi (n(%)), étude COSINUS (N= 1462 visites, n=664 participants)



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

Analyse multivariée

Nous avons utilisé une méthode de Heckman pour étudier les facteurs associés à l'utilisation de la médecine de ville (**Tableau 15**). Le modèle de première étape permettant de calculer l'IMR (facteurs associés à l'exposition à la SCMR) est le même que dans les analyses sur l'échantillon total de COSINUS (présenté dans la partie « Méthodologie »).

Tout d'abord, l'IMR est significatif dans la régression multivariée, indiquant que le biais de non randomisation existe pour cette analyse, et qu'il est pertinent d'utiliser la méthode de Heckman.

L'analyse multivariée confirme les résultats trouvés dans la **Figure 8**, à savoir que les participants du groupe exposé ont significativement moins de chance d'avoir eu une visite chez un médecin généraliste ou spécialiste (Coeff ajusté=-0.99, IC 95%=[-1.39;-0.58]). L'analyse des

probabilités prédites montre que la probabilité d'aller chez un médecin diminue de 38 points de pourcentages pour le groupe exposé par rapport au groupe non exposé (effet marginal = -0.38, IC 95% = [-0.52;-0.23]).

Le modèle a été ajusté par d'autres facteurs significatifs expliquant la probabilité d'avoir eu accès aux soins de ville : être en couple, ne pas être dans un logement précaire (être dans un logement très stable), avoir une activité professionnelle, avoir une allocation, avoir une couverture sociale. Au niveau des utilisations de substances, les non-utilisateurs quotidiens de morphine, les non-utilisateurs quotidiens de cannabis et les participants ayant injecté tous les jours des substances ont plus de chance d'avoir eu une visite chez un médecin. Enfin, les personnes ayant fait une complication cutanée liée à l'injection au cours des six derniers mois ont plus souvent déclaré avoir été chez un médecin sur cette même période.

La principale limite, décrite dans les limites de l'analyse sur les abcès, concerne les temporalités différentes entre les deux variables comparées : la déclaration d'au moins une visite en médecine de ville au cours des 6 derniers mois et l'exposition à la SCMR au cours du dernier mois.

Tableau 15. Facteurs associés à l'utilisation des soins de ville au cours des six derniers mois : modèles Probit mixte avec variances bootstrap (250 répliquions), analyses univariées et multivariées, étude COSINUS

	Analyses univariées ajustées par l'IMR N=1458, n=664		Analyse multivariée finale N=1445, n=663		Effet marginal*** N=1445, n=663
	Coeff* [IC 95%]	P-valeur	Coeffa* [IC 95%]	P-valeur	Em [IC 95%]
Exposition à la SCMR^a					
Non	Réf ^a		Réf		Réf
Oui	-1.60 [-1.95;-1.25]	<0.001	-0.99 [-1.39;-0.58]	<0.001	-0.38 [-0.52;-0.23]
IMR			0.27 [0.07;0.47]	0.009	
Age (continu)^b	0.01 [0;0.03]	0.148			
Durée depuis la première injection^b					
<10 ans	Réf				
>= 10 ans	0.21 [-0.12;0.53]	0.207			
Genre^b					
Homme+ homme transgenre	Réf				
Femme+ femme transgenre	0.42 [0.05;0.79]	0.026			
Niveau de diplôme^b					
< Baccalauréat	Réf				
>= Baccalauréat	0.19 [-0.12;0.51]	0.234			
Pays de naissance^b					
Né en France	Réf				
Né à l'étranger	-0.25 [-0.63;0.14]	0.211			
En couple					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.42 [0.12;0.73]	0.007	0.30 [0.05;0.55]	0.019	0.11 [0.02;0.21]
Type de logement (réf=très stable)					
Logement très stable	Réf		Réf		Réf
Logement précaire	-0.75 [-1.06;-0.44]	<0.001	-0.41 [-0.7;-0.11]	0.007	-0.15 [-0.26;-0.04]
Logement très précaire	-0.93 [-1.23;-0.64]	<0.001	-0.49 [-0.79;-0.19]	0.001	-0.18 [-0.29;-0.07]
Activité professionnelle (déclarée ou non)					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.45 [0.13;0.77]	0.005	0.35 [0.05;0.64]	0.020	0.13 [0.03;0.23]

	Analyses univariées ajustées par l'IMR N=1458, n=664		Analyse multivariée finale N=1445, n=663		Effet marginal*** N=1445, n=663
	Coeff* [IC 95%]	P-valeur	Coeffa* [IC 95%]	P-valeur	Em [IC 95%]
Allocations					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.85 [0.61;1.1]	<0.001	0.48 [0.26;0.69]	<0.001	0.18 [0.1;0.27]
Aide alimentaire^a					
Non	Réf				
Oui	0.06 [-0.21;0.33]	0.659			
Couverture sociale					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	1.10 [0.8;1.4]	<0.001	0.76 [0.51;1.00]	<0.001	0.29 [0.2;0.39]
Usage quotidien d'héroïne^a					
Non	Réf				
Oui	-0.16 [-0.88;0.57]	0.674			
Usage quotidien de buprénorphine non prescrite^a					
Non	Réf				
Oui	0.03 [-0.41;0.46]	0.91			
Usage quotidien de méthadone non prescrite^a					
Non	Réf				
Oui	-0.40 [-1.16;0.36]	0.302			
Usage quotidien de morphine non prescrite^a					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	-0.75 [-1.05;-0.45]	<0.001	-0.39 [-0.72;-0.06]	0.020	-0.15 [-0.28;-0.02]
Usage quotidien de cocaïne^a					
Non	Réf				
Oui	0.06 [-0.35;0.47]	0.759			
Usage quotidien de crack/free base^a					
Non	Réf				
Oui	-1.05 [-1.37;-0.74]	<0.001			
Usage quotidien de cannabis^a					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	-0.19 [-0.43;0.05]	0.127	-0.24 [-0.47;-0.02]	0.036	-0.09 [-0.18;-0.01]
Consommation d'alcool à risque^c					
Non	Réf				
Oui	0.05 [-0.21;0.3]	0.728			
Injection quotidienne^a					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.09 [-0.18;0.35]	0.512	0.47 [0.25;0.68]	<0.001	0.18 [0.1;0.26]
Complications cutanées liées à l'injection^{de}					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.40 [0.18;0.63]	<0.001	0.28 [0.07;0.50]	0.011	0.11 [0.03;0.2]
NSP/NR	0.88 [-0.1;1.86]	0.079	0.69 [-0.22;1.59]	0.137	0.25 [-0.03;0.52]
Au moins une overdose non-fatale^d					
Non	Réf				
Oui	0.08 [-0.33;0.49]	0.697			
Expérience de prison au cours de la vie					
Non	Réf				
Oui	-0.42 [-0.73;-0.11]	0.009			

*Coefficient. **Coefficient ajusté. ***Différence des probabilités prédites en points de pourcentages, les autres cofacteurs sont laissés à leur moyenne et l'effet aléatoire est fixé à 0. [‡]Catégorie de référence. ^a Au cours du dernier mois. ^bInvariant entre les suivis. ^c Score de l'AUDIT C ≥ 3 pour les femmes et ≥ 4 pour les hommes. ^d Au cours des six derniers mois. ^eAu moins une déclaration de complication parmi : bleus et hématomes, abcès, œdème, infection, brûlure au point d'injection, nécrose, poussière, veine bouchée/thrombose/phlébite, gonflement des mains, avant-bras, pieds ou jambes.

Dépistage de l'hépatite C

Objectif de l'analyse

Dans cette partie, nous cherchons à déterminer si les utilisateurs de la SCMR ont eu plus accès au dépistage de l'hépatite C par rapport aux non utilisateurs.

Construction de la variable d'intérêt « Dépistage récent de l'hépatite C »

Nous avons utilisé une question demandant la date du dernier dépistage pour l'hépatite C, collecté aux suivis M0, M6 et M12, et avons catégorisé la variable « Dépistage récent de l'hépatite C » de la façon suivante :

- a fait un dépistage récent = datant de 6 mois (180 jours) ou moins (variable = Oui)
- vs pas de dépistage récent = Le reste (+ de 6 mois ou date inconnue ou pas dépisté) (variable = Non)

Sélection de l'échantillon

Avant de faire les analyses, nous avons sélectionné l'échantillon adapté à l'étude du dépistage de l'hépatite C, c'est-à-dire les personnes non séropositives (séronégatives ou ne connaissant pas leur statut). Nous avons aussi fait un travail pour supprimer les participants non cohérents comme suit :

Etape 1 : Suppression des participants, ie. toutes ses visites : repérer les **incohérences** dans les réponses

- à la visite actuelle, le participant est négatif pour l'hépatite C (séronégatif actuellement ou ne connaît pas son statut), mais à une visite ultérieure, le participant s'est déclaré positif à l'hépatite C, avec un test trop vieux pour avoir été effectué entre temps pour détecter sa séropositivité
- à la visite actuelle, le participant est positif et a fait son test récemment (≤ 6 mois), mais à une visite antérieure, la personne a déclaré être positive pour l'hépatite C, avec un test vieux (>6 mois).

Etape 2 : Suppression de visites : ici on doit faire en sorte que l'échantillon inclue des participants qui sont éligibles à un test de l'hépatite C, ie. non séropositifs pour l'hépatite C

- supprimer les visites où le participant se déclare positif à l'hépatite C actuellement et avec une date de test strictement supérieure à 6 mois
- si à la visite actuelle, le participant se déclare positif avec un test récent (≤ 6 mois), alors on conserve cette visite et on regarde ses visites ultérieures :

- si à la visite ultérieure le participant ne se déclare pas séropositif, alors on garde ces visites, car il est à nouveau éligible pour un test de l'hépatite C
- si le participant est encore séropositif à la visite ultérieure, alors supprimer cette visite.

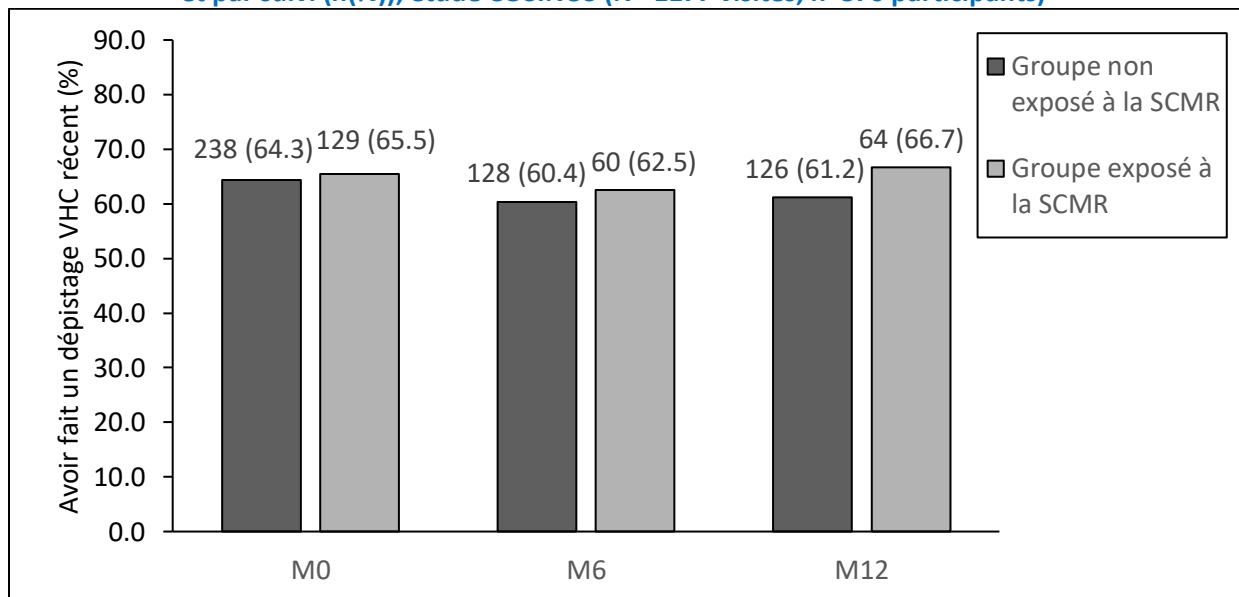
Remarque : certains participants ont eu plusieurs suivis avec un test récent (≤ 6 mois) et une déclaration positive pour leur statut VHC. Dans ces cas-là nous avons seulement conservé la première visite concernée et supprimé les suivantes.

Après cette sélection, nous obtenons 1 179 observations (569 à M0, 308 à M6 et 302 à M12), ce qui représente 80% de l'échantillon initial.

Description du lien entre SCMR et dépistage récent de l'hépatite C

La **Figure 9** montre que le pourcentage de dépistages récents est resté assez stable au cours du temps dans les deux groupes, et que les pourcentages de dépistages sont comparables entre le groupe exposé et non exposé à M0 et M6 (autour de 65% à M0 pour les deux groupes **vs** autour de 61% à M6 dans les deux groupes). A M12, le groupe exposé compte un peu plus de dépistages que le groupe non exposé (66.7% **vs** 61.2%) mais cette différence n'est pas significative.

Figure 9. Fréquences des participants ayant fait un dépistage VHC récent par groupe d'exposition et par suivi (n(%)), étude COSINUS (N= 1177 visites, n=576 participants)



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

Analyse multivariée

Nous avons recalculé l'équation de première étape (facteurs associés à l'exposition à la SCMR), étant donné qu'on travaille sur échantillon plus faible (80% de l'échantillon initial). Dans cette équation, nous n'avons pas inclus la variable « Statut VHC » (bien que reliée à l'exposition à la SCMR), car elle est trop corrélée à la variable étudiée (dans notre échantillon, toutes les personnes positives à l'hépatite C ont eu un dépistage de l'hépatite C récent).

L'analyse multivariée du **Tableau 16** montre tout d'abord que l'IMR est significatif ($p=0.019$), montrant l'importance du biais de non-randomisation dans cette analyse. Comme pour les résultats descriptifs, nous n'avons pas pu mettre en évidence un lien significatif entre utilisation de la SCMR et dépistage VHC récent ($p=0.185$).

Nous avons mis en évidence plusieurs facteurs associés à un dépistage VHC récent : être jeune, être né à l'étranger, avoir des allocations, et fréquenter souvent les services d'un CAARUD ou d'un CSAPA.

La principale limite, décrite dans les limites de l'analyse sur les abcès, concerne les temporalités différentes entre les deux variables comparées : la déclaration d'au moins un dépistage VHC au cours des 6 derniers mois et l'exposition à la SCMR au cours du dernier mois.

Tableau 16. Facteurs associés à un dépistage VHC récent au cours des six derniers mois : modèles Probit mixte avec variances bootstrap (250 réplifications), analyses univariées et multivariées, étude COSINUS

	Analyses univariées ajustées par l'IMR N=1175; n=576		Analyse multivariée finale N=1170; n=575		Effet marginal***
	Coeff* [IC 95%]	P-valeur	Coeffa* [IC 95%]	P-valeur	Em [IC 95%]
Exposition à la SCMR^a					
Non	Réf ^a		Réf		Réf
Oui	-0.12 [-0.4;0.16]	0.385	-0.18 [-0.44;0.09]	0.185	-0.07 [-0.16;0.03]
IMR			0.18 [0.03;0.33]	0.019	
Age (continu)^b	-0.01 [-0.02;0]	0.019	-0.02 [-0.03;-0.01]	0.001	-0.01 [-0.01;0.00]
Durée depuis la première injection^b					
<10 ans	Réf				
>= 10 ans	-0.17 [-0.4;0.05]	0.130			
Genre^b					
Homme ou transgenre homme	Réf				
Femme ou transgenre femme	0.19 [-0.12;0.51]	0.223			
Niveau de diplôme^b					
< Baccalauréat	Réf				
>= Baccalauréat	-0.04 [-0.28;0.2]	0.742			
Pays de naissance^b					
Né en France	Réf		Réf		Réf
Né à l'étranger	0.30 [-0.01;0.61]	0.061	0.39 [0.12;0.67]	0.005	0.13 [0.05;0.22]
En couple					
Non	Réf				
Oui	0 [-0.22;0.21]	0.989			
Type de logement					
Très stable	Réf				
Précaire ou très précaire	0.22 [0.01;0.42]	0.038			
Activité professionnelle (déclarée ou non)					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	-0.37 [-0.6;-0.15]	0.001	-0.37 [-0.65;-0.09]	0.009	-0.14 [-0.25;-0.03]
Allocations					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.19 [-0.02;0.4]	0.082	0.23 [0.02;0.44]	0.033	0.08 [0.01;0.16]
Aide alimentaire^a					
Non	Réf				
Oui	0.13 [-0.12;0.38]	0.296			
Couverture sociale					
Non	Réf				
Oui	0 [-0.25;0.24]	0.980			
Usage quotidien d'héroïne^a					
Non	Réf				
Oui	0.41 [-0.26;1.07]	0.228			

	Analyses univariées ajustées par l'IMR N=1175; n=576		Analyse multivariée finale N=1170; n=575		Effet marginal*** Em [IC 95%]
	Coeff* [IC 95%]	P-valeur	Coeffa* [IC 95%]	P-valeur	
Usage quotidien de buprénorphine non prescrite^a					
Non	Réf				
Oui	-0.14 [-0.53;0.26]	0.489			
Usage quotidien de méthadone non prescrite^a					
Non	Réf				
Oui	-0.1 [-0.72;0.52]	0.753			
Usage quotidien de morphine non prescrite^a					
Non	Réf				
Oui	-0.16 [-0.38;0.07]	0.174			
Usage quotidien de cocaïne^a					
Non	Réf				
Oui	0.26 [-0.08;0.6]	0.139			
Usage quotidien de crack/free base^a					
Non	Réf				
Oui	-0.05 [-0.31;0.2]	0.682			
Usage quotidien de cannabis^a					
Non	Réf				
Oui	-0.07 [-0.28;0.14]	0.505			
Médicament de l'addiction aux opiacés					
Non	Réf				
Oui	0.2 [-0.01;0.42]	0.057			
Consommation d'alcool à risque^c					
Non	Réf				
Oui	0.03 [-0.17;0.23]	0.753			
Injection quotidienne^a					
Non	Réf				
Oui	-0.10 [-0.31;0.1]	0.317			
Utilisation des structures de réduction des risques (CAARUD, CSAPA)^d					
< Souvent	Réf		Réf		Réf
Souvent ou toujours	0.28 [0.08;0.47]	0.006	0.31 [0.1;0.51]	0.003	0.11 [0.04;0.19]
Expérience de prison au cours de la vie					
Non	Réf				
Oui	0.15 [-0.07;0.36]	0.191			

*Coefficient. **Coefficient ajusté. ***Différence des probabilités prédites en points de pourcentages, les autres cofacteurs sont laissés à leur moyenne et l'effet aléatoire est fixé à 0. ^aCatégorie de référence. ^a Au cours du dernier mois. ^bInvariant entre les suivis. ^c Score de l'AUDIT C ≥ 3 pour les femmes et ≥ 4 pour les hommes. ^d Au cours des six derniers mois. ^eAu cours des six derniers mois.

Délits

Objectif de l'analyse

La probabilité d'avoir effectué un délit récemment dans le groupe exposé à la SCMR par rapport au groupe non-exposé est ici comparée.

Construction de la variable d'intérêt « Délit »

Dans l'enquête COSINUS, nous avons collecté un ensemble d'informations relatives aux activités délictueuses illégales faites par les participants au cours du dernier mois, à chaque suivi. Une liste de type de délit était disponible (délits relatifs au vol, aux arnaques, etc.). Il était d'abord demandé au participant s'il avait effectué le délit en question et la fréquence de ce délit au cours du dernier mois si la réponse précédente était positive.

A partir de ce module, nous avons construit la variable « Délits récents » qui renseigne si la personne a effectué au moins un délit au moins une fois au cours du dernier mois, parmi les types de délits suivants :

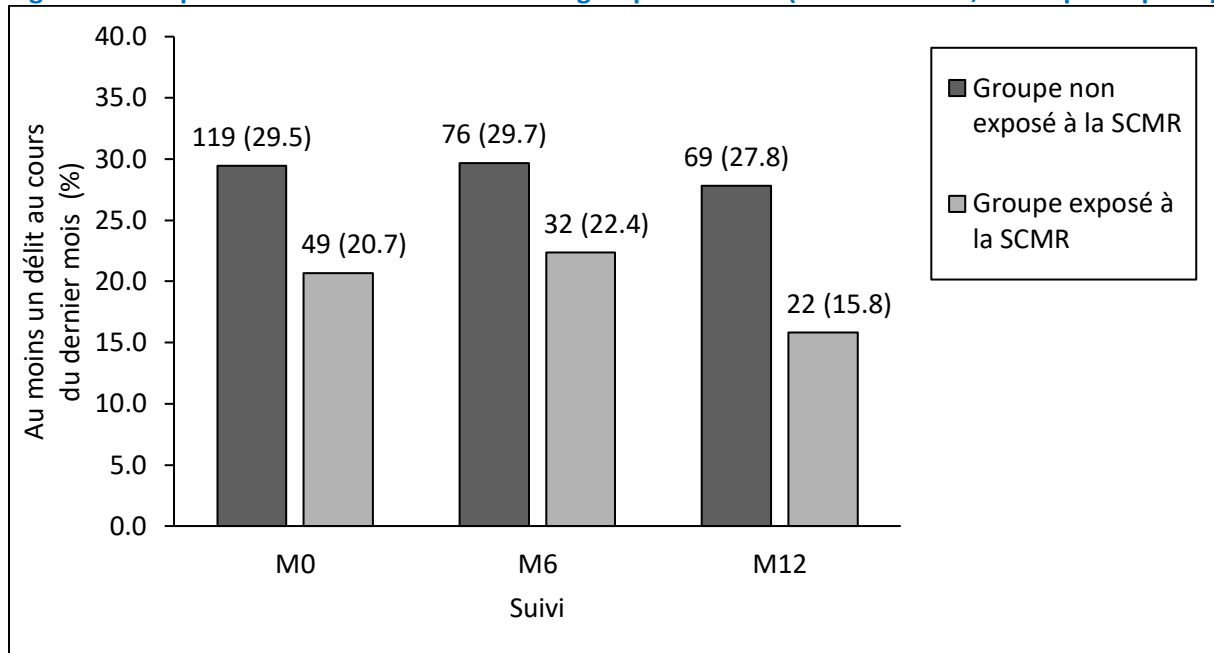
- délit relatif à un vol (vol avec effraction à un domicile, vol à l'étalage, vol d'ordonnance, vol de voiture, vol dans une voiture, vol à main armée, recours à la violence lors d'un vol),
- arnaques (arnaques liées à la sécurité sociale, autres arnaques),
- recel.

Les délits relatifs à l'achat ou à la vente de substances psychoactives illégales et les délits relatifs à une agression ou à de la prostitution ou du racolage n'ont pas été pris en compte.

Description du lien entre l'exposition à la SCMR et les délits récents

Dans la **Figure 10**, on voit que le pourcentage de délits est resté relativement stable au cours du temps dans les deux groupes. A M0 et M12, les participants du groupe exposé à la SCMR ont significativement moins commis de délits que les participants du groupe non exposé (autour de 28% pour le groupe non exposé et 20.7% à M0 et 15.8% à M12 pour le groupe exposé). C'est aussi le cas au suivi M6, mais cette différence n'est pas significative.

Figure 10. Fréquence des délits récents selon le groupe et le suivi (N=1427 visites, n=661 participants)



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

Analyse multivariée

Nous avons utilisé le modèle de première étape (facteurs associés à l'exposition à la SCMR) présenté dans la partie « Méthodologie » pour calculer l'IMR (sur l'échantillon total). Nous avons cette fois appliqué 500 répliques bootstrap dans l'analyse. En effet, l'augmentation du nombre de répliques change légèrement les résultats puisque le coefficient lié à la variable "Usage de crack quotidien" est devenu significatif à 5% (contre 6% avec 250 répliques, donc non significatif). Nous avons supposé que cette variable était importante à conserver dans l'analyse multivariée, ce qui justifie l'augmentation du nombre de répliques pour le modèle présent. Par ailleurs, la p-valeur de la variable explicative principale "exposition à la SCMR" est significative à 5% dans les deux cas (250 répliques ou deux fois plus de répliques).

Le coefficient associé à l'IMR est proche de la significativité ($p=0.094$) dans l'analyse multivariée des facteurs associés aux délits (**Tableau 17**). Comme la non-introduction de l'IMR dans l'analyse change les résultats liés à l'effet de l'exposition à la SCMR, nous avons décidé de conserver le modèle de Heckman.

Les utilisateurs de la SCMR ont moins de risques d'avoir commis un délit au cours du dernier mois que les non-utilisateurs (Coeff ajusté = -1.10, IC 95% = [-1.93; -0.27]). La probabilité de délit dans le groupe exposé est réduite de 20 points de pourcentage par rapport au groupe non-exposé (effet marginal = -0.20, IC 95% = [-0.33; -0.06]).

Nous avons également mis en évidence plusieurs facteurs associés une probabilité plus grande de délits : être en couple, vivre dans un logement précaire ou très précaire, utiliser quotidiennement du crack, être sous médicament de l'addiction aux opiacés et injecter quotidiennement.

Ces analyses sont à prendre avec précaution car on ne peut pas totalement exclure une sous-déclaration du fait du biais de désirabilité sociale face à un sujet aussi sensible que les délits. Cependant, ce biais étant présent de la même manière dans les deux groupes, il n'a pas d'effet sur le lien entre l'exposition à la SCMR et les délits..

Tableau 17. Facteurs associés à au moins un délit au cours du dernier mois : modèles Probit mixtes avec variances bootstrap (500 réplifications), analyses univariées et multivariées, étude COSINUS

	Analyses univariées ajustées avec l'IMR N=1423, n=661		Analyse multivariée finale N=1410, n=661		Effet marginal*** N=1410, n=661
	Coeff* [IC 95%]	P-valeur	Coeffa** [IC 95%]	P-valeur	Em [IC 95%]
Exposition à la SCMR^a					
Non	Réf ^a		Réf		Réf
Oui	-0.23 [-0.61;0.15]	0.242	-1.10 [-1.93;-0.27]	0.009	-0.20 [-0.33;-0.06]
IMR			0.33 [-0.06;0.71]	0.094	
Age (continu)^b	-0.02 [-0.04;0.00]	0.009			
Durée depuis la première injection^b					
<10 ans	Réf				
>= 10 ans	-0.12 [-0.43;0.18]	0.43			
Genre^b					
Homme ou homme transgenre	Réf				
Femme ou femme transgenre	0.47 [0.1;0.85]	0.014			
Niveau de diplôme^b					
< Baccalauréat	Réf				
>= Baccalauréat	-0.19 [-0.54;0.15]	0.275			
Pays de naissance^b					
Né en France	Réf				
Né à l'étranger	-0.38 [-0.8;0.05]	0.08			
En couple					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.40 [0.1;0.7]	0.008	0.41 [0.12;0.71]	0.006	0.07 [-0.01;0.15]
Type de logement					
Très stable	Réf		Réf		Réf
Précaire ou très précaire	0.40 [0.11;0.68]	0.006	0.54 [0.25;0.82]	<0.001	0.1 [0.05;0.16]
Activité professionnelle (déclarée ou non)					
Non	Réf				
Oui	-0.09 [-0.42;0.24]	0.599			
Allocations					
Non	Réf				
Oui	-0.03 [-0.31;0.26]	0.847			
Aide alimentaire^a					
Non	Réf				
Oui	0.08 [-0.18;0.34]	0.553			
Couverture sociale					
Non	Réf				
Oui	-0.07 [-0.37;0.23]	0.646			
Usage quotidien d'opiacé non prescrit^{ac}					
Non	Réf				
Oui	0.07 [-0.19;0.34]	0.597			
Usage quotidien de cocaïne^a					
Non	Réf				
Oui	0.51 [0.16;0.85]	0.004			
Usage quotidien de crack/free base^a					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	-0.04 [-0.38;0.29]	0.8	0.72 [0.01;1.44]	0.047	0.18 [-0.03;0.4]
Usage quotidien de cannabis^a					
Non	Réf				
Oui	-0.02 [-0.28;0.23]	0.862			

	Analyses univariées		Analyse multivariée finale		Effet marginal***
	ajustées avec l'IMR N=1423, n=661		N=1410, n=661		N=1410, n=661
	Coeff* [IC 95%]	P-valeur	Coeffa** [IC 95%]	P-valeur	Em [IC 95%]
Médicament de l'addiction aux opiacés					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.31 [0.05;0.58]	0.021	0.32 [0.05;0.59]	0.019	0.06 [0.01;0.11]
Injection quotidienne^a					
Non	Réf		Réf		Réf
Oui	0.26 [0.01;0.51]	0.039	0.31 [0.05;0.57]	0.021	0.06 [0.01;0.12]
Consommation d'alcool à risque^d					
Non	Réf				
Oui	0.24 [-0.02;0.5]	0.074			
Expérience de prison au cours de la vie^b					
Non	Réf				
Oui	-0.01 [-0.32;0.31]	0.975			

*Coefficient. **Coefficient ajusté. ***Différence des probabilités prédites en points de pourcentages, les autres cofacteurs sont laissés à leur moyenne et l'effet aléatoire est fixé à 0. ^aCatégorie de référence. ^aAu cours du dernier mois. ^b Invariant. ^cHéroïne, méthadone non prescrite, buprénorphine non prescrite, morphine non prescrite ou autre opiacé (quotidiennement). ^d Score de l'AUDIT C >=3 pour les femmes et >=4 pour les hommes.

Injection dans l'espace public

Objectif de l'analyse

Evaluation de l'efficacité des SCMR sur la fréquence des injections dans l'espace public.

Construction de la variable d'intérêt principal

Variable construite en deux catégories à partir de la question suivante : « **Où vous injectez-vous le plus souvent ?** ». Nous avons recodé les réponses à cette variable comme suit :

- injecter principalement dans un espace public ou semi-public (parking, toilettes publiques, caves, cages d'escaliers, rue, dans un centre (CAARUD/CSAPA) hors SCMR).
- injecter principalement dans un espace privé (chez soi, chez quelqu'un, dans une SCMR).

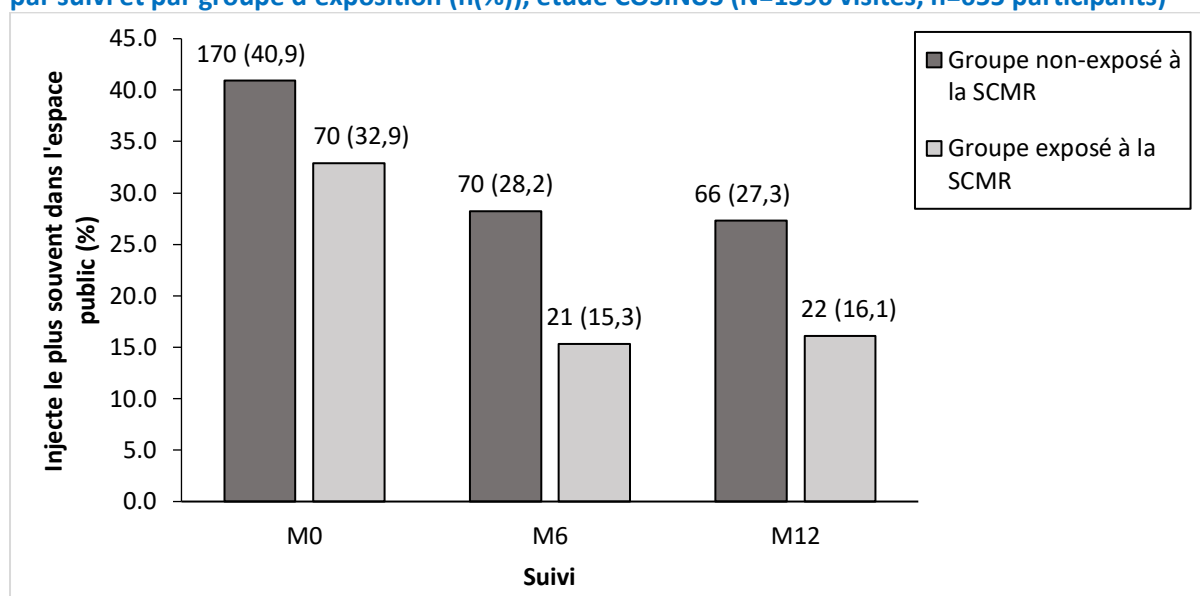
Remarque : Nous avons supprimé de cette analyse les incohérences, soit les observations des participants ayant déclaré avoir effectué plus de 75% de leurs injections en SCMR mais n'ayant pas déclaré injecter le plus souvent en SCMR. Un problème de filtre dans le questionnaire nous a également contraints à supprimer de l'analyse les observations des participants n'ayant pas consommé de produits hors prescription. On obtient ainsi 1396 observations (632 en M0, 385 en M6 et 379 en M12) sur 655 participants.

Description de l'injection dans l'espace public en fonction de la variable d'exposition

La mise en parallèle de l'injection dans l'espace public avec l'exposition à une SCMR par suivi (**Figure 11**) met en valeur une diminution nette de la déclaration d'injections dans l'espace public entre M0 et M6 (tous groupes confondus) et pas de différences significatives entre M6 et M12.

Les différences entre les groupes sont, quant à elles, significatives aux suivis M6 et M12. Nous pouvons ainsi observer que les individus du groupe non-exposé déclarent davantage injecter le plus souvent dans l'espace public que le groupe exposé.

Figure 11. Fréquences des participants qui ont déclaré injecter le plus souvent dans l'espace public par suivi et par groupe d'exposition (n(%)), étude COSINUS (N=1396 visites, n=655 participants)



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

Analyse multivariée

L'analyse multivariée (**Tableau 18**) met en valeur un IMR significatif, ce qui nous permet de déduire qu'il existe un biais de non randomisation des groupes d'exposition. Les résultats de l'analyse vont dans le sens de notre hypothèse : les personnes exposées à une SCMR déclarent significativement moins injecter principalement dans l'espace public (Coeff ajusté = -0,56, IC 95%=[-0,88 ; -0,24]). En termes de probabilités prédites, le fait d'être exposé à une SCMR plutôt que de ne pas y être exposé diminue de 15 points de pourcentage le risque d'injecter principalement dans l'espace public (effet marginal = -15 ; IC 95% = [-0,23 ; -0,07]).

Les facteurs suivants sont également associés à un risque plus élevé d'injecter principalement dans l'espace public : ne pas être en couple, occuper un logement précaire ou très précaire plutôt que très stable, ne pas avoir de couverture sociale et injecter quotidiennement.

Les limites de cette analyse concernent essentiellement le choix de la question utilisée pour décrire l'injection dans l'espace public. Cette question décrit seulement si la personne a injecté principalement dans l'espace public. Ainsi une injection en SCMR équivaut à une injection dans l'espace privé (ou en dehors de l'espace public) dans notre étude. Dans cette perspective l'effet de l'exposition à la SCMR était prévisible. Toutefois, les résultats montrent qu'un nombre non

négligeable de PQIS, malgré une forte exposition à la SCMR, continue d'injecter principalement dans l'espace public.

Ces résultats peuvent être interprétés par le fait que la régularité dans la fréquentation de la SCMR n'est pas suffisante pour certaines PQIS, soit parce que les horaires ne sont pas assez larges, soit parce que le lieu ne leur convient pas pour des raisons géographiques ou autres.

Tableau 18. Facteurs associés au fait d'injecter le plus souvent dans l'espace public : modèles Probit mixte avec variances bootstrap (250 réplifications), analyses univariées et multivariée, étude COSINUS

	Analyses univariées ajustées avec l'IMR N=1389, n=655			Analyse multivariée finale N=1386, n=655			Effet marginal *** N=1386, n=655
	Coeff.*	[IC (95%)]	p-valeur	Coeff.a**	[IC (95%)]	p-valeur	em [IC 95%]
Exposition à la SCMR^a							
Non	Réf. [†]			Réf.			Réf.
Oui	0,1	[-0,20 ; 0,41]	0,496	-0,56	[-0,88 ; -0,24]	0,001	-0,15 [-0,23;-0,07]
Age (continu)^b							
	-0,01	[-0,03 ; 0,00]	0,043				
Genre^b							
Homme ou homme transgenre	Réf.						
Femme ou femme transgenre	-0,14	[-0,44 ; 0,15]	0,338				
Niveau de diplôme^b							
< Baccalauréat	Réf.						
>= Baccalauréat	-0,41	[-0,67 ; -0,14]	0,002				
Pays de naissance^b							
Né en France	Réf.						
Né à l'étranger	0,15	[-0,16 ; 0,45]	0,34				
En couple							
Non	Réf.			Réf.			Réf.
Oui	-0,47	[-0,73 ; -0,21]	<0,001	-0,35	[-0,64 ; -0,07]	0,016	-0,1 [-0,17;-0,02]
Qualité du logement							
Très stable	Réf.			Réf.			Réf.
Précaire	0,8	[0,51 ; 1,09]	<0,001	0,79	[0,48 ; 1,1]	<0,001	0,16 [0,09;0,23]
Très précaire	1,48	[1,20 ; 1,76]	<0,001	1,44	[1,15 ; 1,73]	<0,001	0,40 [0,33;0,47]
Activité professionnelle							
Ne travaille pas	Réf.						
Travaille	-0,35	[-0,62 ; -0,07]	0,013				
Aide alimentaire^a							
Non	Réf.						
Oui	0,09	[-0,14 ; 0,32]	0,426				
Couverture sociale							
Non	Réf.			Réf.			Réf.
Oui	-0,6	[-0,83 ; -0,37]	<0,001	-0,36	[-0,61 ; -0,11]	0,005	-0,11 [-0,19;-0,03]

Allocations							
Non	Réf.						
Oui	-0,18	[-0,4 ; 0,03]	0,091				
Expérience de prison au cours de la vie^b							
Non	Réf.						
Oui	0,31	[0,06 ; 0,56]	0,016				
Tentative de suicide dans la vie							
Non	Réf.						
Oui	0,1	[-0,14 ; 0,35]	0,419				
Usage quotidien d'héroïne^a							
Non	Réf.						
Oui	0,3	[-0,28 ; 0,87]	0,31				
Usage quotidien de buprénorphine non prescrite^a							
Non	Réf.						
Oui	0,47	[0,09 ; 0,86]	0,016				
Usage quotidien de méthadone non prescrite^a							
Non	Réf.						
Oui	0,62	[0,06 ; 1,18]	0,03				
Usage quotidien de sulfates de morphine non prescrits^a							
Non	Réf.						
Oui	0,17	[-0,09 ; 0,42]	0,194				
Usage quotidien de cocaïne^a							
Non	Réf.						
Oui	0,53	[0,22 ; 0,85]	0,001				
Usage quotidien de crak^a							
Non	Réf.						
Oui	0,03	[-0,24 ; 0,3]	0,828				
Usage quotidien de cannabis^a							
Non	Réf.						
Oui	0,14	[-0,07 ; 0,35]	0,185				
Médicaments de l'addiction aux opiacés							
Non	Réf.						
Oui	-0,31	[-0,53 ; -0,1]	0,005				
Injection quotidienne^a							
Non	Réf.			Réf.			Réf.
Oui	0,4	[0,19 ; 0,61]	<0,001	0,29	[0,07 ; 0,51]	0,009	0,08 [0,02;0,14]
Consommation d'alcool à risque^c							
Non	Réf.						
Oui	0,05	[-0,17 ; 0,27]	0,647				
Statut VIH déclaré							
Séronégatif	Réf.						
Séropositif	-0,29	[-0,77 ; 0,19]	0,235				
Non testé	0,05	[-0,53 ; 0,62]	0,879				
Statut hépatite C déclaré							
Séronégatif	Réf.						
Séropositif non guéri	0,14	[-0,14 ; 0,42]	0,312				

Séropositif guéri	0,01	[-0,25 ; 0,27]	0,96			
Non testé	0,37	[-0,08 ; 0,82]	0,108			
Fréquentation de structures de RDR^d						
Moins que souvent	Réf.					
Souvent ou toujours	0,2	[-0,02 ; 0,42]	0,081			Réf.
IMR				-0,19	[-0,37 ; -0,02]	0,032
						-0,06 [-0,11;0,00]

*Coefficient. **Coefficient ajusté. ***Différence des probabilités prédites en points de pourcentage, les autres cofacteurs sont laissés à leur moyenne et l'effet aléatoire est fixé à 0. ^aCatégorie de référence. ^bAu cours du dernier mois. ^cInvariant. ^dScore de l'AUDIT C >=3 pour les femmes et >=4 pour les hommes. ^eAu cours des 6 derniers mois.

Volonté d'utiliser la SCMR et opinion sur celle-ci

Objectif de l'analyse

Analyse exploratoire de la volonté d'utiliser une SCMR.

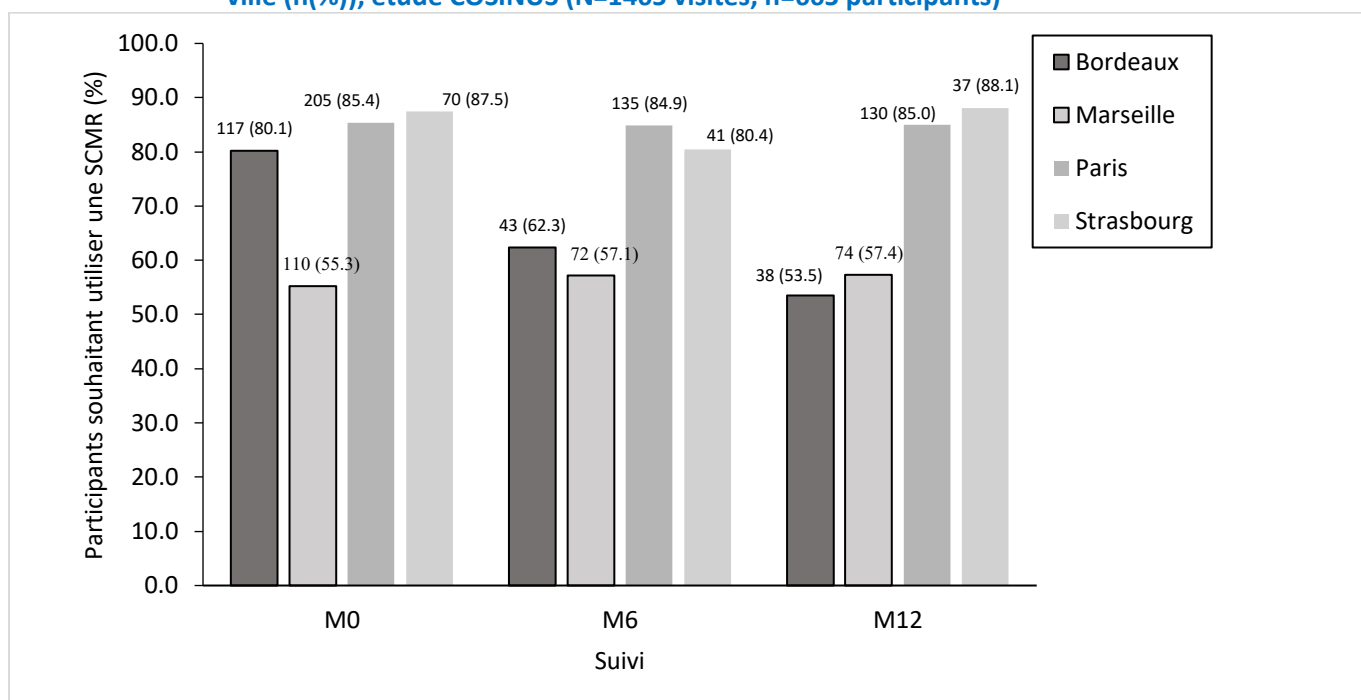
Description de la volonté d'utiliser une SCMR

La distribution de la volonté d'utiliser une SCMR par suivi nous montre, quel que soit le suivi et quelle que soit la ville, qu'une majorité de notre échantillon souhaiterait utiliser une SCMR (**Figure 12**). Il est très compliqué toutefois d'établir une comparaison entre Strasbourg-Paris d'un côté, villes pour lesquelles les PQIS bénéficient d'une SCMR qu'ils fréquentent pour la plupart d'entre eux, et Bordeaux-Marseille, villes pour lesquelles aucune SCMR n'est disponible à ce jour. À Marseille, de 55% à 57% des PQIS souhaiteraient utiliser une SCMR.

La part des individus souhaitant utiliser la SCMR à Marseille reste donc stable au fil des suivis. À Bordeaux, la proportion de PQIS souhaitant utiliser une SCMR est plus élevée qu'à Marseille, elle est de 80%, et devient équivalente à M12, étant de 53% à Bordeaux. Si l'on peut observer une diminution dans le temps de la volonté d'utiliser la SCMR à Bordeaux, il convient toutefois de préciser qu'il existe un lien entre précarité et attrition que nous avons vérifié lors d'analyses précédentes. À Bordeaux, les individus sont dans une situation de grande précarité, et comme nous le verrons dans la suite de nos analyses, les individus les plus précaires souhaitent dans une grande majorité, utiliser la SCMR en MO.

À Paris et Strasbourg, la proportion de PQIS qui souhaiteraient utiliser ou continuer à utiliser la SCMR est très élevée et stable au cours du temps, elle est supérieure à 84%, quel que soit le suivi. Ces données mettent donc en évidence une satisfaction importante des PQIS qui fréquentent chacune de ces deux SCMR. Dans les échantillons de Strasbourg et Paris, une très faible proportion de PQIS ne fréquentait pas la SCMR au moment de leur inclusion ou au cours du suivi, ils ont également été pris en compte dans l'analyse. Si l'on ne s'intéresse qu'aux individus ayant fréquenté la SCMR, plus de 93% des individus souhaitent continuer à l'utiliser quel que soit le suivi (**Figure A1** en annexe), et cette proportion reste stable au fil des suivis.

Figure 12 : Fréquences des participants qui ont déclaré souhaiter utiliser une SCMR par suivi et par ville (n(%)), étude COSINUS (N=1465 visites, n=665 participants)



Le **tableau 19** montre que la principale raison de vouloir utiliser la SCMR relève de questions de RdR chez les participants de Bordeaux et Marseille. S'ensuivent les questions de sécurité/confort, la curiosité puis les autres raisons. Si les questions de RdR ont une ampleur similaire à Paris et Strasbourg, il convient toutefois de constater que les motivations liées aux autres services et à la qualité du service sont largement plus mentionnées au détriment des motivations liées à la curiosité ou au confort (**Tableau 20**).

Tableau 19 : Raisons de vouloir utiliser la SCMR à Marseille et Bordeaux (N=450 visites, n=262 participants), étude COSINUS

Raison de vouloir utiliser la SCMR	M0	M6	M12
	% (n)	% (n)	% (n)
Pour consommer plus proprement	47.6% (107)	38.1% (43)	35.7% (40)
Pour recevoir des conseils	6.7% (15)	11.5% (13)	12.5% (14)
Pour recevoir d'autres services et/ou pour la qualité du service	1.3% (3)	4.4% (5)	4.5% (5)
Pour le confort et/ou par sécurité	27.6% (62)	23.9% (27)	27.7% (31)
Pour essayer, par curiosité	16.9% (38)	22.1% (25)	19.6% (22)
Total	100% (225)	100% (113)	100% (112)

Tableau 20 : Raisons de vouloir utiliser la SCMR à Paris et Strasbourg (N=615 visites, n=295 participants), étude COSINUS

	M0	M6	M12
Raison de vouloir utiliser la SCMR	% (n)	% (n)	% (n)
Pour consommer plus proprement	38.9% (107)	39.7% (69)	48.8% (81)
Pour recevoir des conseils	4.0% (11)	5.2% (9)	3.0% (5)
Pour recevoir d'autres services et/ou pour la qualité du service	19.6% (54)	27.0% (47)	22.9% (38)
Pour le confort et/ou par sécurité	33.1% (91)	27.6% (48)	24.1% (40)
Pour essayer, par curiosité	4.3% (12)	0.6% (1)	1.2% (2)
Total	100% (275)	100% (174)	100% (166)

Concernant les raisons de ne pas vouloir utiliser de SCMR, la principale déclarée est le fait d'avoir déjà un lieu pour injecter (près de la moitié des individus ne souhaitant pas utiliser la SCMR à Marseille et Bordeaux) (**Tableau 21**). S'ensuit le manque d'intimité dans une SCMR et la volonté de diminuer/arrêter l'injection/la consommation (catégorie qui prend de l'importance au fil des suivis). Une distribution similaire s'observe à Paris et à Strasbourg, bien que les effectifs soient faibles (**Tableau 22**).

Tableau 21 : Raisons de ne pas vouloir utiliser la SCMR à Marseille et Bordeaux (N=267 visites, n=169 participants), étude COSINUS

	M0	M6	M12
Raison de ne pas vouloir utiliser la SCMR	% (n)	% (n)	% (n)
A déjà un endroit pour consommer	50,0% (54)	51.4% (37)	42.5% (37)
Manque d'intimité ou peur de la visibilité des SCMR	35.2% (38)	16.7% (12)	31.0% (27)
Veut arrêter/ralentir la consommation/l'injection	14.8% (16)	31.9% (23)	26.4% (23)
Total	100% (108)	100% (72)	100% (87)

Tableau 22. Raisons de ne pas vouloir utiliser la SCMR à Paris et Strasbourg (N=86 visites, n=53 participants), étude COSINUS

	M0	M6	M12
Raison de ne pas vouloir utiliser la SCMR	% (n)	% (n)	% (n)
A déjà un endroit pour consommer	40.6% (13)	38.5% (10)	39.3% (11)
Manque d'intimité ou peur de la visibilité des SCMR	37.5% (12)	30.8% (8)	25% (7)
Veut arrêter/ralentir la consommation/l'injection	21.9% (7)	30.8% (8)	35.7% (10)
Total	100% (32)	100% (26)	100% (28)

Méthode

L'objectif de cette analyse étant exploratoire nous avons décidé de passer par une analyse en composantes multiples (ACM) sur les individus n'utilisant pas la SCMR pour atteindre notre objectif (sachant que le nombre d'individus utilisant la SCMR et ne souhaitant pas la réutiliser est très faible, il est de moins de 4% de PQIS utilisant la SCMR tous suivis confondus). Nous avons pris en compte, comme variables actives, les variables relatives à la situation socioéconomique (ville de résidence, âge, genre, niveau de diplôme, situation conjugale, qualité du logement, activité professionnelle, allocations, aide alimentaire, couverture sociale), des variables relatives à la santé et aux pratiques à risques (fréquentation de structures de RDR,

statut VHC, être sous médicament de l'addiction aux opiacés, avoir effectué une tentative de suicide dans la vie, avoir une consommation d'alcool à risque, partager le matériel d'injection, réutiliser le matériel d'injection, injecter quotidiennement, lieu principal d'injection, zone d'injection habituelle, injection rapide par crainte d'être vu) ainsi que les deux variables relatives à la volonté d'utiliser la SCMR que nous décrivons plus loin.

Afin d'affiner nos résultats et de proposer une typologie des PQIS au prisme de la volonté d'utiliser une SCMR nous avons effectué une classification ascendante hiérarchique (CAH) selon la méthode de Ward à partir des coordonnées des trois premiers axes de l'ACM⁴. Nous avons sélectionné le nombre de clusters dans cette CAH de manière à ce que la distance intragroupe moyenne (donc entre les individus d'un même cluster) soit minimisée et la distance intergroupe moyenne (donc entre les centres de gravités des clusters) soit maximisée. Nous avons, selon cette méthode, retenu quatre clusters.

Remarques méthodologiques :

Nous avons effectué l'ACM sur les individus ne fréquentant pas la SCMR uniquement à MO⁵. L'évolution dans le temps de la volonté d'utiliser le dispositif aurait été intéressante, cependant, si nous avons fait une ACM en individu-temps, le poids des individus subissant l'attrition aurait été sous-estimé (un individu qui n'est pas perdu de vue serait présent trois fois dans l'ACM alors qu'un individu perdu de vue après MO ne serait présent qu'une seule fois).

Nous avons imputé les non-réponses à partir des données des autres variables actives de l'ACM⁶. L'objectif de cette démarche est double. D'abord notre effectif n'est pas très élevé, il est de 398 individus, et, si nous supprimons toutes les personnes qui sont non-répondantes à l'une des variables actives, nous perdons 38 individus (soit près de 10% de notre échantillon). Ensuite, cela permet de mieux coller à une réalité sociologique sachant que les non-répondants sont susceptibles de présenter des caractéristiques communes, ce qui pourrait induire un biais d'échantillonnage. L'imputation présuppose toutefois que les non-réponses à une variable sont aléatoirement réparties. Etant donné que le nombre de non-réponses par variable est relativement faible, cette dernière remarque ne pose pas réellement problème ici.

Dans l'objectif de structurer notre ACM sur la volonté d'utiliser la SCMR et sachant que l'on avait peu d'information à ce propos, nous avons construit les deux variables suivantes et les avons intégrées à l'ACM :

Raison principale de vouloir utiliser une SCMR

- Pour consommer plus proprement
- Pour le confort ou la sécurité
- Pour essayer, par curiosité
- Pour recevoir des conseils, d'autres services ou pour la qualité du service
- Non concerné (ne souhaite pas utiliser une SCMR)

⁴ Ainsi, nous avons considéré les coordonnées des individus sur les trois premiers axes factoriels comme des variables continues (trois variables, une par axe) et avons effectué la CAH à partir de ces variables.

⁵ Il convient ici de mettre en garde contre une lecture abusive de la présente ACM et de la CAH qui en découle : nous avons ciblé notre ACM sur les répondants n'ayant pas fréquenté la SCMR. Ainsi, dans les villes où il existe une SCMR, les répondants intégrés à l'ACM auront une probabilité beaucoup plus élevée de ne pas vouloir utiliser la SCMR (car s'il y avait une SCMR à Bordeaux ou Marseille, on peut supposer qu'une grande partie des répondants déclarant souhaiter l'utiliser l'utiliserait et cette partie serait par conséquent exclue de l'ACM). Par conséquent il est très probable que les répondants de Paris et Strasbourg soient davantage représentés dans les groupes ne souhaitant pas utiliser la SCMR pour les raisons que nous venons d'expliquer.

⁶ A l'aide de la fonction `imputMCA` du package `missMDA` sur le logiciel R.

Raison principale de ne pas vouloir utiliser une SCMR

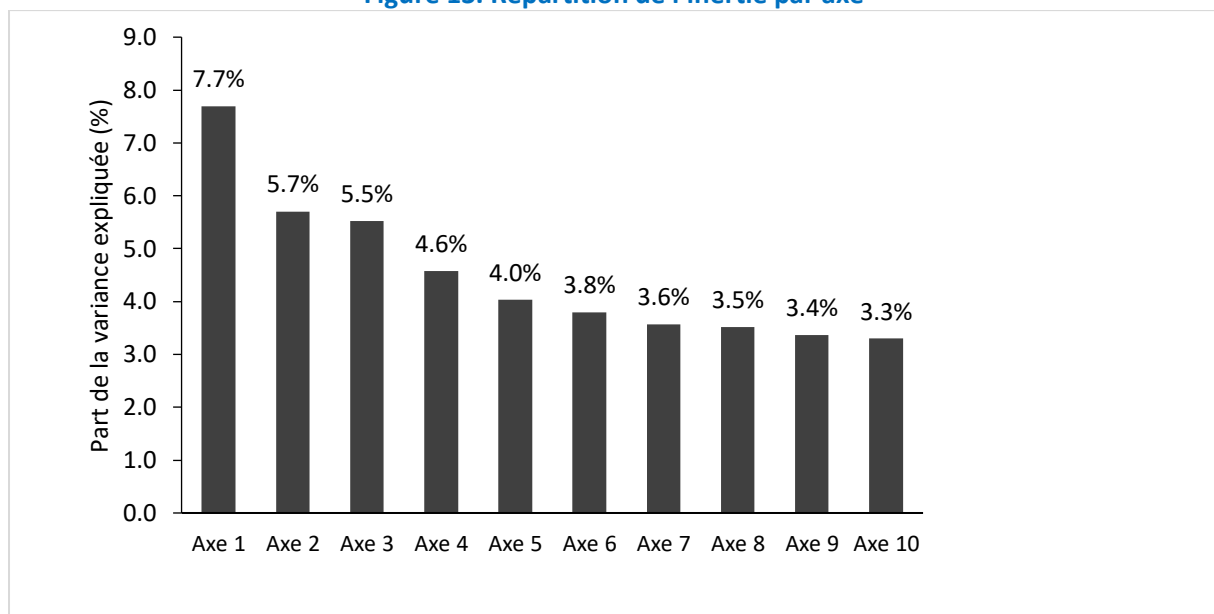
- A déjà un endroit pour consommer ou contrainte géographique ou d'accès
- Manque d'intimité/peur de la visibilité de la SCMR
- Souhaite arrêter ou ralentir la consommation/l'injection
- Non concerné (souhaite utiliser une SCMR)

Il est important de noter que les catégories « Non concerné » correspondent aux individus ayant déclaré ne pas souhaiter utiliser la SCMR pour la variable « Raison principale de vouloir utiliser une SCMR » et aux individus souhaitant utiliser la SCMR pour la variable « Raison principale de ne pas vouloir utiliser une SCMR ». Les deux variables sont donc partiellement codépendantes. Cette limite est toutefois atténuée par le fait que nous nous intéressons ici principalement aux co-occurrences survenant entre les modalités des autres variables structurées autour de ces deux variables.

Analyse en composantes multiples

La méthode du point d'inflexion⁷ nous incite à retenir trois axes (**Figure 13**) Nous observons en effet une diminution considérable du pourcentage d'inertie entre l'axe 3 et 4, qui se stabilise ensuite. Nous ne prendrons ainsi pas en compte l'information donnée par les autres axes, pour les besoins de cette analyse⁸.

Figure 13. Répartition de l'inertie par axe



Le premier axe oppose assez clairement des PQIS dans une situation très précaire à des PQIS dans une situation beaucoup plus stable (**Tableau 23**). L'aspect intéressant de ce premier axe réside dans le fait qu'il est largement structuré par la volonté d'utiliser une SCMR. Ainsi, au

⁷ Il s'agit d'un critère pour choisir le nombre d'axes à retenir dans une ACM. Le nombre d'axes à retenir, selon ce critère, correspond au premier point d'inflexion ou « coude » détecté sur la courbe décroissante des valeurs propres. On détermine pour cela l'axe à partir duquel la baisse du pourcentage d'inertie est la plus élevée et on retient les axes précédents (Figure 13).

⁸ Pour une vue plus détaillée de la contribution, du cosinus carré et des coordonnées des modalités sur chacun des axes que nous traitons, voir tableau A2.

premier groupe mentionné, au demeurant plus jeune que le second, est associée une volonté d'utiliser une SCMR, essentiellement pour des motivations liées à une consommation plus propre, sachant que ce groupe injecte principalement dans l'espace public. Au deuxième groupe mentionné est associée une volonté de ne pas utiliser la SCMR, notamment en raison d'absence de nécessité et d'absence d'intimité.

Tableau 23. Modalités les plus contributives au premier axe factoriel de l'ACM se rapportant aux individus ne fréquentant pas la SCMR en M0 selon le signe de leur coordonnée sur l'axe (N=398), étude COSINUS

Positif	Négatif
Ne pas vouloir utiliser une SCMR	Logement très précaire
Avoir déjà un lieu pour injecter	Vouloir utiliser une SCMR
Logement très stable	Résider à Bordeaux
45 ans ou plus	Vouloir utiliser une SCMR pour consommer proprement
Ne pas vouloir utiliser une SCMR pour raisons d'intimité	25 - 34 ans
Injecter principalement dans l'espace privé	Injecter principalement dans l'espace public
Ne pas avoir injecté rapidement par crainte d'être vu	Pas de couverture sociale
Résider à Paris ou Strasbourg	Avoir injecté de manière rapide par crainte d'être vu
Ne pas injecter quotidiennement	Séronégatif au VHC
Résider à Marseille	Injecter quotidiennement

Le deuxième axe factoriel (**Tableau 24**) semble dessiner une opposition entre un groupe plus jeune qui n'est pas inséré dans les dispositifs d'aide de l'Etat et de RdR à un groupe plus âgé, un peu moins précaire et davantage inséré dans les dispositifs mentionnés.

Tableau 24. Modalités les plus contributives au deuxième axe factoriel de l'ACM se rapportant aux individus ne fréquentant pas la SCMR en M0 selon le signe de leur coordonnée sur l'axe (N=398), étude COSINUS

Positif	Négatif
Pas d'allocations/pension	Allocations/Pension
Pas de médicaments de l'addiction aux opiacés	Sous médicaments de l'addiction aux opiacés
Pas de couverture sociale	Etre guéri du VHC
Ne pas souhaiter utiliser la SCMR	45 ans ou plus
moins de 25 ans	Vouloir injecter en SCMR
Avoir déjà un lieu pour injecter	Habiter un logement précaire
Travailler	Avoir effectué une tentative de suicide dans la vie
Logement très précaire	Avoir une couverture sociale
Séronégatif au VHC	
Ne pas connaître son statut VHC	

Le troisième axe factoriel (**Tableau 25**) oppose, quant à lui, deux catégories bien distinctes d'individus ne souhaitant pas utiliser la SCMR : d'un côté des hommes, parmi les plus âgés de notre échantillon (dont nous pouvons supposer qu'ils ont des pratiques de consommation bien ancrées) dans une situation socio-économique précaire, et de l'autre des femmes en situation socio-économique plus stable et ayant déjà un lieu pour injecter.

Tableau 25. Modalités les plus contributives au troisième axe factoriel de l'ACM se rapportant aux individus ne fréquentant pas la SCMR en M0 selon le signe de leur coordonnée sur l'axe (N=398), étude COSINUS

Positif	Négatif
Injecter principalement dans l'espace public	Injecter principalement dans l'espace privé
Ne pas vouloir utiliser la salle en raison du manque d'intimité	Logement très stable
Toujours fréquenter les structures de RDR	Femme
Né à l'étranger	En couple
45 ans ou plus	Travailler
Pas de couverture sociale	25 - 34 ans
Logement précaire	Séronégatif au VHC
Ne pas vouloir utiliser SCMR car désir d'arrêter la consommation	Avoir déjà un lieu où injecter
Guéri du VHC	Résider à Bordeaux
Pas en couple	

Classification Ascendante Hiérarchique

La CAH (**Tableau 26**) issue des données de l'ACM précédente nous propose quatre classes largement structurées par la volonté d'utiliser une SCMR (deux catégories comprennent plus de 80% d'individus ne souhaitant pas utiliser la SCMR et les deux autres comprennent plus de 90% d'individus souhaitant utiliser la SCMR). Nous pouvons faire une typologie de ces quatre groupes :

- **PQIS très précaires souhaitant utiliser une SCMR** : ce cluster constitue 118 participants, soit 30% de notre échantillon. Ce groupe, composé d'une population significativement plus jeune que les autres groupes (plus de 80% de moins de 35 ans) est caractérisé par une situation de grande précarité (plus de 80% des membres de ce groupe déclarent un lieu d'habitation très précaire, soit une part nettement plus élevée que dans les autres groupes). La part des membres de ce groupe déclarant des pratiques à risque est nettement plus élevée que dans les autres groupes (davantage d'injections quotidiennes, d'injections précipitées, de partage de matériel d'injection, de réutilisation de matériel d'injection, d'injections quotidiennes, de consommation d'alcool à risque). Si l'on s'intéresse aux motivations liées à la volonté d'utiliser une SCMR, ils déclarent davantage vouloir utiliser ce dispositif pour consommer plus proprement.
- **PQIS précaires souhaitant utiliser une SCMR** : Ce groupe, composé de 134 participants, soit 34% de notre échantillon, est nettement moins jeune que le précédent (près de 80% de plus de 34 ans), moins précaire (40% de logements stables) et plus inséré (plus de 90% d'entre eux perçoivent des allocations et près de 95% d'entre eux bénéficient d'une couverture sociale). Il s'agit d'un des groupes déclarant le moins de pratiques à risque (moins de consommation d'alcool à risque, de partage ou de réutilisation de matériel d'injection que les autres groupes) et qui injecte principalement dans l'espace privé (plus de 80%). On peut observer que les motivations liées à l'utilisation de la SCMR se distinguent du groupe précédent par le fait que les motivations liées à d'autres raisons qu'une consommation plus propre sont mises en avant (30% du cluster le souhaiterait par curiosité/pour essayer ou pour d'autres services proposés dans la

SCMR) bien que la volonté d'utiliser la SCMR pour une consommation plus propre reste majoritaire dans le groupe (près de 40% du cluster).

- **PQIS précaires ne souhaitant pas utiliser une SCMR** : Ce groupe est composé de 66 participants, soit 17% de notre échantillon. Il présente une structure par âge similaire au groupe précédent mais se distingue de celui-ci par une moins grande stabilité socioéconomique (plus de 75% de logements précaires ou très précaires, une part d'individus couverts par la sécurité sociale nettement plus faible). Si leur déclaration de pratiques à risque est moyenne (relativement aux autres groupes), ils sont toutefois plus nombreux à déclarer injecter principalement dans l'espace public (près de 80% du groupe). Ils ne souhaitent pas consommer en SCMR essentiellement pour des questions de manque d'intimité (près de 50% du groupe) et en raison de la volonté d'arrêter la consommation/injection (plus de 25% du groupe).
- **PQIS stables ne souhaitant pas utiliser une SCMR** : Ce groupe, composé de 80 participants, soit 20% de notre échantillon, est le plus stable d'un point de vue socio-économique et inséré (près de 80% de logements très stables, près de 50% de personnes déclarant travailler, près de 50% d'individus ayant un niveau de diplôme supérieur ou égal au baccalauréat). Il s'agit d'individus fréquentant nettement moins les structures de RDR et n'utilisant pas la SCMR car ils ont la possibilité d'injecter dans un espace privé (près de 95% du groupe injecte principalement dans l'espace privé). Il est davantage composé de femmes que les autres groupes. Au niveau des pratiques à risque, s'ils en déclarent moins que les autres groupes pour la majorité des pratiques, on peut toutefois observer qu'ils déclarent davantage de réutilisation de matériel d'injection (plus de 50%, seul le groupe de PQIS très précaires en déclare davantage).

Tableau 26. Description des clusters de la CAH selon les variables actives de l'ACM, étude COSINUS (N=398)

	PQIS très précaire souhaitant utiliser une SCMR	PQIS précaires souhaitant utiliser une SCMR	PQIS précaires ne souhaitant pas utiliser une SCMR	PQIS stables ne souhaitant pas utiliser une SCMR	Ensemble
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Raisons de la volonté d'utiliser la SCMR					
Pour consommer plus proprement	53.4% (62)	37.3% (47)	1.6% (1)	1.3% (1)	29.2% (111)
Confort/ sécurité	23.3% (27)	26.2% (33)	4.8% (3)	5.3% (4)	17.6% (67)
Conseils, qualité du service, autres services de la SCMR	4.3% (5)	12.7% (16)	3.2% (2)	1.3% (1)	6.3% (24)
Pour essayer/ par curiosité	16.3% (19)	17.5% (22)	1.6% (1)	8.0% (6)	12.6% (48)
Non concerné	2.6% (3)	6.4% (8)	88.9% (56)	84.0% (63)	34.2% (130)

Raisons de la volonté de ne pas utiliser la SCMR					
Arrêt de la consommation/ injection	0% (0)	0% (0)	25.4% (16)	2.7% (2)	4.7% (18)
A déjà un lieu pour consommer	0.9% (1)	2.3% (3)	14.3% (9)	69.3% (52)	17.1% (65)
Manque d'intimité/ peur de la visibilité	1.7% (2)	4.0% (5)	49.2% (31)	12.0% (9)	12.4% (47)
Non concerné	97.4% (113)	93.7% (118)	11.1% (7)	16.0% (12)	65.8% (250)
Ville					
Bordeaux	75.4% (89)	23.9% (32)	12.1% (8)	20.0% (16)	36.4% (145)
Marseille	20.3% (24)	64.2% (86)	54.6% (36)	61.3% (49)	50.0% (195)
Paris ou Strasbourg	4.2% (5)	11.9% (16)	33.3% (22)	18.8% (15)	14.6% (58)
Age					
moins de 25	17.0% (20)	0.8% (1)	6.1% (4)	5.0% (4)	7.3% (29)
25-34	65.3% (77)	19.4% (26)	19.7% (13)	32.5% (26)	35.7% (142)
35-44	13.6% (16)	37.3% (50)	27.3% (18)	35.0% (28)	28.1% (112)
45 ou plus	4.2% (5)	42.5% (57)	47.0% (31)	27.5% (22)	28.9% (115)
Genre					
Femme	22.9% (27)	18.7% (25)	10.6% (7)	32.5% (26)	21.4% (85)
Homme	77.1% (91)	81.3% (109)	89.4% (59)	67.5% (54)	78.6% (313)
Niveau de diplôme					
< Baccalauréat	75.4% (89)	80.6% (108)	77.3% (51)	56.3% (45)	73.6% (293)
>= Baccalauréat	24.6% (29)	19.4% (26)	22.7% (15)	43.8% (35)	26.4% (105)
Pays de naissance					
Né en France	90.7% (107)	89.6% (120)	63.6% (42)	85.0% (68)	84.7% (337)
Né à l'étranger	9.3% (11)	10.5% (14)	36.4% (24)	15.0% (12)	15.3% (61)
Couple					
Non	67.8% (80)	79.1% (106)	86.4% (57)	58.8% (47)	72.9% (290)
Oui	32.2% (38)	20.9% (28)	13.7% (9)	41.3% (33)	27.1% (108)
Qualité du logement					
Stable	7.6% (9)	46.3% (62)	22.7% (15)	77.5% (62)	37.2% (148)
Précaire	11.9% (14)	41.0% (55)	30.3% (20)	10.0% (8)	24.4% (97)
Très précaire	80.5% (95)	12.7% (17)	47.0% (31)	12.5% (10)	38.4% (153)
Activité professionnelle					
Ne travaille pas	81.4% (96)	87.3% (117)	84.9% (56)	53.8% (43)	78.4% (312)
Travaille	18.6% (22)	12.7% (17)	15.2% (10)	46.3% (37)	21.6% (86)
Allocations					
Non	35.6% (42)	8.2% (11)	56.1% (37)	36.3% (29)	29.9% (119)
Oui	64.4% (76)	91.8% (123)	43.9% (29)	63.8% (51)	70.1% (279)
Aide alimentaire					
Non	66.1% (78)	76.9% (103)	74.2% (49)	75% (60)	72.9% (290)
Oui	33.9% (40)	23.1% (31)	25.8% (17)	25% (20)	27.1% (108)

Couverture sociale					
Non	39.0% (46)	6.0% (8)	33.3% (22)	8.8% (7)	20.9% (83)
Oui	61.0% (72)	94.0% (126)	66.7% (44)	91.3% (73)	79.2% (315)
Injection rapide par crainte d'être vu					
Non	43.2% (51)	50% (67)	59.1% (39)	82.3% (65)	55.9% (222)
Oui	56.8% (67)	50% (67)	40.9% (27)	17.7% (14)	44.1% (175)
Fréquentation des structures de RDR					
Parfois	15.4% (18)	19.4% (26)	18.5% (12)	37.2% (29)	21.6% (85)
Rarement	7.7% (9)	7.5% (10)	4.6% (3)	21.8% (17)	9.9% (39)
Souvent	54.7% (64)	52.2% (70)	32.3% (21)	34.6% (27)	46.2% (182)
Toujours	22.2% (26)	20.9% (28)	44.6% (29)	6.4% (5)	22.3% (88)
Médicaments de l'addiction aux opiacés					
Non	42.4% (50)	14.2% (19)	42.4% (28)	37.5% (30)	31.9% (127)
Oui	57.6% (68)	85.8% (115)	57.6% (38)	62.5% (50)	68.1% (271)
Tentative de suicide (vie)					
Non	55.2% (64)	47.7% (63)	74.2% (46)	73.8% (59)	59.5% (232)
Oui	44.8% (52)	52.3% (69)	25.8% (16)	26.3% (21)	40.5% (158)
Statut vis-à-vis de l'hépatite C					
Non dépisté	1.7% (2)	5.2% (7)	10.6% (7)	11.3% (9)	6.3% (25)
Séronégatif	75.4% (89)	28.4% (38)	30.3% (20)	53.8% (43)	47.7% (190)
Séropositif guéri	9.3% (11)	34.3% (46)	36.4% (24)	11.3% (9)	22.6% (90)
Séropositif non guéri	13.6% (16)	32.1% (43)	22.7% (15)	23.8% (19)	23.4% (93)
Lieu principal d'injection					
Espace privé	35.7% (41)	71.4% (95)	22.7% (15)	94.7% (72)	57.2% (223)
Espace public	64.4% (74)	28.6% (38)	77.3% (51)	5.3% (4)	42.8% (167)
Partage du matériel d'injection					
Non	75.4% (89)	83.5% (111)	74.2% (49)	92.5% (74)	81.4% (323)
Oui	24.6% (29)	16.5% (22)	25.8% (17)	7.5% (6)	18.6% (74)
Réutilisation du matériel d'injection					
Non	37.3% (44)	53.0% (71)	62.1% (41)	48.8% (39)	49.0% (195)
Oui	62.7% (74)	47.0% (63)	37.9% (25)	51.3% (41)	51.0% (203)
Injection quotidienne					
Non	31.4% (37)	47.0% (63)	59.1% (39)	56.3% (45)	46.2% (184)
Oui	68.6% (81)	53.0% (71)	40.9% (27)	43.8% (35)	53.8% (214)
Consommation d'alcool à risque					
Non	28.0% (33)	47.0% (63)	39.4% (26)	32.5% (26)	37.2% (148)
Oui	72.0% (85)	53.0% (71)	60.6% (40)	67.5% (54)	62.8% (250)
Zone principale d'injection					
zone dangereuse	11.0% (13)	15.7% (21)	6.1% (4)	8.8% (7)	11.3% (45)
zone non recommandée	22.9% (27)	23.9% (32)	16.7% (11)	16.3% (13)	20.9% (83)
zone recommandée	66.1% (78)	60.5% (81)	77.3% (51)	75.0% (60)	67.8% (270)

Note : A un seuil de 5%, seules les distributions par cluster de l'aide alimentaire et des zones principales d'injection sont non significatives, toutes les autres présentent des différences significatives.

Résumé des résultats

Les résultats de la cohorte montrent des effets positifs de la SCMR mais aussi que ce dispositif n'a pas eu les impacts escomptés sur certains critères. Les PQIS exposées à une SCMR déclarent moins de pratiques à risque VHC (échange de matériel usagé), moins d'abcès, moins de passages aux urgences, d'overdoses non fatales et déclarent moins de délits. En revanche, le fait d'avoir fréquenté les SCMR n'a pas permis d'améliorer l'accès au dépistage VHC, aux médicaments de l'addiction aux opiacés, à la médecine de ville. Il faut rappeler que les PQIS n'ayant pas fréquenté les SCMR ont accès aux services de RdR proposés dans les CAARUD. Ces données permettent d'appuyer l'intérêt de déployer les SCMR tout en les adaptant au contexte français.

Discussion et limites

Les données issues de la cohorte COSINUS sont uniques en ce sens où elles ont été collectées à l'échelle nationale, dans quatre villes qui présentent des profils urbains variés et à la fois comparables en de nombreux points. De plus, à la différence des résultats obtenus dans d'autres contextes comme au Canada, elles comparent les PQIS recrutés dans des lieux où les SCMR existent et des lieux où elles n'existent pas. Cet atout permet d'avoir accès à un groupe témoin adapté à l'étude d'efficacité d'une intervention. Même si ce groupe témoin présentait des différences qui auraient pu avoir un effet sur les résultats, les méthodes utilisées ont permis de prendre en compte ces différences et de réduire le biais lié à cette sélection qui ne s'est pas faite de manière aléatoire. Pour chaque analyse ciblant chacune un critère d'efficacité, les modèles statistiques ont été ajustés sur les facteurs connus qui pourraient influencer le critère en question. Ces cofacteurs ont été décrits dans le rapport à la suite de chaque analyse.

Les premiers résultats concernent la description de notre échantillon et montrent que le groupe recruté dans les SCMR et qui fréquentait régulièrement ce lieu est différent de celui qui a été recruté en dehors des SCMR. Même si cela ne constituait pas un objectif en soi, ces résultats suggèrent que la population des SCMR et notamment celle de Paris constitue une population particulière (participants nés à l'étranger, forte précarité, consommateurs de crack et de morphine).

En prenant en compte ces différences, les résultats de cette cohorte permettent de confirmer certaines des hypothèses que nous avons émises au départ alors que d'autres sont venues les infirmer. Concernant le critère d'efficacité principal, les pratiques à risque VIH et VHC (décrites par le partage de matériel d'injection usagé), nos données confirment les résultats des études canadiennes et espagnoles (Thomas Kerr et al., 2005b; Folch et al., 2018b; Milloy & Wood, 2009b) ayant montré que les personnes qui fréquentent les SCMR plus fréquemment présentent moins de pratiques d'échange de matériel d'injection. Même si ce critère d'efficacité est important car il représente la pratique centrale qui nourrit l'épidémie du VHC chez les PQIS, il n'est pas celui sur lequel nous attendions l'effet des SCMR le plus important. En effet, l'accès au matériel stérile en France est possible via de nombreux dispositifs (CAARUD, PES postal, pharmacies de ville, automates) et les dernières décennies ont vu une réduction importante des pratiques d'échange de matériel usagé et par conséquent du VIH (Fatseas et al., 2012). Cependant, le fait d'avoir accès immédiatement avant l'injection à ce matériel est un élément important qui facilite l'utilisation de ce matériel surtout auprès de publics précaires.

Le second critère majeur de cette étude concerne les complications au point d'injection, relatives à l'hygiène des mains et du lieu où l'injection se passe. Les résultats montrent un effet important de la SCMR sur le risque d'abcès. La prévalence des abcès au sein de la cohorte varie de 14% à 21% selon les suivis ce qui corrobore les dernières données de l'OFDT datant de 2006 (Toufik et al., 2008) avec 25% des PQID qui avaient eu un abcès au cours du dernier mois. Bien que la France ne soit pas exposée aux overdoses comme en Amérique du Nord, les overdoses non fatales font partie des événements marquants et parfois problématiques dans la carrière des PQIS. Malgré une prévalence dans la cohorte qui varie de 5 à 10% selon le suivi, nous avons pu montrer une différence significative d'overdoses non fatales dans les deux groupes ce qui confirme l'intérêt d'un lieu où les PQIS peuvent injecter en toute sécurité avec du matériel à disposition et un accompagnement nécessaire. De ces deux bénéfices directs sur la santé des PQIS, abcès et overdoses non fatales (T. Kerr et al., 2005), en découlent un autre effet qui marque l'impact positif d'avoir accès régulièrement à la SCMR : la diminution des passages aux urgences.

L'injection dans l'espace public apparaît comme un effet évident, presque tautologique, qui est la raison principale motivant l'ouverture des SCMR : offrir un espace à des PQIS qui consomment dans la rue ou dans l'espace public du fait de situations de grande précarité. Ces résultats rejoignent ceux de nos collègues canadiens et espagnols (E. Wood, 2004; Vecino et al., 2013) bien que l'effet attendu ne soit pas aussi marqué. Ces résultats suggèrent que des améliorations peuvent être apportées pour favoriser au maximum l'utilisation des SCMR (horaires, situations géographiques, adaptation à certains publics). Enfin, parmi les critères sur lesquels la SCMR a un impact positif, les délits déclarés par les PQIS ont vu leur nombre diminuer pour les personnes exposées aux SCMR. Ce résultat, bien qu'à considérer avec précaution du fait du biais de désirabilité possible, va dans le sens des résultats trouvés à Vancouver (Myer & Belisle, 2018).

L'analyse exploratoire sur la volonté d'utiliser la SCMR nous a d'abord montré qu'une très large partie des utilisateurs de la SCMR est satisfaite de son utilisation et souhaite poursuivre sa fréquentation. Une majorité des non-utilisateurs de la SCMR souhaiterait également utiliser ce dispositif. En s'intéressant plus précisément aux profils des non-utilisateurs de la SCMR, il convient de souligner que le public le plus précaire, déclarant le plus de pratiques à risque est un public qui souhaite dans une grande majorité utiliser la SCMR, précisément dans l'objectif d'une consommation plus hygiénique. Par opposition, comme attendu, la part de notre échantillon la plus stable au niveau socio-économique ne souhaite pas utiliser la SCMR. Il convient toutefois de s'attarder sur un profil intermédiaire caractérisé par un niveau socio-économique précaire qui ne souhaite pas utiliser la SCMR : individus sans couverture sociale et qui craignent la trop grande visibilité de la SCMR et le manque d'intimité.

Enfin, trois critères d'efficacité n'ont pas montré de changement positif grâce aux SCMR : le dépistage VHC, l'accès aux médicaments de l'addiction aux opiacés et l'accès à la médecine de ville. Ces données peuvent être facilement interprétées au regard de notre système de santé qui, à travers les CAARUD et les CSAPA, offre la possibilité d'accéder à des dépistages, de pouvoir initier un traitement par méthadone ou par buprénorphine sans critères restrictifs et permet d'être en lien avec un réseau de professionnels de santé en médecine de ville. En effet, seulement 10% des PQIS qui compose la cohorte ne fréquente pas ou rarement ce type de structure. Les facteurs associés à l'accès au traitement de l'addiction aux opiacés suggèrent également que le choix par les PQIS du sulfate de morphine ou de l'héroïne peut expliquer un accès réduit à des médicaments prescrits puisque le diacétylmorphine (héroïne médicalisée) n'existe pas en France et le sulfate de morphine ne présente pas comme indication (sauf

exception) l'addiction aux opiacés. Ces résultats viennent conforter la nécessité d'élargir la palette des médicaments disponibles afin de permettre aux PQIS d'accéder à une prescription injectable et un suivi médical adapté.

En parallèle des analyses sur l'impact des SCMR sur les critères étudiés, des résultats intéressants méritent notre attention. A plusieurs reprises, les consommateurs de crack sont apparus vulnérables vis-à-vis de certains critères (pratiques à risque VHC et passages aux urgences), ce qui appelle à des réponses adaptées à ces publics. Les PQIS qui se font injecter par quelqu'un d'autre ont plus d'abcès et déclarent plus d'overdoses non fatales. Ces résultats plaident pour la diffusion à grande échelle du traitement des overdoses, la naloxone (Jones et al., 2014; Rife et al., 2021), pour le déploiement de l'éducation à l'injection (AERLI) (Perrine Roux et al., 2016) et la possibilité d'injecter quelqu'un d'autre à l'intérieur de la SCMR. Au-delà de ces caractéristiques propres aux usages, la précarité en filigrane de tous les critères apparaît comme un facteur de vulnérabilité.

Plusieurs limites sont à préciser, inhérentes à la fois à notre méthodologie et à la population à laquelle nous nous sommes intéressés. Le recrutement des PQIS s'est fait selon un échantillonnage de convenance qui n'a donc pas permis de recruter une cohorte représentative de la population des PQIS en France. Cependant, dans les villes témoins, nous avons recrutés les participants dans toutes les structures de RdR (essentiellement CAARUD) mais aussi à travers les associations concernées et les activités hors-les-murs. Dans les villes avec une SCMR, le recrutement s'est fait dans la structure ce qui a permis de recruter un maximum de participants ayant eu une fréquentation régulière de la SCMR. Le taux de perdus de vue est important (39%) mais il correspond aux estimations que nous avons faites (40%). De plus, peu de différences existent entre les perdus de vue et les non perdus de vue (PQIS ayant remplis tous les questionnaires). Ces différences ne concernent pas les critères d'efficacité sauf les passages aux urgences. Enfin, les modèles mixtes de régression prennent en compte les données manquantes c'est-à-dire le fait que certains participants n'aient pas passé tous les questionnaires de suivi. Les limites associées à chacune des analyses réalisées ont été présentées à la suite de chaque résultat. Concernant le modèle de Heckman, même si cette méthode ne permet pas d'atteindre le niveau de confiance d'un essai clinique randomisé, elle permet cependant d'assurer la prise en compte des différences grâce à une sélection fine des variables qui pourraient jouer un rôle dans ce biais de non-randomisation. Enfin, malgré un surajustement observé dans les différents modèles, les résultats trouvés au travers de toutes les analyses réalisées et les différents modèles testés sont restés stables, laissant penser que la méthode était pertinente. Globalement, elles sont liées aux questionnaires qui, malgré la longueur qui leur a été souvent reprochée, ont été raccourcis au maximum afin d'éviter les lassitudes et le décrochage des participants lors des entretiens. Ainsi, des données nous ont manqué et d'autres n'ont pas permis de rentrer suffisamment dans les détails de certains résultats.

Collaboration internationale – étude PRIMER

La cohorte Cosinus fait partie d'une étude multi-pays, l'étude PRIMER, coordonnée par Daniel Werb. Cette étude a pour objectif d'explorer l'initiation à l'injection entre PQIS et de comprendre les facteurs qui diminuent le risque d'initier quelqu'un d'autre à l'injection. Ce partenariat a consisté à ajouter un module de questions sur l'initiation à l'injection dans le questionnaire aux 3 suivis, M0, M6 et M12.

Valorisation scientifique

Article publié en lien direct avec la SCMR

Un article présentant le protocole a été publié en janvier 2019 dans le journal BMJ Open (IF 2.5) : Auriacombe, M., Roux, P., Madrid, L.B., Kirchherr, S., Kervran, C., Chauvin, C., Gutowski, M., Denis, C., Carrieri, M.P., Lalanne, L., Jauffret-Roustide, M., 2019. Impact of drug consumption rooms on risk practices and access to care in people who inject drugs in France: the COSINUS prospective cohort study protocol. BMJ Open 9, e023683. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023683>

Article publié à partir des données de la cohorte COSINUS, mais ne portant pas sur l'efficacité de SCMR

Un article étudiant la validité des critères diagnostiques DSM de trouble de l'usage dans le contexte RDR a été publié en décembre 2020 dans Addictive Behavior (IF 3.65) : 1. Kervran C, Shmulewitz D, Serre F, Denis C, Roux P, Jauffret-Roustide M, Lalanne L, Hasin D, Auriacombe M. Do DSM-5 substance use disorder criteria differ by user care settings? An item response theory analysis approach. Addictive behaviors. 2021;116:106797. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106797>

Article publié dans le cadre la collaboration PRIMER

Werb D, Garfein R, Kerr T, Davidson P, Roux P, Jauffret-Roustide M, Auriacombe M, Small W, Strathdee SA. A socio-structural approach to preventing injection drug use initiation: rationale for the PRIMER study. Harm Reduct J. 2016 Sep 15;13(1):25. doi: <https://10.1186/s12954-016-0114-1>.

Articles en cours d'écriture et à venir

Les articles en cours d'écriture sont les suivants :

- article princeps, résultat principal sur les pratiques à risque de transmission VHC/VIH injection
- article combinant les résultats sur les passages aux urgences, les abcès et les overdoses.

Les articles à venir (en cours de l'année 2021) sont les suivants :

- accès aux soins (médicaments de l'addiction aux opiacés, dépistage VHC, recours à un médecin de ville),
- injection dans les lieux publics,
- pratiques à risque en inhalation,
- volonté d'utiliser une SCMR et opinion.

D'autres sujets d'articles, sans lien direct avec la SCMR, sont en cours :

- psychopathologies (PTSD, Anxiété, TDAH) et...
 - o séroprévalences, pratiques à risque d'usages et dépistages
 - o fréquentation des structures (CAARUD/SCMR/CSAPA) et traitements

- o usages de substances (illicites, médicaments détournés et poly-usage) pour explorer la question de l'auto-thérapie
- rôle du craving dans le contexte de RDR
- troubles cognitifs
- focus femmes
- modalités d'usage des médicaments de l'addiction aux opiacés (méthadone, buprénorphine, morphine retard)
- personnes âgées
- injection rapide par crainte d'être vu
- consommateurs réguliers de stimulants
- complications locales liées à l'injection
- dépistage VHC

Un article en lien avec la collaboration PRIMER :

- étude des facteurs associés à l'initiation à l'injection.

Toute analyse des données de COSINUS fait l'objet d'un plan d'analyse validé par les 4 investigateurs.

Évaluation économique des salles de consommation à moindre risque⁹

Sylvie Boyer – PhD - Enseignante Chercheuse Aix Marseille Université
SESSTIM, Inserm UMR1252,
19-21 boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille
04 13 73 22 72 – sylvie.boyer@inserm.fr

Anthony Cousien – PhD
SESSTIM & IAME, Inserm U1252 & U1137
8 rue Jean Walter, 59000 Lille
06 78 32 16 39 – anthony.cousien@inserm.fr

Perrine Roux – PharmD - PhD - chargée de recherche Inserm
SESSTIM, Inserm U1252
19-21 boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille
04 13 73 22 78 – perrine.roux@inserm.fr



⁹ Pour ce volet, la citation recommandée est : Cousien A., Briand-Madrid L., Roux P., Boyer S. Cosinus Eco - Evaluation économique des salles de consommation à moindre risque. In Salles de consommation à moindre risque, Institut de Santé Publique de l'Inserm, Paris, 2021.

Objectifs

Objectif principal : Evaluer le coût, l'efficacité et le coût-efficacité des SCMR par rapport aux structures existantes (CAARUD).

Objectifs secondaires :

- évaluer le coût de mise en place et fonctionnement d'une SCMR (intégrant coût en capital et coût en fonctionnement) ;
- évaluer sur le moyen terme (10 ans) le coût incrémental (ou coût additionnel) de la SCMR, par rapport à une situation où seules des structures de RdR « classiques » (i.e., des CAARUD) sont présentes ;
- évaluer l'efficacité d'une SCMR sur le moyen terme (10 ans) en termes d'infections VIH et VHC, d'abcès, d'endocardites infectieuses associées à ces abcès, d'overdoses et de passages aux urgences évités ;
- évaluer sur la durée de vie de la cohorte de PQIS les coûts évités par la SCMR en termes de consommations de soins associés aux infections évitées (abcès, endocardites, infections VIH et VHC), overdoses évitées et passages aux urgences évités ;
- évaluer sur la durée de vie de la cohorte de PQIS le rapport coût-efficacité de la SCMR en euros par année de vie ajustée sur la qualité (QALY).

Méthodes

Nous avons développé un modèle stochastique, individu-centré et en temps continu, afin d'évaluer le nombre d'infections (VIH, VHC, abcès et endocardites infectieuses associées à des abcès), d'overdoses et de passages aux urgences évités grâce à l'ouverture des SCMR à Paris et Strasbourg, sur la base de l'impact des SCMR observé dans la cohorte Cosinus. Nous avons effectué des analyses distinctes pour les deux SCMR (Paris et Strasbourg). La présence des SCMR a été simulée sur une durée de 10 ans (à partir d'octobre 2016 à Paris, novembre 2016 à Strasbourg), soit sur la période octobre 2016 – septembre 2026 à Paris et novembre 2016 – octobre 2026 à Strasbourg. Le modèle a permis d'évaluer les coûts associés aux infections, overdoses et passages aux urgences évités par la mise en place des SCMR ainsi que le nombre d'années de vie gagné et le nombre de QALY gagné sur la durée de vie de la population d'étude. La perspective retenue pour ces analyses est une perspective sociétale modifiée, c'est-à-dire que tous les coûts de mise en place et de fonctionnement des SCMR, ainsi que les coûts médicaux, ont été inclus indépendamment du payeur.

Scénarios

Nous avons simulé deux scénarios :

S1 : présence d'une SCMR, correspondant à la situation actuelle.

S2 : absence de SCMR, correspondant à un scénario alternatif dans lequel seules les structures de RdR « classiques », notamment les CAARUD, sont présentes, et correspondant à la situation à Paris et Strasbourg avant l'ouverture des SCMR.

Critères de jugement

Les critères de jugement principaux sont :

- en termes d'efficacité : le nombre d'infections VIH et VHC évitées, le nombre d'abcès et d'endocardites infectieuses associées évitées, le nombre d'overdoses évitées, le nombre de passages aux urgences évités, le nombre d'années de vies et de QALY gagnées. Chacun de ces critères sont calculés comme la différence entre la situation avec SCMR (scénario 1) et sans SCMR (scénario 2) sur 10 ans.
- en termes de coûts : i) les coûts médicaux évités calculés comme la différence entre les coûts médicaux avec SCMR et sans SCMR sur l'ensemble de la durée de vie de la cohorte de PQIS (les coûts médicaux incluant les coûts associés à la prise en charge des infections VIH, VHC, abcès et endocardites infectieuses associées, des overdoses et des passages aux urgences et interventions du SMUR associées); ii) le coût incrémental de la mise en place des SCMR correspondant à la différence de coûts entre la situation avec SCMR (correspondant aux coûts de mise en place et de fonctionnement des SCMR + coûts médicaux) et sans SCMR (correspondant aux coûts médicaux). A noter que les coûts des CAARUD ne sont pas pris en compte car nous considérons que ces coûts sont similaires dans les 2 scénarios du fait d'une fréquentation identique des CARRUD par les PQIS avec ou sans la SCMR (cette hypothèse s'appuie sur les données observées dans la cohorte COSINUS et les données de fréquentation des CAARUD à Paris et Strasbourg avant et après la mise en place des SCMR.).
- en terme d'efficience : le rapport coût-efficacité incrémental (RCEI) calculé comme le ratio du coût incrémental en euros sur l'efficacité incrémentale mesurée en QALY gagnées.

L'horizon temporel de l'analyse coût-efficacité est la durée de vie de la population : celle-ci est simulée jusqu'au décès du dernier individu. Au-delà des 10 années de mise en place des interventions, les événements de santé continuent de se produire pour chaque individu aux taux du scénario S2 (absence de SCMR), et ceci pour les deux scénarios. Cette hypothèse est conservatrice dans la mesure où elle revient à considérer que la population de PQIS ne bénéficiera plus des effets positifs de la SCMR au-delà d'une période de 10 ans.

Population

Dans le scénario S1, la population simulée est la population fréquentant les SCMR entre 2016 et 2026. Nous partons d'une population de taille 0 (ouverture de la SCMR), et introduisons les individus chaque année selon les taux d'entrée observés au sein des SCMR sur la période 2016-2019 : i) à Paris, 484 individus sont entrés entre octobre et décembre 2016, 402 individus en 2017, 235 en 2018 et 242 en 2019 ; ii) à Strasbourg, 153 individus sont entrés entre novembre et décembre 2016, 257 en 2017, 227 en 2018 et 298 en 2019. En l'absence de données sur la fréquentation des SCMR après 2019, nous avons supposé dans l'analyse principale un taux d'entrée annuel constant égal au dernier taux d'entrée observé (en 2019). Par ailleurs, les individus qui fréquentent la SCMR à un moment du temps peuvent cesser de fréquenter celle-ci au cours de la simulation, et éventuellement redevenir usagers des SCMR, ce qui permet de prendre en compte des discontinuités dans l'utilisation de ces structures.

Dans le modèle, les individus sont caractérisés par leur âge et leur sexe (d'après les données de fréquentation des SCMR, cf **tableau 27**). Par ailleurs, à chaque individu est associé i) un état de santé vis-à-vis de l'infection par le VIH et la cascade de soins associée (Susceptible/ VIH non-diagnostiqué/ VIH diagnostiqué mais non lié aux soins/ VIH lié aux soins/ sous ARV), et ii) un état de santé vis-à-vis de l'infection par le VHC et la cascade de soins associée (Susceptible/ Hépatite C aiguë/ Hépatite C chronique non-diagnostiqué/ Hépatite C chronique diagnostiquée/ Hépatite C chronique liée aux soins/ sous traitement/ Pas de RVS). Ces états de santé et les transitions possibles entre ceux-ci sont déterminés par les modèles présentés ci-après (Section 4).

Pour le scénario S2, nous avons simulé la même population en considérant que 100% des PQIS ne fréquentent pas les SCMR mais uniquement les structures de RdR « classiques » (i.e., des CAARUD), et ont donc des niveaux de partage de matériel d'injection, d'abcès, d'overdoses et de passage aux urgences associés à la non-fréquentation de la SCMR (tel que observés dans le volet efficacité de COSINUS).

Tableau 27 : Répartition des individus à l'entrée du modèle en fonction de leur âge, sexe et statut par rapport au VHC et au VIH

Paramètre	Valeur	Référence
Distribution par âge/sexe, Paris		
Hommes, 18 à 24 ans	0.40%	
Hommes, 25 à 30 ans	4.50%	
Hommes, 31 à 40 ans	31.40%	
Hommes, 41 à 50	33.90%	
Hommes, 50 et +	14.30%	Communication personnelle, Gaïa.
Femmes, 18 à 24 ans	0.50%	
Femmes, 25 à 30 ans	2.10%	
Femmes, 31 à 40 ans	6.00%	
Femmes, 41 à 50	4.60%	
Femmes, 50 et +	2.30%	
Distribution par âge/sexe, Strasbourg		
Hommes, 18 à 24 ans	3.3%	
Hommes, 25 à 30 ans	14.5%	
Hommes, 31 à 40 ans	33.6%	
Hommes, 41 à 50	22.4%	
Hommes, 50 et +	3.3%	Communication personnelle, Ithaque.
Femmes, 18 à 24 ans	3.3%	
Femmes, 25 à 30 ans	4.6%	
Femmes, 31 à 40 ans	9.2%	
Femmes, 41 à 50	5.3%	
Femmes, 50 et +	0.5%	
Prévalence des mono-infections VIH	1.9%	
Prévalence des mono-infections VHC	31.7%	
Prévalence des co-infections VIH-VHC	11.3%	D'après la littérature, on observe une prévalence globale du VIH de 13% (Weill-Barillet et al., 2016), dont 87% sont co-infectés VHC (P. Roux et al., 2013), et une prévalence du VHC chronique de 43% (Leon et al., 2017).
Distribution initiale dans la cascade de soins VIH		
Non diagnostiqué	3.5%	
Diagnostiqués	5.0%	(Supervie et al., 2016)
Liés aux soins	11.2%	
Sous ARV	80.2%	
Distribution initiale dans la cascade de soins VHC	0%	
	9%	(Cousien et al., 2016)

Aiguë	11.3%	Par hypothèse pour le nombre d'infections aiguës : nous supposons que leur nombre est négligeable dans la population initialement.
Chronique non diagnostiquée	16.0%	
Diagnostiquée	2.2%	
Liés aux soins	4.1%	
Sous traitement		
Pas de RVS		
Distribution initiale dans le modèle d'histoire naturelle du VIH avant diagnostic		
CD4>500	31.8%	D'après les données sur les IDU suivis aux centres hospitaliers de Bichat à Paris et de Caen, entre 2010 et 2016 (communication personnelle).
350<CD4<500	15.9%	
200<CD4<350	23.2%	
CD4<200	29.1%	
Distribution initiale dans le modèle d'histoire naturelle du VIH après diagnostic		
CD4>500	56.9%	D'après les données sur les IDU suivis aux centres hospitaliers de Bichat à Paris et de Caen, entre 2010 et 2016 (communication personnelle).
350<CD4<500	18.8%	
200<CD4 <350	11.0%	
CD4<200	13.3%	
Distribution initiale dans le modèle d'histoire naturelle du VHC (si infecté)		
F0/F1	35%	(Melin et al., 2010)
F2/F3	51%	Par hypothèse pour les complications : nous supposons que leur nombre est négligeable dans la population initialement.
F4	14%	
Décompensation	0%	
Carcinome hépatocellulaire	0%	
Transplanté	0%	

Abréviations : VHC=Virus de l'Hépatite C ; ARV=Antirétroviraux ; RVS=Réponse Virologique Soutenue.

Modèle

Niveau de fréquentation des SCMR

En début de simulation, chaque individu fréquente ou non une SCMR en fonction du scénario : pour le scénario S1, tous les individus fréquentent une SCMR à leur entrée dans le modèle, avec éventuellement au cours de la simulation des interruptions et reprises de fréquentation de ces structures : selon les données de COSINUS, 35% des usagers des SCMR cessent de les fréquenter dans l'année, et 17% des usagers ayant cessés de les fréquenter reviennent dans l'année. Nous avons inclus ces taux de cessation et de retour vers les SCMR pour dans le scénario S1. Pour S2, aucun individu ne fréquente de SCMR, et cette situation reste constante au cours du temps.

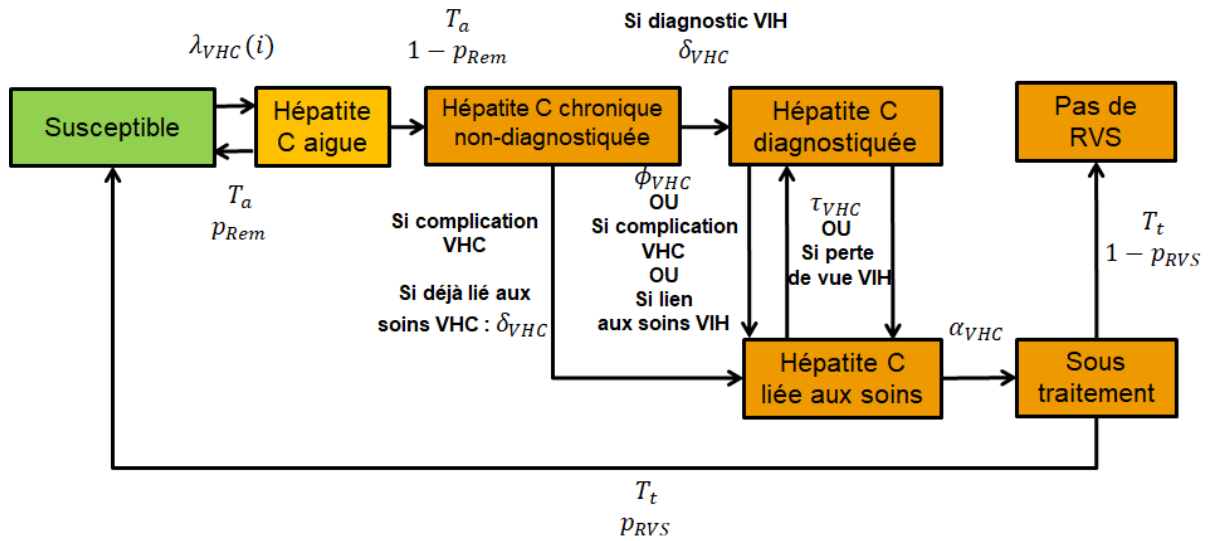
Infection par le VHC et le VIH, cascades de soins et histoires naturelles de l'hépatite C chronique et de l'infection à VIH

Le faible recul dont nous disposons depuis l'ouverture des SCMR (2016) ne permettait pas d'estimer directement leur impact sur l'incidence des infections à VHC et VIH. L'indicateur principal mesuré dans le cadre de la cohorte COSINUS était donc le partage de matériel d'injection dans le dernier mois, qui est le principal facteur de risque d'infection par le VHC et le VIH dans cette population. La modélisation permet de projeter le nombre d'infections évitées, à partir de cet indicateur et de données issues de la littérature sur le risque d'infection VHC et VIH associé aux pratiques de partage du matériel d'injection.

Dans les résultats de COSINUS, nous disposons d'une estimation de la probabilité d'avoir partagé du matériel d'injection dans le dernier mois en fonction de la fréquentation ou non d'une SCMR. Au cours de la simulation, pour chaque individu et à chaque début de mois, un tirage est effectué afin de déterminer si l'individu partagera ou non du matériel d'injection dans le mois à venir, selon la probabilité associée à son niveau de fréquentation de la SCMR du moment. Le taux d'infection pour le mois à venir est alors déterminé en fonction du partage ou non de matériel d'injection. En l'absence de partage (reporté) de matériel d'injection, le taux d'infection est fixé à une valeur de référence λ_{VIH} (ou λ_{VHC} , selon l'infection considérée). En cas de partage de matériel d'injection, un risque relatif d'infection par le VHC et le VIH est appliqué : d'après la littérature, le risque d'infection est multiplié par 1.94 pour le VHC et par 2.36 pour le VIH en cas de partage de matériel d'injection (Pouget et al., 2012; Roy et al., 2011). Les valeurs de λ_{VIH} et λ_{VHC} sont calibrées pour reproduire, dans le scénario S2, les taux d'incidence observés chez les PQIS en France avant ouverture des SCMR : 173/100 000 personnes-années pour le VIH, et 11.2/100 personnes-années pour le VHC (Leon et al., 2017; Ndawinz et al., 2011).

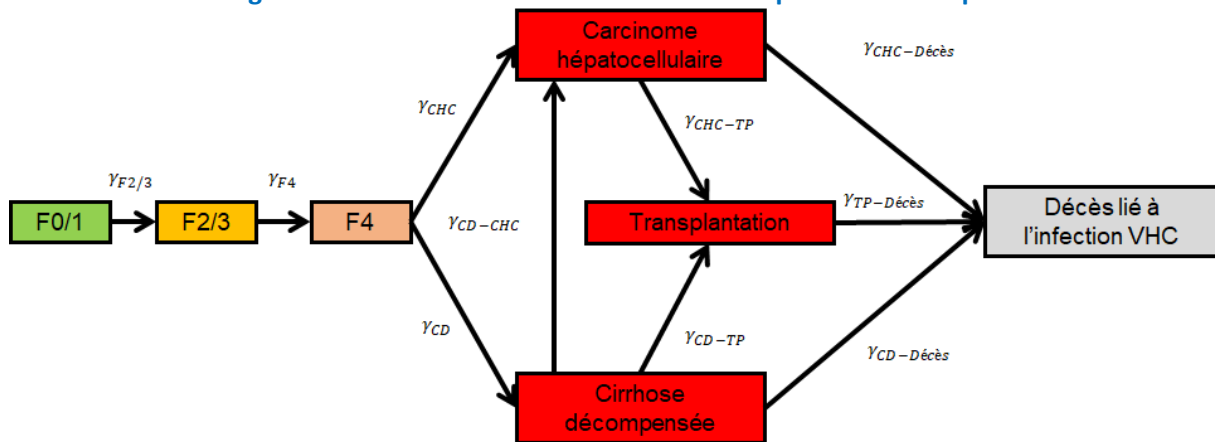
Une fois infectées, les PQIS vont progresser dans les cascades de soins VHC et VIH. Un schéma des modèles est présenté **Figure 14 et 16**, avec les différents états possibles et les règles de transition entre ceux-ci. Les différentes étapes de ces cascades de soins incluent le diagnostic de l'infection, le lien avec les soins, et la mise sous traitement. Dans le cas du VHC, nous avons ajouté un état correspondant à l'hépatite aiguë, qui peut aboutir à une rémission spontanée dans un quart des infections (Micallef et al., 2006), ainsi qu'un compartiment correspondant à l'absence de Réponse Virologique Soutenue (RVS) pour les PQIS ayant bénéficié d'un traitement antiviral mais qui n'ont pas été guéris à l'issue de celui-ci. Par soucis de cohérence, nous avons supposé l'existence d'un lien entre les cascades de soins VHC et VIH : en cas de coinfections VHC/VIH, le diagnostic de l'une des infections entraîne automatiquement le diagnostic de l'autre, de même pour le lien aux soins. De même, la survenue d'une complication de l'hépatite C chronique (carcinome hépatocellulaire ou cirrhose décompensée) est supposée entraîner automatiquement le lien avec le système de soins.

Figure 14 : Modèle : infection par le VHC et cascade de soins de l'hépatite C chronique



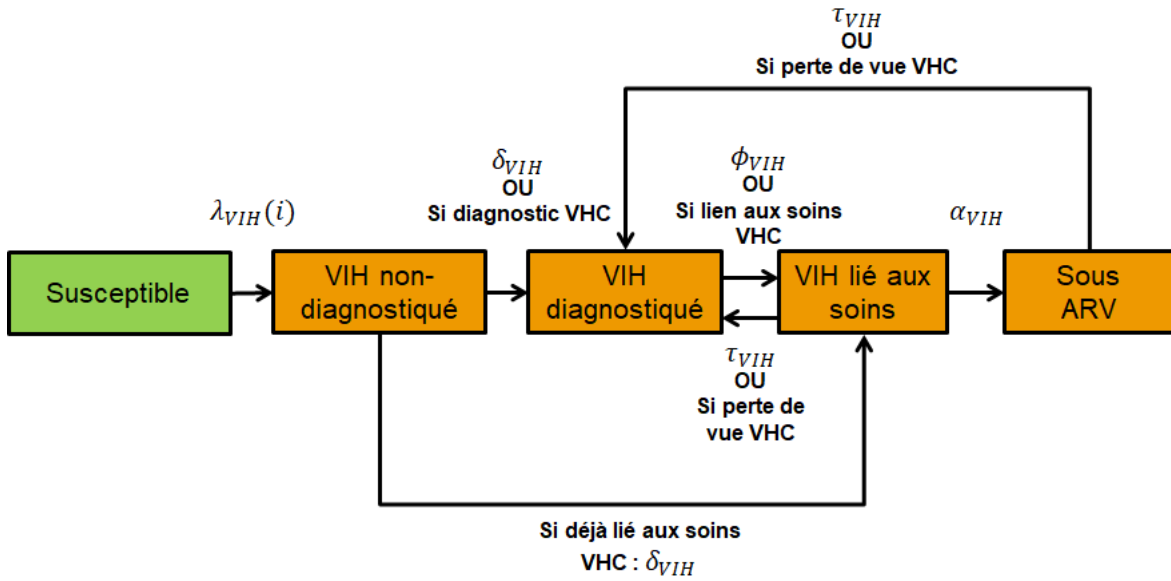
$\lambda_{VHC}(i)$ = taux d'infection en fonction du partage ou non de matériel d'injection dans le mois. T_a = durée de l'hépatite C chronique. p_{Rem} = probabilité de rémission spontanée. δ_{VHC} = taux de dépistage du VHC. ϕ_{VHC} = taux de lien aux soins. τ_{VHC} = taux de perte de vue. α_{VHC} = taux de mise sous traitement. T_t = durée du traitement antiviral. p_{RVS} = probabilité de réponse virologique soutenue. Abréviations : VHC=Virus de l'Hépatite C ; RVS=Réponse Virologique Soutenue.

Figure 15 : Modèle : histoire naturelle de l'hépatite C chronique



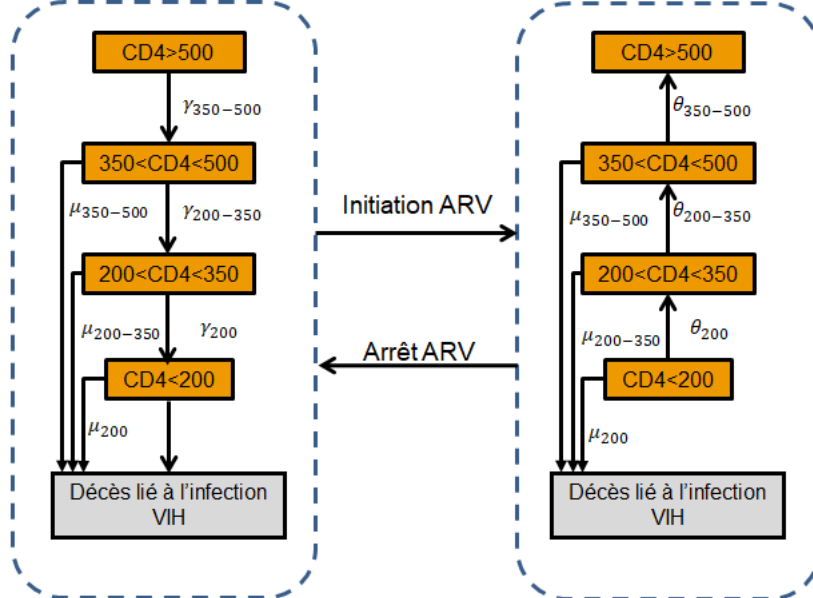
$\gamma_{F2/3}$ = taux de passage au stade de fibrose F2/3. γ_{F4} = taux de survenue de cirrhose en F2/3. γ_{CHC} = taux de survenue d'un carcinome hépatocellulaire en cirrhose. γ_{CD-CHC} = taux de survenue d'un carcinome hépatocellulaire en cirrhose décompensée. γ_{CD} = taux de survenue d'une cirrhose décompensée en cirrhose. γ_{CHC-TP} = taux de transplantations hépatiques en carcinome hépatocellulaire. γ_{CD-TP} = taux de transplantations hépatiques en cirrhose décompensée. $\gamma_{CHC-Décès}$ = taux décès en carcinome hépatocellulaire. $\gamma_{CD-Décès}$ = taux de décès en cirrhose décompensée. $\gamma_{TP-Décès}$ = taux de décès après transplantation hépatique. Abréviations : VHC=Virus de l'Hépatite C.

Figure 16 : Modèle : infection par le VIH et cascade de soins de l'infection VIH



$\lambda_{VIH}(i)$ = taux d'infection en fonction du partage ou non de matériel d'injection dans le mois. δ_{VIH} = taux de dépistage du VIH. ϕ_{VIH} = taux de lien aux soins. τ_{VIH} = taux de perte de vue. α_{VIH} = taux de mise sous traitement. Abréviations : VIH=Virus de l'Immunodéficience Humaine ; ARV=antirétroviraux.

Figure 17 : Modèle : histoire naturelle de l'infection par le VIH



μ_x = taux de mortalité au niveau de CD4 x. γ_x = taux de dégradation du niveau de CD4 vers le niveau de x. θ_x = taux d'amélioration du niveau de CD4 vers le niveau de x. Abréviations : VIH=Virus de l'Immunodéficience Humaine.

Par ailleurs, afin de simuler la mortalité associée à ces deux infections et les coûts associés aux différents stades des maladies associées, les individus infectés poursuivent une évolution dans les modèles d'histoire naturelle de l'hépatite C chronique et/ou de l'infection par le VIH (Figures

15 et 17). L'évolution de l'hépatite C chronique est décrite, pour les premiers stades de la maladie, par le score Métavir (de F0 à F4, ce dernier état correspondant à une cirrhose), puis par l'apparition potentielle de complications sévères de la cirrhose (cirrhose décompensée ou carcinome hépatocellulaire), associées à des mortalités élevées. De même, l'évolution de l'infection par le VIH est décrite par le taux de CD4 du malade, qui évolue selon le suivi ou non d'un traitement antirétroviral. Chaque niveau de CD4 est associé à un taux de mortalité spécifique.

Abcès

Les abcès surviennent dans la population à un taux dépendant de la fréquentation ou non d'une SCMR et déterminé à partir des données de la cohorte COSINUS : les probabilités de survenue de ces événements sur 6 mois observées dans COSINUS ont été transformées en taux annuels. Par ailleurs, les abcès cutanés peuvent être associés à des complications dont les coûts peuvent être élevés, notamment les endocardites infectieuses : en cas de traitement chirurgical à l'hôpital, les coûts associés dépassent les 40 000 euros (Etudes nationales de coûts sanitaires, s. d.). Afin de prendre en compte l'impact des SCMR sur ces complications, une fraction des abcès qui surviennent dans le modèle sont associés à une endocardite infectieuse selon les estimations obtenues dans la littérature (Spijkerman et al., 1996). Par ailleurs, chaque abcès ou endocardite peut entraîner, dans le modèle, une hospitalisation. Enfin, les endocardites peuvent provoquer le décès de l'individu.

Passages aux urgences

Les passages aux urgences sont relativement peu coûteux (204 euros par passages en moyenne en France (Référentiel de coût des unités d'oeuvres (RTC) | Stats ATIH, s. d.)), mais fréquents chez les PQIS (cf. résultats du volet efficacité de COSINUS). Par ailleurs, environ 6% des PQIS qui se présentent aux urgences sont amenés par une ambulance du SMUR (Denis et al., 2009), ce qui entraîne un surcoût important : une intervention du SMUR en France coûte en moyenne 2 580 euros (Borthomieu, 2018; Référentiel de coût des unités d'oeuvres (RTC) | Stats ATIH, s. d.). Comme pour les abcès, l'incidence des passages aux urgences a été directement mesurée dans le volet d'efficacité de COSINUS. Les coûts liés aux interventions du SMUR sont aussi inclus dans le modèle : en l'absence de données spécifiques dans la cohorte COSINUS, nous avons considéré que 6% des passages aux urgences sont associés à une intervention du SMUR selon les données de la littérature (Denis et al., 2009).

Overdoses

L'incidence d'overdose non-fatales en fonction de la fréquentation ou non d'une SCMR est évaluée dans COSINUS. Le modèle prend également en compte les overdoses fatales, dont on sait qu'elles représentent 3.8% du nombre total d'overdoses (Hood et al., 2019; Neale, 2003). Chaque overdose peut également donner lieu à une hospitalisation dans le modèle.

Usage de substances et mortalité générale dans la population de PQIS

Le modèle inclut par ailleurs la cessation de l'usage de substances, à un taux constant au cours du temps ; ainsi qu'une mortalité générale pour la population de PQIS, dépendante du statut de la personne vis-à-vis de l'infection (injecteur actif ou non), ainsi que de son âge et de son sexe.

Paramètres

Les valeurs de paramètres pour l'analyse principale ont été déterminées à partir de trois sources principalement :

- Les données de la cohorte COSINUS
- Les données de fréquentation collectées par les SCMR
- La littérature scientifique.

Un résumé des paramètres clés du modèle est donné dans le **tableau 28**.

Tableau 28 : Paramètres clés du modèle

Paramètre	Valeur	Analyse de sensibilité	Référence
Taux d'entrée dans la population à Paris			
2016 (octobre à décembre)	484	/	Sur la base des données de fréquentation des SCMR, disponibles pour la période 2016-2019.
2017	402		
2018	235		
2019 et années suivantes	242		
Taux d'entrée dans la population à Strasbourg			
2016 (novembre à décembre)	153	/	Nous supposons le taux d'entrée constant à partir de 2019 dans l'analyse principale.
2017	257		
2018	227		
2019 et années suivantes	298		
Dynamique de fréquentation des SCMR (scénario S1)			
Fréquentation d'une SCMR → Arrêt	35.4%/an	/	Données COSINUS, d'après les transitions observées entre M0 et M6, et entre M6 et M12.
Arrêt → Retour	17.0%/an		
Probabilité de partager du matériel d'injection dans le mois en fonction de la fréquentation d'une SCMR			
Avec SCMR	9.18e-3	Triangulaires min=0 ; max=2.32e-2	Résultats d'efficacité COSINUS.
Sans SCMR	0.111	min=4.36e-2 ; max=0.178	
Taux d'infection VIH en l'absence de partage de matériel d'injection			
	1.58e-3	Triangulaire – incidence min=23 ; max=315 (/10 ⁵)	Calibré pour obtenir une incidence initiale de 173/100 000 personnes-années (Ndawinz et al., 2011).
Risque relatif si partage de matériel d'injection	2.36	Triangulaire min=1.83 ; max=3.03	(Roy et al., 2011)
Taux d'infection VHC en l'absence de partage de matériel d'injection			
	0.111	Triangulaire – incidence : min=9/100 ; max=19/100	Calibré pour obtenir une incidence initiale de 11.2/100 personnes-années (Leon et al., 2017).
Risque relatif si partage de matériel d'injection	1.94	Triangulaire min=1.53 ; max=2.46	(Pouget et al., 2012)

Taux de survenue des abcès en fonction de la fréquentation d'une SCMR				Résultats d'efficacité COSINUS.
Avec SCMR	0.070/an	Triangulaires	min=0.017 ; max=0.124	
Sans SCMR	0.301/an	Triangulaires	min=0.189 ; max=0.421	
Proportion d'abcès nécessitant d'être traités à l'hôpital	31.5%	Beta(51, 109)		(Hope et al., 2015)
Proportion d'abcès associés à une endocardite	2.2%	Triangulaire	min=0.015 ; max=0.03	(Spijkerman et al., 1996)
Dont nécessitant une chirurgie	65.8%	Beta(43, 30)		
Mortalité associée	5.5%	Beta(4, 69)		(Foisel, 2009)
Taux de passage aux urgences en fonction de la fréquentation d'une SCMR				Résultats d'efficacité COSINUS.*
Avec SCMR	0.31/an	Triangulaires	min=0.095 ; max=0.557	
Sans SCMR	1.09/an	Triangulaires	min=0.79 ; max=1.476	
Proportion d'arrivées en ambulance du SMUR aux urgences	6.3%	Beta (6, 89)		(Denis et al., 2009), valeur pour la Belgique
Taux d'overdoses		Triangulaire	- taux	Résultats d'efficacité COSINUS + 3.8% d'overdoses fatales (Hood et al., 2019; Neale, 2003)
Avec SCMR	0.018/an	d'overdoses non-fatales	min=0 ; max=0.039 ; mode=0.017	
Sans SCMR	0.059/an		min=0.012 ; max=0.104 ; mode=0.057	
Proportion d'overdoses conduisant à une hospitalisation	32.6%	Beta(33, 68)		Résultats d'efficacité COSINUS.
Proportion d'overdoses fatales	3.8%	Triangulaire	min=0.031 ; max=0.069	(Hood et al., 2019; Neale, 2003)

*Les valeurs de paramètres ont été arrêtées aux analyses réalisées début février pour le volet efficacité, afin d'avoir suffisamment de temps pour réaliser les simulations nécessaires à l'analyse coût-efficacité. Dans les analyses finales du volet efficacité, les estimations diffèrent légèrement, avec un taux de passages aux urgences avec SCMR à 0.36/an et sans SCMR à 1.04/an suite à l'introduction d'une variable supplémentaire dans le modèle statistique utilisé. Ces analyses seront actualisées en vue de la publication des résultats.

Abréviations : VHC=Virus de l'Hépatite C ; ARV=Antirétroviraux ; RVS=Réponse Virologique Soutenue, SCMR=salle de consommation à moindre risque.

Brièvement, les données de fréquentation (nombre de nouvelles entrées et répartition par âge et sexe) ont été fournies par les responsables des SCMR pour la période 2016-2019. En l'absence de données sur l'évolution de la fréquentation à partir de cette date, nous avons supposé un taux d'entrée constant, égal aux valeurs observées en 2019. Les taux d'arrêt de fréquentation de la SCMR, et de reprise de la fréquentation après un arrêt, ont été dérivés des transitions observées entre M0 et M6 et entre M6 et M12 dans COSINUS (converties en probabilités annuelles dans le **tableau 28**). Comme spécifié plus haut, les taux d'infection VIH et VHC en l'absence de partage (reporté) de matériel d'injection ont été calibrés pour reproduire, dans le scénario S2, les taux d'incidence observés chez les PQIS en France avant ouverture des SCMR : 173/100 000 personnes-années pour le VIH, et 11.2/100 personnes-années pour le VHC (Leon et al., 2017; Ndawinz et al., 2011), avec des risques relatifs d'infection de 1.96 pour le VHC et par 2.36 pour le VIH en cas de partage de matériel d'injection (Pouget et al., 2012; Roy et al., 2011). Les incidences des abcès, passages aux urgences et overdoses ont été fournies par les résultats du volet efficacité de COSINUS. La part d'abcès associés à une

endocardite infectieuse ainsi que la part des passages aux urgences associés à une intervention du SMUR ont été estimés à partir de la littérature à respectivement 2.2% (Spijkerman et al., 1996) et 6.3% (Denis et al., 2009). La proportion d'abcès conduisant à une hospitalisation a été estimée à 32.6% à partir des données de COSINUS. Enfin, les paramètres relatifs aux trajectoires de soins et à l'évolution des infections à VIH et à VHC, et à la prise en charge et à la mortalité associée aux endocardites et overdoses, ont été fournis par la littérature.

Une liste complète des paramètres est fournie en Annexe, **tableau A3**.

Par ailleurs, la distribution des individus à l'entrée du modèle en fonction de leur âge, sexe, statuts vis-à-vis du VHC et du VIH est donné dans le **tableau 27**.

Utilités

Nous avons pris en compte l'impact des infections VIH et VHC sur la qualité de vie des PQIS. La baisse de qualité de vie associée à ces infections en fonction du niveau de CD4 et du niveau de fibrose hépatique sont données dans le **tableau 29**. Nous avons supposé, en cas de coinfection VIH-VHC, une additivité de cette baisse de qualité de vie, c'est-à-dire que la baisse de qualité de vie due à une coinfection VIH-VHC est la somme des pertes de qualité de vie associées à chacune des infections prise de manière isolée.

Par manque de données en ce qui concerne la perte de qualité de vie associée aux autres pathologies présentes dans le modèle ou sur l'impact des SCMR sur la qualité de vie de ses usagers, ceux-ci n'ont pas pu être pris en compte.

Tableau 29 : Effet des infections VIH et VHC sur la qualité de vie en fonction du stade de la maladie

Etat de santé	Effet marginal (QALY)	References
Fibrose F0/F1	-0.17	(Cossais et al., 2019)
Fibrose F2/F3	-0.18	
Cirrhose compensée	-0.24	
Cirrhose décompensée/carcinome hépatocellulaire	-0.40	(Cossais et al., 2019; Pol et al., 2015)
Transplantation hépatique		
Première année	-0.45	
Années suivantes	-0.38	(Pol et al., 2015)
Après une RVS en F2/F3/F4	-0.15	
Positif au VIH, non-lié aux soins, n'a jamais débuté de traitement, CD>200/μL	-0.04	
Positif au VIH, non-lié aux soins, n'a jamais débuté de traitement, CD≤200/μL	-0.17	
Positif au VIH, lié aux soins, CD4>200/μL	-0.13	
Positif au VIH, lié aux soins, CD4≤200/μL	-0.18	
Positif au VIH, lié aux soins, sous antirétroviraux, CD4>200/μL	-0.11	
Positif au VIH, lié aux soins, sous antirétroviraux, CD4≤200/μL	-0.14	

Abréviations : VHC=Virus de l'Hépatite C ; ARV=Antirétroviraux ; RVS=Réponse Virologique Soutenue

Coûts

Les coûts de mise en place des SCMR et leurs coûts annuels de fonctionnement ont été extraits des documents financiers et comptables de ces structures. Nous avons considéré pour les équipements un amortissement sur 7 ans, et pour les aménagements un amortissement sur 15 ans.

Les coûts médicaux associés à la prise en charge de l'hépatite C chronique (en fonction du stade de la maladie), du VIH (en fonction du niveau de CD4) et le coût moyen d'un passage aux urgences proviennent de la littérature scientifique et de la littérature grise. Les coûts moyens de prise en charge à l'hôpital des abcès, des endocardites infectieuses et des overdoses, ainsi que le coût moyen d'un passage aux urgences proviennent des données du Programme de Médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le coût moyen d'une intervention du SMUR a été extrapolé à partir de la tarification moyenne de la demi-heure d'intervention, sur la base d'intervention durant en moyenne une heure trente (Borthomieu, 2018).

Les coûts sont détaillés dans **les tableaux 30 et 31**.

Tableau 30 : Coûts utilisés dans la simulation

Paramètre	Valeur	Analyse de sensibilité	Référence
Coûts liés à la mise en place de la SCMR, Paris			
Équipement	37 995 euros		Documentation financière et comptable des SCMR.
Aménagements	1 021 362 euros		
Coûts liés à la mise en place de la SCMR, Strasbourg			
Équipement	65 290 euros		Documentation financière et comptable des SCMR + hypothèse après 2019.
Aménagements	480 000 euros		
Coûts de fonctionnement de la SCMR, Paris			
2016	488 600 euros		Documentation financière et comptable des SCMR + hypothèse après 2019.
2017	1 431 742 euros		
2018	2 139 550 euros		
2019 et années suivantes	2 528 013 euros		
Coûts de fonctionnement de la SCMR, Strasbourg			
2017	980 356 euros		Documentation financière et comptable des SCMR + hypothèse après 2019.
2018	1 024 263 euros		
2019 et années suivantes	1 098 001 euros		
Coûts annuels moyen de prise en charge de l'infection par le VIH, en fonction du stade de la maladie			
CD4>500	14 800 euros		Dérivé de (Sloan et al., 2012). Les coûts correspondent aux coûts de prise en charge pour 2010.
Dont traitement	11 100 euros		
350<CD4<500	16 400 euros		
Dont traitement	11 500 euros		
200<CD4<350	19 950 euros		
Dont traitement	12 200 euros		
CD4<200	28 000 euros		
Dont traitement	13 100 euros		

Coûts du traitement antiviral, hépatite C chronique (12 semaines)	24 935 euros		(Base des médicaments et informations tarifaires BdM_IT)
Coût moyen de prise en charge d'un abcès à l'hôpital	1 165 euros	Triangulaire min=1042, max=1759	Moyenne des coûts de prise en charge pour les GHM 09C101 (« Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins, niveau 1 ») et 09C10J (« Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins, en ambulatoire ») (Etudes nationales de coûts sanitaires, s. d.)
Coût moyen de prise en charge d'une endocardite à l'hôpital		Triangulaire min=7 591 ; max=12 565	(Etudes nationales de coûts sanitaires, s. d.)
Sans chirurgie	10 778 euros		
Avec chirurgie	42 330 euros	min=38 481 ; max=48731	
Coût moyen d'un passage aux urgences en France	204 euros	Triangulaire min=174 ; max=236	(Référentiel de coût des unités d'oeuvres (RTC) Stats ATIH, s. d.)
Coût moyen d'une intervention du SMUR	2 580 euros	Triangulaire min=1986 ; max=3375	(Borthomieu, 2018; Référentiel de coût des unités d'oeuvres (RTC) Stats ATIH, s. d.)
Coût moyen de prise en charge d'une overdose à l'hôpital	1 380 euros	Triangulaire min=984; max=2182	(Etudes nationales de coûts sanitaires, s. d.)

Abréviations : VHC=Virus de l'Hépatite C ; SCMR=salle de consommation à moindre risque ; CAARUD= Centre d'accueil et d'accompagnement à la RdR des usagers de substances

Tableau 31 : Coût annuel attribuable à l'hépatite C chronique : coûts ambulatoires (avant traitement ou après échec de traitement) et coûts hospitaliers (pas de décès ou décès à l'hôpital) (Schwarzinger et al., 2013)

Stade de fibrose hépatique	Coûts ambulatoires (euros)		Coûts hospitaliers (euros)	
	Jamais traité	Après échec du traitement	Pas de décès	Décès à l'hôpital
F0/F1	70	53	278	337
F2/F3	128	86		
F4	228	71	1 295	6 450
Cirrhose décompensée	96		9 874	16 119
Carcinome hépatocellulaire	96		11 745	16 643
Transplantation hépatique				
Première année	96		56 021	90 712
Années suivantes	96		5 445	15 911

Ratio coût-efficacité

Le ratio coût-efficacité incrémental (RCEI) est évalué comme le rapport du coût incrémental dû à la présence des SCMR sur le nombre d'années de vie gagnées, en euros par année de vie gagnée. Conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, les années de vies gagnées et les coûts sont actualisés au taux de 4% par an jusqu'à 30 ans, puis une décroissance linéaire est appliquée pour atteindre 2% à 40 ans (Haute Autorité de Santé, 2020).

Pour chaque scénario et chaque ville, nous avons réalisé 1 000 simulations. Les moyennes et les intervalles de confiance à 95% (IC95%) associés ont été estimés pour chaque critère de jugement à partir des distributions obtenues par bootstrap (1 000 répliques) sur ces simulations. Les intervalles de confiance présentés reflètent donc l'incertitude due à la stochasticité (et donc à la taille relativement modeste de la population simulée). L'impact sur les résultats de l'incertitude relatives aux paramètres est évalué en analyse de sensibilité.

Analyses de scénarios et analyses de sensibilité

Nous avons effectué deux analyses de scénarios. Premièrement, les taux d'entrée dans les structures ne sont disponibles que jusqu'à 2019, et dans le cas de Strasbourg, il s'agit d'une année où cette valeur est particulièrement élevée. Dans l'analyse principale, nous avons fait l'hypothèse que cette valeur restait constante pour les années suivantes, mais il est possible que 2019 corresponde à une année exceptionnelle pour la SCMR de Strasbourg, ou que le taux d'arrivée de nouveaux usagers diminue au cours des années à venir. Pour évaluer l'impact potentielle d'une telle situation, nous avons diminué le dernier taux d'entrée connu de 20%.

Deuxièmement, le modèle des deux SCMR expérimentales de Paris et Strasbourg repose sur la mise en place de structures entièrement nouvelles. Une autre possibilité envisageable pour une mise à l'échelle serait la mise à disposition d'espaces de consommation au sein de structures déjà existantes (les CAARUD), ce qui permettrait de réduire drastiquement les coûts d'équipement et d'aménagement, les structures étant déjà en place, ainsi que les coûts de fonctionnement : ces derniers ne représenteraient alors que le « surcoût » engendré par la SCMR par rapport aux coûts de fonctionnement d'un CAARUD. Pour évaluer l'impact d'une telle mesure de manière approximative dans notre modèle, nous avons effectué des simulations dans lesquelles les frais d'équipement et d'aménagement des SCMR ont été fixés à 0, et nous avons déduit des coûts de fonctionnement des SCMR, pour chaque usager de la file active, les coûts moyens de fonctionnement par usager de la file active d'un CAARUD à Paris ou à Strasbourg. Selon les données que nous a fournies l'OFDT, ce coût moyen est environ égal à 410 euros, que ce soit à Paris ou à Strasbourg.

Par ailleurs, les paramètres utilisés dans l'analyse principale sont sujets à une incertitude. Il est donc important d'évaluer l'impact de cette incertitude sur nos résultats et les conclusions qui en découlent. Pour cela, nous avons réalisé plusieurs analyses de sensibilité. Premièrement, nous avons conduit une analyse de sensibilité déterministe, en faisant varier, paramètre par paramètre, les valeurs utilisées en analyse principale dans leurs intervalles d'incertitude (intervalle de confiance, intervalle interquartile), présentés dans les **tableaux 28 et 30**.

Deuxièmement, nous avons réalisé une analyse de sensibilité probabiliste à partir d'une simulation de Monte Carlo : cette méthode consiste à échantillonner les valeurs des paramètres clés à partir de leur distribution qui reflète l'incertitude sur les valeurs utilisées dans l'analyse principale, ainsi que sur les coûts estimés pour lesquels l'incertitude est importante. Nous avons échantillonné 1 000 jeux de paramètres dans les distributions décrites dans les **tableaux 28 et 30** puis réalisé une simulation de chaque scénario pour chacun des jeux de paramètres sélectionnés. Ces jeux de paramètres ainsi tirés au sort ont ainsi permis d'obtenir 1 000 estimations des coûts et de l'efficacité (QALY gagnée) qui sont ensuite utilisées pour calculer la probabilité que les SCMR soient coût-efficaces (à partir de la proportion des simulations coût-efficaces) pour différents seuils coût-efficacité. Les probabilités obtenues en fonction du seuil coût-efficacité sont représentées graphiquement à partir de la courbe d'acceptabilité coût-efficacité. Cette analyse prend en compte à la fois l'aléa dû à l'incertitude portant sur l'ensemble des paramètres du modèle, mais aussi l'aléa dû à la stochasticité de celui-ci.

Résultats

Analyse principale

La taille des populations simulées est relativement similaire à Paris et Strasbourg avec respectivement 2 997 et 2 971 PQIS fréquentant la SCMR entre octobre 2016 et septembre 2026 et novembre 2016 à octobre 2026, respectivement.

Le **tableau 32** présente les résultats sur les événements de santé (infections VIH et VHC, abcès, endocardites, passages aux urgences, overdoses et décès) estimés avec et sans SCMR sur une période d'implémentation de ces structures de 10 ans (soit de fin 2016 à fin 2026). **En l'absence de SCMR (scénario S2)**, les événements les plus fréquents sont les passages aux urgences (13 815 / 12 312 passages aux urgences pour la population simulée à Paris/Strasbourg, respectivement), puis les abcès cutanés (Paris : 3 824 / Strasbourg : 3 405), les overdoses (Paris : 720 / Strasbourg : 642), les infections VHC (Paris : 683 / Strasbourg : 601). Enfin, les événements les plus rares sont les endocardites (Paris : 79 / Strasbourg : 71) et les infections à VIH (Paris : 19.1 / Strasbourg : 16.8).

La **figure 18** présente les **variations obtenues entre le scénario S1 (avec SCMR) et le scénario S2 (sans SCMR)**, c'est-à-dire la diminution (ou l'augmentation) obtenue sur le nombre d'occurrences de ces événements avec l'implémentation des SCMR entre 2016 et 2026. L'impact obtenu est relativement modeste sur les infections VIH avec 2/1.8 infections évitées à Paris/Strasbourg, respectivement, soit une réduction de 5.6%/6.0% des infections VIH par rapport à la situation sans SCMR. L'effet des SCMR est un peu plus marqué en ce qui concerne les infections VHC, avec 38/36 infections évitées à Paris/Strasbourg, soit une réduction de 10.6%/10.7% des infections VHC par rapport à la situation sans SCMR. Sur les autres critères de jugement (abcès, endocardites, overdoses et passages aux urgences), l'impact des SCMR est conséquent, avec 69.0 à 76.7% d'événements évités sur les 10 années (supposées) d'implémentation de la SCMR.

Ces évènements évités se traduisent par 22 décès évités grâce aux SCMR sur 10 ans à Paris et 21 à Strasbourg, soit des diminutions de respectivement 6.7% et 9.6% du nombre de décès qui aurait été observé sans SCMR. Le gain obtenu en termes d'espérance de vie est sensible à Paris (+0.41 années) et plus encore à Strasbourg (+0.51 années) : la population fréquentant les SCMR étant globalement plus jeune (cf. **tableau 27**), les décès évités se traduisent par un nombre plus important d'années de vie gagnées.

Au niveau des coûts (cf. **figure 18 et tableau 33**), les coûts médicaux évités les plus importants sont ceux liés aux passages aux urgences évités (Paris : 3.487 millions d'euros / Strasbourg : 3.078 millions d'euros), puis ceux liés aux endocardites (Paris : 1.730 millions d'euros / Strasbourg : 1.540 millions d'euros), aux abcès (Paris : 1.045 millions d'euros / Strasbourg : 0.923 millions d'euros), aux overdoses (Paris : 0.495 millions d'euros / Strasbourg : 0.528 millions d'euros), et enfin aux infections VHC (Paris : 0.306 millions d'euros / Strasbourg : 0.321 millions d'euros). En ce qui concerne le VIH, les SCMR entraînent un surcoût par rapport à la situation sans SCMR (Paris : 1.73 millions d'euros / Strasbourg : 1.54 millions d'euros), ce qui s'explique par deux éléments. Premièrement, la mortalité concurrente évitée grâce aux SCMR (overdoses, endocardites) prolonge l'espérance de vie des PQIS infectées par le VIH et donc les coûts de prise en charge du VIH chez ces individus du fait du caractère chronique (à vie) de cette infection. Deuxièmement, c'est sur ce critère que la variabilité des coûts est la plus forte, en raison du faible nombre d'évènements considérés. Malgré cette incertitude, la balance des coûts reste en défaveur des SCMR : le faible nombre d'infections VIH évitées n'est pas suffisant pour contrebalancer le surcoût de la prise en charge du VIH observée du fait de l'allongement de la durée de vie.

En revanche, au total, les coûts médicaux restent inférieurs dans le scénario avec SCMR par rapport au scénario sans SCMR : les coûts médicaux évités par la SCMR sont estimés à 6.0/5.1 millions d'euros à Paris et Strasbourg, respectivement.

Lorsque l'on considère dans l'analyse les coûts de structure des SCMR et des CAARUD, le coût total du scénario avec SCMR est supérieur à celui du scénario sans SCMR : le coût total actualisé s'élève à 131 /129 millions d'euros à Paris/ Strasbourg dans le scénario 1 avec SCMR versus 117/124 millions d'euros à Paris/ Strasbourg dans le scénario 2 sans SCMR. Le coût incrémental correspondant est de 14.133 et 5.059 millions d'euros à Paris et Strasbourg, respectivement.

Finalement, en termes de coût-efficacité, les SCMR présentent un **RCEI de 24 700 euros/QALY gagnée** à Paris [IC95% : 23 100 ; 26 500] et **7 700 euros/QALY gagnée** à Strasbourg [IC95% : 6 900 ;8 500]. Ce meilleur rapport coût-efficacité obtenu pour Strasbourg s'explique par les frais de fonctionnement plus faibles, ainsi qu'une file active plus jeune pour laquelle chaque décès évité se traduit donc par un plus grand nombre d'années de vie, et donc de QALY gagnée (voir paragraphe précédent).

Figure 18 : Variation des événements de santé et des coûts médicaux associés estimés avec SCMR (S1) et sans SCMR (S2) sur une période d'implémentation des SCMR de 10 ans (fin 2016-fin 2026). Les variations positives correspondent à des bénéfices obtenus grâce aux SCMR.

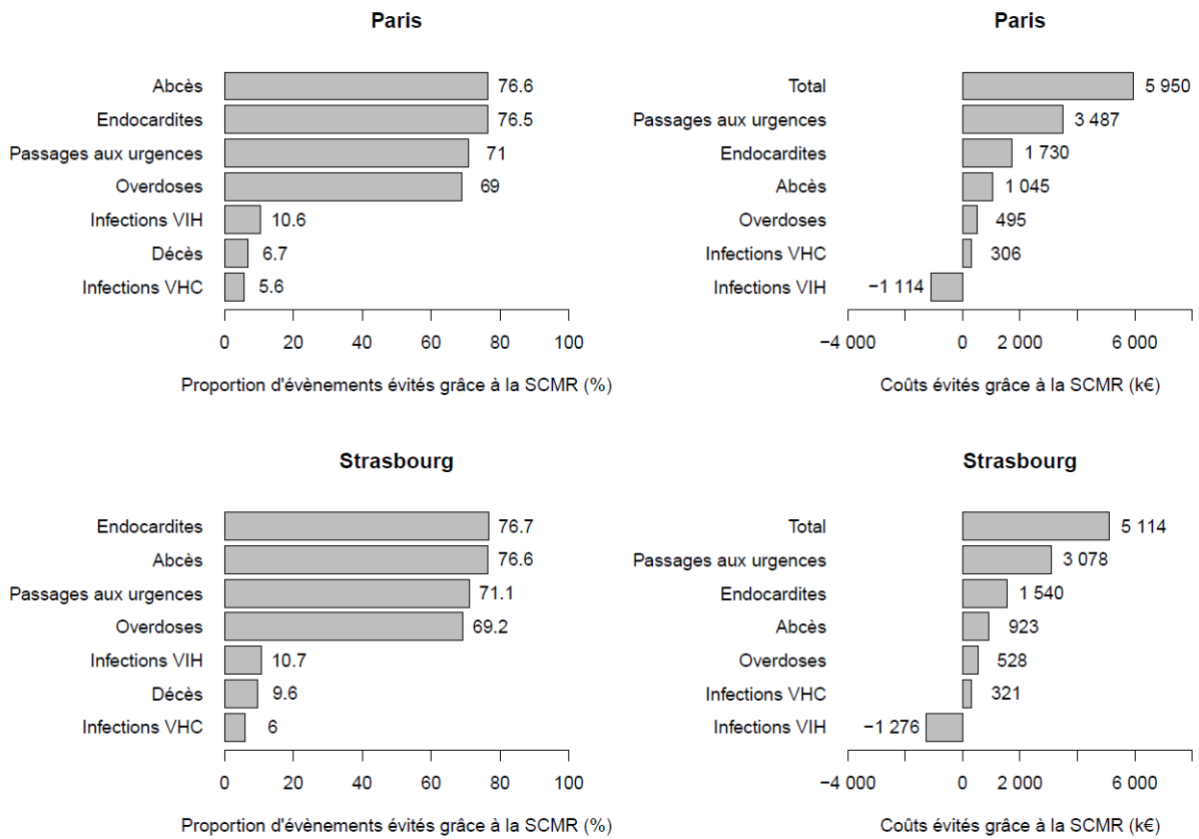


Tableau 32 : Résultats de l'analyse principale sur les critères d'efficacité - moyennes et intervalles à 95% associés.

	Paris (n=2 997)			Strasbourg (n=2 971)		
	S1 avec SCMR	S2 sans SCMR	Différentiel S1-S2	S1 avec SCMR	S2 sans SCMR	Différentiel S1-S2
1. Évènements de santé estimés dans la population de PQIS sur une période d'implémentation des SCMR de 10 ans (fin 2016- fin 2026)						
Infections VHC	645 [643 ; 646]	683 [681 ; 684]	-38 [-40 ; -36]	565 [563 ; 566]	601 [599 ; 602]	-36 [-38 ; -34]
Infections VIH	17,1 [16,8 ; 17,4]	19,1 [18,8 ; 19,4]	-2 [-2,4 ; -1,7]	15,1 [14,8 ; 15,3]	16,8 [16,6 ; 17,1]	-1,8 [-2,1 ; -1,5]
Abcès	896 [894 ; 898]	3 824 [3 819 ; 3 828]	-2928 [-2933 ; -2923]	797 [795 ; 799]	3 405 [3 401 ; 3 409]	-2 608 [-2 612 ; -2 604]
Passages aux urgences	4 000 [3 996 ; 4 005]	13 815 [13 804 ; 13 827]	-9 815 [-9 829 ; -9 802]	3 564 [3 560 ; 3 568]	12 312 [12 303 ; 12 321]	-8 748 [-8 759 ; -8 738]
Endocardites	19 [19 ; 19]	79 [79 ; 80]	-60 [-61 ; -60]	16 [16 ; 17]	71 [70 ; 71]	-54 [-55 ; -54]
Overdoses	223 [222 ; 224]	720 [718 ; 721]	-496 [-498 ; -495]	198 [197 ; 199]	642 [641 ; 644]	-444 [-446 ; -442]
Décès	309 [308 ; 310]	331 [330 ; 333]	-22 [-24 ; -21]	195 [194 ; 196]	216 [215 ; 217]	-21 [-22 ; -20]
2. Années de vie, QALYs et Espérance de vie estimés sur la durée de vie de la population de PQIS						
Années de vie (total)	92 555 [92 492 ; 92 620]	91 313 [91 254 ; 91 374]	1 242 [1 148 ; 1 329]	106 885 [106 819 ; 106 953]	105 378 [105 311 ; 105 447]	1 507 [1 420 ; 1 596]
QALY (total)	89 094 [89 032 ; 89 160]	87 831 [87 770 ; 87 894]	1263 [1171 ; 1348]	103 005 [102 937 ; 103 075]	101 480 [101 413 ; 101 552]	1 526 [1 436 ; 1 617]
Espérance de vie	30,88 [30,86 ; 30,9]	30,47 [30,45 ; 30,49]	0,41 [0,38 ; 0,44]	35,97 [35,95 ; 36]	35,47 [35,44 ; 35,49]	0,51 [0,48 ; 0,54]
Années de vie, actualisées (total)	46 770 [46 743 ; 46 796]	46 211 [46 185 ; 46 238]	559 [520 ; 595]	50 985 [50 958 ; 51 012]	50 337 [50 311 ; 50 364]	648 [612 ; 683]
QALY, actualisées (total)	44 846 [44 820 ; 44 873]	44 274 [44 247 ; 44 300]	572 [534 ; 608]	48 952 [48 925 ; 48 981]	48 292 [48 266 ; 48 321]	660 [624 ; 695]

Abréviations : SCMR=salle de consommation à moindre risque ; VHC=virus de l'hépatite C ; QALY=année de vie ajustée sur la qualité

Tableau 33 : Résultats de l'analyse principale sur les critères économiques - moyennes et intervalles à 95% associés.

	Paris (n=2 997)			Strasbourg (n=2 971)		
	S1 avec SCMR	S2 sans SCMR	Différentiel S1-S2	S1 avec SCMR	S2 sans SCMR	Différentiel S1-S2
Coût - VHC (K€)	25 091 [25 029 ; 25 153]	25 398 [25 336 ; 25 458]	-306 [-382 ; -229]	27 159 [27 086 ; 27 229]	27 480 [27 410 ; 27 551]	-321 [-402 ; -228]
Coût - VIH (K€)	171 843 [171 076 ; 172 648]	170 729 [169 915 ; 171 512]	1 114 [295 ; 1 967]	197 467 [196 503 ; 198 410]	196 191 [195 173 ; 197 222]	1 276 [369 ; 2 206]
Coût - Abcès (K€)	2 074 [2 071 ; 2 077]	3 118 [3 115 ; 3 122]	-1 045 [-1 049 ; -1 040]	2 398 [2 394 ; 2 401]	3 320 [3 316 ; 3 324]	-923 [-927 ; -918]
Coût - Passages aux urgences (K€)	7 772 [7 762 ; 7 783]	11 260 [11 249 ; 11 272]	-3 487 [-3 504 ; -3 472]	8 913 [8 903 ; 8 924]	11 992 [11 979 ; 12 004]	-3 078 [-3 095 ; -3 063]
Coût - Endocardites (K€)	3 502 [3 481 ; 3 522]	5 231 [5 207 ; 5 257]	-1 730 [-1 761 ; -1 699]	4 017 [3 994 ; 4 039]	5 557 [5 531 ; 5 582]	-1 540 [-1 576 ; -1 506]
Coût - Overdoses (K€)	225 [224 ; 225]	720 [719 ; 721]	-495 [-497 ; -494]	239 [238 ; 240]	767 [766 ; 769]	-528 [-530 ; -527]
Ensemble des coûts médicaux (K€)	210 507 [209 709 ; 211 328]	216 456 [215 623 ; 217 238]	-5 950 [-6 783 ; -5 064]	240 192 [239 237 ; 241 150]	245 307 [244 295 ; 246 339]	-5 114 [-6 043 ; -4 164]
Coût total, non actualisé (K€)	233 811 [233 013 ; 234 633]	216 456 [215 623 ; 217 238]	17 355 [16 521 ; 18 241]	251 488 [250 533 ; 252 445]	245 307 [244 295 ; 246 339]	6 181 [5 252 ; 7 131]
Coût total, actualisé (K€, total)	130 666 [130 260 ; 131 071]	116 533 [116 120 ; 116 930]	14 133 [13 727 ; 14 570]	129 389 [128 927 ; 129 847]	124 331 [123 841 ; 124 835]	5 059 [4 621 ; 5 486]

Abréviations : SCMR=salle de consommation à moindre risque ; VHC=virus de l'hépatite C ; QALY=année de vie ajustée sur la qualité

Analyses de scénarios

Le premier scénario alternatif que nous avons simulé est une fréquentation plus faible des SCMR à partir de 2019 (-20% sur le dernier taux d'entrée documenté). Dans ce scénario, les tailles de populations sont de 2 622 à Paris (vs. 2 997 dans l'analyse principale) et de 2 505 à Strasbourg (vs. 2 971 dans l'analyse principale). Mécaniquement, puisque nous avons supposé que les coûts resteraient constants, cela se traduit pour une diminution de l'efficacité des SCMR, et donc par une augmentation du RCEI qui atteint 31 200 €/QALY gagnée à Paris [28 700 ; 34 000] et 10 400 €/QALY gagnée à Strasbourg [9 100 ; 11 900] (vs. **24 700** et 7 700, respectivement, dans l'analyse principale).

Le second scénario exploré est l'implémentation d'un espace de consommation au sein d'un CAARUD existant. Pour cela, nous avons supposé que les coûts d'implémentation seraient nuls et déduit des frais de fonctionnement des SCMR 410 euros pour chaque usager de la file active de la SCMR dans le scénario S1 (de façon à considérer seulement un coût incrémental lié au fonctionnement de la SCMR à l'intérieur d'un CAARUD). L'efficacité étant la même que dans l'analyse principale, tous les critères de jugement sont identiques, à l'exception du coût total et du RCEI. Le coût incrémental (différence entre S1 et S2, avant actualisation) passe à 11.208 millions d'euros à Paris [IC 95% : 10.372 ; 12.093] à Paris, soit une diminution moyenne de 6.147 millions d'euros par rapport à l'analyse principale. A Strasbourg, le coût incrémental passe à 1.012 millions d'euros [IC 95% : 0.83 ; 1.964], soit une diminution de 5.169 millions d'euros par rapport à l'analyse principale.

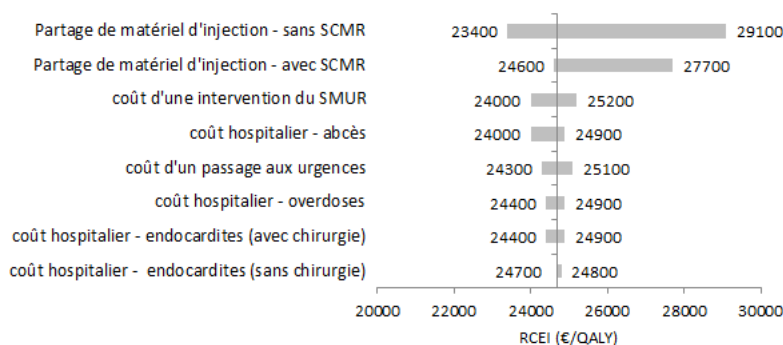
Après actualisation, la différence de coût entre S1 et S2 passe à 9.091 [IC 95% : 8.687 ; 9.529] millions d'euros à Paris (contre 14.133 millions d'euros dans l'analyse principale) et 0.912 millions d'euros à Strasbourg [IC 95% : 0.475 ; 1.340] (contre 5.059 millions d'euros dans l'analyse principale). Les RCEI ainsi obtenus diminuent respectivement à 15 900 €/QALY [IC 95% : 14 700 ; 17 100] à Paris et 1 400 €/QALY [IC 95% : 700 ; 2 000].

Analyses de sensibilité

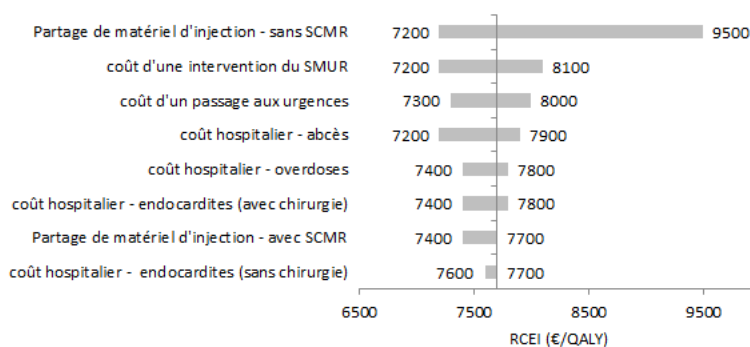
Dans l'analyse de sensibilité déterministe, nous avons fait varier les paramètres du modèle aux bornes de leurs intervalles d'incertitudes présentés dans les **tableaux 28 et 30**. Les durées de simulation étant très longues (plusieurs semaines), tous les résultats ne sont pas encore connus. La **figure 19** présente les résultats disponibles à ce jour, c'est-à-dire pour les principaux coûts médicaux et pour les probabilités de partage de matériel d'injection avec et sans SCMR. Parmi ces paramètres, celui dont l'incertitude se traduit par la variation la plus large au niveau du RCEI obtenu est la probabilité de partage de matériel d'injection chez les individus ne fréquentant pas de SCMR : à Paris, le RCEI varie entre 23 400 et 29 100 €/QALY gagnée (vs. 24 700 dans l'analyse principale) ; et à Strasbourg entre 7 200 et 9 500 €/QALY gagnée (vs. 7 700 dans l'analyse principale). Cependant, les RCEI restent à des niveaux acceptables.

Figure 19 : Résultat de l'analyse de sensibilité déterministe. Les valeurs du RCEI ont été estimés aux bornes de leur intervalle d'incertitude. Les résultats sont présentés sous la forme d'un diagramme en tornade : les barres grises représentent l'écart par rapport à la valeur de RCEI obtenue dans l'analyse principale (représentée par l'axe vertical) lorsque la valeur du paramètre a été remplacé par la borne haute ou la borne basse de son intervalle d'incertitude. Les paramètres ont été triés du plus influent (en haut) au moins influent (en bas). Seuls les résultats relatifs aux principaux coûts et au partage de matériel d'injection sont disponibles à ce jour.

A.



B.



Les résultats de l'analyse de sensibilité prennent en compte à la fois l'incertitude portant sur l'ensemble des paramètres du modèle, mais aussi l'aléa dû à la taille de la population. Les résultats sont présentés en **figures 20 et 21** pour Paris et Strasbourg, respectivement. Pour chacune des figures, la partie gauche représente le plan coût-efficacité : chaque point représente un couple de simulations, placé selon l'efficacité obtenue (en abscisse) et le coût incrémental (en ordonnée). La partie droite représente la courbe d'acceptabilité, c'est-à-dire la proportion de simulations pour laquelle la mise en place des SCMR est coût-efficace en fonction de la propension à payer par QALY sauvée.

A Paris, des économies sont réalisées (i.e., les coûts d'implémentation et de fonctionnement de la SCMR sur 10 ans sont inférieurs aux coûts médicaux évités) dans moins de 2% des simulations. Dans 16% des simulations, l'intervention est moins efficace : cela traduit le fait que, les effets attendus sous certaines combinaisons de paramètres étant modestes, l'aléa du modèle surpasse l'effet positif attendu. Cette situation peut donc conduire à des couples de simulations pour lesquels plus d'évènements de santé ont lieu avec SCMR que sans SCMR. La probabilité que la SCMR soit coût-efficace est supérieur à 50% pour une propension à payer de 21 000 €/QALY, et, pour une propension à payer équivalente au PIB par habitant en France (environ 33 000 € en 2019), elle est supérieure à 65%. Pour une propension à payer de trois fois le PIB par habitant, elle atteint 79%.

A Strasbourg, l'intervention permet d'éviter des coûts dans 28% des simulations, tandis que dans 13% des simulations, elle est moins efficace. La probabilité que la SCMR soit coût-efficace est supérieur à 50% pour une propension à payer de 9 000 €/QALY, à 74% pour une propension à payer équivalente au PIB par habitant en France (environ 33 000 € en 2019), et à 82% pour une propension à payer de trois fois le PIB par habitant.

Figure 20 : Résultat de l'analyse de sensibilité probabiliste pour Paris. A. Plan coût-efficacité : chaque point représente un couple de simulations en fonction de l'efficacité incrémental (en abscisse) et du coût incrémental (en ordonnée) obtenus dans le modèle. B. Courbe d'acceptabilité, représentant la probabilité que la SCMR soit coût-efficace en fonction de la propension à payer par QALY gagnée.

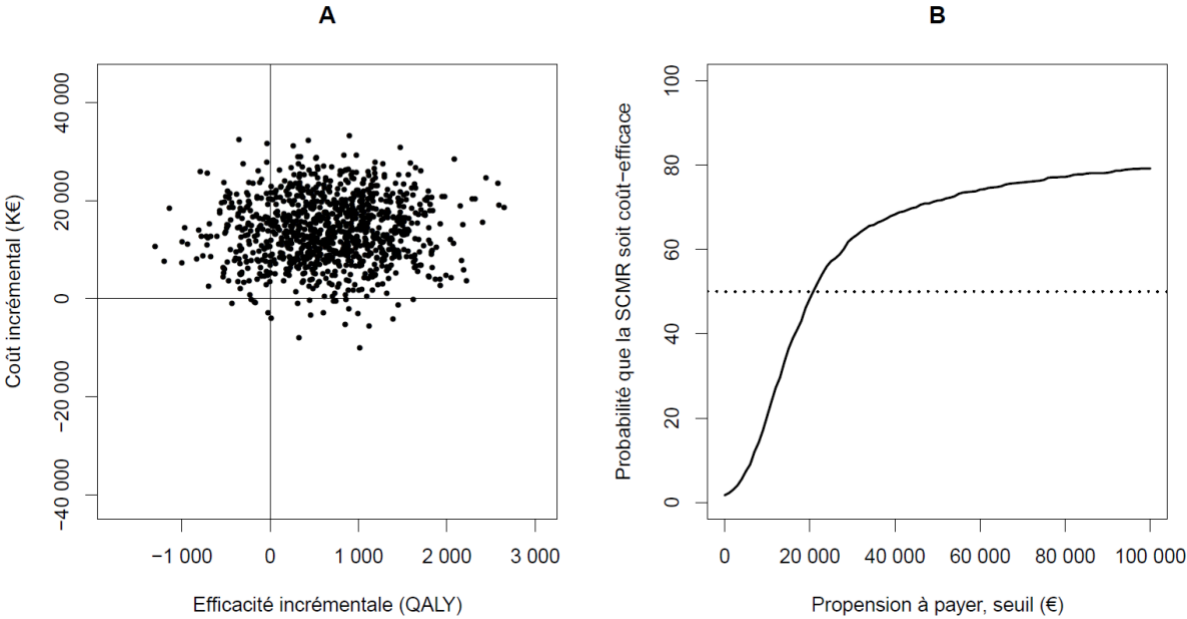
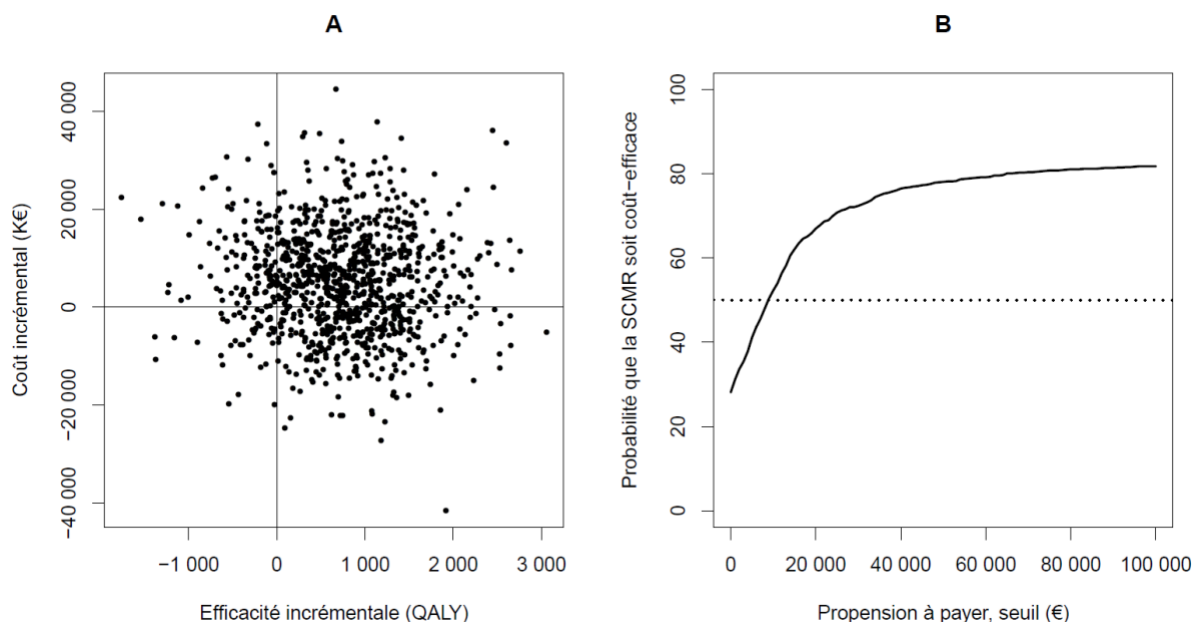


Figure 21 : Résultat de l'analyse de sensibilité probabiliste pour Strasbourg. A. Plan coût-efficacité : chaque point représente un couple de simulations en fonction de l'efficacité incrémentale (en abscisse) et du coût incrémental (en ordonnée) obtenus dans le modèle. B. Courbe d'acceptabilité, représentant la probabilité que la SCMR soit coût-efficace en fonction de la propension à payer par QALY sauvée.



Discussion et limites

D'après les résultats de la modélisation, les SCMR présentes à Paris et Strasbourg permettent d'éviter un nombre relativement modeste d'infections VIH (6%) et VHC (11%). L'impact est cependant beaucoup plus important sur le nombre d'abcès et d'endocardites associés, mais également sur le nombre de passages aux urgences et d'overdoses avec 69 à 77% d'évènements évités. Ceci se traduit, dans le modèle, par 43 décès évités sur 10 ans et par une augmentation de l'espérance de vie de 5 à 6 mois dans les populations fréquentant les SCMR. Dans nos simulations, les SCMR engendrent un coût additionnel de prise en charge du VIH de plus d'un million d'euros pour chaque ville, avec cependant une forte incertitude sur ce surcoût, qui pourrait varier de 300 000 à 2 millions d'euros dans l'analyse principale. Ce surcoût est dû à la mortalité concurrente évitée, i.e. le nombre de décès par endocardite infectieuse ou overdose évités grâce aux SCMR. Ces évènements évités permettent de prolonger la vie des individus, dont une fraction est porteuse du VIH. Le VIH étant une infection chronique qui nécessite des soins sur toute la durée de vie, cette situation engendre des coûts médicaux additionnels. Le faible nombre d'infections VIH évités (2 pour chacune des villes sur 10 ans) ne permet pas de contrebalancer ces coûts supplémentaires.

Cependant, les SCMR permettent au total d'éviter des coûts médicaux non négligeables. Les coûts médicaux évités sont particulièrement importants pour les passages aux urgences : bien que le coût unitaire de cet évènement soit relativement faible, il s'agit de l'évènement le plus fréquent parmi ceux modélisés, et celui sur lequel les SCMR ont l'impact le plus important.

Malgré l'incidence relativement faible des endocardites, les coûts évités associés à cette pathologie sont également élevés, du fait du coût potentiellement important de la prise en charge hospitalière (jusqu'à plus de 40 000 euros). Le total des coûts médicaux évités étant supérieur au surcoût obtenu pour les infections VIH, les SCMR permettent d'éviter, sur 10 ans, 6 millions d'euros de coûts médicaux à Paris et 5.1 millions d'euros à Strasbourg, respectivement.

Les RCEI obtenus sont de l'ordre de 24 700 €/QALY gagnée à Paris et 7 700 €/QALY gagnée à Strasbourg. Ce RCEI plus élevé à Paris s'explique par des coûts de fonctionnement plus importants. Il n'existe pas en France de recommandations définissant un seuil à partir duquel un RCEI est jugé acceptable (Haute Autorité de Santé, 2020). Cependant, plusieurs points de repère peuvent servir à situer les SCMR en termes de coût-efficacité. Premièrement, l'Organisation Mondiale de la Santé définit des seuils (qui font l'objet de débats) et considère qu'une intervention est coût-efficace si son RCEI est inférieur à trois fois le PIB par habitant du pays (33 000 € en France (PIB réel par habitant - Eurostat, s. d.)) et très coût-efficace si son RCEI est inférieur au PIB par habitant du pays (WHO, 2003). Selon ces critères, dans notre analyse principale, les SCMR seraient très coût-efficaces avec une probabilité de 65% et 74% à Paris et Strasbourg, respectivement, et coût-efficace avec une probabilité de 79% et 82%, respectivement. Une alternative plus réaliste à ces seuils arbitraires consiste à comparer le RCEI obtenu avec celui d'interventions dont le rapport coût-efficacité a été jugé favorable dans le contexte de la France. C'est le cas par exemple du vaccin contre le zona (herpès zoster) qui a été inscrit au calendrier vaccinal en 2015 par le Ministère de la Santé pour les personnes âgées de 65 à 74 ans en France avec un ratio coût-efficacité estimé entre 30 000 et 35 000 €/QALY gagnée dans cette population (Belchior et al., 2016). Les SCMR mises en place à titre expérimental à Paris et Strasbourg présentent un meilleur ratio coût-efficacité que cette intervention, dont le RCEI est jugé acceptable pour la société.

Par ailleurs, l'étude économique montre que le ratio coût-efficacité des espaces de consommation pourrait être significativement amélioré avec un modèle d'intervention alternatif, dans lequel la SCMR ne serait pas une structure à part entière. L'ajout d'un espace de consommation à un CAARUD traditionnel permettrait de s'appuyer sur des structures existantes et ainsi de diminuer les coûts. Avec un tel scénario, le RCEI obtenu dans la modélisation diminue à 15 900 €/QALY gagnée à Paris et à 1 400 €/QALY gagnée à Strasbourg. Ce résultat en ferait une intervention très efficace, particulièrement à Strasbourg et donc vraisemblablement, par extension, à tout contexte similaire en cas de mise à l'échelle de cette intervention.

Ce travail présente plusieurs limites. Premièrement, les données de fréquentation dont nous disposons portent uniquement sur la période 2016-2019, et nous avons fait l'hypothèse d'une stabilisation du taux d'entrée à partir de cette date. Cependant, nous avons démontré en analyse de sensibilité que même avec une diminution de 20% du taux d'entrée à partir de 2019, les RCEI resteraient acceptables selon les critères définis ci-dessus. Deuxièmement, comme pour toute analyse médico-économique, les valeurs de paramètres utilisées sont sujettes à une incertitude, que ce soit les paramètres provenant de la littérature scientifique ou grise, ou les paramètres provenant de COSINUS. Nous avons réalisé une analyse de sensibilité probabiliste, combinant toutes les incertitudes portant sur les paramètres clés, ainsi que l'incertitude engendrée par la petite taille de la population et la faible incidence de certains événements.

Ces analyses font ressortir une probabilité élevée pour les SCMR d'être coût-efficaces aux seuils évoqués plus haut : en utilisant une propension à payer conservatrice de l'ordre d'une fois le PIB par habitant de la France, les SCMR sont coût-efficaces dans 65% des cas à Paris et 74% à Strasbourg. Au seuil de trois fois le PIB par habitant, ces structures sont coût-efficaces dans 80% des simulations.

Enfin, le modèle ne prend pas en compte certains effets des SCMR, faute de données adéquates. L'impact des SCMR sur la qualité de vie des usagers n'ayant pas été mesuré, nous avons pris en compte uniquement les bénéfices sur la qualité de vie associée aux infections VIH et VHC évités. Les seules infections bactériennes prises en compte dans le modèle sont les abcès cutanés et les endocardites infectieuses associées. Or, d'autres infections bactériennes fréquentes chez les PQIS, telles que les ostéomyélites ou les sepsis peuvent être associées à une mortalité et à des coûts de prise en charge élevés et la présence d'une SCMR pourrait réduire l'incidence de ces infections (Gordon & Lowy, 2005). L'impact de ces structures sur la santé mentale des PQIS n'a pas été pris en compte non plus, faute de données. De plus, nous n'avons pas pris en compte les effets des SCMR hors du champ de la santé publique, notamment en termes d'amélioration d'accès aux droits ou de réduction des actes de délinquance. Ces éléments sortent du cadre méthodologique des analyses médico-économiques, mais une partie des coûts de fonctionnement des SCMR, inclus dans le modèle, sont imputables à ces effets.

L'inclusion de tous ces éléments dans le modèle contribuerait à diminuer le RCEI, et donc renforcerait les conclusions précédentes. En ce sens, nos analyses et les conclusions qui en découlent sont conservatrices et suggèrent que les SCMR seraient coût-efficaces dans le contexte de la France.

La recherche sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale¹⁰

Investigatrice principale

Marie Jauffret-Roustide

Sociologue et politiste, chargée de recherche Inserm

Cermes3 (Inserm U988/CNRS UMR 8211/EHESS/Université de Paris)

45 rue des Saints-Pères, 75006 Paris

tel : 06.10.55.32.87

marie.jauffret-roustide@inserm.fr

Equipe projet Cermes 3 (Inserm U988/CNRS UMR 8211/EHESS/Université de Paris)

Isabelle Cailbault, psychologue sociale, ingénieure d'études

Carole Chauvin, assistante de recherche

Estelle Filipe, ingénieure d'études en sciences sociales

Candy Jangal, géographe, ingénieure de recherche

Mireille Le Breton, enquêtrice

Avec la collaboration de Christine Calderon, retranscription des entretiens, de Lucie Bonhomme-Kraepiel pour la réalisation des entretiens avec les commerçants et de Marion Thurn, contribution à la codification des traces de consommation.

Collaborateurs.trices scientifiques

Viet Chi Tran, mathématicien, professeur à l'université Paris Est-Marne la Vallée

Cécilia Comelli, géographe, post-doctorante, PASSAGES

David Herzberg, historien, professeur à Buffalo University of Social Sciences, NY, USA

Esben Houborg, sociologue, professeur à Copenhagen University of Social Sciences, Danemark

Stanislas Spilka, responsable du service des grandes enquêtes, OFDT

Alex Brissot, chargé d'études, OFDT

Mathieu Zagrodski, politiste, CESDIP



¹⁰ Pour ce volet, la citation recommandée est Jauffret-Roustide M, Cailbault I, Chauvin C, Filipe E, Jangal C, Lebreton M. Tran VC. Recherche sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale. In Salles de consommation à moindre risque, Institut de Santé Publique de l'Inserm, Paris, 2021.

Introduction de la partie sociologique

Contexte socio-historique d'implantation des SCMR

L'usage de drogues par voie injectable expose à la transmission d'infections virales telles que le VIH, l'hépatite B et C. En France, la transmission du VIH a considérablement diminué chez les usagers de drogues, même si certains indicateurs (accès au dépistage et au traitement tardifs) restent préoccupants (Cazein et al., 2016). Afin de minimiser l'exposition à ces infections, une politique de réduction des risques a été mise en place dans de nombreux pays industrialisés au début des années 1980. Cette politique s'inscrit dans le cadre de la « nouvelle santé publique », un ensemble de discours et de pratiques qui valorisent les capacités des individus à se prendre en charge. Renonçant à l'idéal d'éradication des toxiques illicites, cette approche propose de « vivre avec les drogues » tout en réduisant les risques sanitaires qui leur sont associés (Jauffret-Roustide, 2016). Cette stratégie repose notamment sur la mise à disposition de seringues et l'accès aux traitements de substitution aux opiacés, et leur mise en place a donné lieu à de vifs débats entre professionnels et acteurs institutionnels dans les années 1980-90, en raison de conceptions différentes de la toxicomanie et de son traitement (Bergeron, 1999).

Les salles de consommation supervisée (SCMR) s'inscrivent dans l'arsenal des mesures de réduction des risques, elles permettent aux usagers de drogues de consommer des produits dans un espace sécurisé et médicalisé, en présence de professionnels de santé. Ces lieux ont été établis dans le but d'améliorer la santé des usagers de drogues et de mettre fin aux scènes ouvertes, ces pratiques d'injection visibles dans l'espace public. Ils s'inscrivent à la fois dans une logique de santé publique (prévenir le VIH et les hépatites) et de sécurité publique (sécuriser et contrôler l'espace public).

En France, la situation vis-à-vis des maladies infectieuses chez les usagers de drogues reste préoccupante, d'après les dernières données nationales datant de 2013. La prévalence et l'incidence du VHC chez les usagers de drogues injecteurs, atteignent respectivement 64% (Weill-Barillet et al., 2016) et 20% (Leon et al., 2017), des niveaux plus élevés que dans le reste de l'Europe (EMCDDA, 2019). Cette situation épidémiologique a contribué au débat sur la mise en place des SCMR en France, comme outil complémentaire aux autres outils de réduction des risques précédemment mis en place tels que l'accès aux seringues et la diffusion des traitements de substitution.

Aujourd'hui, une centaine de ces salles existent dans le monde, principalement en Europe (Suisse, Pays-Bas, Allemagne, Espagne, Luxembourg, Danemark, Norvège, Grèce, Belgique, Portugal, France), mais également au Canada et en Australie. La première SCMR a été implantée en Suisse à Berne dès 1986. En France, en revanche, la mise en place a été plus tardive, 30 ans plus tard, en 2016 à Paris et Strasbourg. Les pouvoirs publics ont longtemps résisté à leur mise en place, en raison de conflits avec la loi du 31 décembre 1970 qui pénalise le simple usage de drogues, ce qui rendait complexe d'un point de vue juridique et moral la mise en place de lieux financés par l'Etat au sein desquels la consommation de produits psychoactifs illicites serait autorisée (Jauffret-Roustide et al., 2013). L'implantation de ces dispositifs, dont l'acceptabilité sociale ne va pas de soi, nécessite en effet un processus de

concertation entre riverains, acteurs politiques, forces de police, préfecture et professionnels en addictologie. L'efficacité de ces dispositifs en santé publique, en particulier sur la diminution des overdoses a largement été documentée (Potier et al., 2014), les recherches relatives aux conditions d'implantation des SCMR impliquant l'analyse de leur acceptabilité sociale et de leur impact sur la tranquillité publique sont moins nombreuses.

Les quelques études menées dans les pays où les SCMR ont été implantées avant la France comme le Canada mettent en évidence que les débats publics concernant les SCMR peuvent être vifs dans les mois précédant leur ouverture, mais l'expérience démontre qu'ils s'atténuent avec le temps, a fortiori lorsque les riverains et les forces de l'ordre sont associés au processus de concertation locale (DeBeck et al., 2008). En France, ce débat s'est avéré très tendu, et la négociation particulièrement longue. En effet, les conditions de possibilité des SCMR y sont complexes en raison de la loi du 31 décembre 1970, mais également de notre modèle spécifique de réduction des risques très centré sur le médicament et moins attentif à « l'environnement du risque » (Rhodes, 2002 ; Jauffret-Roustide et Cailbault, 2018).

Avant la mise en place des SCMR en France en 2016, les rares enquêtes disponibles en France étaient quantitatives, menées en population générale. Ces enquêtes mettaient en évidence que les opinions vis-à-vis des salles de SCMR dans la population avant leur implantation étaient diversifiées, et que l'acceptabilité de cette mesure de santé publique était complexe à mesurer et à interpréter, si l'on se restreignait à une approche quantitative. Ces dix dernières années, en France, différentes enquêtes d'opinion menées sur ce sujet (EROPP en 2008 et 2012 et KABP en 2010) ont pu mettre en évidence des situations très contrastées (Beltzer, Saboni et Sauvage, 2010 ; Costes et al., 2010 ; Jauffret-Roustide et al., 2013). L'analyse de ces enquêtes d'opinion a pu montrer la labilité des enquêtes d'opinion suivant la manière dont les questions étaient posées à la population. La comparaison entre l'enquête EROPP de 2008 et l'enquête KABP 2010 a montré qu'il était possible de recueillir 70% d'opinions soit favorables soit défavorables, suivant si la question posée intégrait ou pas l'approche de réduction des risques dans laquelle s'inscrit la démarche des SCMR (Jauffret-Roustide et al., 2013). Une actualisation de ces données a été intégrée dans notre recherche sociologique, grâce à l'enquête EROPP 2018, qui sera présentée en fin de rapport.

Il est intéressant de disposer de données d'opinion sur l'intérêt des SCMR, mais une analyse qualitative fine des espaces locaux d'implantation des SCMR est indispensable. L'acceptabilité sociale de la SCMR par les acteurs au niveau local, impliquant les riverains, les usagers, les professionnels de la réduction des risques et de l'addictologie, les forces de police et les acteurs politiques constitue en effet un élément essentiel dans l'évaluation de ce dispositif qui nécessite d'être appréhendé dans toute sa complexité. Dans la plupart des pays ayant autorisé l'ouverture des SCMR, ce sont principalement des enquêtes quantitatives qui ont été menées pour mesurer l'état de l'opinion, en amont de l'ouverture.

Dans le cadre de l'expérimentation des SCMR en France, il était donc primordial de recueillir l'opinion de l'ensemble des parties prenantes et leur expérience vécue sur l'initiative d'une salle et sur son ouverture, également à un niveau local correspondant à l'environnement urbain au sein duquel se situe la salle. Cette enquête sur l'acceptabilité sociale de la SCMR au niveau local a été réalisée sur Paris, qui est la ville dans laquelle l'ouverture de la SCMR avait été

officiellement annoncée dès 2013 et le principe validé par la municipalité. Nous avons choisi de mettre en place une recherche avec plusieurs volets impliquant une méthodologie mixte.

Méthodologie générale

Le Cermes3 a mis en œuvre un dispositif de recherche sociologique de type avant/après, permettant de suivre l'évolution de l'acceptabilité sociale de la SCMR et son impact sur la sécurité et la tranquillité publique, sur une période de 6 années. La méthode de recherche est mixte et combine des méthodes qualitatives et quantitatives. Le choix d'une méthode mixte permet de confronter une grande variété de données, permettant de prendre à la fois de prendre en compte l'expérience vécue et les perceptions des différentes parties prenantes, et d'objectiver le phénomène de l'acceptabilité sociale et de l'impact sur la sécurité et la tranquillité publique de la SCMR.

Le design de recherche mis en place comprend quatre volets:

- Une étude écologique sur les traces de consommation dans l'espace public et analyse de l'impact de la SCMR sur la salubrité, s'appuyant sur des observations ethnographiques dans l'espace public (périmètre défini autour de la SCMR).
- Une recherche socio-anthropologique sur l'acceptabilité sociale des SCMR et l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique, intégrant l'expérience vécue et les perceptions menées auprès des parties prenantes, à partir d'entretiens semi-directifs (160) : riverains, commerçants, usagers, professionnels de la réduction des risques, personnel hospitalier, police, justice, acteurs politiques locaux et nationaux. Ces entretiens ont été complétés par des observations ethnographiques menées dans les espaces de concertation locaux et nationaux (comités de voisinage de la SCMR, comité de suivi, réunions locales de collectifs) de 2013 à 2021.
- Une analyse de la presse nationale et locale, afin de suivre l'évolution de la controverse sur les SCMR, menée de 1990 à 2020 en se focalisant sur 4 types d'acteurs : politiques, professionnels de la réduction des risques et usagers.
- Une analyse quantitative des opinions vis-à-vis des SCMR à partir des données de l'enquête EROPP (édition 2018), menée en collaboration avec l'OFDT.

Les critères de jugement de ce dispositif de recherche sociologique sont les suivants :

- Pour l'évaluation de l'impact de la SCMR sur la tranquillité, la salubrité et la sécurité publique, les critères de jugement sont le nombre de seringues, les regroupements d'usagers, et/ou les injections réalisées dans l'espace public ou les halls d'immeuble et les cages d'escalier. Des données statistiques sur l'activité policière ont également été prises en compte.
- Pour l'évaluation de l'acceptabilité sociale, les critères de jugement sont les perceptions de l'usage de drogues et de ses dommages, la qualité de vie dans le quartier, le sentiment d'insécurité, la compréhension des objectifs de la SCMR par les différents acteurs, le processus de concertation et de négociation au niveau local et l'évolution du débat médiatique.

Des données complémentaires sur l'évolution des prix de l'immobilier ont été prises en compte.

L'objectif global de la recherche est donc d'étudier la perception de la SCMR, avant et après son implantation auprès des différents acteurs concernés : riverains, commerçants, professionnels, usagers de drogues, police, justice, acteurs locaux,... Une analyse du débat public et de l'acceptabilité sociale de la SCMR par l'étude de la presse locale et nationale permet une mise en contexte historique.

La recherche a démarré sur Paris, 18 mois avant la mise en place de la SCMR et s'est poursuivie sur 5 années de l'expérimentation. Afin de mettre en perspective la situation française, des terrains de recherche ont également été mis en œuvre aux Etats-Unis (avec le Pr David Herzberg à New York et à Buffalo) et au Canada (équipe du British Columbia Centre on Substance Use à Vancouver) dans le cadre de voyages d'études (French Lecture Scholar Series à Vancouver et Fellowship à Buffalo), soit dans le cadre de collaborations scientifiques donnant lieu à la déclinaison de protocoles de collecte comparables (au Danemark avec le Pr Esben Houborg à Copenhague). Ces terrains complémentaires ont été mis en place avec des collaborations et collectes de données empiriques au Danemark, au Canada et aux Etats-Unis permettent une mise en contexte internationale du débat français. Ces analyses comparatives sont en cours et ne seront pas présentées dans le rapport, mais feront l'objet de publications complémentaires spécifiques.

Le rapport de recherche sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale est divisé en 6 chapitres :

- Un premier chapitre sur l'analyse de l'évolution de la controverse sur les SCMR à partir d'une analyse de la presse.
- Un deuxième chapitre sur la présentation géographique du secteur d'implantation de la SCMR.
- Un troisième chapitre sur l'évolution des traces de consommation dans l'espace public – une étude écologique.
- Un quatrième chapitre sur la perception des professionnels de la salubrité et de la sécurité publique
- Un cinquième chapitre sur une analyse socio-anthropologique de l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale – Focus sur les riverains et triangulation des données avec les sources policières, les perceptions et les pratiques des policiers, des professionnels de santé et de réduction des risques, les politiques et les usagers de drogues.
- Un sixième chapitre sur l'analyse des données de l'enquête EROPP (Enquête sur les représentations, les opinions, et les perceptions des psychotropes), réalisée en collaboration avec l'OFDT.

Chapitre 1. Les salles de consommation à moindre risque : une comparaison des enjeux d'acceptabilité sociale à travers le temps, les espaces et les acteurs engagés dans le débat public français¹¹

1. Contexte socio-historique d'émergence des SCMR dans le débat français

En octobre et novembre 2016, deux salles de consommation à moindre risque (SCMR) ont été inaugurées en France, à Paris et à Strasbourg. Une centaine de salles de ce type existaient alors déjà dans le monde. La première SCMR a officiellement ouvert ses portes à Berne, en Suisse, en 1986, tandis que d'autres ont été créées peu de temps après en Allemagne et aux Pays-Bas (de Jong et Weber, 1999). Depuis lors, une centaine de salles supplémentaires ont été ouvertes en Europe, au Canada et en Australie (Hedrich, Kerr et Dubois-Arber, 2010 ; Woods, 2014). La mise à disposition de SCMR s'inscrit dans une logique de réduction des risques, qui vise en priorité à limiter les risques liés à l'usage de drogues et, en particulier, à réduire la consommation de drogues dans l'espace public. Les injections réalisées dans des lieux publics sont dangereuses pour les usagers, dans la mesure où ces lieux n'offrent pas de conditions d'hygiène adéquates (Bourgois, 1998 ; Rhodes et al., 2006). Par ailleurs, l'usage de drogues dans l'espace public, notamment l'injection, constitue une source de troubles à la tranquillité publique pour les riverains (Jauffret-Roustide, 2011). Les SCMR permettent aux usagers de réaliser leurs injections dans des espaces sécurisés et hygiéniques, limitant ainsi les injections en public.

Afin de mieux comprendre les origines de la controverse autour des SCMR en France et à l'étranger, il convient de définir le contexte politique international dans lequel sont apparues les SCMR et, en particulier, les politiques de réduction des risques mises en œuvre dans les années 1980 pour limiter la propagation du SIDA et des hépatites parmi les usagers de drogues. Selon ses principes fondateurs, la réduction des risques naît dans le sillage du mouvement de la « nouvelle santé publique » des années 1970 et 1980, lequel met en avant la capacité des individus à se prendre en charge et exige la prise en compte de leurs besoins par les politiques de santé (Berridge, 1999 ; Rhodes, 2002). Ce courant de la « nouvelle santé publique » s'inscrit dans un mouvement plus général de reconfiguration du système social, politique et

¹¹ Pour ce chapitre, la citation recommandée est : Jauffret-Roustide M, Cailbault I. Drug consumption rooms : comparing times, spaces and actors in issues of social acceptability in French debate. *International Journal of Drug Policy*, 2018, 56: 208-217.

Ce chapitre est une traduction de l'article suivant : Jauffret-Roustide M, Cailbault I. Drug consumption rooms : comparing times, spaces and actors in issues of social acceptability in French debate. *International Journal of Drug Policy*, 2018, 56 : 208-217. La traduction de l'anglais vers le français a été réalisée par Nathalie Plouchard.

Deux autres articles ont été publiés en s'appuyant sur les données de la recherche sociologiques sur les SCMR : Jauffret-Roustide M. Les salles de consommation à moindre risque. *Esprit*, 2016, Novembre(11), p. 115-123.

Jauffret-Roustide M. Les villes face à l'usage de drogues dans l'espace public : quels modèles hors de nos frontières ? *The Conversation*, 2020.

économique, qui accorde une place centrale à la participative active des individus, en l'occurrence les usagers de drogues, dans leur prise en charge (Keane, 2003).

La réduction des risques s'efforce d'être attentive aux modes de vie des usagers de drogues, afin de leur proposer des mesures de santé publique adaptées, qui ne soient pas imposées de l'extérieur et dictées par les intérêts des professionnels et des acteurs politiques. Elle offre une alternative à la fois au dogme de l'abstinence comme seul horizon possible pour les usagers et à l'idéal d'éradication des drogues dans la société. Elle prône la modération au lieu de l'abstinence totale (Ehrenberg, 1996). Les SCMR constituent une application concrète de la logique de réduction des risques. L'absence de jugement à l'égard de l'usage de drogues est au fondement de l'éthique des professionnels de la réduction des risques, notamment dans le cas des SCMR, où les intervenants sont témoins de ce geste généralement privé et intime qu'est l'injection. La réduction des risques opère un déplacement du jugement moral de l'usage de drogues au jugement des conditions d'hygiène et des risques associés à la consommation de drogues (Jauffret-Roustide, 2016). Les SCMR appliquent ce principe en s'efforçant de transformer l'environnement à risque (Rhodes, 2002) dans lequel les usagers consomment les substances.

Par rapport à ses voisins européens, la France a tardé à mettre en œuvre les mesures de réduction des risques et à ouvrir des SCMR. Ce retard peut être attribué à la conception prédominante de l'usage de drogues comme une question morale. Les acteurs institutionnels souscrivant à cette conception se montrent réticents à envisager l'usage de drogues comme une question sanitaire (Bergeron, 1999 ; Jauffret-Roustide et al., 2013). Bien que l'injection ait été définie comme un enjeu politique en France à l'issue des manifestations étudiantes de Mai 68, les deux premières mesures sanitaires prises en réponse à ce problème — la libéralisation de la vente de seringues en 1987 puis la mise à disposition des traitements de substitution aux opiacés — n'ont été mises en œuvre qu'une fois l'épidémie du SIDA devenue une crise sanitaire publique (Jauffret-Roustide, 2009). Il a fallu attendre 2006 pour que la France adopte officiellement la réduction des risques comme principe de santé publique. La législation française demeure répressive en matière de drogues (la consommation étant punie par la loi), tandis que les parlementaires remettent régulièrement en cause la réduction des risques, qu'ils perçoivent comme une forme de promotion de l'usage de drogues (Jauffret-Roustide et al., 2013). Dans des contextes conservateurs tels que celui-ci, les SCMR incarnent le pôle radical de la politique de réduction des risques (Stoeber et al., 2016) et revêtent une forte valeur symbolique, en ce qu'ils offrent des espaces destinés à l'usage de drogues dans des pays tels que la France, où la consommation continue d'être réprimée.

La littérature scientifique internationale a démontré que les SCMR constituaient un levier d'action efficace en matière de santé et de sécurité publiques (Potier et al., 2014). Divers travaux confirment qu'elles diminuent le nombre d'overdoses (Salmon et al., 2010 ; Marshall et al., 2011), limitent le partage de matériel de consommation (Kerr et al., 2005 ; Bravo et al., 2009) et incitent les usagers les plus précaires et les plus marginalisés à envisager une prise en charge médicale (Wood, Tyndall, Zhang, et al., 2006 ; DeBeck et al., 2008). Certains travaux suggèrent également que les SCMR pourraient améliorer la tranquillité publique dans certains quartiers, en ce qu'elles contribuent à la diminution du nombre de seringues usagées (Wood et al., 2004) et d'usages de drogues dans l'espace public (PetRAR et al., 2007). Les SMCR sont le plus souvent implantées dans des villes où il existe des « scènes ouvertes » de consommation

de drogues, c'est-à-dire des lieux publics où se regroupent des usagers de drogues par voie intraveineuse. Les injections dans l'espace public peuvent constituer des troubles à la tranquillité publiques parfois qualifiés de « nuisances » pour les riverains ainsi exposés à des scènes violentes (par exemple, un usager de drogues s'injectant dans la rue, sur un perron, dans une cage d'escalier ou sur un parking). Ces scènes engendrent un malaise chez les riverains et provoquent un sentiment d'insécurité quotidienne (Jauffret-Roustide, 2011). Les SCMR ne constituent guère une mesure évidente du point de vue de l'acceptabilité sociale, en ce qu'elles attisent chez les riverains la crainte d'être « envahis » par les usagers de drogues et qu'elles suscitent l'embarras des acteurs politiques, qui redoutent d'être perçus comme faisant l'apologie de l'usage de drogues en choisissant d'implanter ces dispositifs.

Au-delà des risques sanitaires, la consommation de drogues dans l'espace public expose les usagers à la désapprobation sociale et morale. Ils peuvent éprouver de la honte lorsqu'ils réalisent des injections sous les yeux des riverains et craindre d'être appréhendés par les forces de police (Bourgois, 1998). Malgré le double objectif des SCMR d'amélioration de la santé publique et de la tranquillité des riverains, la littérature académique internationale, dans son ensemble, s'intéresse quasi exclusivement aux retombées sanitaires des SCMR dans une perspective épidémiologique. Elle est bien moins attentive à l'impact des SCMR en termes de tranquillité publique ou aux questions d'acceptabilité sociale (de Vel-Palumbo, Shanahan et Ritter, 2013 ; Houborg et Vibeke Asmussen, 2014). En outre, peu d'articles s'intéressent aux débats ou controverses autour des SCMR dans les pays où ces dernières ont, ou non, été mises en place (Hathaway et Tousaw, 2008 ; Kerr et al., 2017 ; Kolla et al., 2017 ; Stoeber et al., 2016 ; Strike et al., 2015 ; Wood et al., 2008). Les rares articles portant sur cet aspect des SCMR se concentrent essentiellement sur les riverains et l'opinion publique (Cruz et al., 2007 ; Jauffret-Roustide et al., 2013 ; Salmon et al., 2007 ; Thein et al., 2005). Enfin, très peu d'articles s'appuient sur une analyse de la presse écrite pour traiter de la manière dont les controverses autour des SCMR ont été présentées dans le débat public (Hayle, 2015).

Dans ce chapitre, nous proposons d'examiner, en premier lieu, les circonstances qui ont déclenché la controverse autour des SCMR en France en situant ces débats dans les contextes local et national au travers d'une analyse de la presse écrite sur les trente dernières années. Nous entendons également analyser le processus à l'issue duquel la question des SCMR est devenue un sujet d'intérêt public, après avoir été ignorée durant presque vingt ans. Afin de comprendre l'adoption tardive par la France d'une politique sanitaire de réduction des risques et de saisir le sens des hésitations et critiques dont cette politique a fait l'objet, nous donnerons un bref aperçu des principaux moments historiques du débat. Nous analyserons ensuite la manière dont ce débat s'est transformé en une controverse au cœur des sphères politiques et professionnelles, mais aussi parmi les riverains et les usagers de drogues. Notre analyse de la controverse autour des SCMR portera sur la manière dont les débats publics sur la réduction des risques évoluent au fil du temps (des années 1990 à aujourd'hui), mais aussi en fonction de l'échelle du débat (locale vs nationale) et des acteurs concernés (acteurs politiques, professionnels, riverains et usagers de drogues).

2. Cadre théorique d'analyse

Ce chapitre s'appuie sur le cadre d'analyse de la sociologie des épreuves, également connue sous le nom de sociologie pragmatique, qui a été popularisée en France par Boltanski et Thévenot (1991), puis actualisée par Barthe et al. (2013) et Lemieux (2007) au travers de l'analyse des controverses (CALLON, 1986 ; Callon, Lascoumes et Barthe, 2009). Notre approche s'inspire de la sociologie pragmatique en ce que nous ne faisons pas de distinction formelle entre les niveaux microsociologique et macrosociologique. Nous cherchons plutôt à les analyser ensemble et de manière réflexive, dans la mesure où le niveau « macro » est conçu comme étant « accompli, réalisé et objectivé à travers des pratiques, des dispositifs et des institutions » (Barthe et al., 2013) qui le rendent visible et descriptible. La sociologie pragmatique permet donc un dépassement de l'interactionnisme, en évitant les écueils de la description des situations sociales par la seule analyse des interactions interindividuelles et en les resituant au sein de réalités sociologiques plus vastes. La sociologie pragmatique vise à révéler les « intérêts » des acteurs sociaux concernés sans les réduire à des stratégies ou des dynamiques de pouvoir cachées. Nous nous efforçons d'analyser les intérêts des acteurs en tant qu'éléments essentiels de la controverse, en révélant leur condamnation et disqualification des opposants, ou en tant qu'éléments constitutifs de la création de groupes sociaux par la controverse (Barthe et al., 2013).

Cette approche conçoit également les acteurs comme suivant des raisonnements qui les amènent à modifier leurs arguments et positionnements, et envisage les dynamiques de pouvoir non pas comme stabilisées, mais plutôt comme évoluant au gré des moments et des situations (Barthe et al., 2013). Nous considérons que les intérêts des parties sont dynamiques et évoluent en fonction de différents facteurs tels que le temps et l'espace de la controverse, la présence de divers autres acteurs et les types de discours mobilisés par ces derniers. Parmi les axes majeurs de notre recherche, on trouve notamment l'évolution des positionnements des acteurs et la dissonance cognitive qu'ils ressentent face à la mise en œuvre progressive de SCMR. Nous entendons respecter un principe de symétrie entre les différents acteurs, en examinant un certain nombre d'individus et de collectifs aux opinions les plus variées, tout en prenant en compte les évolutions de leurs positionnements au fil du temps. L'analyse pragmatique nous permet également de comparer les controverses à différents moments de l'histoire et d'adopter une approche généalogique plutôt que déterministe, en analysant les débats actuels au prisme des controverses passées. Nous envisageons celles-ci comme un ensemble de contraintes et de ressources susceptibles d'informer notre analyse du débat actuel sans nous laisser enfermer dans une lecture déterministe.

Au-delà de ce cadrage théorique de l'analyse des controverses, nous mobilisons le cadre d'analyse développé par Gusfield, qui interprète les processus par lesquels les enjeux publics se forment et sont médiatisés (Gusfield, 1984 ; Cefai, 1996). Nous nous appuyons par ailleurs sur le cadre proposé par Houborg et Asmussen (2014) pour étudier le contexte dans lequel les SCMR ont été mises en œuvre au Danemark. Nous nous concentrons plus particulièrement sur les aspects locaux des négociations et sur l'engagement de divers acteurs, un processus dénommé « gouvernance ». Ce cadre évite ainsi une approche surplombante qui se focaliserait uniquement sur des formes de « gouvernement » et des processus de prise de décision étatique, formelle et législative (Rhodes, 1996).

3. Méthodologie

Ce chapitre se fonde sur notre analyse de la controverse autour de l'ouverture de SCMR en France, plus précisément dans le quartier parisien de la Gare du Nord, où une première salle de ce type a été inaugurée après l'autorisation des SCMR en France. Notre recherche porte sur la manière dont le « cadrage » du débat par divers acteurs (professionnels, acteurs politiques, riverains et usagers de drogues) a évolué au fil du temps et sur l'acceptabilité sociale de cette mesure de réduction des risques. Notre méthodologie s'appuie notamment sur l'analyse de moments du débat public dans la presse écrite aux niveaux local et national. Pour notre examen d'articles de presse, nous avons sélectionné 23 publications pour représenter la diversité géographique de la presse écrite française (nationale vs régionale) ainsi que la diversité de son lectorat (grand public vs professionnels de santé) (voir Tableau 1). Nous nous sommes procuré les articles en libre accès sur les sites internet de leurs sources respectives et les articles archivés par le biais d'un abonnement. Nous nous sommes servi des moteurs de recherche des sites internet des publications, mais, dans la mesure où ils ne donnaient pas toujours des résultats exhaustifs puisque certains articles n'étaient pas accessibles, nous avons également utilisé le moteur de recherche de Google. Nous avons sélectionné les articles sur la base d'expressions utilisées par la presse pour désigner les SCMR (salles d'injection/de consommation, centres d'injection/de consommation, salles/centres de shoot...). Ces expressions variant selon les publications et l'année de parution des articles, nous avons suivi un processus itératif en recherchant chaque nouvelle expression dans l'ensemble des titres de presse. Nous avons ainsi pu établir une base de données de 1735 articles, publiés entre octobre 1990 et juin 2017, lesquels mentionnent tous les SCMR, quelle que soit la combinaison de termes utilisés. Sur 1735 articles, 1151 se concentrent exclusivement sur les SCMR, tandis que 584 ne s'y réfèrent que brièvement. Ces 584 articles portent sur les addictions aux drogues de manière générale (31%), la législation en matière de santé publique de manière générale (39%), la politique française (26%) et diverses autres thématiques (4%).

Tableau 34 Titres de presse (1990-2018)

Presse Nationale	Nombre d'articles	Lectorat
Le Monde	185	Général
Libération	135	Général
Le Figaro	115	Général
L'Humanité	113	Général
Direct	84	Général
Médiapart	76	Général
Rue 89	65	Général
La Croix	57	Général
Les Échos	55	Professionnel
Le Quotidien du Pharmacien	50	Professionnel
Le Généraliste	41	Général
Le Point	31	Général
L'Express	27	Général
L'Obs	27	Général
Valeurs actuelles	14	Général
Total- Presse nationale	1075	
Presse régionale	Nombre d'articles	Lectorat
Le Parisien	256	Général
Paris Normandie	104	Général
La Provence	73	Général
Midi Libre	55	Général
La Dépêche	54	Général
Sud-Ouest	45	Général
L'Est Républicain	42	Général
Dernières nouvelles d'Alsace	31	Général
Total- Presse régionale	660	
TOTAL	1735	

Nous avons encodé et analysé ces articles de presse avec le logiciel d'analyse de données qualitatives NVivo (Version 11 Pro). Nous avons lu tous ces articles dans leur intégralité, puis les avons classés à l'aide d'attributs tels que la date de publication, le titre du quotidien ou périodique dont est extrait l'article, le contexte sociopolitique national et local, ainsi que les questions abordées. Ces attributs, qui nous ont permis de trier le corpus, ont été saisis dans le logiciel NVivo. Nous avons encodé le contenu des articles dans des nœuds thématiques NVivo, que nous avons créés sur la base d'une double lecture du corpus. Nous avons ensuite organisé ces nœuds thématiques en une arborescence incluant l'ensemble des acteurs mentionnés et des questions abordées. Nous avons identifié environ 400 acteurs, que nous avons classés selon les catégories suivantes : acteurs politiques, professionnels de l'addiction et de la réduction des risques, riverains, représentants des usagers de drogues — issus d'associations militantes spécialisées sur des questions liées à la consommation de drogues (comme ASUD) ou au VIH

(comme Act-Up) — et usagers de drogues (voir **Tableau 34**). Nous avons également classé ces acteurs en fonction d'attributs tels que le sexe, la catégorie d'acteur, l'affiliation politique (dans le cas des acteurs politiques), le nom de l'association (dans le cas des membres associatifs), etc.

Nous avons retenu une dizaine de nœuds thématiques, ce qui nous a permis d'encoder les arguments présentés par différents acteurs au sujet des SCMR. À ce jour, nous avons identifié les questions suivantes : santé publique, sécurité publique, réinsertion sociale, questions morales (usage de drogues conçu comme vice), mesures publiques, responsabilité juridique des parties, base légale des SCMR, conditions pratiques de mise en œuvre des SCMR et résistance des riverains. Au lieu d'appliquer un modèle hypothético-déductif a priori, nous avons élaboré le codage sur la base d'un raisonnement inductif au fil de nos lectures et analyses du corpus d'articles. Afin d'enrichir notre codage, nous avons croisé les articles avec les données de notre travail d'observation ethnographique, mené dans des espaces de discussion et de négociation autour des SCMR à échelle locale et nationale, ainsi qu'avec les entretiens semi-directifs réalisés auprès de l'ensemble des acteurs concernés depuis 2013. Dans certains cas, nos observations nous ont amenées à nous replonger dans le corpus d'articles pour en dégager de nouvelles questions. Notons que l'analyse de nos observations et entretiens n'entre pas dans le cadre de ce chapitre et seront l'objet du chapitre 5 de ce rapport.

Tableau 35 Distribution des articles en fonction du type d'acteurs (1990-2018)

Type d'acteurs	Nombre d'articles
Acteurs politiques	948
Professionnels de la prise en charge des addictions et de la réduction des risques	257
Riverains	215
Représentants d'usagers	72
Usagers de drogues	43

Nous avons par ailleurs distingué les arguments en faveur des SCMR des arguments contre, auxquels nous avons respectivement associé les attributs « pour » et « contre ». Néanmoins, cette distinction, que nous n'avons utilisée qu'à des fins d'analyse quantitative, nous est parue bien trop simpliste. La distinction pour/contre tend en effet à masquer la complexité du débat. Après avoir classé l'ensemble du corpus dans NVivo, nous avons pu l'explorer de manière systématique à l'aide de recherches croisant attributs et nœuds de codage.

Dans notre travail, nous nous sommes efforcées d'étudier les interactions entre les niveaux local et national, tout en tenant compte de l'attention particulière accordée à l'environnement immédiat de la SCMR parisienne. Nous nous sommes également intéressées à la manière dont les actions et les discours actuels des individus et collectifs s'inspirent des controverses passées — telles que celles autour de la mise en œuvre de la politique de réduction des risques dans les années 1980 et 1990 — en adoptant une approche généalogique plutôt que déterministe.

4. Résultats de l'analyse de la presse

4.1 Le contexte socio-politique de l'émergence du débat public sur les SCMR en France : une chronologie des principaux événements

Notre analyse des articles de presse nous permet de retracer toutes les étapes de la mise en œuvre des SCMR en France, un processus qui s'est échelonné de 1994 à 2016. Elle révèle clairement deux éléments : d'une part, les acteurs politiques et professionnels ont eu bien du mal à prendre position dans le débat sur les SCMR ; d'autre part, la question a été très peu médiatisée avant 2009. Jusqu'en mai 2009, seuls 7 articles portent sur la question des SCMR, tandis que 9 autres la mentionnent dans le cadre d'articles plus généraux, malgré l'ouverture, à cette époque, de plusieurs SCMR dans des pays voisins de la France, tels que la Suisse, les Pays-Bas, l'Allemagne et l'Espagne.

Pourtant, en dépit de cette invisibilité médiatique et de l'absence de débat à l'échelle nationale, que ce soit dans les sphères professionnelles ou politiques, ASUD, un groupe d'auto-support d'usagers de drogues, a créé un espace de consommation local, expérimental et officieux dans un petit local à Montpellier entre 1994 et 1995. Cet espace n'avait aucun fondement légal et n'avait pas fait l'objet d'une autorisation susceptible d'en assurer la pérennité. D'autres expériences de ce type ont été réalisées aux Pays-Bas et en Suisse avant l'inauguration officielle d'une SCMR à Berne (de Jong et Weber, 1999). L'espace de Montpellier a dû fermer ses portes après huit mois d'activité suite à l'overdose non mortelle d'une jeune femme dans des circonstances troubles. Par ailleurs, l'espace ne bénéficiait d'aucun soutien institutionnel ou politique. Cette expérience isolée, dépourvue de soutien officiel, n'a reçu aucune attention médiatique et n'a pas eu de suite. Les SCMR sont ainsi restées à l'écart des débats publics et professionnels au cours des quinze années suivantes.

Les spécialistes de la réduction des risques ont été les premiers à remettre la question des SCMR à l'ordre du jour des politiques publiques, notamment en 2009-2010. En 2009, le Collectif du 19 mai (un collectif d'associations de militants de la réduction des risques) a symboliquement imposé cette question dans le débat public en ouvrant une SCMR fictive dans les locaux de l'association ASUD (Auto-support des usagers de drogues). Cet événement de mai 2009 a été conçu pour opérer sur un plan symbolique. Il s'est déroulé sur une seule journée, dans le but d'entamer une discussion sur les bénéfices des SCMR en France. Une fois de plus, ce sont les usagers de drogues eux-mêmes qui ont mené le projet avec l'aide de l'association qui les représente (ASUD). Cette fois, contrairement à ce qui s'était passé dans les années 90, il ne s'agissait plus d'une expérience isolée, mais plutôt d'une initiative résultant de l'étroite collaboration d'un réseau de militants de la réduction des risques, qui entendaient également médiatiser la question et bénéficier de l'engagement d'autres coalitions d'acteurs.

Entre 2009 et 2010, l'association « Élus, Santé Publique, Territoires », un groupement d'élus locaux, a organisé des rencontres afin de sensibiliser le public aux vertus des SCMR. Elle a encouragé des acteurs politiques de tous bords à visiter les SCMR existant en Europe et à s'informer sur leur évaluation. Cette coalition de professionnels de la réduction des risques et

d'élus a contribué à porter le débat autour des SCMR sur l'échiquier national français durant près de sept ans, jusqu'à l'ouverture de la première salle à Paris.

Parallèlement, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a publié en 2010 un rapport d'expertise collectif recommandant l'ouverture de SCMR, sous réserve que ces salles soient conçues comme des programmes pilotes dans un premier temps et fassent l'objet d'une évaluation scientifique. Ce rapport d'expertise a été commandé par le Ministère de la Santé, ce qui a obligé le gouvernement à prendre officiellement position pour la toute première fois (à l'été 2010, la ministre de la Santé a émis un avis favorable, tandis que le Premier ministre s'est prononcé contre les SCMR). Nous analyserons ces positionnements de manière plus approfondie lorsque nous aborderons la question du débat dans la sphère politique.

La conjonction de ces trois événements a propulsé la question des SCMR sur le devant de la scène médiatique nationale. Le travail de l'association « Élus, Santé publique, Territoires » a fait l'objet de 44 articles de presse, tandis qu'environ 200 articles ont traité des prises de position politiques en réponse au rapport de l'Inserm.

Ainsi, contrairement à la première expérimentation locale à Montpellier, la SCMR de Paris a ouvert ses portes en bénéficiant de soutiens nationaux et locaux en octobre 2016, grâce à des alliances entre différents acteurs. Au niveau local parisien, après la mobilisation du Collectif du 19 mai, la Ville de Paris a mobilisé des ressources politiques et financières entre 2010 et 2016 pour permettre l'ouverture d'une deuxième SCMR. Pour ce faire, une association a accepté de prendre en charge la réalisation du projet au niveau local et a obtenu une autorisation provisoire pour l'ouverture de la SCMR. L'association Gaïa et l'ONG Médecins du Monde ont ainsi conçu un projet pilote de SCMR à Paris. Le projet a été accepté par la Ville de Paris en juillet 2013. Le Conseil d'État a bloqué cette initiative durant près de trois ans, au motif que la loi française ne pouvait « sécuriser juridiquement » les SCMR¹². Il recommandait le vote préalable d'un projet de loi qui permettrait de concilier l'interdiction de l'usage de stupéfiants avec la création d'espaces dédiés à une consommation de drogues à moindres risques. Après deux ans de préparation, un projet de loi relatif à la santé publique permettant la création de SCMR a été adopté en janvier 2016, et la première SCMR a vu le jour en octobre 2016.

4.2. La sphère professionnelle : resituer la controverse autour des SCMR dans le débat plus général sur la réduction des risques en France — une approche généalogique

On peut s'interroger sur l'émergence tardive du débat sur les SCMR en France, plus de vingt ans après l'ouverture des premières salles de ce type en Europe. Il convient de remonter aux débats sur la réduction des risques des années 1970 et au mouvement de Mai 68 pour mieux comprendre la manière dont était alors conçue l'intervention auprès des usagers de drogues. En examinant les modalités et lignes de fractures qui ont caractérisé les origines de ce débat, on peut mieux cerner en quoi celui-ci a contribué à retarder l'autorisation des SCMR en France.

¹² <https://www.libération.fr/societe/2013/10/10/la-salles-de-shoot-parisienne-victime-du-conseil-d-etat> 938406

Des années 1970 aux années 1990, le modèle français de prise en charge de l'addiction se fonde à la fois sur le sevrage et sur la psychanalyse. Ces pratiques ont longtemps freiné les mesures de réduction des risques malgré les conséquences dévastatrices de l'épidémie du SIDA (Bergeron, 1999). Le passage du sevrage à la réduction des risques est en partie à l'origine de la vive controverse qui s'est déployée en France juste après la mise en œuvre des premières mesures de réduction des risques, telles que la libéralisation de la vente de seringues et de la mise à disposition de traitements de substitution aux opiacés.

Cette première controverse autour de la réduction des risques informe en partie le débat actuel sur les SCMR. Les premiers opposants à la réduction des risques interprétaient l'addiction sous un angle psychanalytique, envisageant le « *toxicomane* » comme un être suicidaire. « *Quand on est prêt à jongler avec la prison, la folie et la mort, on peut tout autant jongler avec le SIDA* »¹³, a déclaré un spécialiste en addictologie à propos des usagers de drogues, minimisant ainsi les risques de transmission du SIDA liés à leur consommation.

Plus tard, certains professionnels de santé ont dénoncé les traitements de substitution aux opiacés, qu'ils percevaient comme un outil de contrôle social, qui transformerait les « *toxicomanes* » en des « *infirmes médico-légaux* ». Les professionnels en addictologie estimaient qu'il ne fallait pas privilégier la gestion des risques au détriment du rapport des usagers aux drogues. « *La politique de la réduction des risques ne pose jamais la question du sujet, de son droit à la déviance, de son droit à la marginalité et, au risque de vous choquer, de son droit à la mort.* »¹⁴

Entre 2010 et 2017, après plus de deux décennies, la controverse autour des SCMR a ravivé l'opposition entre les approches fondées sur l'abstinence et celles fondées sur la réduction des risques, même si elle ne se déployait désormais plus au sein des cercles des professionnels en addictologie. La controverse publique s'est ainsi déplacée de la sphère professionnelle aux sphères du politique, du quotidien et des interactions entre riverains et usagers de drogues.

Parmi les professionnels, le débat sur les vertus des SCMR a pratiquement disparu. La grande majorité du personnel soignant est déjà convaincue de l'intérêt de ce dispositif. Comme le montre notre analyse, très rares sont les professionnels en addictologie qui se prononcent publiquement contre les SCMR. Lorsqu'ils expriment leur opposition dans la presse écrite, ils emploient des termes plus mesurés et choisissent parfois de rester anonymes. La diffusion d'articles en faveur ou contre les SCMR dans le débat médiatique révèle que la critique de la réduction des risques s'est déplacée en dehors du champ des professionnels de santé. Entre 1994 et 2017, seuls quatre professionnels (des professeurs de psychiatrie dans des CHU) se sont exprimés contre les SCMR, tandis que cinquante-quatre se sont déclarés être en faveur de ce dispositif.

L'un de ces rares détracteurs oppose indirectement la réduction des risques, symbolisée par les SCMR, au sevrage tel que pratiqué en milieu hospitalier. Il avance, pour ce faire, des arguments budgétaires : « *La politique française de substitution et de distribution de seringues a été très efficace. Il serait dommage de dépenser de l'argent pour ces centres alors que nous manquons cruellement de budget pour hospitaliser les toxicomanes.* »¹⁵ Un autre argument a gagné du terrain parmi les professionnels de la santé, selon lesquels la réduction des risques

¹³ Curtet F., « Drogue et sida. La mise en vente libre des seringues ne résoudrait rien », Le Quotidien du Médecin, 1986.

¹⁴ Olievenstein C., « Contre l'alliance du libéralisme et de la santé publique », Le journal du sida, n° 82, 1996: 23–25.

¹⁵ L'Express, 25/8/2010, « Salles de shoot. Le modèle suisse ».

serait susceptible de réduire la notion complexe d'« addiction » aux seuls risques sanitaires : « Je regrette que les associations militantes, de par leur opportunisme, n'arrivent pas à avoir une vision globale du problème de l'addiction. Il serait préférable de créer des espaces dédiés au traitement et à l'accueil des toxicomanes. »¹⁶ D'aucuns vont jusqu'à exprimer leur opposition aux drogues, une opposition fondée sur des arguments moraux et non légaux, en ce sens que, selon eux, on ne devrait pas s'adonner à des comportements autodestructeurs. « C'est un débat politique, au sens philosophique du terme, sur la notion de l'interdit »¹⁷, affirme un psychiatre, « il faut comprendre que l'interdiction de la consommation de drogues se situe au-delà de la loi. Et nos patients même les plus dépendants le savent bien. S'il ne "faut" pas se droguer, ce n'est pas parce que c'est pénalement répréhensible mais parce que c'est mauvais pour eux. »¹⁸ Un autre médecin répond de manière anonyme : « Le traitement de l'addiction a été remplacé par l'épidémiologie du SIDA. Nous avons privilégié la "prévention des risques" (liés aux SIDA et aux hépatites) plutôt que le traitement des troubles psychologiques causés par l'addiction. Avec ce type de prise en charge, on ne peut pas résoudre le problème de l'addiction : on ne peut que le perpétuer. »¹⁹ Un autre psychiatre a également ravivé les craintes d'un contrôle social, souvent évoqué dans les débats sur le traitement par méthadone dans les années 1980 : « Les salles d'injection ne sont certainement pas la panacée. Mais si cela permet à certaines personnes dépendantes, marginalisées, qui refusent de se faire soigner, d'entamer une démarche thérapeutique, alors cela mérite d'être essayé. (...) Si de tels centres sont ouverts uniquement pour des raisons d'hygiène ou de sécurité publique, si c'est juste pour acheter la paix sociale, alors on sera très loin du respect dû à ces malades. »²⁰

Bien que le débat soit modéré parmi les professionnels de santé et que leurs opinions soient peu visibles dans les médias, deux associations professionnelles, l'Académie de médecine et l'Académie de pharmacie, ont officiellement exprimé leur opposition aux SCMR. L'Académie de médecine a souligné le paradoxe manifeste entre l'interdiction de l'usage de drogues en France (conformément à la loi du 31 décembre 1970) et l'autorisation des SCMR. Ses membres ont soulevé la question de la responsabilité morale des professionnels et de l'État, ainsi que celle de leur éventuelle responsabilité légale : « [L'expérimentation d'une "salle de shoot"] imposerait de satisfaire à certaines exigences éthiques et juridiques »²¹, parmi lesquelles ils citent les responsabilités des pouvoirs publics et des professionnels en cas d'acte délictueux commis sous l'emprise de la drogue.

Les débats sur les SCMR ont en partie relancé la distinction entre logique de soin et logique d'urgence sanitaire, cette dernière étant au principe de la réduction des risques. Comme le note une figure importante de la prise en charge de l'addiction en France, « s'injecter en cachette, dans les entrées d'immeubles ou dans la rue, augmente les risques »²². Outre l'idée que les SCMR contribuent à la réduction du nombre d'injections dans l'espace public et, de ce fait, à l'amélioration de la santé publique en limitant les risques associés à ces pratiques, la plupart des professionnels de santé en faveur des SCMR invoquent des arguments d'ordre

¹⁶ Le Figaro, 21/7/2010, « Les shooting room divisent les psychiatres ».

¹⁷ Le Figaro, 21/9/2010, « Salles de shoot: un rapport prône l'expérimentation ».

¹⁸ Le Figaro, 21/9/2010, « Salles de shoot: un rapport prône l'expérimentation ».

¹⁹ Le Figaro, 21/7/2010, « Les shooting room divisent les psychiatres ».

²⁰ Le Figaro, 4/9/2012, « Les médecins sont partagés sur la salle de shoot ».

²¹ Le Point, 6/2/2013, « Le gouvernement défend les salles de shoot ».

²² Le Figaro, 21/7/2010, « Les shooting room divisent les psychiatres ».

humanitaire : « *Nous préférons la stratégie des petits pas, avec un pragmatisme total, sans jugement. Il faut d'abord aider les personnes qui se droguent à ne pas mourir. Et dans un second temps, les aider à gérer.* »²³ Les professionnels de santé souhaitent également contribuer à la réinsertion sociale des usagers : « *Un "shoot", ce n'est pas un vice, ça n'a rien de sale. C'est une injection faite par un usager de substances psychoactives. C'est un facteur de risque, pas un marqueur de moralité. Ce sont les conditions du shoot qui sont souvent indignes de nos sociétés modernes.* »²⁴ Enfin, ils évoquent la possibilité d'orienter les usagers de drogues vers des structures de prise en charge médicale : « *En poussant la porte de notre structure, ces usagers sont déjà dans une démarche de soins. Ensuite, nous serons là pour les accompagner en leur proposant des consultations médicales, un soutien social et juridique. Et s'ils le souhaitent, on les orientera vers des structures de prise en charge des addictions.* »²⁵ Certains professionnels de santé évoquent les bénéfices des SCMR en termes de sécurité publique. En réponse aux rares voix s'élevant contre les SCMR parmi les professionnels de santé, certains partisans du dispositif invoquent également l'argument du coût-efficacité de ces dispositifs.

Si la controverse médiatique autour des SCMR était pratiquement inexistante parmi les professionnels de santé, on note toutefois que les détracteurs comme les défenseurs du dispositif ont mobilisé des arguments qui recoupaient en partie le débat tel qu'il se déployait au niveau politique : les opposants ont soulevé des questions de rentabilité médicale, tandis que les partisans ont évoqué des raisons d'ordre humanitaire. Pourtant, la controverse parmi les acteurs politiques a été bien plus violente et a donné lieu à des stratégies argumentatives plus variées.

4.3. La politique française : le spectre du laxisme et du prosélytisme de l'usage de drogues

Les mesures de réduction des risques et, en particulier, les SCMR ont polarisé le débat politique en France durant presque dix ans. Deux camps s'opposent sur ces questions. Selon le premier, les SCMR ne seraient « *ni utiles ni souhaitables* »²⁶, comme l'a affirmé le Premier ministre UMP, François Fillon. La formule a été reprise en 2010 par le président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (nommé sous la présidence de Nicolas Sarkozy, 2007–2012) en réponse au rapport de l'Inserm recommandant l'expérimentation des SCMR. Le second camp, dont font partie notamment deux ministres de la Santé et la nouvelle présidente de la MILDT (nommée sous la présidence de François Hollande, 2012–2017)²⁷, met en avant des arguments de santé publique.

Mais c'est à l'échelle locale que s'est joué réellement le débat politique. Les élections locales ont fait l'objet d'une plus importante couverture médiatique (plus du double d'articles de presse) que les élections nationales. Les acteurs et élus locaux ont lourdement pesé sur la mise en œuvre du dispositif et sur sa médiatisation. Rémi Féraud (aujourd'hui devenu sénateur),

²³ La Provence, 18/11/2016, « Faut-il des salles spéciales à Marseille ? ».

²⁴ Le Point, 16/9/2014, « Salles de shoot : le "pas de ça chez nous" n'est plus acceptable ».

²⁵ La Croix, 22/1/2016, « À Paris, la première salle de shoot devrait ouvrir à l'automne 2016 ».

²⁶ Le Point, 11/8/2010, « Matignon met fin au débat sur les salles de consommation de drogue ».

²⁷ Lors de la rédaction de cet article, Danièle Jourdain-Menninger était présidente de la Mildeca, elle a été depuis remplacée par Nicolas Prisse.

ancien maire du 10^{ème} arrondissement de Paris, s'est exprimé 191 fois à ce propos dans la presse, ce qui fait de lui l'un des acteurs du débat les plus engagés.

En France, l'usage de drogues est un sujet politiquement clivant, qui a souvent soulevé de vifs débats, en raison de la loi du 31 décembre 1970, un texte répressif qui proscribit aujourd'hui encore la consommation de drogues, y compris dans un cadre privé. Il est intéressant de noter qu'aussi bien à l'échelle locale qu'à l'échelle nationale, les acteurs des débats sur les SCMR tendent à mobiliser des valeurs historiquement associées à la droite ou la gauche. En 2012, soit quatre ans avant l'ouverture de la première SCMR en France, les opposants à ce dispositif, majoritairement de droite, ont publié un communiqué de presse, dans lequel ils ont mis en garde le public contre les effets du prosélytisme de l'usage de drogues sur les jeunes et les familles, et insisté sur l'importance de promouvoir l'abstinence auprès des usagers de drogues : *« Proposer des lieux afin que les drogués puissent continuer à se détruire dans la discrétion et à rester entre eux, sous prétexte de lutter contre le sida et l'hépatite C, est en fait en appeler clairement à la reconnaissance d'usagers de drogues, plutôt qu'à un objectif de sevrage qui seul devrait être poursuivi. Ces salles, bien loin d'aider les toxicomanes, encouragent l'augmentation de la consommation et contribuent au maintien d'une habitude au lieu d'inciter à l'arrêt. De plus, leur création est interprétée comme une acceptation tacite de la société à l'usage de substances pourtant illégales [...]. L'ouverture de ces centres serait un signe négatif donné à tous ceux dont le métier est de prévenir l'usage des drogues et aux familles de toxicomanes qui attendent aide et soutien des pouvoirs publics. »*²⁸ Outre les arguments moraux évoqués, les opposants aux SCMR ont invoqué des arguments économiques : *« L'objectif des pouvoirs publics doit être de sortir les jeunes de la drogue, et non pas de les accompagner en leur faisant croire qu'ils peuvent se droguer proprement [...]. Ces salles coûtent extrêmement cher : n'y a-t-il pas mieux à faire avec 1 million d'euros par an ? »*²⁹

Les partisans des SCMR, majoritairement de gauche, ont avancé, quant à eux, des arguments de santé publique ainsi que de sécurité publique. Ils ont affirmé leur volonté de protéger les individus les plus vulnérables, comme l'illustre la déclaration suivante du ministre de la Santé : *« Cette mesure, je la défends avec force et avec conviction, par-delà les discours dogmatiques et caricaturaux [...]. C'est une mesure de santé publique, parce que de trop nombreux toxicomanes échappent aux circuits de prise en charge et qu'il faut pourtant les soigner. C'est aussi une mesure de sécurité sanitaire. Il est inacceptable que chaque matin, en France, des adultes trouvent des seringues usagées sur les escaliers de la gare, ou que des enfants trouvent sur le chemin de l'école ces mêmes seringues abandonnées sur le trottoir. »*³⁰ Le maire du 10^{ème} arrondissement de Paris a justifié sa décision dans plusieurs articles : *« Aux élections municipales de 2014, la campagne de la droite portait entièrement sur la salle, et j'ai été réélu avec 66% des voix. Le résultat a été le même dans le bureau de vote le plus proche de la SCMR. »*³¹

Ainsi, la gauche promouvait la protection des membres les plus vulnérables de la société, tandis que les figures politiques de droite dénonçaient la déresponsabilisation des individus qu'occasionneraient les SMCR, ainsi que leur coût prohibitif. De même, les partisans prônaient

²⁸ Le Figaro, 30/7/2010, « Polémique autour des centres de consommation de drogues ».

²⁹ Le Figaro, 26/12/2012, « Les salles de shoot ne sont pas utiles ».

³⁰ La Croix, 7/4/2015, « Les salles de shoot en débat à l'assemblée ».

³¹ Le Monde, 8/4/2015, « Les députés approuvent les salles de shoot ».

une approche progressiste de la santé publique, tandis que les détracteurs refusaient de renoncer à l'idéal d'abstinence. Ce type d'opposition met en évidence la charge émotionnelle des questions liées aux drogues, laquelle peut amener à des confusions entre logiques complémentaires et opposées, telles que la prévention (qui vise à protéger les jeunes des conduites addictives) et la réduction des risques (qui vise à réduire les risques auxquels sont exposés les usagers déjà dépendants). Bien qu'elles soient érigées en symbole de la politique en matière de drogues, il convient de rappeler que les SCMR ne s'adressent qu'à un cercle très restreint d'usagers injecteurs en situation de détresse sociale.

L'existence des SCMR en France est largement tributaire de l'engagement d'élus locaux qui ont su prendre du recul par rapport au débat politique national. À Paris, le maire du 10^{ème} arrondissement a largement contribué au débat public et à la mise en œuvre progressive du projet, qui a bénéficié des trois années de sensibilisation et de concertation entre le rejet par le Conseil d'État de l'ouverture d'une SCMR en octobre 2013 et l'inauguration de la salle en 2016.

Pourtant, le processus n'a pas été simple. Des forums publics, organisés par le conseil municipal à partir de 2013, se sont souvent transformés en discussions houleuses, entachées par le sentiment d'un manque de concertation exprimé par les riverains. S'il reconnaît le caractère « *quelque part indispensable* » de la SCMR, l'un des représentants d'un groupe de riverains déclare qu'« *il faut régler le problème, mais en réelle concertation avec les habitants, pas avec des réunions lors desquelles on nous assène des choses précédemment décidées.* »³²

Au-delà de l'engagement des élus locaux, l'inscription des SCMR dans la loi de santé publique portée par le ministère de la Santé et la Mildeca en janvier 2016, puis de la circulaire de procédure pénale de juillet 2016, a fortement contribué à l'apaisement des débats locaux en apportant un fondement juridique à l'existence de ce dispositif. C'est cette avancée législative qui a fait l'objet du plus grand nombre d'articles de presse sur les SCMR. Elle a également permis de protéger les professionnels de santé intervenant dans la SCMR et d'empêcher la criminalisation des usagers de drogues dans le périmètre de la salle.

4.4 La sphère du quotidien : des interactions complexes entre riverains et usagers de drogues, sur lesquelles pèse la crainte d'une marginalisation

Divers acteurs sont engagés dans le débat sur les SCMR : du personnel médical aux professionnels de la réduction des risques, en passant par des acteurs politiques locaux et nationaux, les riverains et les usagers de drogues. Les riverains, tout comme les usagers de drogues, sont particulièrement préoccupés par les conséquences de l'ouverture d'une SCMR sur leur quotidien parce qu'elle affecterait directement leur environnement personnel et intime.

La SCMR parisienne a en effet ouvert ses portes dans le quartier de la Gare du Nord, une « scène ouverte » de consommation de drogues depuis les années 1990. On peut observer, dans ce quartier, des usages et trafics de drogues (notamment de crack et de produits de substitution), mais aussi, et ce, notamment depuis le début des années 2000, des scènes d'injection dans l'espace public. Au cours des dernières décennies, le quartier a connu de

³² Le Nouvel Observateur, 2/4/2015, « Salle de shoot à Paris et pourquoi pas à l'hôpital ? ».

profondes transformations. Les petits commerces d'alimentation ont été peu à peu remplacés par des entreprises spécialisées et communautaires, tels que des ateliers de réparation de vêtements et des boutiques de robes de mariée. Les profils sociaux et les origines ethniques des riverains sont très variés, et on trouve dans le quartier aussi bien des logements modestes que des appartements chics de style Haussmannien. S'il s'agit encore en partie d'un quartier populaire, certaines zones se sont néanmoins gentrifiées. Le quartier abrite également la Gare du Nord, l'une des plus grandes gares ferroviaires d'Europe et une plaque-tournante d'activités illicites (vente à la sauvette, mendicité, vole à la tire).

Malgré l'existence de troubles à l'ordre public avant l'inauguration de la SCMR, l'ouverture d'espaces de ce type visant explicitement à réduire les troubles à la sécurité et à la tranquillité publiques n'en reste pas moins une tâche délicate. Aux yeux de l'opinion publique, les SCMR peuvent sembler cautionner la consommation illicite de drogues. Certains riverains craignent également qu'elles n'attirent dans le quartier des populations marginalisées, auxquelles ils associent à des images d'opprobre moral (Davidson et Howe, 2014). La résistance locale aux espaces de réduction des risques et de prise en charge de l'addiction qui cristallise ces inquiétudes est désignée par le terme « NIMBY » (acronyme de l'expression « Not In My BackYard », qui signifie « Pas dans mon arrière-cour ») (Takahashi, 1997).

L'une des craintes les plus fréquemment mentionnées par les riverains dans les médias porte sur l'effet « pot de miel » (honeypot effect). D'autres travaux sur la perception des SCMR par les riverains ont fait état de ce phénomène (Kolla et al., 2017). Dès 2013, soit plus de trois ans avant l'ouverture de la SCMR parisienne, un représentant de l'association des habitants et commerçants du quartier Franz-Liszt a exprimé sa crainte de voir des groupes d'usagers de drogues errer dans le quartier : « *Nous dénombriamo déjà beaucoup de toxicomanes ici, mais ils seront désormais plus nombreux encore. Sans parler des dealers qui afflueront eux aussi dans l'espoir d'écouler plus de marchandise [...]. [Les parents sont les plus préoccupés.] Nous comptons de nombreux établissements scolaires dans le quartier. Les enfants risquent désormais de croiser de nombreux dealers, c'est un risque que les pouvoirs publics doivent avoir à l'esprit.* »³³ Des riverains membres de l'association « Vivre Gare de l'Est, Vivre Gare du Nord » font également part de leurs inquiétudes au sujet de la possible dégradation des infrastructures du quartier et la baisse de la valeur des biens immobiliers : « *L'insécurité n'en sera que plus grande dans ce secteur déjà cruellement éprouvé. Et qu'advient-il de nos biens immobiliers ? Les prix vont évidemment chuter. Qui achèterait un appartement à côté d'une salle de shoot ?* »³⁴ Enfin, certains ont affirmé qu'il serait préférable que la SCMR soit située dans un autre quartier, laissant ainsi transparaître une opposition de type NIMBY. Réagissant à l'annonce du lieu initialement proposé pour la SCMR, un riverain a suggéré qu'un autre quartier serait plus approprié : « *Des problèmes existent effectivement dans notre quartier, liés à l'alcoolisme ou à la vente à la sauvette. En revanche, nous n'avons pas ou peu de toxicomanes jusque-là. Il y en a bien plus dans le quartier Lariboisière où une "salle de shoot" aurait sans doute trouvé sa place.* »³⁵

Les interactions quotidiennes avec les usagers de drogues peuvent être violentes. C'est notamment le cas lorsque ces derniers réalisent des injections dans des entrées d'immeuble

³³ La Croix, 6/2/2013, « Une première salle de consommation de drogue va ouvrir à Paris ».

³⁴ Le Parisien, 6/2/2013, « L'insécurité n'en sera que plus grande dans notre quartier ».

³⁵ Le Nouvel Observateur, 2/4/2015, « Salle de shoot à Paris : et pourquoi pas à l'hôpital ? ».

ou lorsqu'ils interagissent entre eux de manière agressive dans la rue. Certaines associations avaient déjà signalé des troubles à l'ordre public avant l'ouverture de la SCMR, ce qui a contribué à légitimer le choix d'emplacement de la salle fait par les élus locaux. Quelques mois après son inauguration, des riverains ont manifesté leur indignation par la création d'un collectif « contre la "salle de shoot" en zone résidentielle ». À leurs yeux, l'ouverture de la SCMR confirmait leur sentiment de vivre dans un quartier relégué aux marges et abandonné par les pouvoirs publics : « *On sacrifie ce quartier et on méprise ceux qui y vivent : jamais il n'y a eu autant de toxicomanes dans nos rues. Les consommateurs affluent de partout, accompagnés de chiens qui aboient sans arrêt, se piquent sous nos yeux, dans les voitures dont ils forcent les serrures, dans les halls d'immeubles, alors qu'il était annoncé que les gens attendant l'entrée dans la salle se regroupaient dans la cour du bâtiment. Le soir, les trafiquants viennent en voiture approvisionner les toxicomanes, qui sont constitués en clans, et se battent entre eux : deux scènes d'une violence incroyable ont déjà eu lieu les 26 février et 28 mars. Attend-on qu'il y ait un mort ?* »³⁶ Certains habitants affirment également qu'ils n'ont pas été consultés au sujet de l'ouverture d'une SCMR dans leur quartier.

Le discours des riverains est souvent caricaturé par les médias, qui évoquent des affrontements dramatiques entre riverains unanimement opposés au projet, représentants de la mairie du 10^{ème} arrondissement de Paris et l'association Gaïa, responsable de la SCMR. Chacun a pourtant la possibilité de faire part de ce qu'il estime être les « bonnes raisons » de son soutien ou son opposition aux SCMR. Pour améliorer l'acceptabilité de la mesure, il convient de dépasser l'antagonisme simpliste entre détracteurs et partisans, puisque les mêmes arguments sont susceptibles d'être mobilisés par chacun des deux camps.

Même si notre analyse de la presse écrite met en évidence une surreprésentation du discours critique des riverains et de leur crainte que la SCMR ne contribue à la marginalisation sociale de leur quartier, elle montre également que les riverains peuvent adopter des positions ambivalentes au sujet des usagers de drogues et expriment souvent leur souhait de les voir bénéficier d'un meilleur accès aux soins : « *La diminution drastique du budget initialement prévu pour la gestion de cette salle expérimentale, fera qu'elle deviendra strictement un lieu de consommation et non plus de soins et de suivi des toxicomanes.* »³⁷

D'autres associations de quartier, telles que « Action Barbès », ont manifesté leur soutien à l'ouverture d'une SCMR, convaincues des bénéfices du dispositif en termes de santé publique. Ces habitants du quartier mobilisent les mêmes arguments que ceux avancés par les professionnels de la réduction des risques et les acteurs politiques : « *On ne peut ignorer le problème [...]. Les personnes seront prises en charge d'un point de vue médical et social, et s'injecteront dans des conditions sanitaires sans risque. Elles pourront aussi tenter de se réinsérer. Il faut faire des expérimentations. D'autant plus qu'ailleurs en Europe il a été prouvé que cela fonctionnait plutôt bien, et qu'avec les temps l'hostilité des habitants diminuait.* »³⁸

Alors même que les riverains soutenant les SCMR ont mobilisé les arguments des professionnels, s'inscrivant ainsi dans une logique de santé publique, et que les riverains s'opposant aux SCMR ont simplement repris les arguments des acteurs politiques mettant en

³⁶ Le Parisien, 5/4/2017, « Les riverains de la salle de shoot veulent aller en justice ».

³⁷ Le Parisien, 6/1/2013, « Nouveau rassemblement contre la salle de shoot ».

³⁸ Le Nouvel Observateur, 31/5/2013, « Salle de shoot à Paris, les habitants divisés ».

garde le public contre la promotion de l'usage de drogues, le discours des habitants du quartier tend à se focaliser sur la tranquillité publique et le quotidien.

4.5 Les usagers de drogues exclus des arènes du débat public

Bien que les usagers de drogues soient les principaux bénéficiaires des SCMR, leur voix est bien moins représentée dans les médias que celle des autres acteurs du débat (**tableau 35**). Tandis que les riverains apparaissent dans 215 articles, les usagers de drogues ne figurent que dans 43 articles, soit un ratio de 5 à 1. Le plus souvent, les usagers de drogues sont amenés à s'exprimer dans le cadre de reportages sur les SCMR à l'étranger. Leurs témoignages parus dans la presse écrite retracent, pour la plupart, des parcours de vie difficiles, marqués par l'usage de drogues, la précarité et l'exclusion sociale. Plusieurs articles indiquent que les usagers conçoivent les SCMR comme des lieux où ils se sentent bienvenus et où l'on prend soin d'eux, comme le montre cet extrait : *« Ça veut dire redonner de l'espoir à des gens qui ont oublié qu'ils avaient des droits. En fait ça veut dire plein de choses, mais en résumé c'est surtout : "Vous êtes là, on le sait, on comprend un minimum votre maladie, et on vous redonne le droit de vivre un tout petit peu avec nous, regardez, on vous a même fait une petite place". Ça n'a l'air de rien, mais franchement c'est énorme. »*³⁹ Selon un second témoignage : *« Pendant quatre ans, j'ai vécu à l'arrière d'un parking, en attendant l'ouverture de la SCMR. Ma vie était un désastre. J'étais en colère contre la vie, contre les drogues et contre ceux qui les vendent... C'était la première fois que quelqu'un prenait soin de moi. »*⁴⁰ Et un troisième : *« Ici, nous ne sommes plus considérés comme des toxicos dangereux, mais comme des êtres humains et des gens malades. »*⁴¹

Quelques rares articles évoquent également les hésitations de certains usagers de drogues, réticents à l'idée de fréquenter le centre, par crainte du contrôle social qu'il pourrait impliquer : *« On m'a dit que ça ouvrait, mais je n'ai pas retenu les horaires et puis, je préfère attendre un peu pour voir comment ça se passe. Moi, j'aime être indépendant. »* Jeff, qui fréquente la rue Ambroise-Paré, face à l'hôpital de Lariboisière, s'inquiète de la surveillance policière : *« Cette salle, ça fout la merde. Il y a déjà beaucoup plus de contrôles dans la rue... Ça m'est déjà arrivé trois fois ce lundi... J'irai peut-être pour voir. Mais je ne veux pas être surveillé. »*⁴² Il est intéressant de noter que les professionnels en addictologie qui se montraient critiques à l'égard des traitements de substitution aux opiacés avaient déjà invoqué l'argument du contrôle social comme facteur inhérent à la réduction des risques dans les années 1980 et 1990.

Comme nous l'avons vu, les riverains peuvent se sentir abandonnés par les autorités lorsqu'ils sont témoins de nuisances publiques liées à l'usage de drogues. Les interactions entre usagers et habitants du quartier peuvent être violentes, mais cette violence peut aussi être le fait de riverains « excédés » par l'existence de la SCMR, comme le montre l'article suivant, qui décrit une interaction dans la rue : *« Un habitant excédé sort de sous un porche. L'échange est violent.*

³⁹ Le Nouvel Observateur, 23/10/2012, « Je suis toxicomane : les salles de shoot nous donneraient le droit d'exister un peu ».

⁴⁰ La Croix, 6/6/2017, « À Paris : les difficiles débuts de la salle de shoot ».

⁴¹ L'Express, 25/8/2010, « Salles de shoot : le modèle suisse ».

⁴² Le Parisien, 17/10/2016, « Paris : la première salle de shoot a ouvert, le quartier reste clivé ».

"Fiche le camp ! Va crever !", s'écrie l'homme. "Je vais mourir à petit feu. Je creuserai ma tombe toute seule", répond Jane, avant de s'effondrer en larmes sur le trottoir et de préparer fébrilement sa pipe à crack. Plus tard, une autre toxicomane la rejoint, et elles s'injectent ensemble du Skenan (sulfate de morphine). »⁴³

5. Discussion

L'examen et la comparaison de ces trois sphères et ces quatre types d'acteurs (professionnels, acteurs politiques, riverains et usagers de drogues) au cours de deux moments historiques du débat sur la réduction des risques, ainsi que l'articulation entre les échelles locale et nationale du débat et ses ajustements, éclairent notre compréhension du « cadrage » de la controverse publique française autour des SCMR et de la manière dont les acteurs formulent leurs arguments. Comme le prescrit la sociologie pragmatique (entendue comme sociologie des épreuves ici), nous avons cherché, dans notre analyse, à explorer les discours tant à l'échelle locale qu'à l'échelle nationale, et ce, de manière réflexive. Nous avons étudié les évolutions de la controverse au cours du temps, ainsi que l'influence des débats passés, dans une perspective généalogique plutôt que déterministe. Nous nous sommes également efforcées d'accorder la même attention aux positions des différents acteurs, tout en restant conscientes de leur inégalité de traitement dans la presse. Si notre analyse se concentre sur les positions de différents acteurs en situation et au cours de leurs interactions, notre examen du corpus d'articles de presse sur les SCMR a aussi révélé des réalités sociales et politiques plus vastes. L'un des points forts de notre travail est la quantité d'articles analysés (1735 au total), issus d'une grande variété de publications — locales, régionales et nationales — et s'échelonnant sur quinze ans. L'utilisation du logiciel NVivo nous a aidées à articuler l'analyse quantitative des données (en classant les données en fonction des profils des acteurs concernés) et l'analyse qualitative des thématiques qui s'en dégagent. Notre corpus d'articles de presse nous a permis de produire des données originales sur le traitement médiatique des SCMR et ainsi sur la manière dont elles sont devenues une question d'intérêt public. Notre analyse nous a également donné une idée de la nature du débat et de l'attention que chaque type d'acteurs a reçue. L'une des limites de notre travail réside dans le fait que nous n'avons pas pu effectuer une revue exhaustive de la presse écrite. Notre analyse aurait été plus complète si elle avait inclus des contenus tels que des articles de blog et des sections de commentaires en ligne, qui nous auraient donné une vision plus globale et exhaustive des SCMR et de l'évolution de l'opinion publique sur cette question.

Suivant les préceptes de la sociologie des épreuves, notre analyse montre que le débat sur les SCMR s'articule autour des contraintes et des ressources (Barthe et al., 2013) qui sous-tendaient déjà le débat sur la réduction des risques dans les années 1980, mais aussi qu'il opère un repositionnement : les arguments moraux sont moins fréquemment mobilisés, les oppositions entre professionnels sont moins présentes et le ton adopté est plus mesuré. On observe cependant aujourd'hui que ce débat animé s'est déplacé de la sphère professionnelle aux sphères du politique et des riverains.

⁴³ La Croix, 6/6/2017, « À Paris, les difficiles débuts de la salle de shoot ».

Notre travail révèle également que la politique en matière de drogues est le produit d'interactions complexes entre différents types d'acteurs (professionnels en addictologie et de la réduction des risques, acteurs politiques aux niveaux local et national, habitants des quartiers et associations de riverains, usagers de drogues et représentants de groupes d'auto-support d'usagers de drogues), ce qui illustre le passage du gouvernement à la gouvernance dans la politique en matière de drogues (Houborg et Vibeke Asmussen, 2014). L'analyse de la presse écrite montre ainsi que les opinions exprimées par des organisations professionnelles nationales telles que l'Académie de médecine n'ont guère d'impact sur le processus de prise de décision du gouvernement et des représentants locaux qui ont permis l'ouverture de la SCMR contre de l'avis de ces organisations. La déclaration de l'Académie de médecine n'a suscité pratiquement aucune réaction dans le débat médiatique. Cela montre que, loin d'être simplement transmises par des institutions nationales et bureaucratiques, les politiques publiques en matière de drogues sont en réalité le produit de négociations locales entre divers acteurs. L'analyse de la politique en matière de drogues ne saurait donc se limiter à l'analyse des actions de la classe politique et des bureaucraties (Stevens, 2011).

La sociologie des épreuves nous évite de considérer les arguments des différents acteurs comme fixes et prédéterminés. Au contraire, elle nous invite à les contextualiser en explorant la manière dont ils évoluent en fonction de leur environnement et des interactions entre les parties. Notre travail montre clairement que les opposants aux SCMR, ainsi que leurs défenseurs, s'appuient parfois sur des arguments similaires, bien qu'ils procèdent de positionnements divergents, ainsi que de situations et d'intérêts différents. Dans la presse écrite, la principale source de préoccupation quotidienne des riverains n'est pas toujours directement liée aux usagers de drogues par voie intraveineuse, mais plutôt au sentiment de vivre dans des zones marginalisées, oubliées du reste de la population, et d'être les seuls à devoir subir ces nuisances quotidiennes. Certains arguments avancés par les riverains et les usagers ressemblent donc à ceux mobilisés par les acteurs politiques et les professionnels en addictologie : la peur du prosélytisme de l'usage de drogues, la crainte que la prise en charge et la prévention de l'addiction ne soient plus une priorité, le spectre du contrôle social, mais aussi la reconnaissance des droits des usagers, la volonté de mettre à l'abri et de protéger les membres les plus vulnérables de notre société, ainsi que des valeurs humanistes. Ces arguments ont joué un rôle majeur dans la décision de mettre en œuvre les SCMR en tant que dispositif de santé publique après six années d'expérimentation, suivies d'une évaluation des bénéfices d'une telle mesure.

L'évolution des politiques publiques de réduction des risques et le constat de leurs impacts peuvent parfois engendrer une dissonance cognitive chez les acteurs, perceptible dans le débat. Au lieu de s'opposer en bloc à la réduction des risques, les acteurs tendent à accepter certains de ses bénéfices, tout en s'opposant aux propositions les plus radicales. Cela a été le cas des professionnels de la réduction des risques qui ont salué les avancées permises par la réduction des risques tout en se prononçant contre les SCMR, ainsi que des riverains qui ont fini par admettre que les SCMR constituaient une mesure adaptée à la situation actuelle tout en s'opposant à l'ouverture d'une salle de ce type dans leur quartier.

L'analyse des différents types de discours mobilisés dans le débat sur les SCMR montre en quoi la controverse contribue à l'émergence d'intérêts communs et peut amener à la création de collectifs qui se caractérisent par une montée en généralité.

La comparaison du discours des acteurs politiques et des riverains publiquement opposés à l'ouverture des SCMR met en évidence leur difficulté à saisir les objectifs de santé publique de ces salles, qui vont à l'encontre des solutions morales à l'usage de drogues, telles que l'abstinence et l'éradication des drogues. Les acteurs politiques tendent à accorder plus d'importance aux considérations morales et agitent régulièrement le spectre du prosélytisme de l'usage de drogues et de la jeunesse en danger comme principal argument contre les SCMR. Concernant les riverains, l'argument prédominant est celui de l'ordre public et des difficultés de la cohabitation avec des publics dont les profils et les pratiques sont perçus comme incompatibles avec le cours de leur vie quotidienne. La réticence des acteurs politiques et des riverains à considérer les questions de santé publique comme un enjeu majeur ont conduit le gouvernement à freiner l'ouverture de SCMR en France et à instaurer une phase expérimentale à Paris et à Strasbourg avant de prendre une décision définitive.

De nombreux phénomènes de NIMBY (Not in My BackYard) ont pu être observés lors de l'implantation de structures de prise en charge de publics dont les caractéristiques sociales et les pratiques (précarité économique et sociale, usage de drogues, SIDA, homosexualité) « dérangeant » les riverains sur le plan moral. Ces derniers craignent par ailleurs que le fait d'être associés à ces publics ne contribue à la détérioration de l'image de leur quartier (Davidson et Howe, 2014). La faible représentation des usagers de drogues dans le débat public est révélatrice de leur réputation sociale d'individus irrationnels, irresponsables et peu recommandables (Fraser et Moore, 2008).

La sociologie des épreuves se prête particulièrement bien à l'analyse de la politique en matière de drogues, notamment dès lors que la conception et la mise en œuvre de mesures sont contestées. Elle nous amène en effet à repenser ces controverses en accordant une égale importance aux différentes parties et en articulant de manière dynamique les analyses « micro » et « macro ». Cette approche nous permet d'éviter les biais de perception engendrés par une analyse réalisée à partir des opinions dominantes et les plus visibles. La sociologie des épreuves se distingue de l'approche plus classique de l'analyse des controverses par son strict respect du principe de symétrie : elle refuse d'accorder a priori une importance à certains arguments plutôt qu'à d'autres, au seul motif qu'ils seraient perçus comme dominants dans leur champ. Notre approche montre comment divers acteurs en viennent peu à peu à imposer leur voix dans la controverse. D'un point de vue méthodologique, elle repose sur un engagement : celui de ne jamais accorder plus d'intérêt à un acteur qu'à un autre et de développer une vision concrète de la manière dont le débat se déploie au cours du temps et entre divers acteurs. En outre, la sociologie des épreuves se prête bien à l'analyse de la politique en matière de drogues en ce qu'elle ne tient pas les plus hautes autorités publiques pour le seul locus politique où sont prises les décisions et où elles sont par la suite mises en œuvre au niveau local. Au contraire, elle nous invite à envisager la politique en matière de drogues comme le produit de décideurs politiques tant locaux que nationaux. Dans cette perspective, les adaptations locales n'apparaissent plus comme des applications à petite échelle de décisions prises au niveau national, mais bien comme des ajustements permettant de redéfinir les politiques publiques nationales au travers de l'expérimentation. La sociologie des épreuves évite ainsi l'écueil d'une distinction artificielle entre niveaux « macro » et « micro ».

Notre analyse montre que c'est surtout à travers l'observation locale de « scènes ouvertes » de consommation de drogues, problématiques en termes de santé et de sécurité publiques, que

les élus locaux ont pris la décision de mettre les SCMR à l'ordre du jour et de faciliter leur mise en œuvre. Le processus observé en France suit la même logique que celui ayant conduit à l'ouverture des premières SCMR dans les années 1980 en Suisse, en Allemagne et aux Pays-Bas, où des politiques locales dynamiques ont également impulsé le changement au niveau national (de Jong et Weber, 1999 ; Stoever et al., 2016). Dans le cas de la France, qui se caractérise par un système politique centralisé et régalién, l'engagement au niveau local a en effet instigué le changement, mais la suite du processus a nécessité une légitimation au niveau national par le biais d'une législation assurant la pérennité des SCMR. D'autres pays européens ont accepté une mise en œuvre de ce dispositif au niveau local sans attendre les changements législatifs au niveau national. De nombreux travaux, se fondant sur des analyses comparatives, ont cherché à identifier les facteurs qui ont permis à certains pays, et non à d'autres, d'ouvrir des SCMR. Les facteurs qui semblent décisifs sont généralement d'ordre politique, tels que l'apparition soudaine de fenêtres d'opportunité, engendrée par des changements de majorité politique (Hayle, 2015) ainsi que par l'engagement d'élus locaux. Il existe aussi des facteurs environnementaux, tels que l'existence de « scènes ouvertes » de consommation de drogues. Même le hasard et la sérendipité semblent jouer un rôle (Stoever et al., 2016). Notre analyse de la presse française montre que c'est un concours de circonstances — une suite d'événements coordonnés par différents acteurs (militants de la réduction des risques, acteurs politiques et scientifiques) — qui a contraint le gouvernement à se prononcer sur les SCMR, qui a incité des acteurs locaux (élus et associations de réduction des risques) à s'engager et qui a poussé les autorités législatives à légaliser les SCMR et à accompagner leur expérimentation. La controverse déclenchée par l'ouverture de SCMR en France incarne de manière emblématique les enjeux des politiques de réduction des risques et les tensions auxquelles elles sont confrontées en pratique dans un contexte prohibitionniste.

Synthèse des résultats

Contexte : En octobre 2016, la première salle de consommation à moindre risque (SCMR) française a ouvert ses portes à Paris. Nous proposons d'examiner le processus à l'issue duquel ce dispositif a été « cadré » comme une question d'intérêt public, après avoir été ignoré pendant près de vingt ans. Notre analyse de la controverse autour des SCMR porte sur la manière dont les débats publics sur la réduction des risques évoluent au cours du temps (des années 1990 à aujourd'hui), ainsi qu'en fonction de l'échelle du débat (locale vs nationale) et des acteurs concernés (acteurs politiques, professionnels, riverains et usagers de drogues).

Méthodologie : Notre méthodologie s'appuie notamment sur des analyses de contenus médiatiques. Nous avons en effet examiné 1735 articles de presse publiés entre 1990 et 2017. Notre approche théorique se fonde sur la sociologie des épreuves, issue de la sociologie pragmatique et de l'analyse des controverses. Dépasant l'interactionnisme, cette approche cherche à replacer les situations au sein de réalités sociologiques plus vastes. Nous portons aussi une attention particulière à la gouvernance, une perspective politique qui se concentre sur les dimensions locales des négociations et sur l'engagement de divers acteurs.

Résultats : Si le débat actuel sur les SCMR en France s'articule autour de contraintes et ressources déjà présentes dans le débat sur la réduction des risques dans les années 1980, il

opère également un repositionnement, en ce qu'il évite toute argumentation morale et implique moins de dissensions au sein de la sphère professionnelle. Force est de constater qu'aujourd'hui le débat se centre sur les sphères du politique et des riverains, et non plus sur la sphère des professionnels de la prise en charge de l'addiction. Le plus souvent, l'inquiétude exprimée par les riverains ne porte pas sur les usagers de drogues eux-mêmes ; elle émane plutôt de leur crainte de vivre dans un quartier relégué aux marges. Le débat public accorde peu de place aux usagers de drogues, bien qu'ils soient les principaux acteurs visés par la réduction des risques et qu'ils jouent un rôle essentiel dans la promotion des SCMR.

Conclusion : Il ressort de notre travail que la controverse autour des SCMR résulte d'interactions complexes entre différents types d'acteurs : professionnels de la réduction des risques, acteurs politiques locaux et nationaux, riverains et usagers de drogues. La comparaison de différents moments du débat public met en évidence les limites et les leviers d'action qui caractérisent la politique en matière de drogues en France.

Après avoir retracé la généalogie de la controverse française sur les SCMR, nous allons nous intéresser au contexte local parisien, dans les chapitres 2, 3, 4 et 5 en nous inscrivant dans une approche sociologique pragmatique qui postule l'intrication des contextes macro et microsociologiques et l'importance du principe de symétrie entre les différents acteurs et l'évolution de leurs expériences et positionnements au cours du temps.

Chapitre 2. Présentation du secteur d’implantation de la SCMR⁴⁴

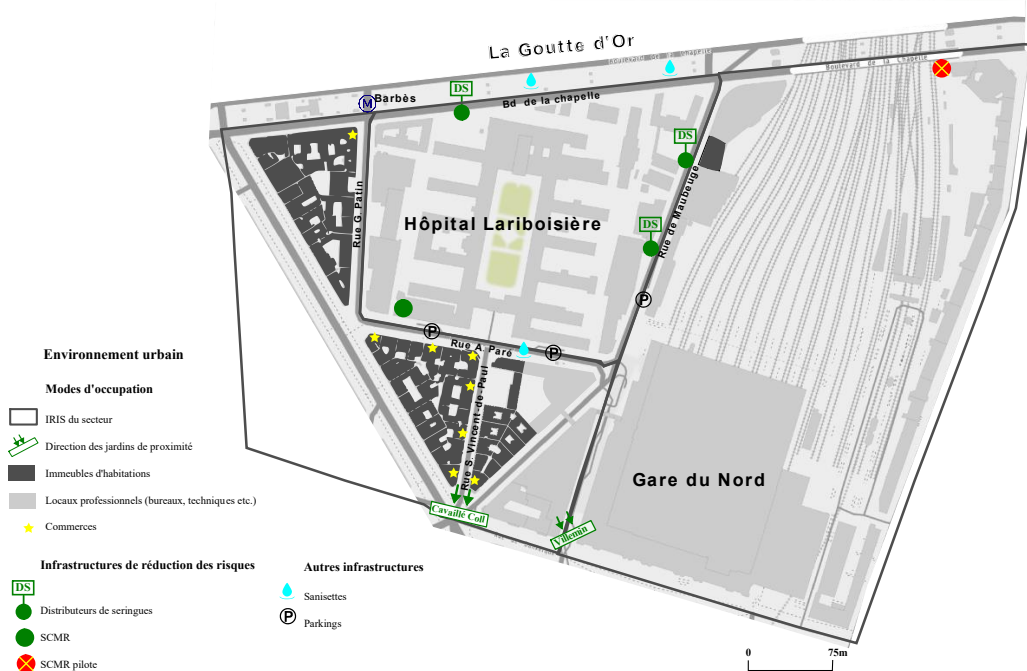
1. Replacer le secteur dans son contexte géographique

La SCMR est implantée dans un secteur qui fait partie du quartier Saint-Vincent-de-Paul, situé au nord du 10^{ème} arrondissement, frontalier du 18^{ème} arrondissement et du quartier de la Goutte d’Or. Le secteur d’implantation est constitué de trois Îlots Regroupés pour l’Information Statistique (IRIS)⁴⁵ dont deux sont occupés par l’hôpital Lariboisière et la Gare du Nord et l’un est occupé par des immeubles d’habitations et des commerces. La majorité des rues est bordée par des locaux appartenant à l’Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ou à la Société Nationale des Chemins de Fer (SNCF). C’est le cas pour le tronçon du boulevard de la chapelle, de la majeure partie de la rue de Maubeuge, d’une partie de la rue Ambroise Paré et de la rue Guy Patin (**Carte 1**). Dans ces rues, on compte également moins de commerces que dans les rues situées à proximité, comme le boulevard Magenta ou la rue du Faubourg Saint-Denis. En revanche, la rue Saint-Vincent-de-Paul est bordée de part et d’autre par des logements d’habitations et compte plusieurs commerces. Le secteur d’implantation constitue également un bassin d’emploi important fréquenté en journée par des salariés de la Gare du Nord et de l’hôpital Lariboisière. Enfin, le secteur est un lieu de transit majeur car la gare du Nord est la plus grande d’Europe avec plus de 700 000 voyageurs par jour sans compter les utilisateurs du réseau souterrain de métro.

⁴⁴Pour ce chapitre, la citation recommandée est Jangal C, Jauffret-Roustide M. *Présentation du secteur d’implantation de la SCMR*. In *Recherche sociologique sur l’impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale. Salles de consommation à moindre risque*, Institut de Santé Publique de l’Inserm, Paris, 2021.

⁴⁵ « Les communes d’au moins 10 000 habitants et la plupart des communes de 5 000 à 10 000 habitants sont découpées en IRIS. Ce découpage, maille de base de la diffusion de statistiques infracommunales, constitue une partition du territoire de ces communes en "quartiers" dont la population est de l’ordre de 2 000 habitants. ». Les IRIS d’activité : ils regroupent plus de 1 000 salariés et comptent au moins deux fois plus d’emplois salariés que de population résidente. » <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1523>

Carte 1 Contexte urbain du secteur d'implantation de la salle



Source : Enquête de terrain (2018-2021)

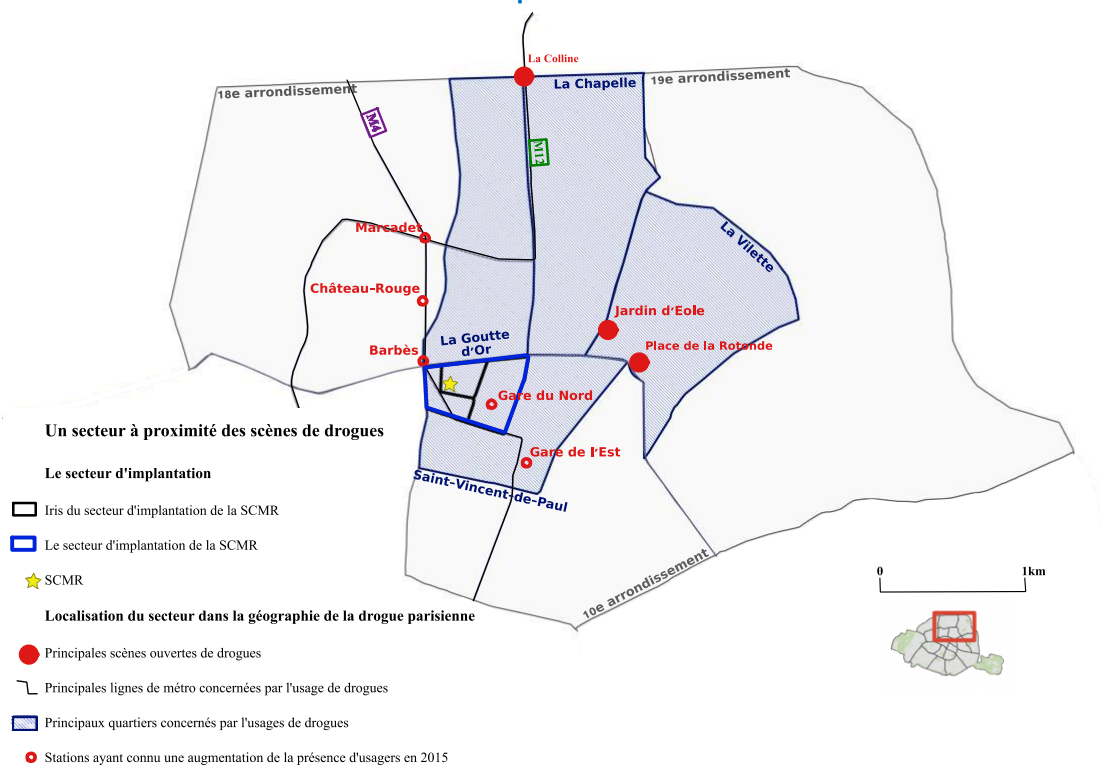
Le secteur d'implantation de la SCMR s'inscrit sur un territoire historiquement populaire du nord-est de la capitale. Depuis la fin des années 1990 et le début des années 2000, il connaît une gentrification progressive (Clerval, 2010). D'après Anne Clerval (2010), ce processus se caractérise par une diffusion des classes moyennes et supérieures depuis les « beaux quartiers » vers les « quartiers plus populaires », changement social qui s'accompagne d'un changement urbain (opérations de renouvellement, réhabilitations des espaces publics etc.). Le visage du 10^{ème} arrondissement et même du 18^{ème} arrondissement a donc changé, avec l'arrivée de nouvelles populations, plutôt jeunes et de profession cadre et intellectuelle supérieure. D'après l'Atelier Parisien d'Urbanisme (APUR), le 10^{ème} arrondissement fait partie de ceux qui ont connu une évolution positive du revenu médian entre 2001 et 2016 (APUR, 2020a). Actuellement, le revenu médian déclaré par rapport à la médiane régionale est supérieur de 15 à 30% dans le 10^{ème} arrondissement (APUR, 2020c). Le prix de l'immobilier sur cet arrondissement et notamment sur le quartier Saint-Vincent de Paul a également fortement augmenté d'après les données de la chambre des notaires de Paris que nous présenterons plus loin dans le **chapitre 5**. Ce quartier reste cependant situé dans un arrondissement de forte mixité sociale avec des classes moyennes et supérieures, une présence de classes populaires, mais aussi sur certains espaces spécifiques, une concentration de publics vulnérables.

En effet, parmi ces publics vulnérables, les populations sans-abri sont répertoriées principalement dans le nord-est parisien notamment aux abords des gares d'après l'APUR. Dans une analyse du recensement effectué lors de la nuit de la solidarité de 2020, il est indiqué que dans les 10^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 12^{ème} arrondissements sont les plus touchés par les phénomènes d'errance, avec plus de 200 personnes sans-abri dénombrées (APUR, 2020b). En 2014, une autre étude de l'APUR et de l'Observatoire Parisien de l'Insertion et de la Lutte contre l'Exclusion (OPILE) sur les personnes en situation de rue à Paris indiquait que « les arrondissements centraux et le 10^{ème} arrondissement concentrent de nombreux regroupements de « personnes sans-abri » (APUR et OPILE, 2014). Les recherches en sciences

sociales sur les populations sans-abri montrent que les gares constituent pour elles un « lieu ressource » (Damon, 1996 ; Pichon, 1992 ; Zeneidi-Henry, 2002). Elles sont des lieux de mendicité, de travail au noir, des lieux où il est possible de s’abriter, de s’alimenter, de sociabiliser et de se rencontrer. Par ailleurs, la majeure partie des associations destinées aux sans-abri est située dans ces arrondissements et notamment à proximité du secteur d’implantation de la SCMR. Ainsi, dans une note publiée en mars 2017, l’APUR soulignait « un déséquilibre de couverture du territoire parisien au profit des arrondissements du nord et de l’est parisien ». Dans la même note, il est indiqué qu’en février 2016 le 10^{ème} arrondissement comptait 916 hébergements d’urgence, faisant de lui le cinquième arrondissement où ce dispositif est le plus implanté (APUR, 2017).

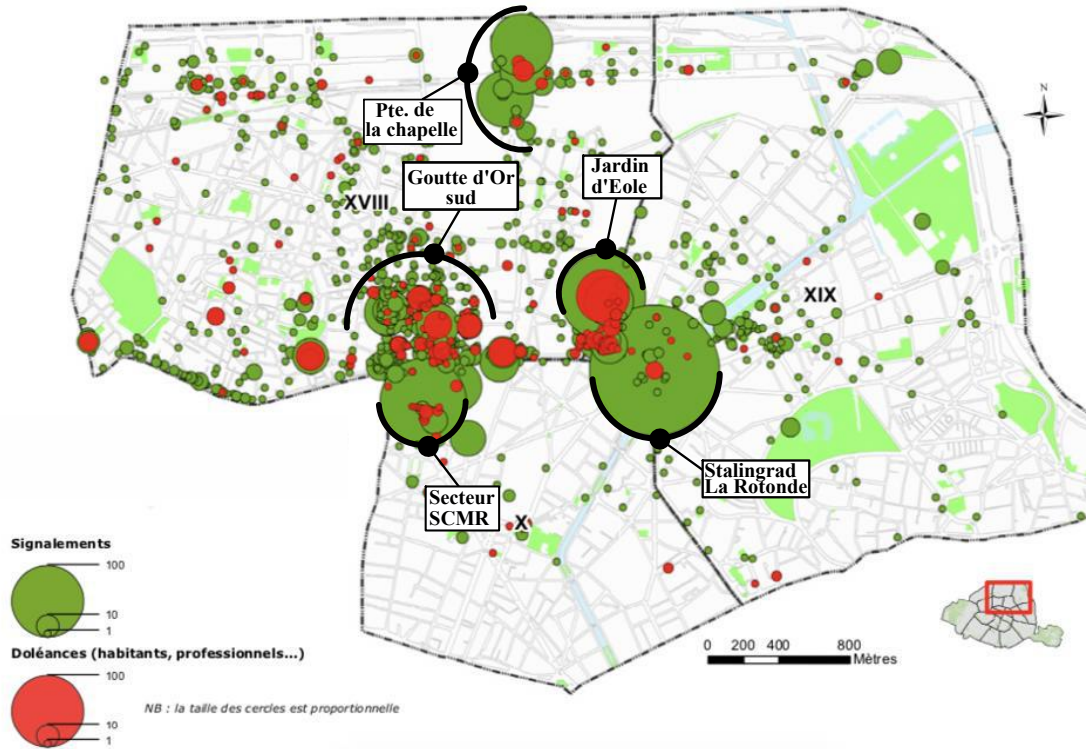
Le secteur d’implantation de la salle est localisé sur et à proximité d’importantes scènes ouvertes de drogues (**Carte 2**). Ce concept de scène ouverte de drogues a été introduit dans les années 1990 et peut être défini comme un espace de consommation et de revente de drogues qui a pour particularité de se déployer dans l’espace public. Ces scènes ouvertes ont des configurations très hétérogènes et pour une partie d’entre elles, les usagers de drogues et les dealers partagent l’espace public avec les riverains, ce qui peut donner lieu à une exposition de ces scènes au regard des habitants (Bless, Korf et Freeman, 1995 ; Waal et al., 2014). Aude Lalande, anthropologue, décrit une série de lieux et de contextes où s’installent les scènes ouvertes de drogues. Parmi eux, figurent les quartiers populaires et/ou d’immigrations et les « espaces de transit », comme les transports en commun ou les gares (Lalande, 2018). Ces dernières offrent de nombreux interstices urbains permettant l’installation de squats, mais elles constituent également des espaces d’échanges et de « buisness » favorisant la circulation et la vente de produits psychoactifs. Elle indique que dans les années 2000 les phénomènes liés aux drogues se concentraient à La Gare du Nord, La Goutte d’Or, Stalingrad et Porte de la Chapelle, soit sur ou à très grande proximité du secteur d’installation de la SCMR.

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



Maurupt et al., 2009). Elle dépeint une diversité de profils de personnes en errance et notamment des personnes sans-abri poly-consommatrices de drogues et injectrices. La Gare du Nord relie la capitale à la banlieue Nord mais aussi à l'étranger favorisant le trafic de drogues sur ces espaces. D'autres travaux attestent de la consommation de drogues sur ce secteur avant l'installation de la SCMR. En 2013, un article du Figaro montre avec les données de l'association Coordination Toxicomanie (CT) que les distributeurs de seringues de ce secteur étaient les plus utilisés de la capitale (Sage, 2013). Des cartographies produites par la CT dessinent la répartition des signalements et des doléances liés aux drogues entre janvier 2011 et août 2012 (Carte 3 et Carte 4). Ils sont fortement concentrés sur les zones de la gare du Nord, de la Goutte d'or, de Stalingrad et du Jardin d'Éole. Ces cartographies montrent que l'IRIS d'implantation de la salle était un des plus concernés par les problématiques de drogues avec un nombre de signalements oscillant entre 172 et 355.

Carte 3 Signalements et doléances liés aux drogues (janvier 2011 à août 2012)



Source : Cette cartographie est une production de la Coordination Toxicomanie 2012 sur laquelle nous avons ajouté quelques éléments de précisions.

Carte 4 Signalements et doléances liés aux drogues- aperçus selon les IRIS (janvier 2011 à août 2012)



Source : Cette cartographie est une production de la Coordination Toxicomanie 2012 sur laquelle nous avons ajouté quelques éléments de précisions.

Ainsi, il est important de replacer le secteur d'installation de la SCMR dans son contexte historique social et urbain, afin de contextualiser les analyses issues des données empiriques collectées pour la recherche (entretiens avec les parties prenantes). Le secteur qui est l'objet de cette recherche est constitué en majorité de locaux professionnels (bureaux, locaux techniques etc.). Autrement dit, les riverains qui vivent dans ce secteur ne sont pas uniquement des habitants mais également des salariés et des commerçants. Par ailleurs, le secteur a certes beaucoup évolué en raison de plusieurs opérations de renouvellement urbain mais également de la gentrification. Cependant, ce processus de gentrification croissant cohabite avec la présence d'associations et de populations sans-abri. Il est également un lieu de consommation depuis une vingtaine d'années, documenté par différentes études menées par l'ORS-IDF et la Coordination Toxicomanies. La SCMR a par conséquent été implantée dans ce quartier, en raison de la présence d'une zone de consommation et de deal, préexistante.

2. Implanter la salle dans un lieu pertinent pour les usagers

Plusieurs variables président à l'installation d'une SCMR au-delà des considérations politiques et juridiques. Elles supposent de tenir compte des pratiques spatiales des consommateurs afin que la salle puisse être adaptée et utilisée par ces derniers. Des recherches se sont intéressées aux pratiques spatiales des consommateurs de drogues et à leur accessibilité aux structures de réduction des risques. L'une d'entre elles constate que les raisons pour lesquelles les usagers de drogues laissent leurs seringues dans l'espace public sont la peur d'être arrêté par la police en possession de matériel de consommation (Devaney et Berends, 2008). Une des préconisations de la recherche consistait à prévoir l'installation de structures à proximité des lieux de deal. Des recherches ont également montré que la proximité des programmes d'échanges de seringues des lieux de vie des usagers favorisait leur utilisation (Rockwell et al., 1999 ; Sarang, Rhodes et Platt, 2008). Une recherche avait également établi que l'implication dans un programme de traitement était plus importante pour les personnes situées à moins d'un kilomètre d'un centre de prise en charge des addictions (Beardsley et al., 2003). Une autre recherche avait également démontré un lien entre implication dans un programme de réduction des risques et accessibilité physique à des programmes d'échanges de seringues ou des pharmacies (Cooper et al., 2011). La littérature scientifique disponible met en évidence l'importance d'installer des structures de réduction des risques au plus près des lieux de vie des usagers et ce sont ces arguments qui ont sous-tendu l'installation de la SCMR.

À notre connaissance, les études portant sur l'évaluation des SCMR se sont peu intéressées à la localisation et à l'insertion urbaine des SCMR. Si la majeure partie semble être installées à proximité des principales scènes de consommation, comme au Canada ou encore au Danemark. Or le contexte urbain dans lequel s'inscrit est un élément déterminant dans le processus d'acceptabilité sociale.

À Paris, plusieurs lieux d'implantation ont été explorés avant décision d'une implantation au 14 rue Ambroise Paré. Comme nous l'avons constaté précédemment, le secteur géographique d'intérêt est concerné par la consommation de drogues et le deal depuis plusieurs années, ce qui a été corroboré par les propos des professionnels de réduction des risques, de sécurité et

de propreté, de la police, des acteurs politiques et d'une partie des riverains interrogés qui seront détaillés plus loin dans ce chapitre. Une SCMR pilote a été implantée provisoirement au 39 boulevard de la chapelle derrière les bâtiments de la Gare du Nord et à proximité du métro La Chapelle. Cette localisation est relativement proche des principaux lieux d'injection ou de deal, mais elle était malgré tout inadaptée, pour plusieurs raisons. Elle n'était pas située directement sur la scène de deal et de consommations. Les infrastructures urbaines comme la Gare du Nord mais également les infrastructures ferroviaires constituent une frontière qui coupe le lieu d'implantation du principal spot d'échanges de produits et par conséquent de consommation. Les consommateurs circulent également sur ces espaces, mais ils ne stagnent pas comme cela peut être le cas dans certaines rues du secteur d'implantation de la salle et le point fort du deal ne se situe pas de l'autre côté des rails.

« La SNCF avait un terrain avec un Algeco de deux étages qui était posé dessus. Ce terrain, l'idée c'était de construire dessus une salle de consommation. C'était pas du tout idéal. Déjà, c'est un petit peu loin par rapport à la scène, mais ça restait quand même assez acceptable. Mais par rapport à la scène ici, là-bas il y a pas de deal. Il y a un petit peu de conso dans les parcs ou autour, mais ça n'a vraiment rien à voir avec ce qui se passe ici. C'est déjà un peu éloigné. Donc, c'était pas idéal. » (Professionnel de réduction des risques, 2018)

Le risque était une utilisation moindre de la SCMR, avec pour conséquence une consommation sur les espaces publics et semi-publics situés à proximité des lieux de deal. Par ailleurs, cette localisation présentait un inconvénient en raison de sa situation par rapport à un immeuble d'habitations, dont les fenêtres donnaient en contre-bas sur l'arrière-cour de la salle. Les riverains craignaient d'être confrontés de façon permanente à des nuisances sonores.

« Si l'entrée est très à l'écart, le parking en question est sous les fenêtres d'un certain nombre d'immeubles du bout du Faubourg Saint-Denis. Donc, il donnait directement dessus et ils craignaient des nuisances sonores, à mon avis de manière extrêmement légitime. Et après, ils craignaient de manière plus fantasmée des intrusions, les nuisances sonores, les chiens, etc. Je pense qu'ils étaient pas totalement dans le faux. » (Élu au sein de la mairie du 10^{ème} arrondissement, 2018)

Enfin, la configuration des lieux ne permettait pas aux urgences d'intervenir rapidement.

Une autre localisation a été envisagée sur la rue Maubeuge le long de l'hôpital, et seul un immeuble d'habitations en occupe un tronçon réduit.

« On a travaillé avec la mairie là-dessus, sur des propositions de locaux. Il y a plusieurs locaux qui ont été proposés, dont des locaux rue de Maubeuge qui étaient bien mais trop petits pour ce qu'on voulait faire. » (Professionnel de réduction des risques, 2018)

Par ailleurs, cette rue donnait sur les principaux lieux d'injection et de deal et favorisait donc la proximité usagers-structures. L'installation du dispositif au sein de l'hôpital Fernand Widal, qui dispose d'un centre d'addictologie a également été envisagée. Cependant, la taille des locaux était trop petite pour l'installation d'un espace destiné à recevoir de nombreux usagers.

L'implantation de la salle au 14 rue Ambroise Paré, apparaît alors pour les professionnels de la réduction des risques et les acteurs politiques comme la plus adaptée en raison de la présence d'une scène ouverte déjà bien ancrée sur le territoire, de pratiques spatiales des usagers, de la possibilité d'intervention des urgences et de la disponibilité des locaux au sein de l'hôpital. Le deal et les lieux de consommation sont situés à quelques mètres de là et les usagers peuvent accéder à la salle sans entrer dans l'enceinte de l'hôpital. La proximité des urgences favorise une intervention rapide des équipes sanitaires en cas d'overdoses.

« Une salle d'injection pour nous, c'était vraiment ici qu'il fallait le faire. Ça avait aucun sens de la mettre Porte de la Chapelle ou dans le 14^{ème}. Il fallait vraiment la faire ici et dans un périmètre très restreint, idéalement là où elle est par exemple aujourd'hui, c'est-à-dire vraiment sur la scène mais pas trop loin. Nous, non. Ce qui était intéressant, c'est d'être vraiment sur la scène. Et là, on ne peut pas être plus sur la scène, à moins de mettre une salle sur les marches vers les taxis. Non, vraiment le lieu est parfait. Après, on est totalement indépendant de l'hôpital et les usagers savent bien que ça n'a rien à voir. L'avantage, c'est qu'on est très près, et ça facilite beaucoup, des urgences et du service de réa. » (Professionnel de réduction des risques, 2018)

« Je pense qu'il y avait un discours un peu « tête de bois » des associations de réduction des risques, dont Gaïa d'ailleurs, qui depuis est complètement revenue là-dessus, pour dire : « mais c'est pas pareil que l'hôpital, d'ailleurs les usagers n'entreront jamais dans l'enceinte hospitalière parce que désocialisés, la preuve ils veulent bien aller dans nos bus, mais ils vont pas chez le médecin, donc c'est mieux si c'est pas dans l'hôpital ». [...] Je vois bien sur quelle réalité des acteurs de terrain ça peut reposer. Je pense qu'il est aussi, en grande partie, sans doute idéologique, respectable, mais on n'est pas obligé d'être d'accord. [...] Il est totalement inaudible par des habitants. Totalement. [...] On a vu l'effet, une fois qu'on a dit : « c'est dans l'hôpital Lariboisière, accès autonome, étanchéité entre cette emprise et l'intérieur de l'hôpital, mais enfin c'est juste là et c'est à côté des urgences », à quel point tout le monde a dit : « ça, c'est un bon endroit ». Avec quand même, toujours l'idée : et s'il y a un problème et si overdose, à côté des urgences, c'est le meilleur endroit pour faire une overdose d'une certaine manière. De ce point de vue-là, ça règle pas la situation des gens qui habitent autour, mais pour énormément de monde, c'était plus adapté, vraiment. » (Élu au sein de la mairie du 10^{ème} arrondissement, 2018)

L'implantation de la salle a donc été pensée en tenant compte de plusieurs variables parmi lesquelles la localisation des lieux de deal et de consommation, la surface des locaux, les possibilités d'intervention des équipes sanitaires et le voisinage. Le quartier est principalement occupé par des bureaux, mais l'entrée de la salle rue Ambroise Paré reste située en face d'un immeuble d'habitations.

Carte 5 Usage de drogues dans le secteur d'implantation de la salle avant son installation



Source : Enquête de terrain 2018-2021

NB : la Gare du Nord est concernée par l'injection dans l'espace public, au niveau de certaines voies et escaliers mais également au niveau des zones de stockages et d'avitaillement.

Chapitre 3. Évolution des traces de consommations dans l'espace public – une étude écologique⁴⁶

1. Méthodologie d'analyse des traces de consommation dans l'espace public

1.1. Définition des traces de consommation et du périmètre d'étude

Pour analyser l'évolution de l'usage de drogues au sens large dans l'espace public, les recherches internationales quantitatives ont utilisé différents indicateurs (Potier et al., 2014 ; Huey, 2019)

- Les phénomènes d'injection dans l'espace public (León et al., 2018 ; Wood et al., 2004)
- Les phénomènes de deal ou autres délits (Freeman et al., 2005 ; Wood, Tyndall, Lai, et al., 2006 ; Fitzgerald, Burgess et Snowball, 2010 ; León et al., 2018)⁴⁷
- Les seringues abandonnées dans l'espace public (Doherty et al., 2000, 1997 ; Espelt et al., 2017 ; León et al., 2018 ; Wood et al., 2004)
- Le matériel d'injection (cotons secs, capuchon de seringue, fioles d'eau, gamelles etc.) abandonné dans l'espace public (Doherty et al., 2000, 1997 ; León et al., 2018 ; Wood et al., 2004)

Dans la recherche, nous avons considéré les seringues et le petit matériel d'injection comme indicateurs de la consommation dans l'espace public. Les entretiens menés avec les riverains montrent que ces derniers ne reconnaissent pas uniquement les seringues comme matériel d'injection, mais aussi certains emballages et médicaments, comme les flacons de méthadone. Si les seringues constituent le matériel d'injection perçu comme le plus « dangereux » car pouvant constituer un vecteur de transmission de maladies infectieuses, des recherches ont pris en compte le petit matériel d'injection dans leurs analyses. Elles le justifient en expliquant que les récupérateurs de seringues disposés sur certaines scènes de consommation, peuvent être utilisés par les consommateurs qui injecteraient dans la rue. Le petit matériel qui ne peut être placé dans ces récupérateurs, peuvent également attester des pratiques d'injection dans l'espace public (Wood et al., 2004). Dans le secteur d'intérêt de la recherche, il existe trois récupérateurs-échangeurs de seringues, qui donnent en échange d'une seringue usagée un jeton permettant de récupérer du matériel d'injection stérile ou du matériel d'inhalation. Contrairement aux seringues, le petit matériel qui est abandonné dans l'espace public n'atteste pas de manière systématique d'une injection réalisée dans l'espace public car des usagers peuvent ne pas utiliser ce petit matériel (et préférer par exemple l'utilisation d'une cuillère personnelle pour préparer le produit). Jeter ce petit matériel dans l'espace public est alors le signe qu'il n'est pas adapté à la pratique de l'usager.

⁴⁶ Pour ce chapitre, la citation recommandée est Jauffret-Roustide M, Chauvin C, Jangal C, Tran VC. *Évolution des traces de consommation dans l'espace public. Une étude écologique*. In *Recherche sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale. Salles de consommation à moindre risque*, Institut de Santé Publique de l'Inserm, Paris, 2021.

⁴⁷ Les actes de délinquance seront traités dans le chapitre 5.

Le tableau ci-dessous et l'annexe 5 résument l'ensemble des traces de consommations prises en compte :

Tableau 36 Types de traces de consommations recensées

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

Un périmètre a été défini en concertation avec les associations de réduction des risques, sur lequel le recueil a été réalisé par une assistante de recherche de l'équipe Inserm du Cermes3 (Carole Chauvin). Ce périmètre inclut les zones identifiées comme étant des zones de deal, d'injection et de présence des consommateurs. Il comprend les rues Ambroise Paré et Guy Patin, un tronçon de la rue de Maubeuge, Saint-Vincent-de-Paul et du Boulevard la Chapelle (**Carte 6**). La place du marché et les trois sanisettes ont également été intégrées au périmètre mais les parkings n'ont pas fait l'objet du recueil des données de même que la Gare du Nord ou l'hôpital Lariboisière.

Carte 6 Zone d'observation et de collecte de données



Lecture : en bleu figure la zone d'observation de la collecte de données

1.2. Organisation du recueil des données

Au niveau international, plusieurs méthodologies sont utilisées dans les recherches consacrées à l'évaluation des SCMR. Une partie des recherches a mobilisé des données quantitatives recueillies par différents services sur les seringues trouvées dans l'espace public (Espelt et al., 2017). D'autres ont procédé à leur propre recueil de données en utilisant une procédure stricte de comptage du matériel sur le périmètre défini (Doherty et al., 1997, 2000 ; Wood et al., 2004 ; León et al., 2018).

Nous avons procédé à un notre propre recueil de données, en nous inspirant de la méthodologie, de Wood et al (2004), pour laquelle la collecte de données a eu lieu six semaines avant et douze semaines après l'installation de la salle. Une des originalités de notre recueil est qu'il s'est déroulé sur un temps plus long. Notre recueil de données s'appuie en effet sur des observations réalisées sur le périmètre défini entre le 21 mars 2016, soit 6 mois et 27 jours avant l'ouverture de la SCMR et le 18 juin 2018 soit 1 an, 7 mois et 27 jours après l'ouverture de la salle. Avant l'ouverture de la salle 36 observations ont été réalisées et 135 ont été réalisées après l'ouverture de la salle. D'une durée de 1h30, ces sorties avaient lieu de une à deux fois par semaine. Des jours et des horaires diversifiés (en matinée, dans l'après-midi et en soirée) ont été sélectionnés afin d'avoir une vision globale de la situation. Au cours de ces sorties, une assistante de recherche expérimentée dans le recueil de données liées à l'usage de drogues, a pris des photos des traces de consommation trouvées sur le périmètre. Pour chaque rue incluse dans le périmètre et sur toute leur longueur, les deux côtés du trottoir étaient sillonnés par l'assistante de recherche. Après chacune de ses sorties, l'assistante de recherche était chargée de rédiger un compte rendu, afin de reporter les éléments qui ne pouvaient être pris en photo (pour des raisons juridiques, afin de préserver l'anonymat des personnes rencontrées), mais qui permettait d'apporter des informations supplémentaires sur l'injection dans l'espace public. Devaient être reportés par l'enquêteur : la présence des forces de police, les situations de deal, la présence de consommateurs et les scènes d'injection dans l'espace public. Ce type de méthodologie a également été mis en place dans d'autres recherches à l'international et ont fait l'objet de publications, mentionnées ci-dessus.

1.3. Le codage des données et leur organisation sur une base

Trois ingénieures (Candy Jangal, Marion Thurn, Carole Chauvin) ont réalisé le recensement des traces de consommation en suivant des consignes précises visant à harmoniser le codage. L'implication de plusieurs ingénieures sur cette phase pré-analyse visait à éliminer la variabilité inter-codeur. Sur chaque cliché pris par l'assistante de recherche, chaque objet de consommation présent était répertorié en précisant le lieu sur lequel il a été trouvé, la date et l'heure de la prise du cliché.

Lors du recensement, l'objectif était d'ajouter des précisions sur le risque présenté par certaines traces de consommation. Pour les seringues, les ingénieures ont notifié si l'état de l'aiguille était visible et donc à risque (aiguille laissée à l'air libre sur la seringue) ou s'il n'était pas visible et donc moins à risque (seringue rebouchée ou aiguille cassée). Elles devaient également inscrire dans le recensement la présence de sang sur les traces de consommation,

celles-ci étant considérées comme plus à risque dans ces cas-là. Pour les clichés où de nombreux objets étaient présents, une double vérification a été systématiquement effectuée afin de valider définitivement le décompte. Des clichés sur lesquels il était difficile de se prononcer ont été soumis à la validation de Marie Jauffret-Roustide, la responsable scientifique supervisant le protocole de recueil des données et l'analyse

Les données météorologiques ont également été prises en compte, mais elles n'ont pas été reportées par l'enquêteur lors de ses observations. Cependant, il a été possible de retrouver en utilisant les archives de météo-france, qui permettent d'obtenir des informations sur la durée d'ensoleillement en heure, la hauteur des précipitations en mm/m³ et les températures maximales et minimales journalières cela depuis l'année 1970. Pour chaque journée d'observation, nous avons donc pu recueillir ces informations grâce aux données de la base météorologique du Xe arrondissement de Paris où est située la SCMR.

2. Analyse des traces de consommations dans l'espace public

Une fois saisies dans un fichier excel, les données ont été organisées par Candy Jangal sous Phpmyadmin qui est un gestionnaire de bases de données. Les analyses statistiques suivantes ont été réalisées par Viet Chi Tran.

L'objectif de ces analyses est de mesurer l'impact de l'ouverture de la SCMR sur la propreté des rues avoisinantes.

Tests d'égalité des moyennes ou proportions : Nous pouvons tester s'il existe un décalage statistiquement significatif entre les moyennes et proportions de variables d'intérêt (nombre moyen de seringues trouvées dans la semaine etc.) calculées avant et après l'ouverture de la salle d'injection. Les tests classiques peuvent se fonder sur une hypothèse de normalité (qui est approximativement satisfaite grâce à la taille de notre échantillon et par le théorème central limite) ou nous pouvons également utiliser des tests non-paramétriques (test de Wilcoxon, par exemple). L'hypothèse nulle est alors que la moyenne des données correspondant à la période précédant l'ouverture de la salle d'injection est égale à la moyenne des données correspondant à la période suivant cette ouverture. L'hypothèse alternative est que la seconde moyenne est plus petite que la première.

La semaine du 19 septembre 2016, 38 seringues ont été relevées. Afin de vérifier que cette donnée n'est pas seule responsable des conclusions, nous procédons aux deux vérifications suivantes : 1) nous seuillons les données à 20, 2) nous retirons la donnée correspondant au 19 septembre 2016.

Régression censurée : En suivant les idées d'Espelt et al. (2017), nous avons réalisé une régression pour séparer les effets de la météo de la salle d'injection sur le nombre de seringues trouvées dans le quartier. De façon similaire à l'article d'Espelt et al., nous choisissons comme variable dépendante $\log(X(t)+1)$ où $X(t)$ est le nombre moyen de seringues trouvées par l'Investigateur 5 pendant la semaine t . Cette variable étant positive, nous utilisons un modèle Tobit pour gérer la censure à gauche en 0. La régression est donc la suivante :

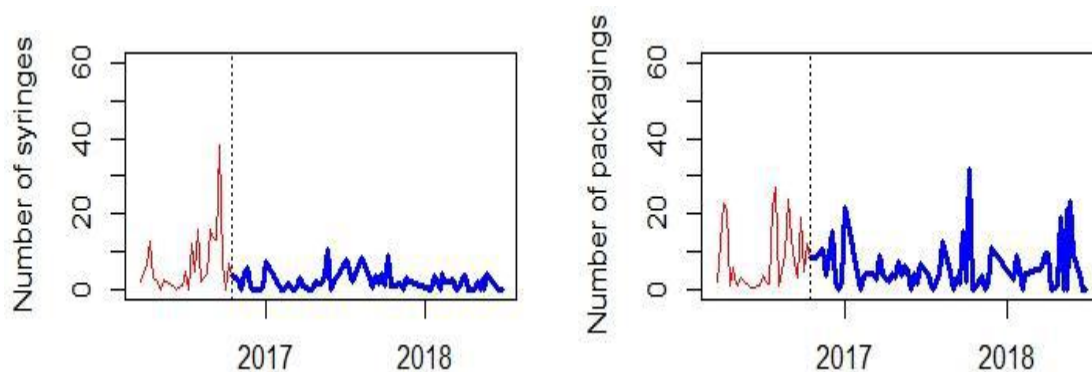
$\log(X_{t+1}) = \beta_0 + \beta_1 S_t + \beta_2 T_t + \beta_3 1_{\{\text{inj.room}\}} + \text{résidus}$

que nous estimons par une procédure Tobit avec censure à gauche en 0. La série chronologique (allant de mars 2016 à juin 2018) n'est pas suffisamment longue pour permettre de prendre en compte des coefficients saisonniers mensuels, la seule variable proxy pour la météo est la température moyenne sur la semaine t , T_t et l'ensoleillement moyen S_t .

3. Résultats des analyses

3.1. Une baisse sensible des traces de consommations dans l'espace public

Figure 22 Moyennes hebdomadaires du nombre de seringues (syringes) et autres traces de consommation (packagings) dans l'espace public autour de la SCMR parisienne



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

Lecture : la ligne en pointillé correspond à l'ouverture de la SCMR qui constitue le point de comparaison avant/après

Tableau 37 Nombre moyen hebdomadaire de seringues et d'autres traces de consommation trouvées dans l'espace public avant et après l'ouverture de la SCMR

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

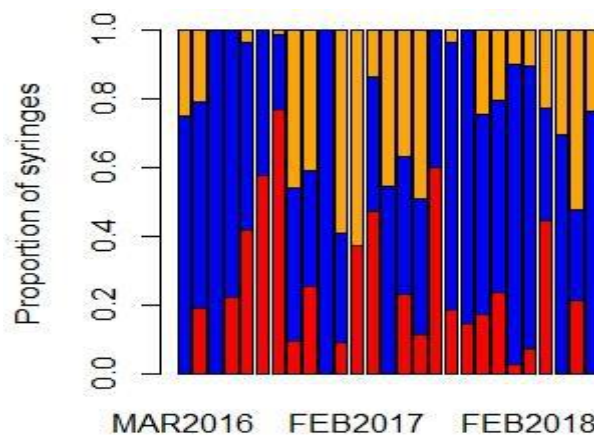
Source : Bases données INSERM traces de consommation (2016-2018)

Le test de normalité et le test de Wilcoxon pour la comparaison des nombres moyens de seringues trouvées avant et après l'ouverture de la salle d'injection rejettent tous les deux l'hypothèse nulle : il existe une diminution significative du nombre moyen de seringues trouvées après l'ouverture de la salle d'injection (la p-valeur des tests sont respectivement $2.87e-3$ et $1.84e-3$). Plus précisément, le nombre moyen de seringues trouvées après l'ouverture de la salle de consommation est égal à 32% du nombre moyen de seringues trouvées pour la période précédant cette ouverture.

Pour préciser, nous avons montré qu'il y avait une baisse significative du nombre moyen de seringues trouvées sans aiguille apparente (passant de 2.10 (2.18) avant à 1.32 (1.61) après, p-valeur du test de Wilcoxon de 0.029), tandis que la décroissance du nombre moyen de seringues trouvées avec aiguilles apparentes n'est pas significative (0.62 (1.34) avant contre 0.47 (0.68) après, p-valeur du test de 0.84).

Egalement, parmi les seringues avec aiguilles apparentes, la proportion de celles ayant des traces de sang augmente de 5.88% avant (1/17) à 13.4% après (11/82). La proportion globale de seringues avec présence de sang est minoritaire et représente 3% de la totalité des seringues. Ceci pourrait contribuer à l'impression de dégradation de la propreté des rues après l'ouverture de la salle d'injection.

Figure 23 Proportion de seringues avec des aiguilles apparentes (orange), avec des aiguilles non apparentes (bleu) ou dont l'état de l'aiguille n'est pas visible (rouge), représentée dans le temps



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

Pour les autres traces de consommation (emballages, flacons, petit matériel d'injection, ...), le nombre moyen de traces dans l'espace public trouvées après l'ouverture de la SCMR correspond à 68.64% du nombre moyen avant l'ouverture de la SCMR. Cette diminution n'est toutefois pas statistiquement significative (p-valeur pour les tests de normalité et de Wilcoxon de 0.08 et 0.21 respectivement).

Un test de cointégration (test de Johansen de la trace) montre qu'il n'y a pas de cointégration entre les séries des seringues et des emballages : ces séries peuvent donc être considérées séparément.

3.2. Analyse sans la donnée (pic) de la semaine du 19 septembre 2016

Tableau 38 Seuillage des données à 20 (le relevé des 38 seringues la semaine du 19

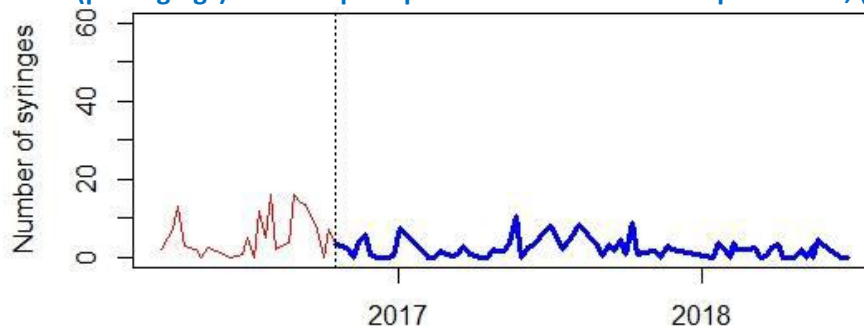
	Nombre hebdomadaire moyen de seringues relevé (moyenne et écart-type – entre parenthèses)	Nombre hebdomadaire moyen d'autres traces de consommation (emballages de kits d'injection et de médicaments, cups, fioles d'eau, filtres,...) (moyenne et écart-type – entre parenthèses)
Période d'observation avant l'ouverture de la SCMR	6.22 (6.07)	7.82 (7.70)
Période d'observation après l'ouverture de la SCMR	2.23 (2.43)	5.83 (6.32)

Source : Bases données INSERM traces de consommation (2016-2018) *septembre 2016 est ramené à 20*.

Nous avons vérifié que le nombre de seringues relevé la semaine du 19 septembre 2016 ne perturbe pas ces résultats (il est à noter que les 38 seringues relevées pendant la semaine du 19 septembre 2016 sont du type "NV" (aiguille non visible)).

Les tests de normalité (p -valeur= $7e-4$) et de Wilcoxon (p -valeur= $1.84e-3$) rejettent tous les deux l'égalité des moyennes. Le nombre moyen de seringues trouvées après l'ouverture de la salle est 35% de ce qui était relevé en moyenne avant l'ouverture de la salle et cette diminution est significative.

Figure 24 Moyennes hebdomadaires du nombre de seringues (syringes) et autres traces de consommation (packagings) dans l'espace public autour de la SCMR parisienne, (sans le pic)



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

Lecture : la ligne en pointillé correspond à l'ouverture de la SCMR qui constitue le point de comparaison avant/après)

Tableau 39 Nombre moyen hebdomadaire de seringues et d'autres traces de consommation trouvées dans l'espace public avant et après l'ouverture de la SCMR (sans le pic)

	Nombre hebdomadaire moyen de seringues relevé (moyenne et écart-type – entre parenthèses)	Nombre hebdomadaire moyen d'autres traces de consommation (emballages de kits d'injection et de médicaments, cups, fioles d'eau, filtres,...) (moyenne et écart-type – entre parenthèses)
Période d'observation avant l'ouverture de la SCMR	5.64 (5.46)	8.72 (9.02)
Période d'observation après l'ouverture de la SCMR	2.23 (2.43)	5.83 (6.32)

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

Les tests de normalité (p -valeur= $1.2e-3$) et de Wilcoxon (p -valeur= $3.7e-3$) continuent de montrer une différence significative entre les moyennes des seringues avant et après l'ouverture de la salle d'injection. La moyenne des nombres de seringues relevées après l'ouverture de la salle représente 39% de celle avant l'ouverture de la salle.

Avec la suppression des données relatives au 19 septembre 2016, la diminution des seringues avec aiguille apparente (AA) reste non significative (p -valeur du test de Wilcoxon égale à 0.80). La diminution des seringues sans aiguille apparente (ANA) l'est quant à elle (p -valeur= $1.59e-2$).

3.3. Prise en compte des paramètres météorologiques et de l'ouverture de la salle

Les résultats de la régression Tobit sont présentés ci-dessous :

Tableau 40 Prise en compte des paramètres météorologiques

Variable	Coefficient	Standard deviation	p-value of t-test
Constante	0.90163	0.34686	0.00934
Exposition au soleil	-0.04710	0.02875	0.10135
Température	0.05155	0.01814	0.00450
Indicatrice associée à l'ouverture de la SCMR	-0.58355	0.24345	0.01653
Ratio correctif de Mills	-0.02418	0.08957	0.78722

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

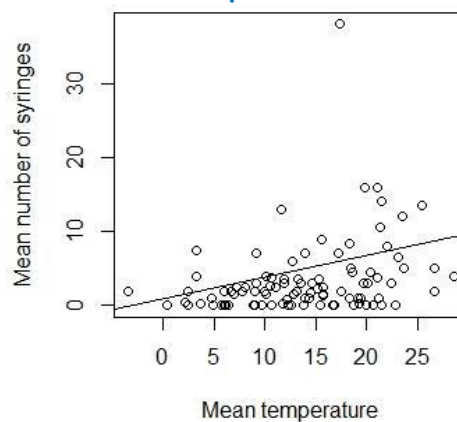
La hauteur des précipitations ne joue pas de rôle significatif dans cette régression. Il en est de même pour l'exposition au soleil, même si la qualité explicative de la régression est meilleure lorsqu'on prend en compte cette variable explicative. La température hebdomadaire moyenne peut donc être choisie comme proxy de la qualité de la météo. Sans surprise, le nombre moyen de seringues trouvées est corrélé positivement à la température. La régression confirme que

l'ouverture de la salle d'injection a un impact significatif sur la baisse du nombre de seringues trouvées dans l'espace public.

Bien qu'il soit possible de détecter une autocorrélation dans la série des nombres hebdomadaires moyens de seringues trouvées, l'introduction de retards de la variable expliquée dans la régression ne conduit pas à un pouvoir explicatif significatif (le coefficient des variables correspondant à la série retardée ne sont pas statistiquement significatifs). La prise en compte de la température semble suffire à prendre en compte les corrélations avec le passé.

On peut noter qu'une régression linéaire multiple standard donnerait des résultats similaires, avec un $[R^2]_{adj}=20\%$.

Figure 25 Moyenne hebdomadaire des seringues en fonction de la moyenne hebdomadaire des températures



Source : Bases données INSERM traces de consommation (2016-2018) / Archives de Météo France

Synthèse des résultats

Notre étude écologique met en évidence une diminution significative des seringues abandonnées dans l'espace public après l'implantation de la SCMR à Paris, le nombre de seringues dans l'espace public ayant été divisé par 3 sur la période avant/après, dont une baisse de 55% attribuable directement à la SCMR (injections à l'intérieur de la SCMR limitant les injections dans l'espace public et maraudes aux alentours de la SCMR) toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire en prenant en compte l'impact des facteurs météorologiques sur la présence d'usagers dans l'espace public. Nos résultats sont cohérents avec ceux des autres études internationales. Certaines montrent que l'installation d'une structure de réduction des risques n'aggrave pas la situation concernant les traces de consommation laissées dans l'espace public, le deal ou les autres délits en lien avec l'usage de drogues (Freeman et al., 2005 ; Fitzgerald, Burgess et Snowball, 2010 ; Miller et al., 2010 ; León et al., 2018). D'autres études concluent que l'installation de ces dispositifs améliorent la situation en diminuant le nombre de traces de consommation par injection dans l'espace public, ou les injections dans la rue (Doherty et al., 1997, 2000 ; Zurhold et al., 2003 ; Wood et al., 2004 ; Salmon et al., 2007 ; Espelt et al., 2017 ; Kennedy, Karamouzian et Kerr, 2017). Notre étude va dans le même sens

de l'amélioration de la situation, d'un point de vue de l'objectivation quantitative, dans la mesure où une diminution importante des seringues trouvées dans l'espace public est observée, après la mise en place de la SCMR à Paris.

Cette amélioration de la physionomie de l'espace public peut être attribuée à la présence de la SCMR qui offre un espace sécurisé et protecteur pour les usagers qui leur permet de réaliser leurs injections dans un contexte plus favorable que celui de la rue. Les maraudes effectuées par les équipes de Gaïa intégrées aux activités de la SCMR participent également à cette amélioration. La restriction des horaires d'ouverture et du nombre de postes d'injection durant la pandémie de COVID-19 a pu donner lieu à une recrudescence des épisodes d'injection dans l'espace public, qui est analysée dans le chapitre 5 consacré à l'analyse des discours des riverains et autres parties prenantes. Cette recrudescence circonstancielle met en évidence en miroir le rôle de l'activité de la SCMR dans la diminution des seringues dans l'espace public. Un autre élément explicatif de cette baisse du nombre de seringues dans l'espace public est attribuable au travail des maraudes effectué par l'association Gaïa dont l'une des activités est le ramassage des seringues usagées et autres déchets dans l'espace géographique autour de la SCMR.

La méthodologie mise en œuvre dans notre étude s'inspire de méthodologies mises en œuvre dans d'autres pays, au Canada (Montréal et Vancouver), en Espagne et en Australie, que nous avons adaptées. Ainsi, nous avons pris en compte dans la collecte empirique et dans l'analyse des éléments supplémentaires qui nous semblaient importants à qualifier (aiguilles apparentes ou présence de sang) car ils étaient mentionnés comme participant au sentiment d'insécurité par une partie des riverains interrogés à la fois dans les entretiens et sur les réseaux sociaux. Nous avons également pu introduire une période de suivi considérablement plus longue que celle qui a pu être mise en œuvre dans d'autres pays, afin de disposer du recul suffisant pour estimer l'impact de la SCMR sur la physionomie du quartier.

Notre étude met en évidence que la présence de seringues avec aiguille apparente diminue, mais sans que cette baisse ne soit significative et que la présence de sang dans ou sur les seringues est quant à elle en augmentation.

Concernant les autres traces de consommation (emballages, cups, ...), une baisse est également observée, mais elle n'est pas statistiquement significative. Contrairement aux seringues abandonnées dans l'espace public, les autres traces de consommation ne sont pas révélatrices d'une consommation sur place. Les emballages abandonnés dans l'espace public peuvent être également le reflet d'une volonté de déléster un sac à dos rempli par des kits d'injection ou des boîtes de médicaments, pour des raisons pratiques ou par crainte d'être repéré comme usager de drogues et arrêté par la police, l'usage de drogues étant criminalisé en France. Ces précisions sont importantes car la présence d'emballages ou de flacons de méthadone constitue l'un des éléments qui peut contribuer à l'impression de dégradation de la salubrité de l'espace public après l'ouverture de la SCMR, mise en évidence par certains riverains dans les entretiens, et par une association de riverains (Non à la salle de shoot en zone résidentielle, devenue Riverains Lariboisière Gare du Nord) sur les réseaux sociaux. Ces données ne peuvent pas être interprétées de manière systématique comme une trace d'injection dans l'espace public à l'instar de la présence de seringues.

Il aurait été intéressant de pouvoir intégrer d'autres indicateurs à l'analyse, comme le deal ou encore les injections dans l'espace public, ce qu'ont fait d'autres recherches (Wood et al., 2004). Ces phénomènes sont cependant plus difficiles à observer et identifier et peuvent soulever des questions éthiques en termes d'observation. Par ailleurs, l'usage de drogues dans l'espace public dépend également d'un ensemble de phénomènes, telles que les évacuations, la présence policière, l'expulsion de squats, ... Une recherche espagnole a par exemple pris en compte les actions policières dans l'analyse de l'évolution des traces de consommation dans l'espace public (Espelt et al., 2017). Il aurait été intéressant d'intégrer ces données policières à l'analyse écologique. Toutefois, dans le secteur d'implantation de la salle de nombreux corps policiers interviennent (CRS, police nationale, police municipale, douanes etc.). La sollicitation de ces différents corps, la réception de leurs données, leurs mises en forme et leurs analyses auraient été très difficile à réaliser, d'autant plus que la période d'analyse s'étend de 2016 à 2018.

Dans les chapitre 4 et 5, l'analyse des données écologiques sera confrontée aux entretiens réalisés auprès des différentes parties prenantes dans le volet de recherche socio-anthropologique sur l'acceptabilité sociale et l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique. Cette confrontation des données issues de l'étude écologique et de la recherche socio-anthropologique est à ce jour un autre élément original de notre recherche, en comparaison avec les études internationales menées sur l'évaluation des SCMR.

Chapitre 4. Perception des professionnels sur la salubrité et la tranquillité publique⁴⁸

1. Construction de l'échantillon des parties prenantes interrogées riverains

1.1. La perception des riverains : comprendre l'acceptabilité sociale de la SCMR

Aux côtés des indicateurs quantitatifs objectivés, les recherches internationales ont également pris en compte les expériences et les perceptions des riverains vis-à-vis de l'usage de drogues et son évolution depuis l'installation d'une SCMR (Potier et al., 2014 ; Huey, 2019). L'usage de drogues concerne dans ces études : l'injection dans l'espace public, des traces de consommations et de la salubrité dans l'espace public, les conduites d'alcoolisation dans l'espace public, le deal ou d'autres actes de criminalité, agressions commises par les consommateurs de drogues (Zurhold et al., 2003 ; Freeman et al., 2005 ; Salmon et al., 2007 ; Miller et al., 2010).

Dans notre recherche, les entretiens ont été principalement réalisés avec des habitants, des commerçants, les usagers de drogues fréquentant la SCMR et/ou la scène de consommation du quartier Lariboisière/Gare du Nord, les forces de police, les agents de propreté et de sécurité exerçant dans le quartier, mais aussi des professionnels de santé et de réduction des risques exerçant dans les CAARUD et CSAPA de la zone géographique ou à l'hôpital. Il était important de tenir compte dans notre étude des salariés exerçant une activité professionnelle sur le secteur d'installation de la salle. Rappelons qu'il est un bassin d'emploi important et les salariés qui circulent sur l'espace public participent à la vie de quartier durant la journée. Par ailleurs, leur pratique professionnelle doit certainement être affectée par l'usage de drogues et ils doivent tout comme les habitants ou les commerçants composer dans leur quotidien avec la présence de différents publics en situation de précarité sociale. Ainsi, nous définissons dans notre étude comme riverain tout individu qui vit dans le secteur c'est-à-dire qui le fréquente et le pratique quotidiennement dans un cadre personnel ou professionnel.

Il est important de compléter les indicateurs quantitatifs objectivés sur les traces de consommation, la présence d'usagers dans l'espace public et les actes délictueux répertoriés par la police par des indicateurs qui prennent en compte l'expérience des riverains et leur sentiment de bien-être dans le quartier (qui peuvent être affectés par les tensions présentes dans l'espace public, un sentiment de sécurité ou d'insécurité, des relations avec les consommateurs de drogues et/ou avec différents publics en situation de précarité sociale). Ce ressenti est un élément qui détermine en partie l'acceptabilité sociale de la salle : plus la salle

⁴⁸ Pour ce chapitre, la citation recommandée est Jangal C, Cailbault I, Jauffret-Roustide M. *Perception des professionnels sur la salubrité publique*. In Recherche sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale. Salles de consommation à moindre risque, Institut de Santé Publique de l'Inserm, Paris, 2021.

est acceptée ou tolérée par les riverains, et s'intègre dans la physionomie du quartier, moins son implantation est contestée. Un autre objectif de ce volet socio-anthropologique est également de confronter les résultats de l'analyse quantitative avec l'expérience et les perceptions des riverains afin d'identifier s'il existe des concordances ou des discordances. En cas de discordances, les entretiens ont permis de s'interroger sur les raisons qui l'expliquent et d'introduire des éléments de compréhension de ces discordances.

1.2. Modalités de sélection des professionnels interrogés

Plusieurs critères ont conditionné le choix des professionnels à interroger :

- Ils devaient travailler sur le secteur géographique d'intérêt de la recherche
- Ils devaient travailler sur des espaces identifiés comme des lieux privilégiés d'injections par les associations de réduction des risques et les consommateurs de drogues interrogés.
- Nous avons privilégié les professionnels de terrains, qui sont confrontés de façon plus fréquente à l'usage de drogues et aux usagers dans leur quotidien professionnel
- Nous avons effectué en priorité des entretiens avec des agents ayant plusieurs années d'expérience sur le secteur géographique d'intérêt afin qu'ils puissent apporter un point de vue historique sur l'évolution de la situation depuis l'installation de la salle.

Les professionnels interrogés exerçaient au sein de la Gare du Nord, dans les parkings attenants à la gare et à la salle, dans les sanisettes, dans les parcs situés à proximité de la salle, dans les rues et enfin au sein de l'hôpital (voir **annexe 6**). Les professionnels étaient salariés de différentes institutions, telles que la société JC DECAUX, la mairie de Paris, la société INDIGO, la société EFFIA, la société 2theloo, La SNCF, la RATP, le commissariat du 10^{ème} arrondissement de Paris.

Le recrutement des professionnels à interroger s'est déroulé différemment selon les institutions et nous avons à plusieurs reprises sollicité l'aide de la Mission Métropolitaine de Prévention et des Conduites à Risques (MMPCR) afin de prendre contact avec les différents interlocuteurs clés.

L'espace de la gare du Nord est vaste et de nombreux salariés y exercent, il était donc important de cibler des professionnels pertinents, c'est-à-dire des professionnels confrontés dans leur quotidien à l'usage de drogues. Dans un premier temps, nous avons sollicité la MMPCR afin qu'elle puisse nous mettre en lien avec les professionnels exerçant à la Gare du Nord et ayant demandé à visiter la salle. Nous faisons l'hypothèse qu'un professionnel visitant la salle devait être confronté, de près ou de loin, à l'usage de drogues dans son quotidien professionnel. Dans un deuxième temps, nous avons utilisé une méthode de recrutement dite « boule de neige », c'est-à-dire que nous avons demandé aux premiers interrogés le contact d'autres personnes avec lesquels ils interagissent pour gérer les problématiques de consommations et qui pourraient répondre aux questions. Dans un troisième temps, des professionnels ont également pu être identifiés lors de notre participation à différents comités, tels que le comité de suivi de la SCMR ou le comité de voisinage.

Nous avons également contacté plusieurs directions de la mairie du 10^{ème} arrondissement afin de pouvoir rentrer en contact avec les agents qui exercent sur le secteur d'implantation de la salle. La Direction des Espaces Verts et de l'Environnement (DEVE), la Direction de la Propreté

et de l'Eau (DPE), et la Direction de la Prévention, de la Sécurité et de la Protection (DPSP) ont été contactées. Après une entrevue avec les responsables locaux, nous avons pu rentrer en contact avec les agents de terrain.

Enfin nous avons pris contact avec les agents officiant dans les parkings EFFIA et INDIGO ainsi que les agents de la société JC DECAUX, chargés d'assurer le maintien des sanisettes à Paris.

Pour contacter les agents, nous envoyions un mail à leur adresse ou à celle de leur supérieur, spécifiant le sujet de la recherche et l'importance d'interroger des personnes étant quotidiennement au contact de l'usage de drogues. Par la suite, nous proposons de réaliser un entretien anonyme et confidentiel, mais aussi des entretiens « en groupe », car certains agents ne désiraient pas être seuls lors de l'entrevue. Ces deux options ont été proposées afin de favoriser la participation à l'étude. Dans quelques rares cas, nous n'avons pas eu accès à des agents de terrain, c'est-à-dire à des agents dont la totalité de leur activité professionnelle est réalisée en dehors d'un bureau. Deux principales raisons ont été avancées. La première était que la réalisation d'un entretien avec un ou plusieurs de ces agents conduit à une réorganisation du déploiement des équipes sur le terrain. La seconde concernait la thématique des entretiens, jugée trop sensible d'un point de vue médiatique et politique pour autoriser les entrevues avec des agents de terrain. Une dernière raison a été avancée par une seule société qui ne pouvait pas donner accès aux agents de terrain en raison de la période durant laquelle l'entretien s'est déroulé. Il s'agissait d'une période de mise en concurrence de cette société avec d'autres sociétés. Un entretien a toutefois pu être réalisé avec les responsables au cours duquel des données très intéressantes pour l'étude ont été recueillies.

Les difficultés d'accès aux agents de terrain ont principalement concerné l'espace de la Gare du Nord. Afin de pouvoir rencontrer des agents de terrain, nous avons réalisé deux tournées dans la gare en ciblant les endroits les plus touchés par la consommation. D'une durée de deux heures, les sorties ont eu lieu à divers moments de la journée afin de rencontrer des agents présents sur différentes plages horaires. L'une a eue lieu en matinée et l'autre dans l'après-midi durant lesquelles nous avons échangé avec 29 agents de terrain. Nous leur demandions si depuis l'installation de la salle ils avaient perçu une évolution de l'usage de drogues sur leurs espaces de travail.

Nous avons ainsi interrogé une diversité de professionnels dont les fonctions et les rapports aux terrains étaient variés, de même que les espaces sur lesquels ils exerçaient (voir **annexe 6**).

1.3. Conditions de réalisation des entretiens et thématiques abordées

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail de la personne interrogée. Même lorsque l'entretien était en individuel, les conditions de confidentialité n'étaient pas toujours assurées de manière optimale, car les locaux ne le permettaient pas. Il est arrivé à plusieurs reprises qu'une autre personne soit présente lors de l'entretien (généralement des collègues). Avant de débiter les entretiens, nous précisions les conditions de passation, d'anonymat et de confidentialité des données et leur utilisation à des fins de recherche. Seul un entretien n'a pu être enregistré suite aux refus des interlocuteurs, il a fait l'objet d'une prise de notes, permettant la transcription de verbatims.

Plusieurs thématiques étaient abordées:

- **Comprendre les fonctions de l'interlocuteur** : l'objectif était de prendre connaissance des différentes tâches exercées par l'interlocuteur et de comprendre dans quelle mesure son activité professionnelle était impactée par l'usage de drogues et la SCMR.
- **Perception de l'usage de drogues** : nous souhaitions comprendre comment l'interlocuteur appréhendait l'usage et l'usager de drogues et quels étaient selon lui les risques associés aux phénomènes d'usage de drogues et de pratiques d'injection sur son espace de travail.
- **Géographie de l'injection** : au cours de l'entretien, les interlocuteurs étaient invités à décrire les principaux lieux où, sur leur espace de travail des traces de consommations et scènes d'injection étaient visibles. Pour ceux qui étaient en poste avant l'installation de la salle, nous demandions si la géographie de l'injection avait évolué suite à l'implantation de la SCMR.
- **L'installation de la salle et de son impact** : à travers cette thématique, nous souhaitions obtenir les opinions des interlocuteurs sur l'installation de la salle et sur la façon dont ils l'avaient envisagé au moment de son implantation et actuellement. Ils étaient également interrogés sur l'impact de la salle sur la salubrité et la tranquillité publique.
- **Les liens avec les associations de réduction des risques** : nous voulions savoir si les interlocuteurs étaient en lien avec les associations de réduction des risques (en particulier la SCMR) et de quelle manière cela avait ou pas eu un impact sur leurs pratiques professionnelles.
- **Les liens avec les autres riverains (habitants ou commerçants)** : nous cherchions à saisir si les professionnels étaient en relation avec les habitants et les commerçants et comment était évoquée la consommation de drogues lors de ces contacts.

Ainsi, les entretiens permettent i) d'obtenir des informations sur l'impact perçu de la salle sur la salubrité et la tranquillité publique, ii) de comprendre comment les salariés éprouvent la consommation de drogues dans leurs pratiques quotidiennes de travail, iii) de saisir comment cela influençait leurs conditions de travail et leur pratique quotidienne du secteur d'implantation de la SCMR.

1.4. Analyse des entretiens

L'ensemble des entretiens enregistrés a été retranscrit de manière intégrale. Chaque entretien a fait l'objet d'une lecture attentive, permettant de construire une première version de grille de codage. Cette grille de codage a ensuite été intégrée dans le logiciel NVivo, permettant de gérer des bases de données qualitatives conséquentes. Chaque entretien a ensuite été codé et indexé dans le logiciel par Isabelle Cailbault, ingénieure d'études, en lien avec Marie Jauffret-Roustide et Candy Jangal qui ont été associées à la construction de cette grille de codage. Différentes bases de données ont été produites par type de professionnels dans le logiciel

Nvivo. Cette codification a permis de faciliter l'analyse des données qui a ensuite été réalisée par Candy Jangal et Marie Jauffret-Roustide pour le chapitre 4 et par Marie Jauffret-Roustide pour le chapitre 5.

Afin de garantir l'anonymat des différents professionnels interrogés nous avons créé des catégories très générales qui ne reflètent pas le grade de la personne (directeur, responsable, agent de terrain) et sa fonction précise mais plutôt le domaine dans lequel elle exerce.

2. Composer avec l'usage de drogues dans son quotidien professionnel

2.1. Une confrontation à l'usage de drogues avant l'installation de la salle

Tous les professionnels interrogés ont indiqué avoir été en contact avec l'usage de drogues, avant l'installation de la SCMR⁴⁹. Ils décrivent ainsi avoir assisté à des scènes d'injection ou de deal, avoir été confrontés à des traces de consommation, et avoir subi l'intrusion sur leurs espaces professionnels des consommateurs de drogues.

« Quand j'ai commencé au début, je trouvais beaucoup de seringues. J'en trouvais beaucoup. Il y avait pas encore la salle de shoot. » (Agent entretien et propreté, 2019)

« En 2013 on a fait une formation en 2013 chez Y [nom d'une société] sur la partie sanitaire et y avait un certain nombre de seringues. [...] y a un distributeur qui est pas très loin et y a le dealer qui est là et y a le sanitaire qui sert de salle de shoot. Y avait la queue devant. Y avait une petite fiole de drogues vide à la fontaine. On repasse devant pour essayer de rentrer y a deux personnes les yeux globuleux qui sortent. Les dealers ont fait comprendre qu'il fallait pas prendre trop de temps. » (Agent entretien et propreté, 2021)

Les différents professionnels rencontrés ont été contraints, avant l'installation de la salle, en raison de la présence de scènes ouvertes de drogues dans le quartier, d'adapter leurs pratiques professionnelles ou d'aménager leurs locaux pour gérer la consommation de drogues. Par exemple, les parkings situés en face de l'hôpital et rue de Maubeuge ont aménagé leurs espaces : En 2015, le parking rue de Maubeuge procède à une fermeture quasi-totale de ses espaces tandis que le parking de l'hôpital s'emploie à fermer certains accès à son parking et installe un éclairage gênant les possibilités d'injection.

« Je suis arrivé en juin 2015, la même année, le parking était en chantier, en travaux de rénovation. Et on les croisait à chaque recoin du parking. À chaque recoin, ils sont là. Je me

⁴⁹ Les entretiens réalisés donnent lieu à différentes dates dans le début de la mise en place d'une scène d'usage de drogues dans le quartier Lariboisière-Gare du Nord. En effet, les personnes rencontrées n'ont pas pris leur poste au même moment, même si la majorité ont travaillé dans le secteur avant l'implantation de la salle.

rappelle qu'il y avait des ouvriers qui sont venus de province et ils arrivaient pas à supporter de voir des gens se piquer comme ça, avec du sang partout. » (Agent sécurité-parking, 2019)

« Les conditions très difficiles [du parking] ont poussé nos prédécesseurs déjà à faire une première opération, c'est-à-dire de fermer les accès piétons et de mettre en place la partie éclairage pour les gêner dans leur recherche de veines. A l'usage, on s'aperçoit que ça les gêne pas beaucoup parce qu'ils le font plus par habitude. » (Agent sécurité-parking, 2019)

Au sein de la gare du Nord, certains espaces ont également dû s'adapter à la présence récurrente de consommateurs. C'est le cas des toilettes publiques de la gare au sein desquels ont été installées des boîtes DASRI. Il s'agit des seules toilettes de la société qui disposent de ce type de matériels. Des agents de la mairie ont indiqué qu'un comptage de seringues était opérationnel bien avant l'installation de la salle sur leurs espaces de travail, ce qui montre que la consommation dans l'espace public constituait déjà une problématique ancienne et bien ancrée dans le quartier pour la mairie du 10^{ème} arrondissement.

« Ça fait huit-neuf ans que je remplis un tableau pour le nombre de seringues trouvées à Cavallé-Coll [...] Au début, c'était Madame Y. qui l'avait demandé, qui envoyait ça à la mairie du 10. Mais au moins, on avait des chiffres qu'on pouvait présenter à la mairie du 10, en disant : « on a vraiment un problème avec les seringues ». C'était pour nous une façon de montrer la problématique à la mairie du 10. » (Agent des parcs et jardins, 2019)

Pour ceux qui n'étaient pas en poste au moment de l'installation de la salle, certains ont indiqué avoir été prévenus avant leur prise de poste de la situation du secteur ou avoir été au courant de sa réputation.

Par ailleurs, les professionnels indiquent être confrontés à d'autres problématiques qui ne sont pas liées à l'usage de drogues, même s'ils reconnaissent que cette dernière reste l'une des principales. Ils affirment que leur quotidien professionnel est particulier du fait du contexte géographique du secteur. Il implique la gestion de publics diversifiés (migrants, personnes sans-abri pouvant être ou pas sous l'emprise de substances psychoactives, jeunes mineurs non accompagnés, touristes, etc.) et de troubles à l'ordre public diversifiés (vols, prostitution, bagarres, insalubrités variées, telles que les déjections canines, les poubelles laissées sur le trottoir, les déchets laissés par les associations d'aides alimentaire etc.).

« Oui, j'ai tout. J'ai les touristes, j'ai ceux qui vont travailler, ceux qui vont Gare du Nord, j'ai les toxicos, j'ai les chauffeurs de taxi aussi. Eux, j'ai réussi à les dresser aussi ! [...] Comme les commerçants sur Magenta, faut parler avec eux, sinon c'est l'anarchie aussi, entre leurs livraisons, leurs cartons. À croire que c'est à moi de tout ramasser. [...] » (Agent entretien et propreté, 2019)

« Il y a pas que des toxicos. Il y a de tout ici. On a des exilés qui se bagarrent aussi. On voit plein de choses. On va pas dire que c'est le quotidien, mais ça rentre dans nos têtes et, à un moment, on s'endurcit aussi. C'est pour ça qu'un toxico pour nous, c'est pas trop gênant. » (Agent des parcs et jardins, 2019)

Les troubles à l'ordre public et l'insalubrité qui touchent le secteur d'implantation de la salle ne sont donc pas uniquement imputables aux usagers et à l'usage de drogues, mais à la convergence de nombreux publics, qu'il est parfois difficile à distinguer. Par ailleurs, des personnes qui ne sont pas en situation de vulnérabilité sociale, mais qui participent à la vie festive et souvent nocturne du quartier peuvent, elles aussi entraîner des troubles à l'ordre public.

« Un arrondissement riche, riche en événements, riche en confluence, avec tout un tas d'arrondissements qui l'entourent. C'est d'ailleurs l'arrondissement le plus entouré de Paris, il y a sept arrondissements qui l'entourent.[...] Cette confluence aussi qui se caractérise par un afflux massif de populations sur le 10^{ème}, d'abord de manière festive parce que c'est un quartier comme on dit branchouille. [...] Donc, beaucoup de monde à gérer. Sans compter les urgences les plus dures à Paris, Lariboisière, un autre hôpital avec Saint-Louis et évidemment, les gares. Notamment la Gare du Nord et toute, je vais pas dire la faune mais toute la physionomie qui l'entoure : 700 000 voyageurs par jour qui transitent par la Gare du Nord. [...] Une population un peu interlope dans le coin, notamment les toxicomanes qui ont nécessité la création de la SCMR, beaucoup de gens en errance. Il y a beaucoup de gens en errance dans le 10^{ème}, il y a beaucoup de SDF, quelques Roms par-ci, par-là. Aussi du communautarisme, beaucoup de communautarisme. Un quartier pakistanais vers le nord, nord-est. Un quartier plutôt africain aux abords de Strasbourg avec les coiffeurs afro. Un quartier aussi turcophone vers le faubourg Saint-Denis avec des mosquées, des Kurdes aussi. Voilà, je vais pas dire un joyeux bordel mais un conglomérat de nombreuses influences qui, finalement, cohabite relativement bien. » (Agent de police, commissariat 10^{ème} arrondissement, 2016)

« J'ai interrogé d'autres personnes de la Gare du Nord. Comme vous le disiez, c'est une position particulière, donc il y a plein de problématiques qui concernent la gare. Est-ce que la question de la toxicomanie représente une part importante de votre travail ou pas forcément ? En termes de pourcentage ça représente pas... Ça fait partie du décor aujourd'hui. Aujourd'hui, la présence d'un tox ça fait partie d'une population marginale à traiter en Gare du Nord, comme la mendicité, comme les vendeurs à la sauvette. Ça prend pas plus de temps pour nous qu'un vendeur à la sauvette ou qu'un mendiant. Ça fait partie du décor de Paris Nord. Ça fait partie des incontournables. On sait que, dans une vacation, on va tomber sur un toxicomane, qui sera plus ou moins réceptif, et il va falloir le gérer. C'est pas chronophage pour nous parce que ça fait vraiment partie du décor de la Gare du Nord. C'est un fait sûreté parmi tant d'autres. Ça fait partie du patrimoine de la Gare du Nord. » (Agent sécurité-Gare du Nord, 2019)

Néanmoins, une partie des personnes interrogées considère que l'usage de drogues au sens large est une des problématiques qui impacte le plus leurs activités professionnelles, comme nous le verrons par la suite.

2.2. Développer des compétences pour gérer l'usage de drogues sur les espaces professionnels

Travailler dans le secteur de la SCMR, implique la gestion de l'usage de drogues sur son espace professionnel, mais aussi la gestion d'autres publics et d'autres problématiques liées à l'ordre public. Dans de nombreux cas, on constate que les professionnels ont développé des compétences afin de maintenir des relations apaisées avec une partie des usagers tout en préservant leurs espaces professionnels des intrusions et des « dégâts matériels » qu'ils peuvent occasionner (traces de sangs, seringues laissées dans des sanitaires, forçage de locaux, dégradation du matériel lors de l'injection etc.) et des pertes financières (renouvellement du matériel, pertes de clients).

Afin de préparer les futurs agents au secteur, des critères peuvent présider à leur embauche. En effet, un service a limité la présence d'agents féminins sur un secteur qu'il juge dangereux pour elles. D'autres services choisissent des individus ayant déjà une expérience conséquente de leur métier. Dans d'autres cas, les agents sont préparés pour leur prise de poste parfois dès leur embauche, ou peuvent réaliser des formations plus tardivement. Les modalités de cet accompagnement sont variées selon les services que nous avons interrogés : certains agents réalisent une visite de la salle, font une formation avec des associations de réduction des risques, ou sont accompagnés de près par des collègues ayant une expérience plus longue dans le secteur.

« Quand les personnes viennent d'être embauchées, elles sont conscientes ou vous les prévenez de la situation ? Exactement [...] Nous, on accompagne nos collaborateurs, surtout sur un parc comme Y. Il y a vraiment un suivi, on accompagne les collaborateurs pendant cinq, six jours. On les met en binôme avec les personnes qui connaissent bien le terrain, donc les anciens, pour pouvoir vraiment les former sur les cas qu'on peut rencontrer, le savoir-faire et le savoir être. On les lâche pas dans la jungle comme ça ! » (Agent sécurité-parking, 2019)

« Je m'excuse, mais quand il a postulé pour venir ici, je lui ai pas caché qu'il y avait beaucoup de seringues, beaucoup de drogués et beaucoup d'exilés, et beaucoup et beaucoup de déchets, beaucoup de trucs comme ça. En venant ici, il savait très bien ce qu'il allait trouver. [...] Mais les AT2E, quand ils se font embaucher, ils vont à la formation parce que Gaïa l'a refait de temps en temps. Là, les derniers arrivés, ils y ont été aussi. J'en ai embauché deux l'année dernière, enfin on les a recrutés et ils ont déjà été en formation. Eux-mêmes quand ils sont revenus, ils étaient contents d'y avoir été. » (Agent des parcs et jardins, 2019)

« Est-ce qu'il y a des choses que vous avez apprises d'elle [une référente sociale SNCF] ou qui vous ont fait réfléchir dans la manière dont elle se comportait ? Non, mais je sais qu'en travaillant avec elle, on apprend aussi. Avec elle et avec son prédécesseur, c'est pareil, c'est une facette du métier de policier qu'on n'avait pas forcément avant, le côté... Pour moi, je ressens ça comme ça, on est plus dans la répression : infraction égale verbalisation ou interpellation. Travailler avec Y., c'est aussi le côté un petit peu, pas préventif mais on fait un petit peu de social, entre guillemets. De toute façon, c'est une population qu'on peut pas considérer... C'est pas des délinquants, c'est une population marginale qui est en détresse. » (Agent de Police-Gare du Nord, 2019)

Ces trois exemples illustrent les différentes modalités d'accompagnement ou de formation des agents. Dans le premier exemple, les agents n'ont pas de formations spécifiques mais sont accompagnés par des collègues expérimentés sur plusieurs jours. Dans le deuxième exemple, les agents sont envoyés à la SCMR après leur embauche, pour être formés et pour appréhender l'usage de drogues sur les espaces verts. Dans le dernier exemple, l'agent de police a certes des liens très distendus avec la réduction des risques en raison de sa fonction, mais il a été sensibilisé par la référente sociale de la gare. Cette sensibilisation apporte une approche différente des usagers de drogues, appréciée par l'agent. Par ailleurs, ce dernier a été visiter la SCMR, incité par la référente sociale de la gare.

Si la question de la formation et de l'accompagnement peut sembler une étape nécessaire, cela n'est pas toujours mis en place en pratique. Des agents interrogés n'ont pas été mis au courant et ont découvert « sur le tas », la problématique de l'usage de drogues sur leurs espaces professionnels. Par ailleurs, une kyrielle d'entreprises sous-traitantes emploie des salariés sur le secteur. D'après nos entretiens, ces derniers semblent peu préparés à la gestion de l'usage de drogues dans leur quotidien professionnel. Or, les agents appartenant à des entreprises sous-traitantes sont confrontés directement à la consommation de drogues puisqu'ils sont souvent chargés de l'entretien et de la sécurité. Il faut également noter que parmi les professionnels qui n'étaient pas en lien avec les associations de réduction des risques, nombreux sont ceux qui ont manifesté un intérêt à établir un contact avec elles.

Les professionnels interrogés ont ainsi développé des compétences sur la façon d'interagir avec les usagers. Lorsque l'usager est pris en train de s'injecter, tous les professionnels interrogés ont indiqué attendre qu'il ait fini sa consommation, avant de lui demander de quitter les lieux. Tous insistent sur la nécessité d'avoir un regard humain sur l'usager de drogues, de s'adresser à lui avec calme et respect tout en étant ferme et en gardant une distance de sécurité. Beaucoup ont noué des liens avec des usagers qu'ils nomment leurs « habitués » ou leurs « résidents », avec qui les relations sont plus apaisées en dépit des dégâts causés par l'usage de drogues sur leurs espaces professionnels.

*« Par rapport à vos collègues qui travaillent sur d'autres arrondissements, est-ce que vous considérez que votre travail a une spécificité ? Est-ce que vous avez dû développer d'autres compétences sur le terrain ? **Agent 1** : Alors moi carrément, je vais répondre directement oui. Avant ça, j'ai pas énormément d'expérience, mais j'ai été deux mois dans le Y^{ème} [ancien arrondissement d'exercice de l'agent] et ça a complètement rien à voir. Dans le Y^{ème} y'a pas du tout ça en fait, c'est complètement différent. Niveau compétences, je pense qu'il faut vraiment avoir des compétences de relationnel parce que c'est une population particulière. [...] Quand vous dites « relationnel », comment il faut se comporter pour que ça se passe bien avec cette population, pour éviter qu'il y ait des tensions ? **Agent 1** : D'être dans la compréhension. **Agent 2** : Il faut être humain, faut les comprendre. **Agent 1** : Faut être dans la compréhension alors qu'il y a des fois, on aurait envie d'être dans la répression. On est quand même en uniforme, on se doit d'avoir un langage assez ferme. Avec ce type de populations ça marche pas du tout. Ils sont tellement déconnectés, qu'ils prennent ça, soit comme une attaque, soit ils sont complètement à la masse. Donc, ce type de dialogue, c'est pas possible avec eux. Il faut vraiment être dans la compréhension et essayer de captiver un peu leur attention. » (Agents sécurité, 2019)*

« Quand vous avez raconté votre première interaction avec un consommateur, vous avez dit que vous n'aviez pas la façon de leur parler. Quelle est la façon de leur parler ? Déjà, il faut garder une distance de sécurité, généralement d'un à deux mètres. Il faut pas trop les approcher. Maintenant, il faut leur demander parce que, nous, ici, avec l'expérience, on va par étape. Gentiment, on leur demande de sortir, qu'ils n'ont rien à faire ici, que c'est interdit. Doucement, calmement. Si ça ne marche pas, on hausse un peu le ton et ça marche des fois, quand on hausse le ton. La plupart du temps ça a toujours marché. Quand tu viens doucement, calmement, que tu leur demandes de sortir, ils sortent. » (Agent sécurité-parking, 2019)

En dehors de la gestion de l'usage de drogues, les professionnels sont également confrontés aux habitants qui sont parfois exaspérés par l'insalubrité du quartier et par les scènes d'injection qui peuvent se dérouler sous leurs fenêtres. Si les professionnels les comprennent et sont également dans l'empathie vis-à-vis d'eux, ils signalent qu'il est parfois compliqué de gérer leurs demandes et leurs réactions. Ils estiment que leur travail est parfois vivement critiqué alors même qu'ils éprouvent de réelles difficultés à gérer l'usage de drogues sur leurs espaces professionnels et à essayer de mettre en place des actions pour pacifier l'espace public.

« Au début, j'avoue que c'était quelque chose qui me parlait pas du tout parce que, dans le Y^{ème} [ancien arrondissement d'exercice de l'agent], on n'en parlait pas vraiment et puis, même avant, dans ma vie d'avant dans les Y, on m'a jamais parlé de gens qui pissaient par terre, de gens qui s'alcoolisaient. Mais ici, force est de constater, et je l'ai très vite constaté d'ailleurs, c'est le sujet de conversation majeure des gens : ça sent l'urine, ce sont pas des gens d'ici en général, ce ne sont pas des riverains, consomment de l'alcool, crient, vocifèrent, etc. [...]. Vous pouvez leur parler de cambriolage, etc., c'est pas qu'ils s'en foutent, mais je l'ai vu et je l'ai expérimenté à plusieurs reprises dans des comités de quartier, j'étais tout content de parler de mes chiffres qui étaient en baisse : « vous savez, on baisse en cambriolage, c'est bien », « oh mais on s'en fout, mais les mecs qui pissent en bas de chez moi, ça pue, c'est dégueulasse ». [...] Il y a des gens qui voudraient qu'on se mette à tel point toute la journée pour verbaliser les gens qui pissent. Déjà, s'ils nous voient, ils vont pas pisser. S'ils nous voient, ils vont pas s'alcooliser. C'est pas un jeu de dupes mais c'est un peu compliqué de faire comprendre aux riverains qu'on peut pas être là tout le temps, qu'on a des missions plus importantes, que, certes, c'est important pour eux mais, pour nous, c'est pas la priorité. Mais il faut quand même qu'on le fasse. » (Agent de police, 2016)

« Je m'étais fait lyncher, enfin lyncher, le terme est fort, mais j'en avais pris pas mal pour pas un rond [...] parce que les riverains estimaient qu'on jouait pas le jeu, qu'on sécurisait pas et qu'il était dangereux de circuler [sur nos espaces], etc. D'avoir investi et d'avoir montré que je m'investissais dans la vie de quartier, que je laisserai pas faire n'importe quoi, avait permis aussi d'apaiser les tensions et de montrer que j'étais, moi aussi, un commerçant qui essayait de vivre avec ces nuisances. » (Agent sécurité-parking, 2019)

*« Les usagers des jardins, est-ce qu'ils sont au courant qu'il y a cette population ? Est-ce qu'ils vous en parlent, et en quels termes ? **Agent1:** Les riverains, bien sûr. **Qu'est-ce qu'ils vous disent ?** **Agent 1:** « Vous avez vu ces seringues ? », qu'est-ce qu'il faut que je réponde ? C'est la triste réalité et voilà ! **Agent 2 :** Il y en a qui sont outrés et il y en a qui sont compréhensifs. Il y a les deux. C'est comme les rats : « vous avez vu, il y a des rats, c'est pas normal, qu'est-ce que vous faites ? vous faites pas votre travail. » (Agents des parcs et jardins, 2019)*

Ce sentiment n'a pas été exprimé par les professionnels exerçant à la gare du Nord, dans la mesure où les passagers n'ont pas nécessairement connaissance des pratiques de consommation de la gare et ne différencient pas une personne sans-abri d'un consommateur de drogues.

Les professionnels doivent donc composer avec les usagers de drogues, pour lesquels ils doivent limiter les intrusions et les dégradations de matériel. Ils parviennent à adapter leur comportement, grâce aux formations ou à la sensibilisation réalisées par services sociaux ou des services de réduction des risques. Cela contribue à apaiser les relations entre les professionnels et entre les usagers, grâce à l'acquisition de connaissances et de compétences. Les professionnels doivent également composer avec les habitants, qui ne semblent pas tout le temps percevoir les obstacles qu'ils rencontrent pour gérer les troubles à l'ordre public liés à l'usage de drogues et pacifier l'espace public.

2.3. Les usagers de drogues : l'expression d'un sentiment d'insécurité mais peu d'agressions physiques rapportées

Lors des entretiens, peu de professionnels ont déclaré avoir été malmenés physiquement par des usagers. Les agressions verbales ou les menaces sont en revanche plus courantes, notamment lorsque les professionnels demandent aux usagers de quitter les « recoins » dans lesquels ils se cachent ou d'évacuer un endroit où leur pratique d'usage de drogues (en particulier d'injection) serait visible des riverains ou des passants. Les risques liés à la seringue ou au sang perçus comme des vecteurs potentiels de contamination par des virus sont présents dans les discours des professionnels interrogés.

« Non, non, les toxicomanes, on dit, on dit, mais ils ont une bonne approche d'abord, ils sont pas agressifs, ils disent bonjour. Il y a que ce problème de seringues. » (Agent des parcs et jardins, 2019)

« Ils errent dans la gare, mais à part chercher leur dose, ils font de mal à personne. On peut pas faire grand-chose. Nous, ce qu'on veut, c'est s'attacher à interpellier les vendeurs. [...] On sait que, malheureusement, c'est des pauvres gens, c'est des marginaux, ils ont pas de domicile. Si on les ramène, c'est parce qu'on est contraint, c'est parce qu'ils ont commis une agression envers quelqu'un. » (Agent de Police, 2019)

« Est-ce que les consommateurs de drogues représentent un risque réel dans la gare ? Et si oui, pour qui et comment ? Jusqu'à maintenant, il y a jamais eu d'incident de ce type-là. Ils sont même assez..., ils sont même assez, j'allais dire contrits, quand ils finissent, ils s'en vont. Après, on se dit toujours : et si jamais ça part en vrille. Mais bon, généralement, les agents s'en approchent pas non plus, pas suffisamment. Jusqu'à maintenant, touchons du bois, ça n'est jamais arrivé. » (Agent vie sociale-Gare du Nord, 2019)

La situation semble toutefois différente sur un espace en particulier ; les toilettes de la gare du Nord, où les relations avec les consommateurs de drogues sont plus tendues, et les agressions envers le personnel plus courantes.

« Combien de fois on a dû appeler la police pour les faire sortir, pour diverses raisons, parce qu'ils sont pas toujours sympas, ils sont très agités. On a eu des agressions physiques. Il y a une personne qui s'est retournée, qui a mis un coup de poing au visage d'une personne qui travaille ici. Plus ils se tiennent loin d'ici et mieux je porte. » (Agent entretien et propreté, 2019)

Un autre cas d'agression a été relaté par un agent des parkings :

« On a eu récemment un consommateur de drogues très agressif, un rasta, qui n'hésitait pas à brandir des couteaux. Lui, pour le sortir, il faut toujours être deux. On peut pas le sortir de force, mais juste l'embêter au point qu'il veuille s'en aller. C'est tout ce qu'on pouvait faire. Donc, il nous courait même après. Bon, on arrivait quand même à le sortir à chaque fois parce qu'il faut surtout pas qu'il prenne le dessus. Une fois qu'il a pris le dessus, c'est fini, vous pouvez plus le sortir. Même qu'il est agressif et violent, on arrivait quand même à le faire sortir. Il faut l'embêter, être là et ils aiment pas la présence étrangère. Donc, ils finissent par sortir. » (Agent sécurité-parking, 2019)

Même si la majorité des professionnels interrogés a indiqué ne pas avoir subi d'agressions physiques, ils restent sur « leurs gardes » face aux comportements des consommateurs de drogues qu'ils perçoivent comme imprévisibles. En outre, ils décrivent des « agressions » indirectes à travers des incidents survenus sur leurs espaces professionnels. Plusieurs agents ont indiqué que des collègues, des collaborateurs et plus rarement des clients, se sont piqués avec des seringues placées dans des poubelles (notamment les agents d'entretiens, au moment de sortir les poubelles des locaux). Ces incidents ont été parfois traumatiques.

«[...] Après les accidents, ça demande de la vigilance permanente sur ce parc. L'autre jour, on a un gars qui s'est piqué, il avait les gants sauf qu'il s'est fait piquer au mollet. Il a pris le sac poubelle et en montant les marches, il avait le sac poubelle près de lui. Il était près de lui et en montant les marches, il s'est fait piquer le mollet et ça a traversé le jean, qui est un jean qui est fourni par l'entreprise. [...] Psychologiquement, c'est vrai que notre collaborateur, on avait un contact avec lui tous les jours et il était sur cette crainte. Je sais pas si vous connaissez un peu le process, mais quand il s'est fait piquer, je lui ai demandé qu'il récupère dans une boîte sécurisée la seringue pour qu'ils analysent en même temps la seringue, pour voir s'il y a pas des maladies transmissibles. C'est vrai que pendant les cinq jours où on attendait ses résultats, honnêtement, je vais pas vous mentir, c'était deux appels par jour. » (Agent sécurité-parking, 2019)

« [...] On a essayé de ne pas mettre de DASRI chez les dames pour éviter le désagrément. Finalement, il y a du personnel qui s'est blessé, qui s'est piqué sur des seringues. En fait, c'est les accidents de travail qui nous ont poussé pour leur assurer une meilleure sécurité. Actuellement, j'ai déjà deux personnes qui se sont piquées, depuis que je suis là [...] Il y a pas eu de contamination ? Non, d'après tout le suivi qu'elles ont, il n'y a rien. Une, c'était en 2016, c'est sûr qu'elle a pas été contaminée. La deuxième personne, c'était l'année dernière et, là encore, avec un suivi assez poussé. Mais la première personne, c'est une dame d'une cinquantaine d'années, elle a fait une grosse déprime et elle a toujours pas repris le travail, et elle a aucune envie de reprendre. Elle craint pour sa vie, elle a peur. Ça l'a détruit. » (Agent entretien et propreté, 2019)

« **Agent 1** : Après, c'est vrai que c'est un sentiment d'insécurité, d'hygiène. Régulièrement, ils se font leur shoot dans les toilettes des trains. Donc, c'est de l'hygiène. On a des voyageurs qui se sont déjà piqués sur des seringues [...] **Agent 1** : Si, une petite fille qui s'était apparemment piquée. **Agent 2** : C'était parti dans la poubelle ? **Agent 1** : Oui, dans la poubelle. La seringue était dans la poubelle. On a aussi les sociétés de nettoyage qui, régulièrement... L'année dernière, un monsieur a été en trithérapie parce qu'il s'était piqué aussi. Après, il y a des procédures pour ramasser une seringue, il faut être équipé, etc. » (Agents sécurité-Gare du Nord, 2019)

Les usagers ne sont pas identifiés a priori par les agents comme pouvant représenter un danger immédiat, mais ils peuvent inspirer la peur et alimenter l'insécurité pour les clients des différentes sociétés et dégrader leur image. C'est davantage ce sentiment d'insécurité ambiant, généré par la présence de ces usagers et par leur apparence physique qui semblent être problématiques, plus que leur comportement vis-à-vis des personnes qui fréquentent les différents espaces.

La recherche s'est également attachée à étudier les perceptions de ces professionnels sur l'évolution de la situation de la tranquillité publique et de la salubrité de l'espace public, en lien avec l'usage de drogues. La partie suivante propose de les aborder.

3. L'impact de l'usage de drogues sur les espaces professionnels et son évolution depuis l'installation de la SCMR

3.1. Une baisse sensible des traces de consommations sur la voirie et dans les sanisettes

La rue offre un contexte d'injection peu confortable pour les consommateurs. D'abord leur pratique est exposée à la vue des riverains et de la police. Il risquent soit une interpellation, soit les remarques ou les regards du public. Par ailleurs, ils sont exposés aux autres consommateurs présents sur la scène et ne bénéficient pas de l'intimité que requiert la pratique d'injection pour une partie d'entre eux. Enfin, quand les injections sont réalisées dans la rue, l'hygiène est rudimentaire. Les sanisettes sont parfois utilisées comme une alternative, ce sont certes des lieux « fermés », mais elles ne garantissent pas de bonnes conditions pour la réalisation des injections : lorsque le temps d'attente est jugé trop long, les tensions entre usagers sont fortes autour des sanisettes. Les conditions d'hygiène sont là aussi déplorables et beaucoup d'usagers ont indiqué être gênés par l'insalubrité des sanitaires.

« [...] Donc, j'essaye d'aller aux sanisettes au maximum. Mais les sanisettes, parfois c'est compliqué, elles sont fermées, elles marchent pas, ou elles sont dans un état vraiment dégueulasse. Parfois, c'est vraiment pas agréable. [...] » (Usagère, 2021)

« Ben oui, quand on est dans les toilettes, des fois il y a des gens qui tapent à la porte. C'est un peu stressant ! C'est pour ça qu'ici [à la salle] c'est beaucoup mieux. » (Usager, 2021)

« [...] Par contre, tout ce qui est injection, je le faisais dans les toilettes publiques parce que l'injection, c'est un peu plus délicat de faire ça dehors. Dans quelles toilettes publiques, tu le faisais ? Partout. Celui-là, je l'ai déjà fait mille et une fois ! Celui qui est en face ? Ouais, qu'est complètement dégueulasse. » (Usager, 2021)

La voierie et les sanisettes ne sont donc pas des environnements d'injection favorables, les usagers qui étaient réduits à injecter dans ces espaces peuvent ainsi particulièrement bénéficier des services offerts par la salle, en termes d'hygiène et de calme.

Les entretiens réalisés avec les agents de la propreté mettent en évidence une baisse importante des traces de consommations dans l'espace public, notamment des seringues. Cette baisse qui corrobore les données issues de la modélisation mathématique de l'étude écologique (présentées dans le chapitre 3) :

« On a à peu près depuis l'ouverture de la salle, divisé par trois le nombre de seringues qu'on retrouve dans le sanitaire. Ça reste une quantité élevée mais on a vu une nette diminution de ces chiffres-là. » (Agent entretien et propreté, 2019)

« L'argument qui dit y a une salle de consommation, donc ça fait un genre d'appel d'air, la réponse est non. Je peux pas vous dire le nombre de seringues, mais l'effet est tout à fait significatif, ça supprime deux tiers du problème. Maintenant ça demeure un emplacement, ça n'est pas un sanitaire c'est un emplacement dédié à ça [l'injection]. » (Agent entretien et propreté, 2021)

« Vous parliez des choses qu'ils jettent dans la rue et des discussions que vous aviez. Qu'est-ce qu'ils jettent le plus souvent ? C'est de la nourriture ou des cannettes de bière ou ça vous arrive de retrouver des seringues ? Non, plus maintenant. Quand j'ai commencé au début, je trouvais beaucoup de seringues. J'en trouvais beaucoup. Il y avait pas encore la salle de shoot. [...] Par jour, je devais en trouver quatre ou cinq. Sur une semaine ça fait pas mal. Il y en avait plus. C'est vrai qu'il y en avait plus, mais la salle de shoot n'était pas encore ouverte. Depuis que ça a ouvert, c'est vrai que j'en vois plus. Comme je vous ai dit, la semaine dernière j'ai dû en voir deux ou trois. Entretemps, comme eux, ils passent, ils en ramassent aussi, je les vois passer. Oui, j'en vois moins, beaucoup moins » (Agent entretien et propreté, 2019).

Lors d'un comité de voisinage daté du 5 juillet 2017, dans le point sur la physionomie de l'espace public, il est également rappelé que les agents de la propreté perçoivent une amélioration de la situation dans l'espace public :

« Réactions de Gaïa suite à certains propos :

Elizabeth AVRIL informe qu'un dossier est en cours auprès des autorités pour faire évoluer les effectifs à la hausse. Elle espère que ce bilan d'étape à 8 mois permettra d'avoir des renforts et l'assurance de maraudes quotidiennes de 3 heures. Les discussions sont en cours. Elle souligne aussi que ses contacts avec les personnes en charge de la propreté du quartier sont très positifs, notamment sur la présence moindre de seringues dans l'espace public. Concernant l'épicière de la rue Ambroise Paré, elle a eu l'occasion de la rencontrer comme les autres, et pointe la difficulté d'avoir une parole ne changeant pas selon les interlocuteurs ou le moment.

Rémi FERAUD confirme qu'il n'y a jamais eu de remontées négatives ou d'expressions défavorables des agents municipaux de la propreté, aucune demande de droit de retrait, alors qu'il est en contact très régulier avec les équipes de terrain. »

La baisse des traces de consommations confirmée par les agents de la propreté, ne signifie pas que l'injection dans l'espace public ou la présence de traces de consommation ont totalement disparues du secteur. Deux types de phénomènes sont signalés depuis l'installation de la SCMR. Le premier concerne des fluctuations d'un mois sur l'autre (le mois de février 2021 pour lequel une augmentation des traces de consommation dans les sanisettes a été mentionnée dans le comité de voisinage de mars 2021 en est un exemple), mais elles ne semblent pas avoir d'impact sur la diminution globale observée. Le deuxième est une poursuite des injections, principalement en dehors des horaires d'ouverture de la salle et parfois des regroupements au moment de l'ouverture de la salle.

En effet, il peut exister des fluctuations pas uniquement liées à la saisonnalité. Lors des périodes estivales et printanières il arrive de trouver plus de seringues dans l'espace public. Les agents de propreté font valoir que malgré une baisse globale, ils peuvent parfois être confrontés par périodes de courte durée à un nombre de seringues plus important que d'habitude :

« Des fois le matin, devant la salle de shoot, comme hier je suis arrivé, il y avait plein de boites, il y avait plein de seringues par terre. [...] Donc, j'ai ramassé. [...] Mais je vous dis, il y a des jours, c'est par période. Il y a des moments, ils sont bien lunés, il y a des moments, ils sont mal lunés. C'est comme tout le monde. [...] Il y a des jours, il y aura rien. Même moi des fois, je suis étonné. Quand j'arrive à Ambroise Paré, je regarde la rue, je fais : « ils sont où ? ». Il y a des jours, je vais arriver et je vais faire : « waouh, qu'est-ce qu'ils ont fait encore ? ». Et quand je dis ça, c'est qu'il y en a partout, c'est-à-dire qu'il y en a sur le trottoir, dans le caniveau. Je vais dire : « qu'est-ce qui s'est passé ? qu'est-ce qu'ils ont fait ? », et je vais dire : « hier, ils ont fait la fête ». Mais bon, c'est par période, c'est pas tous les jours. Sinon il y a une petite salissure régulière. C'est des petites salissures, c'est pas des gros dégâts. » (Agent entretien et propreté, 2019)

Ces fluctuations peuvent être liées à plusieurs facteurs. L'évacuation de scènes de consommation, de squats ou encore la présence policière renforcée à certains endroits et sur certaines périodes, expliquent des déplacements de consommateurs sur l'espace public et par conséquent des traces de consommation par injection plus visibles dans les rues. Ces phénomènes ont été décrits par plusieurs recherches internationales, qui montrent que les opérations policières donnent lieu à un déplacement des usagers et à la disposition de traces de consommation sur des zones visibles (Aitken et al., 2002 ; Huber, 1994 ; Olsen, 2017 ; Small et al., 2006).

Par ailleurs, il est également possible d'associer ces fluctuations aux comportements d'usagers qui n'auraient pas les mêmes profils que ceux présents dans le quartier depuis plusieurs années. Une distinction est opérée par les agents entre les usagers-résidents du quartier et les « nouveaux arrivants » ou les usagers de passage dont le manque d'attachement au quartier pourrait engendrer un non-respect de l'espace public :

« Oui, on se parle. Des fois, je leur dis : « là-bas, il s'est passé quoi hier, j'ai vu, il y avait plein de seringues, plein de boites ». Des fois, c'est même pas eux, c'est les gens qui viennent, qui sont pas du quartier. C'est ça le problème. [...] Moi, quand je dis « mes résidents », c'est les mecs que

je vois tous les jours. Ils vivent ici en fin de compte. Eux, ils sont propres. Mais des fois, il y a des trucs qui se passent, ça vient de l'extérieur. C'est des gens qui sont pas du quartier, ils sont de passage. » (Agent entretien et propreté, 2019)

En outre, les injections dans l'espace public peuvent parfois se poursuivre en dehors des horaires d'ouverture de la salle, tôt le matin ou encore le soir. Les lieux privilégiés pour s'injecter sont les escaliers des parkings, les sanisettes et l'entrée des parkings situés rue Saint-Vincent-de-Paul :

« En plus le matin, ils shootent, la salle est même pas encore ouverte. [...] Vous en avez rencontré dans la rue qui se shootaient le matin ? Si, dans la rue Saint-Vincent-de-Paul, dans le petit enfoncement, là où il y a le parking de location de voitures électriques. [...] c'est une société de location, ils louent des voitures. C'est un petit parking. Comme il y a enfoncement et ils rentrent là-dedans. Il y en a qui dorment là, mais des fois ils vont dans ce petit enfoncement pour se shooter ou dans les toilettes. Dans les sanisettes ? Oui, ou alors avant dans les escaliers du parking souterrain. Maintenant, ils ont fermé, ils peuvent plus y aller. » (Agent entretien et propreté, 2019)

À la lecture de cet extrait, on constate que l'objectif des usagers de drogues est de trouver des « recoins » et des lieux fermés. Cependant, ces recoins peuvent être visibles par des riverains ou des salariés, comme c'est le cas des parkings souterrains ou des renforcements situés rue Saint-Vincent-de-Paul.

Depuis la pandémie de COVID-19 et plus particulièrement depuis la fin de l'année 2020 et le début de l'année 2021, une hausse de l'insalubrité publique est cependant signalée par les agents d'entretien et de la propreté. Cette hausse est attribuée en partie à la présence de nouveaux usagers :

« Ça avait baissé[les seringues], mais là ça revient. Ça revient depuis combien de temps ? Ça va faire peut-être deux-trois mois que ça a recommencé, mais en fin de compte... Comment dire ? On en trouve... Vous savez que le soir, ils donnent des repas, ce qui est une catastrophe ! [...] Oui, c'était un problème parce qu'il y en a qui mangent pas, ou bien ils shootent en mangeant, ou des trucs comme ça. Donc, je retrouve un peu moins de seringues selon les périodes mais il y a des moments où ça va être tous les jours. Là, j'ai discuté avec un gardien à Ambroise Paré [...] Et il y a un nouveau toxico qui est arrivé dans le coin. C'est un qui est pas de chez nous, on va dire. Il a pris l'habitude d'aller se piquer à Saint-Vincent-de-Paul. » (Agent entretien et propreté, 2021)⁵⁰

Afin de trouver une solution pour limiter les injections dans l'espace public, les agents interrogés en 2021 ont ainsi demandé une extension considérable des horaires de salle, suggérant une ouverture 24h/24 du dispositif :

« On va dire que c'est un petit peu logique parce que ça shoote le matin, ça shoote le midi et ça shoote le soir ! Effectivement, si la salle est ouverte que l'après-midi, les gars le matin, ils vont pas attendre que ça ouvre pour se shooter, parce qu'ils sont en manque. Automatiquement ça se répercute dans les toilettes, dans les sanisettes. Le soir c'est pareil, une fois qu'ils ont mangé, qu'on leur a donné à manger, après y a quoi à faire, à part se shooter ? Comme le matin, il y a des petites associations qui donnent des cafés, comme l'Armée du Salut et tout ça, c'est pareil,

⁵⁰ Cette question de la dégradation de la situation durant la pandémie de COVID-19 sera développée avec prise en compte des entretiens réalisés avec d'autres parties prenantes dans le **chapitre 5**.

après le petit café et le petit Spéculos, on fait quoi ? Effectivement, ouverte 24 sur 24 ce serait peut-être pas mal. Bon, il y en a qui aiment pas aller à la salle parce qu'ils se sentent fliquer, mais il y en a beaucoup qui y vont. Donc ça réduirait un petit peu le problème. Effectivement s'ils pouvaient combiner ça avec le social, ça serait bien. » (Agent entretien et propreté, 2021)

3.2. Une situation fluctuante dans les jardins qui date d'avant l'installation de la salle

Le contexte d'injection offert par les jardins est différent de celui de la voirie ou même des sanisettes. Certes, les jardins sont des lieux exposés à la vue des riverains, de la police et des agents d'entretien. Néanmoins, ils offrent aux usagers des recoins (derrière des buissons, des taillis ou du mobilier urbain), garants d'une certaine intimité, à défaut d'une meilleure hygiène. Par ailleurs, les parcs et jardins constituent également un abri où il est possible de se coucher et de se créer un « recoin de vie ». Une recherche a analysé comment les jardins constituent pour les personnes sans domiciles des espaces à part entière où il est possible de se dissimuler aux yeux du public et des autres personnes sans-abri (Grésillon et Kneur, 2016).

Les agents affectés aux espaces verts ont éprouvé des difficultés à estimer l'évolution du nombre de traces de consommation depuis l'installation de la salle :

« **Agent 1** : Après Y. ramassait des seringues depuis cinq, six, dix ans là-bas, à Cavaillé-Coll. **Agent 2** : Je sais pas qui j'ai eu au téléphone la semaine dernière, on m'a posé la question si on avait plus ou moins de seringues. En fait, j'en sais rien. **Agent 3** : Ça va, ça vient. Il y a des périodes. **Agent 2** : On peut pas savoir s'il y a eu plus de seringues après ou avant la salle, l'ouverture de la salle. » (Agents des parcs et jardins, 2019)

Ils ont en revanche beaucoup insisté sur l'ancienneté du problème, antérieur à l'installation de la salle en 2016. En effet, depuis une dizaine d'années, les agents ont déclaré relever les seringues collectées dans les parcs et jardins, ce qui est un indicateur de la présence ancienne de ces traces d'injections. Lors des entretiens, ils ont fait part de leurs doutes sur la finalité et l'utilité de ces recueils car selon eux, aucune solution concrète ne leur a été apportée pour améliorer leur quotidien professionnel :

« Qui a pris l'initiative de faire ce tableau de comptage des seringues ? **Agent 1** : C'est avec l'association Gaïa, je crois. Il était convenu de faire un comptage sur un an. Ça fait quelques années qu'on le fait maintenant. **Agent 2** : Je l'ai fait avec Y. la première fois, et la salle était pas ouverte. Même avant ? **Agent 1** : Oui, on le remplit depuis plus de dix ans. Ça fait dix ans qu'on fait les tableaux parce que ça fait 7 ans que t'es là. » (Agents des parcs et jardins, 2019)

Dans leur discours, l'installation de la SCMR n'est pas interprétée comme étant un facteur explicatif de la présence de seringues dans les parcs et jardins. Les agents ont rapporté des effets de saisonnalité : le printemps et l'été sont des saisons où ils sont davantage confrontés à des traces de consommation qui peuvent alors être nombreuses certains jours tandis que leur nombre baisse en période automnale et hivernale. On peut associer ce phénomène aux changements de lieux de vie des personnes sans-abri en fonction des saisons (Gaboriau, 1993).

« **Agent 3** : Ça dépend des jours. Il y a des jours, il y en a beaucoup et il y a des jours où il y en a peu. Mais ça s'aggrave toujours, surtout l'été. Surtout les périodes **Agent 4** : estivales. **Agent 1** :

*Cet hiver ça a été un peu plus calme, vu les comptages qu'on fait. **Agent 3** : L'hiver, c'est un peu calme. **Agent 4** : Et après ça revient. » (Agent parcs et jardins, 2019)*

Ces phénomènes de fluctuations peuvent également avoir lieu en dehors de la saisonnalité. On pourrait notamment les associer à des évacuations policières ou encore à des évacuations des scènes de drogues situées à proximité du secteur d'implantation de la salle.

Cette occupation plus forte en été est cependant source d'inquiétude pour les agents, dans la mesure où les jardins sont également plus investis par les familles, et les enfants. Les seringues ne sont pas toutes visibles et elles sont laissées dans les buissons, sur la pelouse mais aussi sur les aires de jeux des enfants. La nécessité de sonder les espaces et notamment les aires de jeux avant l'arrivée des habitants est donc une partie importante du travail, qui est une charge supplémentaire angoissante pour les agents. Non seulement parce qu'ils craignent de se piquer avec des seringues présentes dans l'espace public lors de l'entretien des jardins, mais aussi parce qu'ils redoutent un accident notamment impliquant des enfants :

« Ma priorité avant le jardinage, c'est les seringues. J'ai pas envie, comme dit mon chef... Imaginez-vous qu'une mère de famille vienne se plaindre le lendemain que sa fille, elle s'est fait piquer, qu'elle a été au docteur, que le docteur lui a peut-être dit que c'est une seringue, et il sait pas. Moi, je l'aurais sur ma conscience, j'ai pas fait mon travail. C'est vrai, moi j'ai conscience de ça. » (Agent des parcs et jardins, 2019)

En dehors des traces de consommation, les agents des parcs et jardins sont également confrontés aux intrusions des consommateurs de drogues. À nouveau, les questions de saisonnalité sont mises en avant avec une occupation des espaces beaucoup plus importante en période estivale ou printanière. Les jardiniers assistent ainsi à des scènes d'injection, mais ils décrivent d'autres usages de l'espace vert comme un lieu de couchage et un lieu de rencontre entre usagers :

*« **Agent 3** : Surtout l'année passée [en 2018], en mai-juin, il y avait des toxicomanes qui dormaient sur les matelas et en dessous, c'était incroyable. C'était pas le désastre mais tout juste. Maintenant ça s'est un peu calmé depuis l'automne et l'hiver. [...] **Agent 2** : Oui, c'est compliqué. Pendant la canicule de l'année dernière **Agent 1** : Oui, ça a été la grosse période. C'était mortel, cette période-là, au mois de juin-juillet. Qu'est-ce qui s'est passé de spécial ? **Agent 1** : Le jardin est fermé la nuit, mais par contre, il y avait 30-35 personnes dans le jardin. **Agent 3** : Oui, il y avait des seringues. Il y avait des seringues, des chiens. Par vingtaine et même mieux. » (Agents des parcs et jardins, 2019)*

Les agents des parcs et jardins interrogés n'ont pas observé une présence d'usagers de drogues, liée à un effet « pot de miel » de la salle qui était redouté avant son installation. Ils mentionnent une amélioration de la situation depuis l'ouverture de la salle (« on a eu un mieux »). La seule association qu'ils établissent avec la salle est une occupation des espaces verts plus importante en dehors des horaires d'ouverture de la salle. Leur réponse face à ce constat est la proposition d'une extension des horaires de la salle qui selon eux pourrait limiter l'intrusion des usagers dans les parcs et jardins :

« On a eu un mieux, mais on s'est rendu compte que les gens se droguent pas qu'aux heures d'ouverture de la salle de consommation, que c'est le matin aussi. L'évolution fait, si j'ai bien compris, que ça allait bouger un peu et ce serait une bonne chose pour nous tous. Je pense que l'ouverture du matin, je vais pas dire H24, c'est peut-être une bonne chose [...] Je pense que s'il

y avait une ouverture de la salle le matin, on aurait peut-être moins de seringues. Je pense que ça peut le faire. Après, c'est peut-être des gens qui refusent d'y aller. Je pense qu'il y en a qui supportent pas d'aller là-bas.» (Agent des parcs et jardins, 2019)

Si aucun fait d'agressivité n'a été rapporté par les agents des parcs et jardins à leur rencontre, la présence des consommateurs sur leurs espaces reste problématique. Ils sont amenés régulièrement à solliciter le service de sécurité de la mairie pour expulser les usagers principalement le matin au moment de l'ouverture des parcs :

*« **Agent 2** : Le Centre de Veille Opérationnelle (CDO), c'est la sécurité et la DPSP. En effet, dès qu'il y a des matelas, c'est compliqué. Nous, on n'a pas à évacuer. On n'a pas le matos, on sait pas, on n'est pas formés pour. On appelle le CDO de suite. Qui lui intervient ? **Agent 2** : Oui, ils se déplacent souvent sur Cavaillé-Coll. L'été passé, ils étaient là automatiquement tous les matins. Ah oui ? **Agent 1** : Oui, tous les matins. [...] Pour les évacuer, il y avait des équipes qui devaient venir ? Le CDO envoyait plusieurs personnes ? **Agent 4** : Oui, ils étaient trois-quatre, quatre-cinq même. Et on n'ouvrait pas tant qu'ils les avaient pas évacués. **Agent 1** : Ça, c'est le problème de sécurité pour les usagers, vous pouvez pas ouvrir un jardin si, après, c'est pas en sécurité. C'est pas eux qui nous gênent pour ouvrir, c'est qu'il y a aussi un problème de sécurité : est-ce qu'on peut ouvrir, est-ce que les petits enfants peuvent passer dans le jardin ? » (Agents des parcs et jardins, 2019)*

Par ailleurs, si une activité de deal s'était engagée au jardin Cavaillé Coll, elle semble s'être arrêtée. Il semblerait que les problématiques liées à l'usage de drogues s'incarnent dans la présence des traces de consommation (seringues abandonnées dans les buissons et sur les pelouses) et au regroupement des usagers qui peuvent utiliser ces espaces comme des lieux de vie pour les plus précaires. Le jardin Cavaillé-Coll qui a été très impacté par les problématiques d'usage dans l'espace public devrait être réaménagé afin de d'encourager son investissement par des riverains et de limiter son occupation par les usagers de drogues⁵¹.

« La mairie de Paris avait prévu de faire des activités ou de transformer un peu le jardin Cavaillé-Coll. C'est en cours. Il y a une association qui va arriver sur le deuxième palier du jardin, ce qu'on appelle les fers à cheval, juste en bas des aires de jeux. Là, il y a une association qui ferait un jardin partagé. De l'autre côté, on ferait du sport à l'extérieur, ce qui est très bien. Nous, on a vu sur Varlin et Henri-Christiné, ils nous ont mis des trucs de sport comme ça et ça marche très bien. Toute la faune de voyous qu'on pouvait avoir est partie parce qu'ils se sont retrouvés qu'avec des mecs musclés, des mecs sportifs. Comme quoi, du jour au lendemain, on a été peinard. Et depuis, tout le monde s'entend très bien. C'est dingue. Ne serait-ce que les tables de ping-pong de l'autre, les gens viennent, et ça les gêne de pouvoir faire leur vente de drogues là-haut. » (Agent des parcs et jardins, 2019)

⁵¹ <https://mairie10.paris.fr/pages/travaux-de-mi-fevrier-a-mi-avril-2020-renovation-du-square-aristide-cavaille-coll-15172> consulté le 23/03/2021

3.3. Dans les parkings souterrains : une baisse des seringues et des intrusions qui s'expliquent par des travaux de sécurisation

Deux parkings occupent le secteur, celui situé à proximité de la gare du Nord et celui situé en face de Lariboisière. De façon générale, les agents des parkings ont constaté une baisse des intrusions et des traces de consommations sur leurs espaces. Néanmoins, ils estiment que cette amélioration est davantage liée aux actions d'hermétisation mises en place :

« Mais par rapport à il y a deux-trois ans, ça a beaucoup diminué. Est-ce que c'est grâce à la salle de consommation ou c'est parce qu'on a réussi à rendre le parc bien fermé. [...] Combien ça sortait par jour au début ? Une vingtaine, une trentaine par jour ? Moi, j'ai vu les tableaux, vous étiez montés à 15-20 par jour d'individus. Là, on arrive à quoi, à quatre ?[...] Après, il peut y avoir des pics. Généralement, on est passé de 15-20 à 5-6, voire 4 des fois et des fois, pas du tout. C'est vrai qu'on peut pas dire que c'est grâce à... Oui, c'est compliqué. Je pense aussi qu'il y a une conjugaison... Exactement. On a augmenté la sécurité. On a mis ce qu'il faut de notre côté pour améliorer la sécurité. De sensibiliser les équipes aussi. [...] C'est difficile de dire que c'est grâce à la salle de shoot. Aujourd'hui, c'est dur de le dire. On l'aurait fait deux ans après, on aurait pu dire les choses. Là, on l'a fait en même temps[les travaux de fermeture du parking], donc on saura jamais » (Agent sécurité-parking, 2019)

Des agents en charge d'un autre parking ont une interprétation différente de l'impact de l'installation de la salle : suite à son ouverture les intrusions ont augmenté et seules les nouvelles mesures de sécurisation de 2018 ont permis de limiter ces intrusions :

« Pour vous donner une idée en termes de statistiques puisque tout à l'heure Monsieur Y. vous en parlait, en février 2017, on a recensé et expulsé 350 consommateurs dans le parking, sur le mois de février 2017. Sur le mois de février 2018, 66, donc forte baisse. Février 2019, 23. Sachant que 2017 a été quand même une année extrêmement dense, sur l'ensemble de l'année, on a eu 4 745 expulsions. Ça fait quand même une belle moyenne.[...] Les chiffres parlent d'eux-mêmes, la fréquentation de la SCMR explose, on voit très bien que les gens y vont plus. Nous, nécessairement, on a été de plus en plus vigilants. C'est là que quand on a sécurisé, on s'est rendu compte que la chute de fréquentation des indésirables dans notre parking était très forte. Ma perception, c'est que la salle de consommation à moindre risque draine effectivement beaucoup de toxicomanes dans le quartier. Nous, on a réussi à endiguer l'intrusion dans notre parking. » (Agent sécurité-parking, 2019)

Malgré les intrusions constatées et la mise en œuvre de dispositifs de sécurisation qui coûtent cher à l'entreprise, les agents rencontrés ont indiqué être favorables à une extension des horaires de la salle. En effet, dans les deux cas, l'investissement des espaces est constaté en dehors des horaires d'ouverture de la salle :

« En plus, on a appris qu'elle allait bientôt ouvrir le matin. Ça, c'est une très bonne nouvelle parce que le matin, on se récupérait tous les crackeurs et ceux qui se piquent aussi dans nos parkings.[...] Aujourd'hui, s'il y a le matin... Alors on verra après les résultats, mais déjà pour qu'il soit tranquille ou quelqu'un qui se pique, il sera plus tranquille dans la salle. Il pourra aller se reposer dans la salle de repos parce que, ici, il va être dérangé par nos agents, par la sécurité. » (Agent sécurité-parking, 2019)

« Et avec l'arrivée de la SCMR, disons qu'on était devenu l'antichambre de la SCMR. On servait d'antichambre, de toilettes, de chambre et de salle de consommation. Surtout par rapport aux horaires. Nous avons constaté que quand elle ouvre à 13 heures, je pense que vous avez vu à l'extérieur ? De 9 heures du matin, limite à 8 heures du matin, jusqu'à 13 heures, on avait tous les consommateurs qui descendaient au niveau du parc. [...] Moi, si ça tenait qu'à moi, personnellement je pense que cette salle-là devrait ouvrir de 7 heures du matin à 1 heure du matin. Pourquoi ? Il s'avère que, des fois, quand je passe à 7 heures du matin, on croise certaines personnes déjà sur le trottoir en train de chercher leur consommation. Au jour d'aujourd'hui, c'est 13h30-20h, je pense que c'est pas assez. » (Agent sécurité-parking, 2019)

Par ailleurs les agents décrivent d'autres usages problématiques des parkings en dehors de l'injection tels que la prostitution, la création de squats, ... Ces descriptions montrent que la problématique va bien au-delà de l'injection et qu'il s'agit aussi pour les usagers de se trouver des espaces d'intimité dont ils ne bénéficient pas ou peu en raison de l'absence de logement et des difficultés d'accès à l'hébergement. Par ailleurs ces phénomènes de squats et d'intrusions ne sont pas uniquement le fait d'usagers mais également de personnes sans-abri qui ne sont pas des consommateurs. Ces pratiques étaient présentes avant l'installation de la SCMR et sont mentionnées également dans le **chapitre 5**.

Depuis la pandémie cependant, la situation se serait dégradée particulièrement sur le parking situé en face de l'hôpital Lariboisière, avec une augmentation des traces d'injections et des intrusions. Les agents sont également conscients que l'évacuation d'autres scènes de drogues importantes telles que la Colline, ont pu également alimenter l'augmentation des intrusions observées :

« [...] Mais ce qu'on remarque, c'est qu'il y a effectivement de plus en plus de consommateurs qui sont dans le parking. Entre janvier 2020 et aujourd'hui, ça n'a fait qu'augmenter. Ce que je voulais préciser également, c'est que ce phénomène de croissance d'usagers dans notre ouvrage est probablement lié, alors je dis pas exclusivement à la salle de consommation à moindre risque, mais est peut-être principalement dû à l'évacuation de la Colline du crack qui a eu lieu cette année. J'ai plus la date exacte en tête, mais je sais qu'on a constaté un afflux massif dans notre parking. » (Agent sécurité-parking, 2021)

Malgré quelques réticences concernant la SCMR, les agents considèrent qu'elle devrait être ouverte quasiment 24h/24 pour réellement limiter l'intervention sur leurs espaces :

« [...] dès lors que vous avez une salle qui ouvre, les gens arrivent un petit peu avant pour l'ouverture, restent dans le coin si elle ferme entre midi et 2 pour pas trop s'éloigner. Donc, c'est des gens qui traînent dans le coin, qui en profitent pour faire autre chose. Et ça, on l'a vu, c'est pour ça que je me permets de l'affirmer : on a besoin d'argent, donc on va aller péter une voiture ou deux pour aller piquer ce qu'il y a dedans. Ça permet de revendre et de se faire un peu d'argent. Il y a quand même tout ce lot-là qui accompagne malheureusement la fréquentation. Moi je dirais, en exagérant : quitte à ce que cette salle soit là, et elle est là, autant qu'elle soit ouverte tout le temps. Moi, je serai plus royaliste que le roi et je vous dirais qu'il faut l'ouvrir 24/7. Il faut pas des horaires de bureau parce que la population se fiche éperdument que ce soit des horaires de bureau. Après, je sais que c'est extrêmement dépendant des crédits. Je pense que ça permettrait de soulager un petit peu l'écosystème local. » (Agent sécurité-parking, 2021)

3.4. Au sein de la gare du Nord : des constats mitigés

Les agents interrogés au sein de la gare du Nord ont exprimé des avis divergents sur l'impact de l'installation de la SCMR. Précisons, qu'il n'a pas été possible de trianguler avec des données issues d'indicateurs objectivés, puisqu'aucune mesure de comptage des traces de consommation ou des scènes d'injection suivie dans le temps n'a été effectuée avant l'installation de la salle. Les agents affirment ainsi que la salle aurait contribué à augmenter la présence de consommateurs dans la gare, tandis que d'autres estiment que la situation est restée la même et enfin quelques-uns considèrent que la situation se serait améliorée. C'est la raison pour laquelle, cette partie se donne pour objectif de s'intéresser aux éléments de concordances identifiés dans les discours des agents.

Un élément récurrent dans les discours des agents est la critique de l'installation de la SMCR à proximité de la gare du Nord reconnue comme une zone de concentration des phénomènes d'errance et de sans-abrisme. Pour autant, de nombreuses parties prenantes indiquent que la consommation de drogue préexistait l'installation de la salle et qu'elle faisait partie du « quartier » du « paysage » voire de « l'histoire de la gare ».

Le deuxième élément récurrent est la persistance de l'injection au sein des toilettes de la gare du Nord géré par une société sous-traitante. Déjà prisés avant l'installation de la salle, ils restent très utilisés par les consommateurs :

« Quand il a été question de l'installation, vous, est-ce que vous étiez pour, contre, vous aviez pas d'avis ? Si, j'étais pour. Je me disais : ça y est, pour une fois, ils vont sortir de chez nous et ils reviendront plus. Ils viennent dans les toilettes les consommateurs de drogues, ils venaient chez nous parce qu'ils avaient pas un endroit pour y aller. [...] Du coup, je me suis dit : ouf, on va souffler. Et c'est pas du tout ça ! Pas du tout, non. Avec le temps, on se rend compte que les personnes qui viennent chez nous, c'est des gens qui vont chez eux, qui peuvent consommer 30 minutes chez eux et, 30 minutes après, on les retrouve ici, à rentrer dans une cabine, rester enfermés 45 minutes et consommer de nouveau. [...] Du coup, on n'a pas du tout été sauvés. Chez nous, la fréquentation est toujours la même. Elle a ni augmenté ni baissé ? Non, non. »
(Agent entretien et propreté, 2021)

« [...] parce qu'on a des toilettes au niveau -1 de la Gare du Nord, qui sont un lieu de consommation. On a une boîte DASRI dans chaque cabine individuelle, hommes et femmes. Là, les toilettes vont fermer pour des travaux. Donc, on travaille avec Gaïa sur des permanences de deux heures depuis la semaine dernière. On va aller jusqu'à mi-février, la date de fermeture, où ils vont rencontrer les usagers. Le constat qu'on fait, c'est que les trois-quarts des usagers que rencontrent Gaïa aux toilettes sur leur permanence, ce sont des usagers qui sont inscrits à la salle. Quand on discute avec eux, c'est qu'à un moment donné, ils ont besoin de tranquillité, ils ont besoin d'intimité. Ils disent : « on a été à la salle tout à l'heure », ou « on va aller à la salle après, mais il y a un moment donné où j'ai besoin de me poser dans une cabine où je suis tout seul ». Ça pose un souci parce qu'ils sont en moyenne 45 minutes dans la cabine et que, nous, on a des voyageurs, on a des gens qui attendent. Dès que l'utilisateur de drogues a quitté la cabine, il faut qu'il y ait une personne du nettoyage qui passe. En général, ils laissent plutôt la cabine propre, mais il faut nettoyer la cuvette, etc. Le dessus des poubelles sont brûlés parce qu'ils chauffent leur truc. Et puis on a en certains qui sont très éloignés et il va y avoir la seringue par terre, il va y avoir le Kleenex avec du sang. Là, on essaye de leur dire, mais ils ont besoin à un

moment d'être tranquilles. Ils nous disent : « j'ai pas envie d'aller avec les autres. » (Agent vie sociale-Gare du Nord, 2019)

« Ya pas moins [de consommateurs], ça a pas aggravé, c'est toujours pareil [...] Ils rentrent dans les toilettes, dans les toilettes, chaque semaine y a ça. » (Agent sécurité-Gare du Nord, 2019)

« Même si je crois savoir que peut-être les plus touchés ne vont pas dans la salle de consommation mais préfèrent aller dans les toilettes de la gare. » (Agent sécurité-Gare du Nord, 2019)

« On a les toilettes des trains mais on a aussi les toilettes publiques de la gare. C'est pas très fréquent mais quand on nous appelle pour les toilettes de la gare, on sait pour quoi c'est. C'est tout le temps pour la même chose, c'est quelqu'un qui est là, qui est en train de s'injecter » (Agent de police-Gare du Nord, 2019)

La fermeture de ces toilettes pour des questions de travaux constitue également une crainte pour des agents SNCF travaillant ailleurs dans la gare ou en dehors de la gare du Nord :

« Je sais que, par exemple les toilettes, ils vont fermer côté grandes lignes et c'est des toilettes qui sont utilisées. Peut-être qu'à la fermeture, on va de nouveau en avoir. » (Agent vie sociale-Gare du Nord, 2019)

« Pourquoi ils vont aux toilettes de la gare ? Parce que c'est propre. Ils payent 50 centimes, c'est propre. Il y a ce qu'on appelait anciennement une Madame pipi qui passe derrière les gens. Ça veut dire qu'ils payent 50 centimes, ils rentrent à l'intérieur, c'est propre, ils se soignent, ce qu'ils appellent se soigner, et ils ressortent. L'endroit est nickel, ils peuvent prendre le temps qu'ils veulent pour 50 centimes. Aujourd'hui, moi j'ai eu un écho comme quoi les toilettes vont être fermées. Déjà, on anticipe un peu le retour de bâtons et, derrière, je pense que ça va se rediriger vers nous. Ce que vous me dites sur la propreté des toilettes, c'est eux qui vous en ont parlé ? Eux-mêmes vous parlent où ils consomment ? C'est tout à fait ça. On va pas dire qu'on a nos taupes, mais on a nos contacts qui nous parlent un peu du quartier. [...] » (Agent sécurité-parking, 2019)

Ces toilettes offrent un contexte d'injection privilégié, dans la mesure où ils procurent des conditions d'hygiène de qualité, qu'ils garantissent une tranquillité vis-vis de la police et surtout une intimité totale dont les usagers qui souhaitent injecter dans un espace fermé ne bénéficient pas au sein de la salle. Néanmoins, il en résulte pour les agents des dégâts matériels assez conséquents. Par ailleurs, il s'agit d'un rare endroit où un phénomène d'agression physique (coup de poing au visage) a été relaté et où les agents éprouvent une réelle crainte vis-à-vis des usagers.

Un autre élément de concordance est la description de scènes d'injection ou de présence de consommateurs en dehors des horaires de la salle, notamment dans la matinée ou dans la soirée, ou lorsque la salle est sur le point d'ouvrir. Par exemple, le matin, les trains grandes lignes qui stationnent à quai et bénéficient de sanitaires sont utilisés à des fins d'injection lorsqu'il n'y a pas de surveillance. De même le soir, des agents ont relaté que les RER stationnés pouvaient également être utilisés aux mêmes fins :

« [...] J'ai un agent de sécurité qui est prévu le matin à partir de 5 heures et demie, parce qu'on a bien identifié que c'était le matin qu'on avait des problèmes avec les toxicos. Il n'est là que pour ça, de 5 heures et demie à 13h30. Il est côté Intercités parce que c'est des trains qui sont plus vieux que les autres et on peut pas fermer les portes. Régulièrement le matin, sur les premiers trains, on avait des agents qui nous disaient qu'ils pouvaient pas faire leur visite de sécurité en toute sécurité parce qu'il y avait des toxicos à bord. Mais c'est pas des trains qui restent sous gare. Par contre, ils arrivent de bonne heure. Donc, il suffit qu'il soit là une heure et ça suffit à ce qu'on monte dedans. » (Agent sécurité-Gare du Nord, 2019)

« Par contre dans les couloirs qui mènent à la SNCF, on a un petit peu de toxicomanes, surtout le matin. Justement, en termes d'horaires ? Surtout le matin. L'après-midi, on en a un petit peu sur le quai de la 5 à Gare du Nord puisqu'ils vont acheter ou même ils vendent ici et ils vont consommer à l'extérieur. » (Agent de maîtrise-Gare du Nord, 2018)

« Pour eux, ils voient bien quand la salle ferme. Au moment où elle ferme, il y a un impact. [...] L'UACV et l'escale ont vraiment constaté, donc les agents de terrain, une augmentation de la population, on va l'appeler drogue, à l'arrivée de la salle. Pour eux, c'était plus dispatché. Là, c'est comme si elle s'était rassemblée à Gare du Nord et le pire étant vraiment le moment où la salle ferme, ils se déplacent pour venir chercher du chaud en Gare du Nord. Ils vous ont indiqué des horaires ? Quand la salle ferme. Après, je me rappelle plus, ils m'ont donné un horaire et ça correspondait à quand la salle fermait. En fait, ils en ont très peu dans la journée. Ils sont là, pas transparents mais vraiment cachés, mais en fin de journée, à la fin de la salle, c'est là que... Que tout le monde arrive. C'est pas non plus une masse monumentale, c'est pas une vague qui arrive, mais c'est là qu'il y a une recrudescence. » (Agent sécurité-Gare du Nord, 2018)

Cet agent indique rencontrer plus d'usagers en fin de soirée sur les quais. « Ça dépend des horaires à partir de 22heures vaut mieux éviter de sortir, c'était déjà le cas avant [l'installation de la salle] » (Extraits de notes et Agents interrogés lors d'une ronde au sein de la Gare du Nord, 2018)

« Ce que je vois souvent au niveau du souterrain surtout le soir, souvent le soir y a des voyageurs qui les voient. » (Extraits de notes et Agents interrogés lors d'une ronde au sein de la Gare du Nord, 2018)

Pour certains agents, les horaires de la salle ne sont donc pas adaptés et devraient être étendus pour limiter les pratiques d'injection : « Il y a une augmentation des gens qui se shootent à Gare du Nord parce que la salle de shoot n'est pas ouverte tout le temps. » (Extraits de notes et Agents interrogés lors d'une ronde au sein de la gare du Nord, 2019)

« Pour moi, [la salle est] sous dimensionnée. » (Extraits de notes et Agents interrogés lors d'une ronde au sein de la gare du Nord, 2018)

Un agent m'indique qu'il a retrouvé des usagers en train de s'injecter dans la descente du parking situé au 112 rue de Maubeuge alors que la salle était fermée. Les usagers lui auraient répondu : « c'est parce qu'on a pas pu le [l'injection] faire ailleurs. » (Extraits de notes et Agents interrogés lors d'une ronde au sein de la gare du Nord, 2019)

« **Agent 1** : C'est vrai qu'on avait été surpris par les horaires d'ouverture. On s'attendait à une plage beaucoup plus grande. Ça ferme à quelle heure ? À 20h30. **Agent 2** : Ce qui est tôt aussi. » (Agents sécurité-Gare du Nord, 2019)

« Pour vous, la situation est restée égale ? Voilà. Je serais plus systématiquement contre [la salle] comme je pouvais l'être en 2012, avant que ça se fasse. Pour le coup, on n'a pas vu spécialement d'amélioration. Le toxicomane qui veut faire son injection, si la salle est pas ouverte, il va pas attendre, il va le faire tout de suite. » (Agent de police-Gare du Nord, 2019)

Les améliorations observées dans la gare sont souvent attribuées aux diverses actions policières menées sur l'espace de la gare, aux actions de sécurisation, ou travaux plus qu'à l'installation de la salle en elle-même :

« Je dirais que les améliorations, elles sont pas forcément à la salle de consommation, je dirais plutôt que c'est les moyens mis par la SNCF, les moyens matériels, où là on a vu quand même une amélioration, mais c'est indépendant de la salle de consommation. » (Agent de police-Gare du Nord, 2019)

« [...] C'est vraiment à l'escale, donc escale TER et escale voyage, où les correspondants sûreté de ces établissements ont fait un peu de pédagogie, ont rassuré leur personnel en disant : « la SUGE est au courant, la SUGE fait des actions, la police fait des actions, donc le problème est pris en main ; d'ailleurs on a bien progressé, il y en a moins, vous en voyez moins dans les rames. Et ils en voient moins en effet ou c'est pour les rassurer ? Non, il y en a moins, il y en a quand même moins par notre travail de présence dans les rames. On est moins appelé. Nous, on voit toujours les mêmes mais on est beaucoup moins appelé. » (Agent sécurité-Gare du Nord, 2019)

« Mais est-ce que les agents avaient des craintes ? Est-ce que, vous, vous aviez des craintes par rapport à cette installation ? On aurait pu avoir un petit peu de craintes, mais ça s'est bien passé. On n'a pas vu de plus ni de moins. On a vu surtout du moins grâce aux travaux de la ligne 4. C'est vraiment flagrant, ça. [...] Nous, comme on est en travaux partout, vous avez pas de possibilité. Il y a de la poussière, il y a des trains de travaux, il y a des chantiers, il y a du bruit. Les quais sont étroits, donc il y a beaucoup de circulation. Donc, on est pour l'instant un peu protégé, à cause des travaux ou grâce aux travaux. » (Agent de maîtrise-Gare du Nord, 2018)

Ainsi, les avis recueillis auprès des agents intervenant au sein de la gare du Nord sont très divergents sur l'impact de l'installation de la salle. Certains de ces agents interrogés n'ont pas été en mesure de faire la comparaison entre la période avant/après l'implantation de la SCMR car ils n'étaient pas en poste sur la période avant. Il est toutefois intéressant de noter qu'un agent SNCF chargé de gérer l'errance et la consommation de drogues au sein de la gare, qui a des fonctions de coordination et est en contact avec de nombreux agents et qui bénéficie d'une vision globale (avant/après) lui permettant d'avoir un recul sur le long terme a de son côté constaté une réelle amélioration de la situation depuis l'installation de la salle :

« Non, la salle a un effet. La salle a un effet. Quand j'étais animatrice qualité, je peux vous dire, dans le couloir Maubeuge, [...] il y a pas un matin où il y avait pas deux, trois seringues dans le couloir Maubeuge. Et après, toutes les seringues qu'il y avait ailleurs dans la gare. J'ai une boîte DASRI dans mon bureau, il y a très longtemps que j'ai pas ramassé une seringue. Après ça m'arrive, j'ai toujours des gants dans mon sac. Non, la salle nous a vraiment apporté du plus sur la présence des toxicomanes au niveau de la gare » (Agent vie sociale, 2019)

Malgré ces avis divergents au sein des agents de la gare du Nord, des éléments de concordance apparaissent dans les discours : la critique de l'installation de la salle à proximité de la gare du Nord, la présence de scènes d'injection et de consommation en matinée et en soirée en dehors des horaires d'ouverture de la salle, la régularité des injections dans les toilettes situées au niveau -1 de la gare et enfin, les plages horaires inadaptées de la salle pour répondre aux besoins des usagers.

Synthèse des résultats

L'analyse de la perception des professionnels de propreté et de sécurité montre que la confrontation à l'usage de drogues précédait l'installation de la SCMR et qu'elle se couple à la gestion de publics divers liés à la géographie spécifique de ce secteur.

Ces professionnels ont appris à interagir avec les usagers de drogues et parviennent à maintenir des relations plutôt apaisées, même si la présence de ce public sur les espaces professionnels complexifie leur quotidien. La collaboration avec les associations de réduction des risques ou des référents sociaux, de même que la visite de la salle participent à changer le regard des professionnels sur l'usager et permettent un ajustement et une adaptation des comportements et attitudes quant à la gestion de l'usage de drogues. Cet apprentissage de nouvelles postures professionnelles constituent un facteur important de pacification de l'espace public. Peu d'agents interrogés déclarent avoir été agressés physiquement par des consommateurs mais la peur des seringues et du sang, et donc d'une possible contamination par des virus est associée à la crainte des publics usagers de drogues. Ils peuvent également inspirer un sentiment d'insécurité aux différents clients qui circulent sur les espaces professionnels.

Depuis l'installation de la salle, les agents interrogés montrent que la situation s'est sensiblement améliorée sur les rues et dans les sanisettes qui sont situées à proximité, ce qui vient confirmer, les indicateurs objectivés produits par l'étude écologique présentés dans le chapitre 2. En revanche, la perception d'une situation positive en termes de tranquillité et de salubrité publiques est moins nette sur les parkings, dans les jardins et au sein de la gare du Nord. Il faut tenir compte du fait que plusieurs phénomènes ont été décrits par les professionnels : des périodes de fluctuations, qui pourraient être associées à d'autres actions réalisées sur l'espace urbain : comme les évacuations de scènes de consommations, de squat ou encore la forte présence policières sur certains lieux et des effets de saisonnalité. Des phénomènes de regroupements en dehors des horaires de la salle ont également été décrits par plusieurs professionnels, les amenant à recommander non pas la fermeture de la salle, mais l'extension de ses horaires.

D'un point de vue méthodologique, le recrutement et la réalisation des entretiens comportent quelques limites. L'une des premières concerne l'accès aux nombreux sous-traitants partenaires des sociétés. Il aurait été intéressant de les contacter mais la constellation des professionnels ou de personnes à interroger paraissait trop importante au regard du temps impartis pour réaliser la recherche. Il aurait été intéressant d'échanger avec eux sur la

confrontation l'usage et aux usagers de drogues qui auraient pu être différentes de celle des agents interrogés. Lors des entretiens il semblait que ces professionnels étaient moins sensibilisés à la gestion de l'usage de drogues, alors même qu'ils y sont confrontés frontalement dans leur quotidien professionnel. Cependant, les agents embauchés comme sous-traitants changent également plus souvent de poste, et il aurait été difficile pour eux d'avoir une vision avant/après implantation.

Dans quelques rares cas, nous n'avons pu réaliser que des entretiens collectifs, les agents ne se sentant pas suffisamment à l'aise pour un entretien individuel ou la direction préférant cette option, afin de ne pas empiéter de manière trop importante sur les activités du service. La réalisation d'entretiens collectifs peut être complexe à mener, d'autant plus lorsqu'il existe une hiérarchie entre les différentes personnes interrogées. Le sentiment de contrôle par son supérieur hiérarchique peut contenir la parole de certains interlocuteurs, de même que le contrôle par les pairs. Dans certains cas, les locaux ne permettaient pas une totale intimité ce qui pouvait reproduire l'effet de contrôle que nous venons de décrire. Les entretiens collectifs ont toutefois également des bénéfices car ils peuvent permettre à certains de s'appuyer sur les propos de leurs collègues pour se positionner, le caractère collectif permettant ainsi une confrontation des points de vue et une exploration plus approfondie des différents positionnements et expériences.

Chapitre 5 : Analyse socio-anthropologique de l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale – Focus sur les riverains et triangulation des données avec les sources policières et les pratiques et perceptions des policiers, des professionnels de santé et de réduction des risques, des politiques et des usagers de drogues⁵²

1. Introduction

1.1. Dépasser l'aspect polémique de la controverse mise en évidence par le débat médiatique pour se centrer sur une analyse microsociologique des expériences et des perceptions de la SCMR et de ses impacts

L'implantation des SCMR en France a donné lieu à des controverses importantes dans le débat public que nous présentons dans le chapitre 1 consacré à l'analyse de la presse. Comme nous l'avons montré dans ce chapitre, le discours médiatique tend à sur-représenter la parole des acteurs politiques et à mettre en scène les oppositions et polémiques sur le sujet de la SCMR. Cette analyse sociopolitique de la controverse nécessite donc d'être accompagnée d'une analyse microsociologique de l'expérience des riverains qui vivent dans le périmètre géographique de la salle et expérimentent au quotidien la cohabitation avec les usagers qui fréquentent la SCMR. Ces riverains incluent des habitants des immeubles de la zone géographique, des commerçants, mais également les usagers de drogues qui investissent l'espace public tout comme les professionnels de santé et de réduction des risques, les policiers, agents de sécurité et de propreté, l'ensemble de ces publics cohabitant dans cet espace. Les discours des agents de sécurité et de propreté ont fait l'objet du chapitre 4, dans la continuité de l'étude écologique présentée au chapitre 3. Pour ce chapitre 5, avons mis en œuvre une collecte de données socio-anthropologique dans le cadre de l'évaluation, permettant de recueillir les expériences, les perceptions et les opinions en lien avec l'implantation de la salle dans une perspective évolutive, avant et après l'implantation de la SCMR.

Parmi les riverains, les habitants renvoient à des groupes multiples, certains riverains se positionnant contre la SCMR ont eu plus d'écho dans la presse, comme nous l'avons montré dans le chapitre 1 consacré à l'analyse de la controverse par l'étude de la presse. Cette

⁵² Pour ce chapitre, la citation recommandée est Jauffret-Roustide M, Cailbault I. *Analyse socio-anthropologique de l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale – Focus sur les riverains et triangulation des données avec les sources policières et les pratiques et perceptions des policiers, des professionnels de santé et de réduction des risques, des politiques et des usagers de drogues*. In Recherche sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale. Salles de consommation à moindre risque, Institut de Santé Publique de l'Inserm, Paris, 2021.

focalisation des médias sur les discours négatifs à l'encontre de la SCMR et sur la mise en exergue d'une situation dégradée dans l'environnement de la SCMR donne une vision axée essentiellement sur la dimension polémique du débat. La recherche socio-anthropologique présentée ici s'est efforcée de donner la parole à une diversité de riverains, que ceux-ci appartiennent à des collectifs ou qu'ils soient sans affiliation. La sélection de l'échantillon s'est fait de différentes manières : nous avons pu identifier des riverains lors de prises de position publiques dans des réunions, et à l'inverse, des riverains ont pu nous solliciter spontanément lors des appels à participation qui ont été effectués lors de la présentation de la recherche dans différents espaces (réunions d'information, conseils de quartier, comité de voisinage). D'autres contacts ont également pu être établis grâce à une méthodologie « boule de neige ». Suite à des entretiens, des riverains ont pu nous orienter vers leurs voisins qu'ils partagent le même avis ou un avis différent.

Ces différentes techniques de recrutement nous ont permis d'obtenir un échantillon diversifié, en prenant en compte l'appartenance ou pas à un collectif, le positionnement de ce collectif et la localisation de l'appartement des riverains en fonction de la proximité avec la salle. Des éléments d'ordre sociodémographique ont également été pris en compte pour la diversification de l'échantillon, en termes d'âge, de genre, de composition de la famille, d'activité professionnelle, de rapport au logement (propriétaire ou locataire). Un suivi des riverains ayant accepté de participer à la recherche a été effectué sur les 6 années de collecte (de 2014 à 2020), afin qu'ils soient rencontrés à deux reprises, avant ou au tout début de l'implantation de la salle, puis quelques mois ou années après, dans une perspective évolutive. Quelques riverains ont pu être rencontrés à plus de deux reprises, à leur demande.

L'analyse de ces données qualitatives met en évidence des expériences et des positionnements variés des riverains face à l'acceptabilité sociale de la SCMR et son impact sur la tranquillité publique. Avant de rentrer dans le détail des analyses s'appuyant sur le matériel empirique (verbatim des entretiens), nous avons résumé ci-dessous les principaux arguments mobilisés contre ou en faveur de l'implantation de la salle et son impact sur la tranquillité publique, afin d'en faciliter une lecture synthétique. Afin de favoriser la lisibilité du rapport, nous utilisons fréquemment les termes de « riverains en défaveur de la SCMR », « riverains en faveur de la SCMR » ou « riverains attentistes face à la SCMR », ou parfois les termes de partisans ou opposants ces expressions permettent de présenter de manière claire et simple les arguments de part et d'autre, mais elles ne reflètent en rien la complexité de ces expériences, complexité que nous nous sommes efforcés d'intégrer dans les analyses, au cours du texte.

Les professionnels de réduction des risques et de santé ont été recrutés au sein de l'association Gaïa, dans le service de la SCMR, dans les hôpitaux environnant la SCMR (Fernand Widal et Lariboisière), dans les CAARUD et CSAPA d'Ile de France et dans les instances associatives du champ de l'addictologie, du médico-social et de l'auto-support.

Les policiers recrutés exercent au sein du commissariat du 10^{ème} arrondissement. Ces forces de police s'ajoutent à d'autres dont les discours sont analysés dans le chapitre 4. Nous avons interrogé des commissaires et d'autres agents patrouillant dans le secteur de la SCMR, incluant des agents étant depuis plus de 20 années sur ce secteur.

Les usagers de drogues ont quant à eux été recrutés, avant l'implantation de la SCMR en 2016 dans des CAARUD du quartier SCMR pour 10 d'entre eux, puis début 2021, après l'implantation de la SCMR pour 20 d'entre eux. Parmi les 20 usagers fréquentant la SCMR, 11 avaient participé à la cohorte COSINUS. Nous avons diversifié l'échantillon en termes de genre et d'insertion socioéconomique.

L'approche méthodologique mis en œuvre est comparable à celle du chapitre 4, elle inclut une indexation et une codification des entretiens dans le logiciel NVivo, dans une perspective inductive, au plus près des données de terrain. L'approche théorique mobilisée pour l'analyse du volet socio-anthropologique s'inscrit dans l'approche pragmatique de sociologie des épreuves présentée dans le chapitre 1. Pour rappel, cette approche conçoit les acteurs comme suivant des raisonnements qui les amènent à modifier leurs arguments et positionnements, et envisage les dynamiques de pouvoir non pas comme stabilisées, mais plutôt comme évoluant au gré des moments et des situations (Barthe et al., 2013). Nous considérons que les intérêts des parties prenantes sont dynamiques et évoluent en fonction de différents facteurs tels que le temps et l'espace, la présence de divers autres acteurs et d'affiliations comme l'appartenance à des collectifs, la participation, la négociation ou la confrontation avec d'autres parties prenantes et les types de discours mobilisés par ces derniers. Dans l'analyse des entretiens, nous respectons un principe de symétrie entre les différents acteurs, en examinant un certain nombre d'individus et de collectifs aux opinions les plus variées, tout en prenant en compte les évolutions de leurs positionnements au fil du temps.

La sociologie pragmatique permet également de prendre en compte la description des situations sociales en incluant la dimension des interactions interindividuelles mais en les resituant au sein de réalités sociologiques plus vastes. La sociologie pragmatique vise à révéler les « intérêts » des acteurs sociaux concernés sans les réduire à des stratégies ou des dynamiques de pouvoir cachées. Nous nous efforçons ainsi dans ce chapitre d'analyser les intérêts des acteurs en tant qu'éléments essentiels de la controverse, en révélant leur condamnation et disqualification des opposants, ou en tant qu'éléments constitutifs de la création de groupes sociaux par la controverse (Barthe et al., 2013).

Les parties 1, 2 et 3 de ce chapitre sont consacrées à l'analyse des discours et expériences des habitants et des commerçants. La partie 4 de cette chapitre introduit une mise en perspective de ces données avec les entretiens réalisés auprès d'autres parties prenantes que sont les policiers et les professionnels de santé et de réduction des risques et l'expérience des usagers de drogues.

1.2. Synthèse des arguments

Les troubles à l'ordre public mentionnés par certains riverains qui sont en désaccord avec la présence de la salle « en zone résidentielle » sont les suivants :

- Une stagnation des usagers devant la salle, entraînant du bruit et parfois des bagarres entre usagers et qui peuvent être vécues comme des agressions,

À l'inverse, les riverains qui se déclarent satisfaits de l'implantation de la salle, mettent en avant les arguments suivants :

- Les troubles à l'ordre public liés à l'usage de drogues pré-existaient à l'implantation de la salle,
- Ces troubles ont diminué depuis l'implantation de la salle, même s'ils n'ont pas disparu,

- Un nombre et une concentration d'usagers plus importante, avec la mention d'un effet « pot de miel » suite à l'installation de la salle,
 - La présence accrue de dealers identifiant la zone géographique de la salle comme un lieu « idéal » pour la vente avec des « clients » qui fréquentent la SCMR,
 - La persistance d'injections réalisées dans l'espace public dans les rues avoisinant la salle,
 - La présence de traces de consommation dans l'espace public (seringues, emballages, traces de sang)
 - Des incivilités plus globales dans l'espace public telles que les cris, les bagarres, les déjections, l'urine, ...
 - La présence de chiens qui peuvent faire peur, qui ne sont pas toujours tenus en laisse ou porteurs d'une muselière et qui peuvent également laisser des déjections dans l'espace public,
 - L'intrusion d'usagers dans les immeubles,
 - La dégradation de matériel public (du type Autolib),
 - La nécessité de sécuriser les espaces d'habitation et les parkings.
- L'existence de la salle permet d'avoir des interlocuteurs (professionnels de Gaïa) pour gérer la présence des usagers dans l'espace public et les troubles associés qui pourraient persister de manière épisodique et cela rassure,
 - La salle favorise une prise en charge sanitaire et sociale efficace des usagers de drogues qui ont besoin d'aide,
 - Elle apporte une attention aux publics marginalisés qui sont habituellement délaissés, elle s'inscrit dans une dimension humanitaire du souci à l'autre,
 - Elle permet de limiter les injections dans l'espace public,
 - Elle permet de limiter la présence des traces de consommation dans l'espace public,
 - Elle a permis de limiter les intrusions dans les immeubles car les usagers disposent désormais d'un endroit pour injecter,
 - Les troubles à la tranquillité publique qui peuvent persister nécessiteraient une plus grande amplitude des horaires d'ouverture de la salle et/ou la création d'autres SCMR à Paris.

L'ensemble de ces arguments défavorables renvoie également à des enjeux plus généraux qui dépassent la salle :

- Au sentiment de vivre dans un quartier dégradé, laissé à l'abandon par les pouvoirs publics,
- À la crainte d'une détérioration de la réputation du quartier,
- Au sentiment de vivre dans une zone de « non droit » en raison du périmètre de tolérance introduit par le procureur de la République afin de permettre aux usagers de se rendre à la salle, en ayant une quantité de produit destinée à leur consommation, sans conséquences judiciaires,
- Aux difficultés dans la cohabitation entre différents publics dans le quartier,
- A la crainte d'une dévaluation financière de leur appartement,
- Au sentiment de ne pas être entendus par les pouvoirs publics tant au moment des discussions sur l'implantation de la SCMR que lors de leurs doléances depuis son implantation.

L'ensemble de ces arguments favorables renvoie également à des enjeux plus généraux qui dépassent la salle :

- Les usagers et la salle s'intègrent dans un quartier avec une forte mixité sociale tel que le quartier Saint Vincent de Paul Lariboisière Gare du Nord,
- Vivre dans ce quartier marqué par la mixité sociale, c'est accepter de cohabiter avec des publics précaires et s'assurer qu'ils bénéficient d'une prise en charge adaptée,
- La salle permet de montrer à nos enfants et adolescents une diversité de manières de vivre, c'est également un moyen de faire de la prévention des addictions avec eux,
- S'impliquer dans la défense de la salle c'est également s'inscrire dans une démarche citoyenne,
- Et avoir l'opportunité de participer à des espaces de discussion sur l'amélioration de la vie dans le quartier dans le cadre de réunions avec la mairie du 10^{ème},
- Les discours contre la salle stigmatisent les usagers de drogues et sont une forme d'intolérance.
- La diffusion d'images d'usagers en train d'injecter dans l'espace public est choquant et constitue une atteinte à la vie privée et à la dignité humaine.

1.3. Une attente importante de la part des riverains de la prise en compte de leur expérience

Tout d'abord, un des éléments essentiels dans les entretiens menés avec les riverains qui constatent une dégradation de leur environnement de vie, depuis l'implantation de la SCMR est la confrontation entre des statistiques qu'ils considèrent comme abstraits et « froids » et

leur vécu quotidien en tant que riverains qui est invoquée comme l'indicateur qui doit prioritairement être pris en compte dans le cadre de l'évaluation de la SCMR, comme le montre l'entretien suivant :

« Moi, par rapport à ce qu'on attendait de la salle... Vous, vous nous balancez des chiffres sur tant d'injections dans la salle et les seringues. Nous, tous les jours, on a des seringues ensanglantées dans la rue. On a des intrusions dans les immeubles. Au mois de novembre (2020), dix signalements ont été faits à la police rue Saint-Vincent-de-Paul. Encore là, ce matin, il y en a un qui a péché la porte Indigo. Ça, c'est notre quotidien d'entendre des hurlements, taper dans nos portes, rentrer dans les immeubles. On nous répond, parce que de temps en temps, quand on voit les gens de Gaïa, on parle avec eux, que ce sont quand même des cas psychiatriques, des psychopathes. C'est quand même ce qu'on nous répond. Et ces gens-là, ils sont pas pris en charge. » (Riveraine, 2020)

D'autres riverains, à l'instar de cette riveraine ci-dessous qui n'appartient à aucun collectif, souhaiteraient également que leur expérience soit entendue, car ils peuvent avoir l'impression que « seule l'opinion des gens qui sont très contre » est visible et entendue, à l'instar de ce que montre l'analyse du débat médiatique dans le chapitre 1. Cette riveraine souhaiterait également que le débat ne soit pas focalisé uniquement sur les aspects santé et sécurité qui cadrent le débat sur les SCMR, mais que plus globalement la question de la propreté du quartier soit prise en compte par les pouvoirs publics : *« Franchement, à posteriori, je suis pas forcément contre, ni même contre que ce soit chez moi, à côté de chez moi plutôt ! Maintenant, j'aimerais bien que le sujet de propreté soit un peu mieux pris en compte. Je me souviens à l'époque, j'avais essayé de lire sur le sujet on parlait que de la sécurité des usagers de drogues, de leur sécurité en termes de santé, sur tout ce qui est propagation des maladies, l'hépatite, etc. Mais assez peu des riverains. Je trouve que 6 ans après, ça n'a pas changé, enfin pas 6 ans, quasiment 5 ans. Il y a très peu d'avis sur les riverains, sauf pour parler des gens qui sont très contre, etc. Je trouve qu'on prend en compte, pour évaluer le succès, que les cas extrêmes négatifs et que la santé. Je trouve qu'on essaie pas de... Enfin, je me sens pas très prise en compte. Comme je suis pas extrême, que je me suis pas faite agresser, que j'ai pas peur tous les jours pour mes enfants, que je manifeste pas devant la mairie, le fait que je trouve que ce soit crade en bas de chez moi, on s'en fout. » (Riveraine, 2020)*

Dans ce chapitre, nous avons donc fait le choix de donner une place très importante aux discours des riverains, par l'intégration de nombreux verbatims permettant de mettre en valeur leur vécu et leur ressenti quant à l'expérience de la SCMR, dans une démarche d'analyse inductive, incluant une symétrie des points de vue. Ces données qui reposent sur une diversité d'expériences subjectives sont analysées comme complémentaires des données quantitatives, s'appuyant sur des indicateurs objectifs. Elles seront également confrontées dans une 3^{ème} partie aux entretiens réalisés avec d'autres parties prenantes, à savoir les policiers et les professionnels de santé et de réduction des risques et à une 4^{ème} partie consacrée aux usagers de drogues qui ne sont pas directement impliqués dans le processus d'impact sur la tranquillité publique et de l'acceptabilité sociale. Toutefois, il nous semblait indispensable de restituer dans ce rapport des éléments sur l'expérience que les usagers ont de la SCMR car ils sont des acteurs au centre de l'expérimentation⁵³. Chacune de ces sources de données doit être prise en

⁵³ L'expérience que les usagers ont de la SCMR sera étudiée en détails dans le cadre de publications à venir.

considération pour disposer d'une vision fine de l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et de son acceptabilité sociale.

2. Les positionnements des « riverains en défaveur de la SCMR » et qui analysent l'impact de la SCMR comme étant négatif sur la tranquillité publique du quartier

2.1. L'opposition à la SCMR publiquement incarnée par le collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord

Nous commençons ce chapitre par l'analyse de l'expérience et des perceptions des riverains qui se positionnent plutôt « en défaveur de la SCMR » et qui analysent l'impact de la SCMR comme étant négatif sur la tranquillité publique du quartier. La majorité de ces riverains sont sympathisants ou militants actifs du collectif « Non à la salle de shoot en zone résidentielle » devenu « Riverains Lariboisière Gare du Nord ». Ce collectif qui s'est créé juste avant l'ouverture de la SCMR est très présent dans le débat public. Ces représentants sont invités régulièrement à s'exprimer dans les médias, sont très actifs sur les réseaux sociaux où ils postent régulièrement des photos ou des films relatifs aux troubles à l'ordre public dans le quartier de la SCMR (seringues abandonnées sur les trottoirs ou bords de fenêtre, usagers en train de s'injecter, regroupements d'usagers devant la SCMR, bagarres, personnes sans domicile en train de dormir dans les halls d'immeuble ou dans les rues, matériel urbain dégradé). Ce collectif est également présent au comité de voisinage de la SCMR organisé par la mairie du 10^{ème} arrondissement depuis 2016.

Un autre collectif qui se positionne de manière moins forte « en défaveur de la SCMR » car il a une position plus intermédiaire est également présent dans cette deuxième partie du chapitre. Il s'agit du collectif « Vivre gare du Nord, vivre gare de l'est », dont les positionnements au sujet de la SCMR et son impact ont pu évoluer au fil de temps et en fonction de ses adhérents. Ce collectif sera également inclus dans la partie 3 qui porte sur les arguments en faveur de la SCMR. Ce deuxième collectif participe également au comité de voisinage et a pu jouer un rôle de médiation lors de certains échanges parfois vifs au sein de ce comité. Quelques entretiens mobilisés dans cette première partie ont également été effectués par des riverains qui se positionnent plutôt « en défaveur de la SCMR », mais qui n'ont aucun lien fort avec ces collectifs et qui ont été recrutés via une méthode « boule de neige », leurs noms ayant été transmis par certains de leurs voisins qui ont été interrogés dans la recherche.

Nous présentons ici les principaux arguments mobilisés « en défaveur de la SCMR » lors des entretiens réalisés dans le cadre de la recherche entre 2014 et 2021. Les verbatims mettent en évidence la nature des arguments et l'expérience vécue par les riverains rencontrés lors des entretiens et/ou présents dans les comités de voisinage. Il est important de préciser que dans

cette partie 3 peuvent figurer quelques rares verbatims de personnes se positionnant actuellement en faveur de la SCMR, mais ayant à une période mobilisé des arguments plutôt contre la SCMR.

2.2. Se positionner contre la SCMR en zone résidentielle, sans être défavorable au principe de santé publique de réduction des risques

Il est important de mentionner qu'une partie des riverains ayant un discours critique sur l'impact de la SCMR met en avant qu'ils ne sont pas contre le principe même de la salle et qu'ils peuvent pour certains d'entre eux être favorables à son objectif de santé publique incarné par la réduction des risques. Ils précisent qu'ils ne sont opposés qu'à son implantation en zone résidentielle. Ce collectif qui est le plus impliqué et visible dans l'opposition publique à la SCMR parisienne était d'ailleurs dénommé « Non à la salle de shoot en zone résidentielle » avant l'implantation de la salle et à ses débuts et a vu son nom être transformé en « Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord » permettant ainsi de ne plus afficher une opposition frontale au principe de la salle d'un point de vue sémantique, mais dont les discours sont restés sur la même ligne d'opposition à la SCMR en zone résidentielle : « *Moi, je comprends la réduction des risques, on la comprend tous. Mais après qu'il y ait pas du soin pour les psychopathes et les cas qui sont à la rue et auxquels, nous, on est confrontés parce que, nous, on est confrontés à ceux qui se plient pas à la règle. Effectivement, pourquoi ils se plient pas à la règle ? Parce qu'ils en sont pas capables, parce qu'ils ont des comportements incohérents, parce qu'il y a quand même des degrés dans les toxicomanes. C'est ceux-là qui sont pris en charge par personne, on a l'impression. Et nous, on est confrontés à ceux-là.* » (Riveraine, 2020)

Cette autre riveraine déclare avoir espéré que la SCMR pourrait avoir comme impact une amélioration de la prise en charge des usagers qui « seraient apaisés » en fréquentant la salle et une amélioration de la physionomie du quartier. Dès son installation, elle dit avoir été « très, très, très horrifiée » et avoir constaté que le quartier était devenu « une zone de non droit » : « Quelle est votre position sur la salle en elle-même ? *Moi, ma position, c'est que ça doit améliorer les choses. Moi, mon sentiment personnel, c'est que, à partir du moment où on a cet endroit-là, d'abord sur le plan humain, c'est une façon de traiter les gens. C'est pas des animaux, ils ne seront pas dans la rue, etc. Donc, il aura un certain bien-être pour eux. Et puis eux, ça va leur permettre d'être apaisés. Comme ça, a priori, on devrait avoir moins d'embêtements, moins d'agressions, etc. C'est pour ça que j'étais très, très, très horrifiée... De toute façon, j'ai eu le sentiment qu'on n'a pas du tout adressé le problème de ces dealers dans le quartier, ce non-droit, de créer une zone de non-droit. Moi, j'ai eu le sentiment... Je comprends pas pourquoi on ne veut pas regarder ce problème en face, les yeux dans les yeux : ok, on crée une zone de non-droit, maintenant qu'est-ce qu'on fait avec cette zone de non-droit ? Comment on garantit la sécurité, la sécurité des gens. Pourquoi créer une zone de non-droit où vous allez probablement amener des gens très violents et ne pas s'intéresser à la sécurité des gens qui vivent là.* » (Riveraine, 2016)

Le débat autour de la SCMR peut donner lieu à des débats très vifs entre les habitants d'un même immeuble, une riveraine qui se déclare très gênée par la présence d'usagers dans

l'espace public tient à mentionner qu'elle n'est pas contre le principe de la salle, mais qu'elle est contre son implantation en zone résidentielle : « *Après, il y en a qui sont... Non, même pas pour la salle de shoot.... En fait, personne n'est vraiment contre la salle. Comme moi je vous ai dit, moi je comprends pas le fait de, mais sur le plan de la santé, je peux comprendre. Mais c'est juste qu'on comprend pas pourquoi elle est là. Pourquoi on est obligés de vivre avec tous ces trucs-là autour. Pourquoi on ouvre une salle de shoot mais que c'est pas géré derrière.* » (Riveraine, 2017)

Pour conforter ce point de vue, la SCMR de Strasbourg peut être mobilisée comme un exemple d'implantation réussie d'une salle en contexte urbain, avec l'argument qu'elle ne se situe pas dans une zone résidentielle, mais à l'intérieur d'un centre hospitalier sur un boulevard bordé d'un parc, sans habitations et qu'il s'agit d'une expérience réussie : « *On peut d'autant plus se conforter dans cette position que l'exemple de Strasbourg parle de lui-même. Les responsables à Strasbourg, que ce soit les responsables municipaux ou les acteurs, l'équivalent de Gaïa, qui est l'association Ithaque ARGOS de Strasbourg, ont veillé à faire en sorte que ce voisinage ne soit pas de cette nature. Ça, je crois que c'est vraiment très important que vous nous identifiez très clairement comme n'étant pas contre ce type de dispositif, mais contre son installation en zone de voisinage, quel qu'il soit. On n'est pas dans la position qu'il faut aller le mettre chez d'autres, ailleurs, dans Paris. C'est pas ça (...) Ils ont une politique personnelle au sein de l'équipe municipale (parisienne) qui nous dépasse, qui ne sont pas les nôtres, qui ont fait que, dans la précipitation, il a fallu installer cette salle, sans faire la moindre étude d'impact, sans réfléchir aux effets que ça allait générer, sans faire le travail que la mairie de Strasbourg a fait avec une rigueur extrême (...) Le maire de Strasbourg, il a dit clairement, avant que la nôtre ouvre, quand il était question des ouvertures à Paris et à Strasbourg pratiquement simultanément, voire à un mois d'écart, le maire avait dit : « il est hors de question qu'on installe cette structure en zone d'habitation ». Dès le début, il l'avait dit. Moi, je me souviens, je l'avais entendu à la radio. De dire à combien de mètres de l'école, de la mosquée, de la crèche. Ici, rien du tout. On a appris par la presse et par certains médecins de l'hôpital Lariboisière que la salle allait être implantée ici. C'est un scandale.» (Entretien collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord, 2017)*

La mobilisation de la ville de Strasbourg comme « exemple à suivre » est mobilisée de trois manières par les opposants afin de présenter en miroir les difficultés rencontrées dans l'expérience parisienne : comme une expérience réussie d'implantation de SCMR en dehors d'une zone résidentielle, comme un exemple de concertation avant la décision d'implantation et comme ayant mis en place une étude d'impact avant son installation : « *D'où je vous parle en tant qu'association – nous reconnaissons effectivement l'utilité d'une salle de consommation à moindre risque. Nous sommes des pragmatiques. Nous l'avons parfaitement admis, la seule chose que nous ne pouvons pas accepter, c'est le manque de préparation. D'abord le manque d'analyse d'impact. Strasbourg a fait une étude d'impact. Bordeaux est en train, paraît-il, de faire une étude d'impact pour envisager une création. Donc, on est toujours dans l'élément caché. Quand la mairie nous a invités à une réunion de concertation, c'était pas de la concertation, c'était pour nous annoncer qu'ils créaient. Il y a pas eu de concertation. Il y aurait dû y avoir un travail en amont, en réunissant éventuellement les gens du quartier. C'est nous rendre, comme je vous le disais tout à l'heure, plus acteurs. Nous sommes des passifs. En réalité, on vous impose un truc et à vous de vivre avec. Donc, c'est tout ça qui génère cette espèce de ras-le-bol vraiment exprimé, alors plus ou moins bien.* » (Riverain, 2018)

L'exemple de la SCMR de Strasbourg est régulièrement mobilisé par les membres du collectif « Riverains Lariboisière Gare du Nord » pour dénoncer les conditions dans lesquelles l'implantation de la SCMR parisienne a été mise en place, les riverains de ce collectif considérant que les conditions favorables à un échange constructif entre parties prenantes n'a pas été mis en place et que le projet leur a été imposé : « *Donc, on comprend que ce soit le débordement. Là aussi, ça renvoie, pour moi, au fait que ce projet n'a pas été pensé dans toutes ses dimensions, convenablement, rationnellement, mesuré. Pour des raisons qui sont évidentes, en tout cas pour moi dans l'analyse que je fais et que font d'autres, il fallait que ce projet aboutisse alors qu'il aurait pu se faire comme ailleurs, comme c'est le cas à Strasbourg, où je crois personne ne s'est plaint et c'est tant mieux. Franchement, c'est tant mieux. Ce qui a particulièrement exaspéré la population, c'est l'attitude de la mairie pendant plus d'un an, pendant un an et demi. De crispation, de nous prendre pour des moins que rien, des empêcheurs de tourner en rond, vraiment. Je peux vous assurer, en tout cas personnellement, quand je devais aller au comité de voisinage, c'est tant de temps pris sur autre chose.* » (Riveraine, 2018)

Cette importance accordée par certains riverains se positionnant « en défaveur de la SCMR » au fait de ne pas être assimilés comme « des opposants au principe de la SCMR » les a amenés à introduire une distinction intérieur/extérieur. Au cours des entretiens et des comités de voisinage, des désaccords importants ont pu émerger entre collectifs de riverains et entre riverains non affiliés sur la capacité de l'association Gaïa à gérer l'extérieur. Cette critique de la gestion de l'extérieur par l'association s'accompagne toutefois d'une reconnaissance de la qualité du travail effectué à l'intérieur de la SCMR : « *Dans la dernière réunion, je disais que quand il y a une bagarre, il arrive que la salle, comme nous riverains, ouvre ses fenêtres et ne fasse rien. Ce à quoi Elisabeth Avril m'a répondu après la réunion : « vous nous ressortez toujours le même argument », ce que j'ai trouvé vraiment déplacé. Je lui ai dit que je ressortais le même argument parce que la chose se répétait. Je ne répétais pas une chose que j'avais dite, je mentionnais que, de nouveau, quand il y avait des bagarres, les fenêtres de la salle s'ouvraient et se refermaient, surtout quand c'était très proche de l'heure de la fermeture, que rien n'était décidé. Ceci dit, et c'est ce que j'ai dit aussi à Elisabeth, ce n'est pas à la salle forcément de gérer ça, ils ont suffisamment à faire à l'intérieur.* » (Riveraine, 2018)

Cette même riveraine, après avoir été très critique sur la gestion de l'extérieur, insiste dans son entretien sur le fait que « *La salle, je crois que c'est très bien et elle a l'air de très bien fonctionner à l'intérieur* » mais qu'à l'inverse l'extérieur n'a pas été « *pensé ni en amont ni depuis* » comme faisant partie intégrante de l'expérimentation : « *Et depuis l'ouverture de la salle, depuis ces deux dernières années ?* *Moi, quand je vous avais vue la fois dernière, et comme je disais l'autre jour en réunion, j'étais ni pour ni contre, j'attends de voir. Aujourd'hui, je suis davantage contre, encore une fois pas contre la salle. La salle, je crois que c'est très bien et elle a l'air de très bien fonctionner à l'intérieur. Mais contre le fait de l'avoir posée comme ça dans un tissu urbain, avec beaucoup de gens autour qui ont une vie de quartier inexistante parce qu'on est repoussés à l'extérieur. Moi, autant que je peux, je travaille à l'extérieur. Aujourd'hui, je trouve que si la salle semble – visiblement tout le monde le dit – très bien gérée à l'intérieur, à la fois par des gens qui s'occupent de la salle, que les usagers sont contents de la présence de la salle globalement, ce qui ne va pas du tout, c'est l'extérieur. L'extérieur n'a pas été pensé ni en amont, ni depuis.* » (Riveraine, 2018)

2.3. Une SCMR qui a un effet d'attraction sur la présence des usagers dans le quartier, la crainte de « l'effet pot de miel »

Une des principales plaintes avant l'implantation de la SCMR énoncée par certains riverains était son effet d'attraction de publics usagers de drogues dans le quartier. Pour les riverains défavorables à la SCMR, ce dispositif a eu un effet « pot de miel » attirant des usagers en nombre plus important et favorisant le développement du deal dans le quartier, les vendeurs ayant une clientèle facile d'accès et localisée.

Ces craintes d'un effet d'attraction étaient très présentes avant l'implantation de la SCMR, comme le montre cet entretien avec un riverain qui considère que pour être efficace, une SCMR devrait être implantée « au pied de chaque immeuble », au risque de « sacrifier » les habitants du quartier au sein duquel la seule SCMR parisienne sera implantée : « *C'est quoi l'objectif en gros de cette salle de consommation parce que nous on voit ça d'une manière inquiétante parce qu'effectivement on se dit que ça amener une population si on en fait qu'une à Paris, moi je serais d'avis qu'ils aillent en mettre au pied de chaque immeuble de chaque d'arrondissement parce que je ne vois pas pourquoi on sacrifie une population qui n'a rien demandé, qui fait partie de la société civile, on essaie d'apporter notre pierre à l'édifice de la société, pourquoi on serait puni d'avoir ce genre de clientèle, je pensais qu'on allait nous sauver mais on nous fout la tête un peu plus... alors soit c'est pour qu'on s'en aille, qu'on vende pour essayer d'acheter ailleurs.* » (Riverain, 2016)

Ce même riverain craint que les usagers viennent de loin pour accéder à la SCMR : « *C'est normal il y a un nouveau truc qui ouvre pour être tranquille je pense que tu traverses Paris pour y aller.* » (Riverain, 2016)

Ce commerçant fait part de ses craintes quant à une augmentation exponentielle des usagers au cours du temps : « *Donc, il y aura de plus en plus, c'est sûr. Cette année... Par exemple, il y a quelques années, il y a une centaine mais là, aujourd'hui, il y en a 2 ou 300. Et l'année prochaine peut-être qu'il y aura 1 000.* » (Commerçant, 2017)

Pour cette riveraine, interrogée avant l'implantation de la SCMR, au-delà du nombre d'usagers, ses craintes concernent l'émergence de nouvelles populations d'usagers qui pourraient perturber l'écosystème du quartier. Elle décrit le quartier actuel comme investi par des usagers « habitués » pour qui « ce quartier c'est le leur, ceux qui sont propres sur eux et qui gèrent ça et se connaissent ». Avec l'ouverture de la SCMR, elle craint l'arrivée de « nouveaux » usagers qui seraient moins respectueux du quartier et qui contribueraient à l'apparition de « conflits » entre groupes d'usagers : « *C'est votre crainte ? Ben beaucoup plus que ce qu'on a déjà à gérer, ça va créer aussi des bagarres, tout à l'heure je vous parlais du triangle, ces gens qui pour eux ce quartier c'est le leur, ceux qui sont propres sur eux et qui gèrent ça et se connaissent, ça va faire un appel d'autres personnes et ça va créer de la jalousie, de l'animosité, des conflits et on va les vivre dans la rue, on sera pris en otage, on sera au milieu de ces gens-là, pour moi c'est la boîte à pandore qu'on ouvre et il y aura que des problèmes qui vont se greffer et on se retrouvera avec plein de problèmes.* » (Riveraine, 2016)

Les entretiens réalisés après l'implantation de la SCMR sont l'occasion de faire le constat selon lequel, pour certains riverains, le nombre d'usagers dans le quartier n'a pas diminué : « *Alors*

moi, je donne sur deux sorties de parking. Là, il y a tout le monde qui s'arrête. Il y a ceux qui se piquent, il y a ceux qui vendent, il y a ceux qui fument toutes sortes de choses, il y a ceux qui urinent. Enfin voilà, il y a tout le temps du monde là-bas, jour et nuit. Et puis moi, je vous dis, la première année que je suis arrivée, c'était avant l'ouverture de la salle de shoot et puis ça continue, ça n'a pas changé. Pour le coup, la salle de shoot n'a pas fait évoluer ma qualité de vie ici. Il y a pas eu de changement notable par rapport à ce qui se passe sous la fenêtre. Donc, je ne sais plus ce que je vous disais. » (Riveraine, 2017)

Un riverain met en évidence l'effet de report des évacuations policières d'autres scènes ouvertes vers le quartier de la salle pour expliquer l'augmentation du nombre d'usagers dans le 10^{ème} arrondissement : *« Ce point de convergence, il est évident que tant qu'il n'y aura qu'une salle de consommation à moindre risque, les drogués qui ont été virés du 18ème, de Stalingrad et ainsi de suite, convergent ostensiblement vers ce point-là. C'est pourquoi il y en a quand même beaucoup plus. Quand on me dit : « non, pas plus qu'il y en avait avant », c'est faux. C'est pas reconnaître effectivement la réalité, il suffit de les compter. Et ce n'est pas que ça, ils sortent de la Gare du Nord. Le matin, vers 7 heures et demie-8 heures, vous avez une bonne dizaine déjà qui sort de la Gare du Nord. Alors je sais pas s'ils avaient couché dans la Gare du Nord, mais ils sortent de la Gare du Nord pour rejoindre tout de suite la rue Ambroise Paré. Ça, je les repère tout à fait. Donc, point de convergence, c'était aussi un des points forts. » (Riverain, 2018)*

Quand ce sujet de la présence des usagers est mobilisé, c'est à la fois sous l'angle de la «stagnation» dans l'espace public et du nombre, présence devant la SCMR qui perturbe le quotidien et génère de l'angoisse chez certains riverains : *« Tant mieux si, dans d'autres pays, dans les quartiers familiaux, ça marche. Mais peut-être qu'ils stagnent pas dans les rues comme ils le font à Paris. Le problème, c'est ça, c'est ce qui dessert après dans la rue. C'est ça le problème. C'est pas ce qui se passe dedans, on s'en fout, nous, ce qui se passe dedans, c'est ce qui se passe dehors. Ça perturbe nos vies, ça perturbe notre tranquillité. On est inquiets, on est angoissés. Mais je vois pas quelle peut être la solution de les empêcher de rester dans la rue. C'est quoi la solution ? Il y en a pas puisque, de toute façon, ils vont pas passer la journée dans la salle, on est bien d'accord. Ils y passent combien de temps globalement, vous le savez, vous ? Une demi-heure, une heure ? Oui, c'est variable mais c'est à peu près ça. Ça aussi, c'est un paradoxe. Donc après, ils sortent et ils sont bien là. Il y a des escaliers au bout de la rue, ils squattent là. » (Riveraine, 2017)*

« Il y a du monde tous les jours. Hier soir, il y en avait dans le garage, devant l'immeuble d'à côté. Maintenant, je prends tout puisque finalement personne nous écoute et que j'ai été négligente, je pense, de ne pas donner de preuves. Les données scientifiques, voilà il y a que ça qui compte. Donc maintenant, je suis vigilante et j'immortalise tout ce que je vois. Vous pouvez voir sur mon iPhone que c'est quotidiennement la journée, le soir. Il y a pas d'horaire privilégié. A la tombée de la nuit, oui. Ce week-end, samedi, c'était tout l'après-midi. Est-ce qu'il y a des moments où c'est plus important ? Oui, l'après-midi et le soir, après je suis pas là tout le temps. Le matin, j'ai l'impression qu'il y en a moins. Mais le matin, ils doivent cuver les prises de la veille, je sais pas. Et l'après-midi et le soir, à partir de quelle heure ? Je vous dis, ce week-end, c'était à 16 heures, à 18 heures. Le soir, c'est 19 heures, 20 heures, 22 heures. Et ça s'arrête à quelle heure ? Moi, je vais me coucher vers 11 heures-minuit. Donc, jusqu'à 11 heures-minuit ? » (Riveraine, 2017)

« Quel que soit l'horaire, il y a toujours, au moment de l'ouverture, un attroupement et au moment de la fermeture, une stagnation. » (Riveraine, 2020)

Un autre élément mentionné est celui de la modification des profils des usagers. Plusieurs riverains opposés à la SCMR ont décrit que des liens et des relations apaisées avaient pu s'établir avec les anciens usagers qui étaient présents dans l'espace public avant l'implantation de la SCMR, et en décrivant les usagers actuels comme plus « agressifs » : *« C'est ce qu'on nous avait dit au départ, c'est qu'on aurait une amélioration, qu'il y aurait encore moins de drogués, enfin je sais pas, on avait l'impression que, avec un coup de baguette magique, avec la salle, tous les problèmes allaient se résoudre ! En fait non, c'est pas du tout ça qui s'est passé, c'est exactement ce que certains avaient appelé l'effet pot de miel. C'est exactement ça qui s'est passé. La sécurité et la propreté, le bien vivre aussi... Les drogués qu'on avait avant, c'était des gens aimables, on les connaissait tous, ils étaient sympas. C'est pas le même genre de gens qu'on a maintenant. Maintenant, on a des dealers, des gens qui vous agressent avec de la violence. » (Riveraine, 2020)*

Cette question de la présence des usagers de drogues dans l'espace public révèle une ambiguïté sur les finalités de la SCMR. Pour une partie des riverains, les attentes vis-à-vis de l'implantation de la SCMR renvoyaient à un souhait d'invisibilité de la population des usagers de drogues dans l'espace public. Si l'on se réfère aux objectifs des SCMR, ceux-ci n'incluent pas de faire disparaître les usagers de la ville, mais de leur permettre d'injecter dans des conditions hygiéniques et sécurisées et de contribuer à pacifier l'espace public, en réduisant le nombre d'injections dans l'espace public.

2.4. La présence de dealers

La crainte de voir affluer des usagers nouveaux, comme des fumeurs de crack, s'ajoutant aux usagers injecteurs mieux connus dans le quartier s'accompagne d'une crainte de la présence accrue de dealers et de voir le quartier se transformer en « supermarché » et en « zone de non droit » : *« Là, la situation est loin d'être idéale mais on vit avec, il y a les usagers je vois qui à peu près qui c'est, moi j'ai peur d'avoir plus de gens, j'ai l'impression que ce qu'ils prennent est plutôt médicamenteux, moi j'ai surtout peur de me retrouver face à quelqu'un en manque, une agression, et là je n'ai pas eu à en souffrir, donc j'ai peur de l'augmentation de ça, des fumeurs de crack, je ne suis pas spécialiste de la drogue et c'est peut-être plus sur des choses que j'ai entendues, j'ai peur qu'il y ait des usagers plus atteints ou en manque et qu'il y ait une dégradation de l'environnement, par ailleurs comme on sera très proche de la salle de shoot je crois comprendre qu'il y aura une dépénalisation de la drogue dans une zone car on ne peut pas reprocher à quelqu'un qui va dans une salle de shoot de porter de la drogue et j'ai peur que ça devienne le grand supermarché et des gens avec des petites quantités qui soient là pour vendre sachant qu'ils ne pourront pas être inquiétés s'ils disent qu'ils vont à la salle de shoot, j'ai peur d'avoir plus de deal, j'ai peur qu'il y ait plus de consommateurs, ça me gêne d'être dans un endroit où la loi et le droit ne sera pas respecté, normalement on ne vend pas de drogue et juste on le fera en bas de chez moi et tout le monde s'en fichera et trouvera ça normal et ça ne me plaît pas. » (Riveraine, 2016)*

« Ce qui a choqué tout le monde, c'était le fait qu'ils viennent avec leurs substances. Donc, tout de suite c'est : forcément il va y avoir plus de deal autour puisqu'on vient avec ses substances, il faut bien les acheter à l'extérieur. » (Riveraine, 2016)

Après implantation, la présence à la fois de nouveaux usagers de passages et des dealers est perçue comme plus prégnante par certains riverains : *« Oui, il y a plus de passage. Plus de nouveaux. Il y a les anciens, enfin ceux que je reconnais et qui étaient là avant, on les voit mais il y a du monde autour. Moi, je sais que j'ai des voisines ou des gens qui voient parce qu'ils sont de l'autre côté, qu'ils voient le trafic vraiment, le vrai trafic, des gens qui viennent en voiture leur donner je sais pas quoi. Moi, je le vois pas, je l'entends. » (Riveraine, 2017)*

Suite à l'implantation de la SCMR, la présence du deal est perçue comme en augmentation par une partie des riverains tel que l'indique cette riveraine qui considère que son quartier est devenu une « zone de non droit » : *« Tout ça, nous sommes pris, nous, dans la nasse de ce périmètre d'immunité, concédée par les pouvoirs publics, qui est de fait, il ne faut pas se raconter d'histoire, devenue une zone de non-droit. Elle ne l'est pas évidemment dans la tête du législateur, mais elle est de fait utilisée comme telle par les dealers et les consommateurs. Et vous le savez aussi, et Madame Avril l'avait bien reconnu en comité de voisinage, que beaucoup d'usagers de la salle sont aussi de dealers. Mais c'est inévitable puisque la salle ne fournit pas de produits, que c'est pas sa vocation, il faut bien qu'il y ait un marché quelque part (...) Ce marché, on a trouvé un périmètre sur lequel évidemment les riverains n'ont jamais été consultés, qui fait que, moi, je parle de moi mais d'autres évidemment, j'habite dans un périmètre où on peut dealer et on peut consommer sans être inquiété par la police dans la réalité. Vous voyez un peu la situation. Ça, c'est quand même extrêmement... À la fois, c'est anxiogène, tous les jours, c'est désagréable. Ça n'est plus des conditions de vie acceptables. » (Riveraine, 2020)*

Cette présence de la revente de drogues et la manière dont les forces de police exercent leur travail autour de la SCMR dans un périmètre de tolérance qualifié de « zone de non droit » par certains riverains est décrite plus en détails dans la partie 4 de ce chapitre consacrée à une mise en perspective entre acteurs. Ce périmètre de tolérance est défini par une procédure pénale permettant aux usagers de se rendre à la salle avec une quantité de drogues définie par le procureur, sans être poursuivi. Elle ne met pas fin à l'activité policière dans le quartier, comme cela sera décrit dans la partie 4 de ce chapitre.

2.5. La persistance des actes d'injection dans l'espace public et des seringues abandonnées dans la rue

La baisse des seringues dans les rues autour de la SCMR, suite à son implantation, a été objectivée par notre étude écologique et confortée par les entretiens réalisés auprès des agents d'entretien et de la propreté dans le chapitre 3. L'observation comptable du nombre de seringues est un constat qui n'est pas perçu comme fiable de la part de certains riverains qui continuent à constater et photographier la présence de seringues dans les rues : *« N'empêche qu'on aimerait avoir cette dimension et non pas rester fixé sur quelque chose, un nombre de seringues, etc. Le nombre de seringues, on sait que ça évolue plutôt en moins, mais nous les voyons, nous, dans les trottoirs et un peu partout. Pourquoi ? Parce qu'un drogué se shoote le*

matin, il n'attend pas l'ouverture de la salle à 14 heures, ni le soir à partir de 21 heures. » (Riverain, 2018)

Par ailleurs, comme nous l'avons mentionné précédemment, la dimension « comptage de seringues » qui renvoie à des statistiques est vécue comme erronée car elle semble en décalage avec le vécu des riverains qui continuent à voir des seringues abandonnées et des actes d'injection : *« Mais le vécu des riverains, il y a pas d'étude scientifique, il y a que vos comptages de seringues, soi-disant qu'il y a moins de prises et de deal dans les rues. C'est faux. En tout cas à Paris, c'est faux. »* (Riveraine, 2017)

Les statistiques relatives à la baisse des seringues sont perçues comme une négation de la « souffrance » exprimée par certains riverains pour lesquels la persistance des pratiques d'injection constitue une situation très violente en termes de vécu : *« Alors c'est pas drôle, c'est pas drôle du tout parce que, moi, ce que je vois, c'est des gens qui se droguent à côté. Des rassemblements mais des gens qui se droguent à côté. C'est assez violent. C'est très violent, je trouve ça ultra violent de se promener dans un quartier où il y a des gens assis par terre en train de fumer, en train de se piquer, quand on sait qu'il y a la salle qui est ouverte à 100 m, voire à 15 m, voire à 20 m, puisque c'est souvent sur le côté de la rue Saint-Vincent-de-Paul (...) Tout le monde souffre et tout le monde constate l'insécurité, la dégradation énorme du quartier, et sur le fait qu'on a maintenant des injections dans la rue, devant nous, qu'on n'avait pas avant. C'est vrai que c'est quand même incroyable d'avoir une salle de shoot et d'avoir des injections dans la rue. Les injections, elles ont lieu au moment des heures d'ouverture de la salle ou quand la salle est fermée ? Ah non, non, toute la journée. Donc, c'est pendant les heures d'ouverture de la salle. Ça n'a rien à voir avec l'ouverture de la salle, c'est une salle de shoot bis à l'air libre. Franchement, c'est horrible, transformer un quartier, enfin détruire un quartier comme ça. »* (Riveraine, 2018)

Ces injections dans l'espace public sont vécues comme une forme d'agression par certains riverains qui mobilisent le registre des enfants qui peuvent être confrontés à des images choquantes, comme le relate cette riveraine : *« Il y a une chose que j'ai pas dite, qui est vraiment importante, c'est qu'on les voit se piquer, surtout dans la rue Saint-Vincent-de-Paul. Vraiment, on les voit. Une fois, j'ai vu une femme et juste après, il y a une dame qui passait avec une poussette. Pour les enfants, c'est vraiment horrible. »* (Riveraine, 2018)

Ce décalage entre les données statistiques et les observations de riverains sur la persistance des injections dans l'espace public renvoie à différents éléments :

- Le premier est la difficile comparaison entre des traces de consommation et des actes d'injection, les seconds renvoient à une forme de violence plus importante car elles impliquent des individus et non des objets.
- Le deuxième est la nécessité pour certains riverains que leur vécu et leur expérience des riverains puissent être réellement pris en considération par une démarche scientifique qui leur apparaît abstraite, décalée du réel et partisane en raison de la production d'indicateurs objectivés qui ne valident pas leurs constats.
- La troisième est que l'implantation de la SCMR signifiait pour certains riverains que toutes les injections pourraient s'effectuer dans la salle et que les actes d'injection et les traces de consommation dans l'espace public allaient pas uniquement baisser, mais également disparaître.

- Enfin, la baisse des seringues est importante et statistiquement significative, d'après notre étude écologique présentée dans le chapitre 3, mais la persistance des seringues avec présence de sang et/ou d'aiguille apparente (en nombre faible), mais qui n'ont pas significativement baissé pour les seringues avec aiguille apparente voire augmenté pour la présence de sang, contribue à conforter les constats des riverains et la peur. Ce type de seringues renvoie en effet plus facilement à la notion de contamination et de dangerosité. Cette question sera par ailleurs l'objet de développements complémentaires dans ce chapitre 3 lorsque la thématique du COVID-19 sera abordée dans la partie 4 mise en perspective.

2.6. Les incivilités liées aux « hurlements » et à la mendicité

Au-delà des troubles à l'ordre public directement liés à l'usage de drogues (injections dans l'espace public et traces de consommation abandonnées), des incivilités liées à la présence de publics précaires dans l'espace public sont rapportées par une partie des riverains, telles que les cris voire hurlements, la mendicité, les bagarres, les aboiements de chiens,.... Ces différents actes contribuent pour certains riverains à une dégradation de la tranquillité publique dans leur quotidien : *« Je dois vous dire que les incivilités qui sont directement liées à la salle de shoot, à la SCMR, pardonnez-moi, sont évidemment courantes dans ma vie et dans ma rue. C'est un fait réel, il y a une vraie dégradation dans le sens où il y a des hurlements, des gens qui hurlent, des Russophones, ils se hurlent dessus. Nous, on entend des hurlements dans l'appartement, il y a des hurlements dans la rue. On vous tombe dessus pour vous demander de l'argent, pour vous demander une cigarette »* (Riveraine, 2020)

Des riverains se plaignent du bruit jusque très tard dans la soirée : *« Donc, jusqu'à 11 heures-minuit [la présence des usagers] ? Oui, quasiment. Après, je peux pas vivre à ma fenêtre. Mais après, on entend. Même parfois, tout fermé, on entend qu'il se passe des hurlements parce que, ça aussi, ce week-end c'était ça. Ils se tapent sur la gueule, ils crient. Ça, c'est une réalité. Même tout fermé. L'été, on pourrait se dire que c'est tout ouvert, on entend plus, non. Cet hiver effectivement, où les températures sont négatives, moi, dans la rue, je m'interdis presque maintenant d'aller dans ce coin-là. Terminé. Les enfants, c'est interdit. »* (Riveraine 2017)

Les discours sont parfois très durs à l'encontre des usagers qui peuvent être qualifiés de « psychopathes » *« Mais après qu'il y ait pas du soin pour les psychopathes et les cas qui sont à la rue et auxquels, nous, on est confrontés parce que, nous, on est confrontés à ceux qui se plient pas à la règle. Effectivement, pourquoi ils se plient pas à la règle ? Parce qu'ils en sont pas capables, parce qu'ils ont des comportements incohérents, parce qu'il y a quand même des degrés dans les toxicomanes. C'est ceux-là qui sont pris en charge par personne, on a l'impression. Et nous, on est confrontés à ceux-là. Ça, plus cette population russophone énorme, je sais pas combien ils sont. Il me semble que le docteur Avril m'avait parlé de 60 % de fréquentation de la salle, mais la grande partie des dealers, c'est ces gens-là. C'est eux qui hurlent, qui se bagarrent, qui dealent. On a des bagnoles garées, c'est du trafic. Enfin voilà, on assiste à ça, au nom de quoi ? »* (Riveraine, 2020)

Ou qui ont pu être décrits comme « ravagés », en proie à du « délire » : *« Mais c'est quand même une population qui est quand même dans des mauvais états. Donc, agressifs. Alors il s'agit pas de vivre dans un monde où la réalité crue vous serait complètement... Non, c'est pas*

ça. Mais là, c'est très dur à vivre. C'est très dur. Là, en venant vous voir, il y a la jeune fille qui, elle, est une fumeuse de crack, mais qui est ravagée au-delà du possible. Elle ne fréquente pas la salle. D'ailleurs, elle les traite de tous les noms. Elle a un vocabulaire virulent, mais elle est dans le quartier, elle erre dans les quartiers. Quand elle est dans des moments de crise, elle hurle pendant des heures en disant qu'elle a des vers dans les jambes. C'est un espèce de délire. Oui, c'est très dur, voilà. » (Riveraine, 2018)

Les termes de « psychopathe » de « délire » ou de « ravagée » mobilisés par certains riverains renvoient à la dimension médicale de comorbidités psychiatriques qui a été l'objet de très nombreuses discussions lors des comités de voisinage de la SCMR. Lors de ces comités, le personnel de Gaïa a fait le constat des troubles de santé mentale dont peuvent être atteints certains usagers de la SCMR et mis en évidence les efforts déployés pour entrer en contact avec eux lors des maraudes et pour parvenir à prendre en charge des populations particulièrement fragiles au sein de la SCMR, mais également les difficultés rencontrées dans un contexte de pénurie de psychiatres. La question du consentement dans les soins a également été discutée, afin de faire prendre conscience de la nécessité de respecter les droits des personnes dans la prise en charge médicale. Tout l'enjeu pour les professionnels est ici de pouvoir convaincre ces usagers d'entrer dans la SCMR afin de mettre en place un suivi, ce qui sera évoqué également dans la partie 4 du chapitre, en lien avec les interprétations relatives à une augmentation perçue des seringues dans l'espace public depuis la pandémie de COVID-19.

2.7. Les enjeux de salubrité publique : propreté et incivilités

D'autres enjeux liés à la salubrité publique ont pu être soulevés dans les entretiens. Ils concernent à la fois les riverains qui considèrent le quartier de la SCMR comme sale (poubelles renversées, présence de chiens sans laisse, traces d'urine et de déjections), mais également des actes d'incivilité liés au fait de voir les personnes de voir les gens déféquer et uriner dans la rue, qui sont vécues comme des formes d'agression et renvoient à un sentiment d'insécurité qui s'ajoute à l'insalubrité.

Ce sentiment de dégradation de l'espace public est vécu très douloureusement par certains riverains qui le vivent comme un sentiment d'abandon par les pouvoirs publics : *« Pour prendre en compte le fait que vous viviez dans ce quartier, qu'est-ce qui devrait être mis en place pour améliorer votre quotidien ? Quelles sont les solutions à mettre en place pour que les choses se passent mieux ? Qu'on contrôle tous ces gens qui font caca et pipi partout, comme ça, et qu'ils ont le droit. Les injections, qu'on vienne prendre en charge ces gens qui s'injectent dans les parkings, dans les rues. Dans la rue Saint-Vincent-de-Paul, vous les enjambez. Là où la rue est très étroite, vous faites comme ça. Vous avez la trouille en plus. Qu'on soit entendus, qu'on se dise : mais il y a des... Les gens sont... On n'en tient pas compte de ces gens qui vivent là et on les laisse vivre comme ça. C'est toute l'amélioration du quartier qui... J'aimerais bien que ça revienne comme avant ! Bon, il y avait des drogués. Ça, c'est vrai, je n'ai jamais contesté ça, mais c'était des gens très calmes, il y avait pas de hurlements. Il y avait pas tous ces Russes qui se crient dessus, qui se battent, etc. Il y avait pas tous ces excréments, toute cette saleté, ces injections, etc. C'est terrible de vivre comme ça, Madame. » (Riveraine, 2020)*

Cette autre riveraine fait part du même type de ressenti, attribuant aux publics précaires un sentiment « d'impunité » dans l'espace public, mettant en lien ici inaction des pouvoirs publics et présence de la SCMR comme renforçant ces problèmes de salubrité publique : « *Il y en a, c'est juste pas possible. On change de trottoir et c'est triste. Il y en a, ils défèquent devant nous. Je vais pas vous dire que je vois ça tous les jours, mais je le vois régulièrement. De toute façon, les mecs qui pissent, il y en a tous les jours, vu ce qu'ils picolent. C'est pareil, il y a deux pissotières dans le quartier, c'est infâme. Celle qui est vers la cour des taxis et celle qui est de l'autre côté de la gare, c'est des trucs immondes, infâmes, pas entretenus, pas nettoyés. Mais il y a qu'en France qu'on voit ça. Quand on voyage un peu, toutes les toilettes publiques, il y a de l'entretien. C'est tout ce qu'il faut, c'est de la présence humaine et de l'entretien. Pour moi, c'est pas compliqué. Comme l'époque des cantonniers par quartier, il y a quelque chose qui gère tout : la prise marche pas, le feu déconne. La salle, c'est pareil : dans ce coin-là, dans telle rue, faut plus de présence, faut diriger les gars ; lui est vraiment dans un état, on l'hospitalise. Je sais pas, faut trouver des solutions. Il faut légiférer s'il faut, j'en sais rien, mais on peut pas laisser les gens comme ça et on peut nous laisser, nous, vivre avec eux alors que personne va les prendre en charge.* » (Riveraine, 2020)

Ces deux niveaux de plaintes relatives à la propreté et à la salubrité renvoient à une demande vis-à-vis de la nettoyage des rues adressé à la mairie du X^e arrondissement quand il s'agit de la propreté et à une attente vis-à-vis de Gaïa et/ou de la police quant à la gestion des incivilités.

Ces plaintes liées à la propreté sont revenues fréquemment dans le discours des riverains opposés à la SCMR qui attribuent la présence de déjections canines ou les odeurs des « urinoirs » de la gare du Nord à la présence des usagers de la salle. Pour certaines agents en charge de la propreté, il n'est pas facile d'établir ce lien de causalité entre insalubrité du quartier et présence de la SCMR voire même présence des usagers, dans la mesure où certains dénoncent les pratiques des habitants non usagers qui laissent les déjections canines sur les trottoirs, allant jusqu'à évoquer l'exemplarité de certains usagers qui ramasseraient les déjections, afin de préserver l'espace public : « *Comme je vous dis, il y a des trucs que je ramassais pas. Genre la peau de banane sur le banc : « tu veux t'asseoir, faut que tu l'enlèves la peau de banane ». Ou le coin où justement ils vont se piquer, je le nettoçais plus. Eux-mêmes me faisaient la remarque, ils constataient : « ouais, comment ça se fait, c'est sale aujourd'hui », « oui, c'est sale parce que j'ai pas envie de la faire », « ouais, vas-y », « non j'ai pas envie, tous les soirs, quand vous jetez vos cannettes, vos machins, moi je fais ; tous les matins je nettoie pour que, justement, quand vous venez, ce soit propre, pensez à moi aussi », « ouais, je sais, on abuse ». Depuis, on parle et même leur crotte de chien, ils les ramassent, comparés aux résidents qui eux ne les ramassent pas. Et pourtant, ils sont souvent sous l'emprise d'alcool et de stupéfiants, eux, ils ramassent leur crotte de chiens. Bon, pas tous. Mais la plupart du temps, ils les ramassent. C'est vrai des fois, ils sont dans les nuages et ils les ramassent pas tout le temps. Mais la plupart du temps, ils les ramassent. Comparé à la petite dame qui va promener son chien tous les matins, qui fait le même circuit tous les jours et qui ose me dire qu'elle ne sait pas où sont les poubelles. Bien sûr, t'habites là depuis plus longtemps que moi, tous les jours, je te vois promener ton chien, tu fais le même trajet, me dis pas que depuis le temps tu sais pas où sont les poubelles. Il y en a qui ramassent mais qui ne jettent pas dans les poubelles, qui laissent sur place.* » (Agent entretien propreté, 2019)

2.8. Craintes concernant l'image et la réputation du quartier

Certains riverains considèrent que l'implantation de la SCMR a dégradé l'image du quartier, pour les riverains, mais également pour les touristes qui viennent de l'étranger et qui arrivent par la Gare du Nord : « *Par contre le quartier a été détruit, enfin est vraiment très, très amoché. Je pense à un truc, il y a beaucoup de touristes et même des touristes qui sortent de la Gare du Nord et qui passent par la rue Ambroise Paré. Mais quand vous voyez ces gens qui débarquent de l'étranger, qui ont leur petite valise, qu'ils sont bien propres sur eux, et qui se font alpaguer par des gens dans la rue, vous vous dites : mais qu'est-ce qu'ils doivent penser, entre les cacas et les pipis, les agressions, etc. Vous vous dites : ces touristes, voilà ce qu'ils voient en arrivant. C'est atroce. Je pense que l'image de Paris, elle doit être bien écornée.* » (Riveraine, 2018)

La crainte de la dévalorisation des biens immobiliers est également une préoccupation pour certains propriétaires qui le mettent en lien avec l'annonce de l'implantation de la SCMR dans le 10^{ème} arrondissement : « *Oui et le 3e point c'est que tous ces gens qui habitent ici ce sont plutôt des immeubles haussmanniens bourgeois ou petit-bourgeois, cadre supérieur et actuellement le foncier se dégrade là-bas c'est-à-dire rue St Vincent de Paul, Ambroise Paré, dans ce quartier les immeubles ne se vendent plus donc ça fait tache d'huile, bd de Denain il y a 2 appartements à vendre qui sont plutôt agréable qui ne se vendent pas depuis un an, depuis l'annonce de cette salle de shoot, jamais de la vie même si elle est à 400m, c'est la transformation d'un quartier, on en a assez, on a assez de problèmes comme ça.* » (Riverain, 2014)

Cette riveraine indique souhaiter déménager en raison de l'impact délétère de la SCMR sur son quotidien : « *J'aimerais bien (déménager), mais j'ai pas les moyens. Ailleurs dans Paris, c'est impossible. Si je pouvais, je le ferais, mais je ne peux pas. Vous pouvez pas parce que ? Parce que j'ai pas les moyens d'acheter dans Paris quelque chose. Moi, je suis propriétaire. Aujourd'hui, revendre dans le quartier, clairement vous vendez à perte. C'est d'ailleurs pas surprenant, les agents immobiliers du quartier sont extrêmement entreprenants parce qu'ils subodorent de bonnes affaires à faire, etc. C'est pas sujet pour moi. Ailleurs dans Paris, vu les prix dans Paris, c'est pas possible. J'ai pas les moyens. Et je me considère pas... Je suis pas une privilégiée mais je suis dans une moyenne. Il y a des gens plus démunis que moi pour qui, c'est même pas la peine d'y penser.* » (Riveraine, 2018)

Concernant l'évolution des prix de l'immobilier, dans le quartier de la SCMR, une analyse de l'évolution des prix effectuée par la chambre des notaires est disponible dans la partie 4 de ce chapitre.

2.9. Des plaintes qui ont à voir avec le fait de vivre dans un quartier relégué et abandonné des pouvoirs publics

L'ensemble des troubles à la tranquillité publique mentionnés par les riverains qui se positionnent en défaveur de la SCMR peut donner lieu au sentiment de vivre dans un quartier relégué, abandonné par les pouvoirs publics. Cela peut être vécu comme une forme de « violence » de la part de certains riverains.

Certains riverains déclarent avoir choisi de vivre dans ce quartier en raison de sa mixité sociale. Ils ont le sentiment pour une partie d'entre eux de vivre désormais dans un quartier où la cohabitation avec les usagers n'est plus supportable pour eux et peuvent décrire leur quartier avec des mots très forts comme un « cloaque » : *« Moi, je trouve ça très dur. Moi, c'est pas parce que j'aime la mixité, que j'ai aucun problème, que sur ce sujet-là, je suis pas comme... En tout cas, je fais partie des gens de ce quartier traditionnellement. C'est des gens qui aiment la mixité qui sont ici. Donc, je suis tout à fait bien dans le paysage, on va dire. Mais je sais pas si la mixité, elle peut durer. Je suis pas certaine. Elle est détruite aussi. La vérité, c'est que ça détruit beaucoup de choses. Ça a détruit beaucoup de choses. Ça détruit les commerçants, ça dévisage le quartier. Ça le dévisage parce qu'on avait un quartier qui était paisible et qui ne l'est plus, même s'il y avait ce trafic, c'est terminé. C'est tout à fait terminé parce que maintenant c'est très violent, avec toutes ces batailles, ces hurlements, ces deals. Ça le dévisage sur un plan de vie quotidienne parce que quand vous vivez dans les immondices, on a parfois l'impression qu'on est retourné au Moyen-Âge rue Ambroise Paré ou Saint-Vincent-de-Paul, le cloaque. C'est un mot du Moyen-Âge le cloaque. Donc, vous êtes en insécurité, vous êtes entouré de gens qui, manifestement, sont en dehors de la société. Physiquement, c'est terrible, vous êtes entourés de psychopathes. Vous êtes entouré de gens qui vont vous sauter dessus ou vous agresser. A limite faut pas les regarder. Moi qui regarde, on me dit souvent : « mais t'es complètement dingue, un jour tu vas te prendre un coup de poignard » (Riveraine, 2020)*

Cette riveraine, interrogée quatre ans plus tôt lors d'un premier entretien, quelques semaines après l'implantation de la SCMR faisait déjà part de son sentiment de vivre dans un quartier relégué laissé à l'abandon des pouvoirs publics, auquel s'ajoutait le sentiment de ne pas être considérée, sentiment qui s'est accentué au fur et à mesure des entretiens réalisés (un deuxième en 2018 et un troisième en 2020) : *« Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ont ressenti cette violence, une forme de violence qu'on nous considère pas. Et pourtant, je peux vous dire, moi qui suis très tolérante, moi, sortir et trouver des énormes cacas devant ma porte, ces gros chiens qui me foutent la trouille, je trouve qu'on devrait, dans les rues comme ça, tenir compte de la souffrance. Enfin de la souffrance, excusez-moi c'est un bien grand mot quand on voit ce qui se passe à Alep. On a une vie, on paye nos impôts comme tout le monde. Les drogués, ils ont leurs droits et on doit faire en sorte dans la société que les choses se passent bien pour eux, c'est évident tout ça. Mais on peut pas mépriser des gens qui demandent leur sécurité et de vivre correctement comme les autres, dans les rues où il y a pas de salle de shoot. A ce moment-là, il faut demander plus de nettoyage, ce que, nous, on a demandé. Moi, j'ai écrit à la mairie. Moi, personnellement, j'ai écrit à la mairie en disant : « ces urines, ces traces de pipi, c'est pas normal Comment vous vous êtes faits entendre ? On se fait pas entendre. Vraiment, ça, c'est un vrai problème. Comme si on était des horribles conservateurs. Ça, si vous voulez, dans notre démocratie, c'est quand même un sujet. A la limite, parfois, vous avez vraiment un*

sentiment qu'il y a une idéologie dominante qui fait qu'il faut penser comme ça et que tous les gens qui pensent pas comme ça, c'est des gros cons de conservateurs. Et moi qui ne suis pas conservatrice, je suis vraiment... Vraiment, je trouve ça pénible. Je trouve ça pénible. Je dis : « mais enfin, on est en démocratie, tout le monde paye, on doit réfléchir ensemble aux solutions ». On peut pas refuser de les entendre parce que les idées sont différentes. Vous avez assisté aux réunions publiques ? Moi non, c'était en semaine, c'était le mardi soir, mais mon mari, oui. Là, il a eu quel sentiment ? Il a eu le sentiment que c'était un rouleau compresseur avec aucun moyen de s'exprimer. » (Riveraine, 2016)

2.10. Une collusion/confusion des publics

Dans une partie des entretiens réalisés auprès des riverains se positionnant « en défaveur vis-à-vis de la SCMR », une collusion et/ou confusion entre les différents groupes présents dans l'espace public a pu être présente dans les discours, allant parfois au-delà des usagers de drogues fréquentant la SCMR.

La question des personnes sans domicile est souvent mentionnée, le plus souvent en lien avec l'alcool, avec une mention plus floue de la consommation de drogues : « *Quelquefois à 2-3 heures du matin, on entend encore. C'est des SDF à ce moment-là. C'est des SDF qui sont, je crois, drogués à l'alcool, à la drogue douce ou à la drogue plus dure. J'insiste sur la lutte contre la drogue, de ce point de vue-là, ma position est radicale, j'ai quand même été enseignant, c'est un tout. Ça part du hash jusqu'aux drogues dures.* » (Riverain, 2018)

Lors des entretiens, une confusion fréquente est établie entre les usagers de drogues et les personnes en situation de précarité sociale sans domicile et/ou ayant une activité de manche dans le métro : « *C'est une forme de mendicité parfois, c'est assez agressif. Est-ce que c'est dû à leur comportement parce qu'ils sont dans un état d'excitation ? Donc, on peut demander une pièce ou deux gentiment mais c'est assez agressif. On peut être attablé au café, à l'extérieur, être dérangé et ne pas manger tranquillement par exemple, et vous avez un spectacle en face. Vous pouvez aller au café au Magenta, il a été obligé d'isoler toute sa terrasse parce que les gens qui étaient attablés et qui donnaient sur la salle étaient dérangés constamment. Voilà, les gens traînent de ce côté-là. Donc, sa terrasse, lui, il l'a condamnée. Donc, on peut être dérangé. Ça peut arriver, partout on peut être sollicités. On est tous sollicités et dans le métro et partout, et c'est pas forcément des drogués, bien sûr. Mais bon, il s'avère que c'est les mêmes personnes qui ensuite... Je sais pas s'ils rentrent dans la salle ou s'ils traînent autour de la salle. On les voit traîner.* » (Commerçant 2017)

Cette riveraine mentionne une liste des « nuisances » dans le quartier, en évoquant des « toxicomanes » tout en reconnaissant « *Je sais pas si c'est vraiment des toxicomanes de la salle parce qu'il y a vraiment plusieurs populations qui se croisent* » et les vendeurs de cigarettes du quartier Barbès, situé à proximité de la SCMR : « *Moi, ce qui me gêne, c'est les nuisances plutôt liées à tous les déchets le matin. Devant le Louxor, il y a tout un monticule de... Je sais pas si c'est vraiment des toxicomanes de la salle parce qu'il y a vraiment plusieurs populations qui se croisent et, clairement, il y a d'autres gens qui mettent des déchets par terre sur ce bout de trottoir. Toujours est-il qu'il y a souvent des cannettes, ces boîtes de médicaments Ça m'énerve,*

c'est pas parce qu'on est drogué qu'on peut pas mettre un papier à la poubelle, sachant qu'il y en a une tous les vingt mètres ! Je comprends pas trop. [...] Il y a aussi toute la délinquance liée au tabac, aux vendeurs à la sauvette de cigarettes. Moi, je me suis jamais fait voler mon portable, mais j'ai déjà vu plusieurs fois des gens qui se faisaient voler leur portable en bas de chez moi. Je connais des gens qui se sont fait voler leur portable aux alentours du métro Barbès. Voilà, d'avoir quelqu'un à qui demander au cas où. J'ai lu aussi sur des sites, pas forcément des sites ultra positionnés d'un avis à l'autre, mais comme le site Action Barbès, il y a quelque temps il y avait eu tout un article sur la sécurité, notamment avec l'exemple du kiosquier qui a fermé suite à une agression. » (Riveraine, 2016)

Des riverains opposés à la SCMR mentionnent très fréquemment l'appartenance à la communauté russophone de certains usagers fréquentant le quartier qui semble les déranger tout particulièrement : *« Ils ont des têtes chelous, il y a des Russes là pas rasés, on vide notre voiture du weekend il y en a toujours qui surveille la voiture pendant que l'autre monte les sacs... »* (Riverain, 2016)

La question des russophones est très prégnante dans les échanges avec certains riverains qui les considèrent comme « très agressifs » en précisant que les différences linguistiques ne favorisent pas la communication avec ce public : *« Mais les russophones qui sont quand même extrêmement nombreux, voire peut-être même les usagers les plus nombreux de la SCMR, c'est des gens avec qui on ne peut pas discuter, ne serait-ce que par la langue. Par la langue, nous, on ne peut pas. Donc, on est livrés à des personnes qui sont pour la plupart très agressifs, qui sont même qualifiés par les agents de Gaïa et par Madame Avril elle-même, qui est médecin, donc elle est habilitée à prononcer ce jugement de psychopathe ou de cas psychiatriques. Il faut comprendre quand même que les riverains soient dans une situation de détresse face à ça. Il faut vraiment l'entendre. Madame Avril qualifie les usagers russophones de psychopathes ? Non, pas les russophones en particulier. Mais elle a dit souvent et c'est consigné dans les comptes rendus des comités de voisinage que nous lisons avec beaucoup d'attention, elle reconnaît qu'un certain nombre assez important sont psychopathes, pas les russophones en particulier. Non, c'est pas une question de nationalité, c'est une question de profil de consommations, qui sont de surcroît des polyconsommateurs. »* (Riveraine, 2020)

Plus loin dans ce même entretien, cette riveraine s'interroge sur le « statut » et la légitimité de publics russophones quant à leur venue en France, russophones qui sont qualifiés des principaux « dealers » du quartier : *« C'était une question que je me pose. Je me dis : si ça relève du soin, il faut les soigner. Alors je connais la réponse et je la conçois, qu'on ne guérit pas d'une addiction comme ça, en claquant dans les doigts. Ça, je le conçois bien. Si on pose le postulat qu'ils ne sont pas malades, par exemple pourquoi toutes ces populations russophones fréquentent-elles la salle ? Au nom de quoi ? C'est en vertu de quoi, si ça n'est pas la maladie ? (...) Et dans le cas des russophones qui sont majoritaires, pour quelles raisons ? Quel est leur statut en France ? Ils viennent pour quelles raisons ? Je pourrais vous envoyer, si ça vous intéresse, un article qu'on a écrit récemment sur les usagers de drogues russophones. Je l'ai lu. Dans cet article, vous avez les réponses. Certains sont des réfugiés politiques. Peut-être que certains sont des réfugiés politiques, mais ils sont... Enfin, c'est eux qui tiennent le deal dans le quartier (...) Les russophones, c'est le deal tout le temps, tout le temps. Avec des points devant la salle, vraiment devant la salle. Des hurlements, des bagarres, l'alcool. »* (Riveraine, 2020)

Après avoir répondu à la question de cette riveraine sur les motivations des russophones à fréquenter la SCMR, cette riveraine mentionne les publics « maghrébins » qui sont également identifiés comme problématiques en termes de comportements d'injection dans l'espace public : « *Pour les usagers russophones, ce qui les amène à fréquenter la salle, à partir du moment où ils habitent en France, ils ont les mêmes motivations que les usagers francophones, c'est-à-dire éviter d'injecter dans l'espace public. Pourtant ils le font quand même. Il n'y a que les russophones qui injectent dans l'espace public ? Non, non, pas du tout, pas du tout. Il y a même des Maghrébins, je peux les identifier tout de suite par la langue, qui sont francophones eux, contrairement aux russophones qui, en général, ne parlent pas du tout. Mais les Maghrébins, oui.* » (Riveraine, 2020)

Une concentration de « problèmes sociaux » est également dénoncée par certains riverains qui ont l'impression que la SCMR vient rajouter une « problématique » sociale supplémentaire dans leur quotidien : « *C'est vrai qu'on avait des appréhensions au départ. Qui n'en aurait pas ? Au début, ça n'avait rien changé. Mais après, je vais pas vous dire que j'ai été contente des trois toxicos que je voyais. Personne n'est content de ça. Surtout qu'il y a beaucoup de familles aussi, énormément. Après, j'ai vu qu'il y avait quatre logements sociaux dans le quartier et, dans les logements sociaux, il y a beaucoup de familles. Donc, comme quoi le social, il est quand même déjà bien dans le quartier. On regroupe tout le social dans le même quartier. Non quoi, non.* » (Riveraine, 2017)

L'analyse des compte-rendus des comités de voisinage organisés par la mairie du 10^{ème} a pu mettre en évidence des débats parfois houleux concernant la confusion des publics. Ainsi, trois personnes décédées entre 2016 et 2020 dans l'espace géographique autour de la SCMR. Ces décès ont été présentés par le collectif Riverains Gare du Nord Lariboisière lors des comités de voisinage comme étant en lien avec la SCMR alors que des enquêtes médicales et de police ont pu établir qu'il s'agissait de personnes qui ne fréquentaient pas la SCMR et qui pour lesquelles le décès n'était pas en lien avec l'usage de drogues, mais avec un état de santé très dégradé et des conditions de vie extrêmement précaires.

2.11. Ne pas se sentir protégé par la police

Certains riverains ont fait part d'un sentiment d'insécurité dans le quartier lié à la présence de troubles à l'ordre public et à la tranquillité publique mentionnés ci-dessus, mais également à la perception que la présence de la police est insuffisante dans le quartier. La responsabilité de l'absence de la police est ici attribuée en partie à la présence de la SCMR : « *Nous, la police, on la voit à peine et je pense que Gaïa tient pas à ce qu'il y en ait parce que ça ferait fuir les consommateurs. Est-ce qu'il faudrait plus de gens sur le terrain ? Mais après, vous allez me dire que ça va pas être compris dans le budget, c'est pas le but de la salle non plus. Mais bon, il faut quand même trouver une solution pour l'apaisement du quartier.* » (Riveraine, 2020)

« L'incapacité » perçue de la police à contrôler le trafic dans le quartier constitue une crainte supplémentaire, mentionnée encore une fois avant l'ouverture de la SCMR : « *Il y a aussi les revendeurs qu'on voit aussi, qui sont présents sur le site. Comme on l'a entendu, qu'il fallait protéger, enfin pour que ça fonctionne, il fallait une certaine neutralité de la présence policière,*

qui est globalement pas efficace. On s'est dit qu'on risquait d'être encore plus..., d'être dans un environnement encore plus dégradé. Sachant qu'en plus, on est dans un environnement où on voit que la collectivité a du mal à maîtriser des problématiques telles que la propreté, l'accueil de flux des passagers, enfin des usagers de la gare. On voit déjà les limites de la collectivité. Donc, on n'est pas du tout rassurés par la collectivité qui nous dit : « mais vous inquiétez pas, on maîtrise la situation. » (Riverain, 2016)

La crainte que le quartier devienne une « zone de non droit » est régulièrement mentionnée dans les entretiens et lors des échanges en comité de voisinage : *« Je pense que c'est une zone de non droit et je pense qu'il y aura un amas, enfin un arrivage de dealers qui vont vendre dans le quartier et la police et déjà complètement débordée et je pense qu'ils ne pourront pas éloigner les dealers, ça c'est la position de quelqu'un qui habite le quartier bien que je sois un peu à distance de cette zone de Goutte d'Or où sera installé ce centre. » (Professionnel de santé, 2015)*

Le périmètre de tolérance vis-à-vis de la détention d'une quantité de drogues considérée comme donnant lieu à une consommation au sein de la SCMR dans ce quartier précis est souvent interprété par certains riverains qui se positionnent « en défaveur de la SCMR » comme une « zone de non droit » : *« Là c'est pareil, normalement il y a un arrêté qui définit les horaires où il est interdit de consommer de l'alcool ou de le vendre. Mais il est absolument pas appliqué. Inutile de vous dire que la DSP, future police municipale, est totalement, totalement transparente dans le quartier. Je dirais même que lorsqu'elle va exister cette police municipale, on ne sait pas exactement quand elle va être à l'œuvre, quand cette police municipale va exister, elle va se retrouver face à la difficulté que Gaïa n'a pas envie de voir des gens qui viennent enquiquiner les usagers de la salle devant la salle. Donc, on sort pas de cette contradiction puisqu'il faut continuer à satisfaire et à faire du nombre, à faire du chiffre. S'il y a une force, même si elle n'est pas armée, ça dissuade. Et puis elle va se retrouver face à la difficulté que l'on connaît, c'est de verbaliser par exemple, puisque ces personnes se déclareront, pour une partie d'entre elles, non-solvables, ce qu'elles doivent être pour une partie d'entre elles mais pas toutes. » (Riveraine, 2020)*

La question de la présence de la police dans le quartier sera l'objet de développements dans la partie 4 de ce chapitre, incluant les entretiens réalisés auprès des agents de police du commissariat du 10^{ème} arrondissement et des données statistiques de l'activité policière dans le quartier. Nous verrons que les relations entre la police et les riverains ne sont pas toujours simples, mais également que les riverains peuvent jouer un rôle dans l'activité policière dans le quartier et nouer des formes « d'alliances » avec les agents de police sur le terrain.

2.12. Ne pas être écouté par les pouvoirs publics

Enfin, parmi les récriminations revenant le plus souvent dans les entretiens figure le sentiment de ne pas être écouté par les pouvoirs publics, au niveau national et régional, et principalement au niveau municipal. La mairie de Paris et du 10^{ème} arrondissement sont présentés par certains riverains comme les instances ayant pris la décision d'implanter la SCMR dans le quartier, sans concertation: *« [Le projet de SCMR] c'est devenu une plaie pour tout le monde et ce qui fait que ça crée des aigreurs pour ceux qui marchent dans les clous, qui payent leurs impôts, qui*

travaillent durement, qui essayent de relever le pays, qui essayent de relever leur quartier, qui participe en fait et c'est comme si nous on ne nous entend pas, on est là pour payer et eux sont là pour qu'on les porte comme des bébés, moi je dis non. » (Riveraine, 2016)

Donnant à certains riverains le sentiment de ne pas avoir été « parties prenantes » du projet : *« Je ne peux pas commenter je ne sais pas, en fait je me demande aussi ... le camion (programme d'échange de seringues) il est là, il était dans la rue de Maubeuge avant, il est arrivé en aout et a priori on nous a expliqué que c'était pour des raisons de circulation de l'autre côté mais sachant que maintenant il y a la salle de consommation qui va être implantée là ça donne l'impression qu'on commence à tester ce que les usagers vont en penser et après ... on commence à préparer le terrain, ça donne l'impression d'être un peu pris pour des pigeons, on essaie d'éviter le chaos que ça a été de l'autre côté et on se dit le plus tard on annonce et plus on met les gens devant le fait accompli parce que foncièrement personne ne voudra de cette salle en bas de chez soi, et c'est ça qui me gêne parce que si personne ne veut de cette salle en bas de chez soi ben voilà ... c'est aussi pour ça que j'ai du mal à être pour ce projet, ça me gêne que ce soit en bas donc si ça me gêne que ce soit en bas de chez je ne peux pas être pour que ce soit en bas de chez quelqu'un d'autre [...] Alors désolée, j'appelle ça salle de shoot mais c'est pas forcément négatif ! Même quand j'avais assisté aux portes ouvertes, je me souviens d'avoir reçu la semaine d'avant, enfin quatre jours avant, un message dans ma boîte aux lettres pour me prévenir qu'il y avait deux sessions, deux journées où on pouvait venir. C'était un peu exagéré, moi je travaillais pas à côté, c'était compliqué pour moi. Je voulais le faire mais je m'organais pas comme ça, c'est pas le matin où je me dis : je vais y aller. Je travaille X, revenir avant 19h30, j'ai des enfants, une nounou à libérer. Je me souviens qu'il y avait une consultation à la mairie où mon mari était allé. C'était la même chose, on était un peu prévenu au dernier moment et les seules informations que j'avais, c'est plutôt de l'association. En ça, je suis toujours assez déçue par la mairie. À part vous qui m'avez sollicitée, j'ai jamais eu l'impression d'être partie prenante à cette histoire qui n'est pas anodine non plus. » (Riveraine, 2020)*

Des riverains se sentent « abandonnés » par les pouvoirs publics, ils dénoncent le fait de « ne pas avoir été écoutés » et décrivent le processus mis en place par la mairie comme un processus « d'information » et non de « concertation » : *« Février 2013 c'était Ayrault, à cette annonce nous sommes allés voir le maire et à partir là nous avons préparé une motion que je vous ai apporté pour lui dire c'est bien nous rentrons et nous sommes prêts à contribuer mais attention on ne fait n'importe quoi, après cette réunion de concertation à la mairie où c'était beaucoup plus une information, ils nous imposaient quelque chose. Donc les gens étaient sidérés pour la plupart, attendez la concertation c'est un échange, là on n'échange pas, on ne peut que réagir, on est mis devant le fait accompli, donc ça a été un moment très dur parce que on s'est senti un peu floués, la communication auprès des gens rien n'a été fait, c'était on assène quelque chose qui est décidé, on n'avait plus rien à faire, l'association a très mal vécue parce que les gens sont venus nous voir et ont dit mais à quoi servez-vous, ils comptaient sur nous pour écarter et pour améliorer le projet mais quand ils appris que cette salle de shoot serait au 39 dans un espace clos en contrebas près de la voie ferrée ça a été une explosion de rage pour 3 raisons. La 1ère c'est incompréhension totale, où est leur respect de la vie et quelle est leur politique, on y va vite alors que ça nécessite une entente, un engagement d'une population locale, les politiques n'ont rien fait et là on a tremblé sur nos bases parce que où étiez-vous ? On aurait dû être là pendant les négociations, il a fallu reprendre notre bâton de pèlerin et d'expliquer que cette solution du 39 pour nous n'était pas acceptable (...) Et oui cet espèce de sentiment d'abandon c'est-à-dire*

on choisit pour vous sans concertation, ça rendre un peu dans la communication mais on est là, on est prisonnier, on est devant le fait accompli, vous commencez à officialiser quelque chose que nous vivons depuis des années et vous commencez à rendre les choses concentrationnaire c'est-à-dire un point fixe où là il va y avoir forcément une aspiration de drogués qui n'avaient pas l'habitude de venir dans ce coin-là et qui nous effraie énormément.» (Riverain, 2014)

Certains riverains n'ont pas pris directement part aux réunions d'information mises en place par la mairie car « ils ne se sont pas sentis à leur place » dans ces réunions, ayant le sentiment que le projet était déjà « vendu » avant toute discussion : « Vous disiez qu'à cette réunion, vous vous êtes pas sentie à votre place. En tant qu'habitant, moi je pensais que c'était plus ce qu'on fait, on discute, on échange. Je veux bien entendre le pourquoi du comment la salle va être là, etc. Mais nos inquiétudes, nos questions ou le fait qu'on soit pas d'accord, on nous laissait pas cette place-là, de dire : « on n'est pas d'accord ». De toute manière, même si on aurait dit qu'on n'était pas d'accord, c'était déjà ancré. On nous vendait quelque chose, donc peu importe de dire : « ça nous va pas », « oui, mais c'est vendu ». Donc ça servait à rien. En plus, c'était un petit peu tendu, donc j'avais pas envie de rentrer dans tout ça. » (Riveraine, 2017)

Ce sentiment de non concertation amène certains riverains à demander à être présents dans l'ensemble des instances de la SCMR, telles que le comité de suivi national : « Ce serait surtout bien que les riverains soient entendus aussi à ce comité national parce qu'on fait quand même partie du projet. On peut pas faire sans nous non plus. On peut pas nous faire un petit comité comme ça qui, finalement, n'est pas pris en compte, et au niveau national prendre des décisions sans les riverains. Moi, ça me choque beaucoup. » (Riveraine, 2020)

Certains riverains auraient souhaité une étude « d'impact » avant la décision de l'expérimentation, et qu'une consultation soit mise en œuvre avant l'expérimentation, afin de décider si le projet de la SCMR pouvait ou pas être implanté dans le quartier : « Pourquoi avez-vous souhaité faire cet entretien ? J'ai répondu favorablement parce que je suis riveraine de la salle et que je n'ai pas partagé les modalités selon lesquelles la salle était installée. En réalité ça remonte à un petit peu plus d'un an, décembre 2015, où nous apprenons, pas directement, plutôt indirectement, quand je dis « nous », les habitants du quartier, que finalement le lieu d'implantation de la salle devait être ici, lequel a été maintenu secret assez longtemps sans qu'on ait pu être consultés. Alors là-dessus, je sais que la mairie tient un tout autre discours que celui-ci, que celui que je suis en train de tenir, mais nous n'avons absolument pas été consultés. Je sais bien qu'en cas de décision de cette nature, qui est une décision politique parce qu'elle se situe à la fois au niveau de la municipalité, et beaucoup au niveau de la municipalité, mais c'est une décision du gouvernement. Il y a bien un moment où il faut choisir un lieu et ce lieu ça été celui-ci. Néanmoins, je pense que, là, il y a eu... Enfin, non seulement je pense mais de fait, il n'y a eu aucune concertation. La consultation, la seule qu'il y ait eu lieu, mais le lieu était déjà décidé, c'est le 11 avril dernier, à la grande réunion à la mairie à laquelle vous étiez probablement. J'ai pris d'ailleurs la parole, si vous vous en souvenez. Je m'en souviens. J'ai été la première à intervenir. Donc déjà, pour cette raison-là. Je crois utile... De toute façon, maintenant que le projet existe, il est important en effet d'en assurer l'observation, le suivi et voir un petit peu comment ça se passe puisque, de fait, elle est là. Donc, on est bien obligés de faire avec. Mais ça a été quand même un état de fait, une situation devant laquelle nous n'avons pas eu à nous prononcer. Ce que je regrette, c'est qu'il n'y ait pas eu d'étude d'impact préalable, ce que ça pouvait éventuellement générer en termes économique, en termes social, en termes

de confort de vie pour les habitants. Ça, ça a été totalement absent. Je pense que, dans un projet de cette nature, a fortiori implanté en pleine zone d'habitation et de commerces, c'était le minimum à observer. Ça n'a pas été fait. Il y a même eu longtemps, au moment de l'annonce en décembre 2015 où on a appris que ça se faisait, une espèce de mépris par rapport aux réactions des gens du quartier. Ce qui a été extrêmement mal vécu évidemment, comme si les gens qui ne comprenaient pas étaient à la fois ringards, enfin tous les qualificatifs y sont passés. » (Riveraine, 2017)

Ce riverain mentionne que la mairie a communiqué sur le sujet SCMR sans toutefois réellement concerter les riverains, tout en reconnaissant qu'il s'agit d'un sujet difficile pour mener une concertation : « On était aussi sur la question de la concertation, qu'est-ce que vous pensez de la communication de la mairie sur le sujet ? Elle était très... De toute façon, il y avait pas de portes ouvertes. A partir du moment où ils se sont pris une claque Porte de la Chapelle, c'est des sujets qui sont difficiles à concerter avec les riverains. Après, ils sont partis, ils ont fait le choix d'aller jusqu'au bout, de choisir tout. Et ils ont compris qu'il y avait pas de concertation possible avec les riverains. Après, ils vont travailler sur l'acceptabilité mais parce qu'ils sont obligés. Pour localisation en marge de l'arrondissement, ils ont déjà commencé en disant que c'est dans l'hôpital, donc ils vont essayer de travailler sur ça, mais c'est leur job ! Donc, on peut pas parler de concertation. Il y a eu la communication mais il y a pas eu de concertation. Et puis ils ont fait le choix. » (Riverain, 2016)

Certains riverains interprètent la création de la SCMR comme une mission politique du maire du 10^{ème}, en place en 2016, Rémi Féraud, qui aurait souhaité « aller jusqu'au bout » car la mesure était inscrite dans son programme pour les municipales : « Qu'est-ce que vous avez pensé du travail de communication de la mairie du 10^{ème} ? Elle a pas été bonne du tout. C'est-à-dire ? Moi, j'ai pas trouvé qu'on avait été informés. Lui, il a dit : « de toute façon, c'était dans mon programme, je vais jusqu'au bout, peu importe les riverains ». Moi, je suis déçue dans la mesure où on aurait pu, nous, les riverains proches, pouvoir amener un certain nombre de solutions, ou du moins, moi c'est ce que j'avais dit, que j'avais préconisé, c'était qu'à partir du moment où il y avait ce centre qu'ils nous enlèvent cette sanisette où ils vont tout le temps, qu'ils enlèvent la tirette, qu'il y ait un certain nombre de choses... Je pense que fixer à un endroit peut-être que c'est pas la meilleure solution. Je pense qu'avoir une camionnette qui circule, qui se déplace... je pense que ce serait plus intelligent que de fixer à un endroit. » (Riveraine, 2016)

Des riverains peuvent ressentir l'existence de la SCMR comme leur étant « imposée » dénonçant le fait qu'un dialogue n'ait jamais été réellement mis en place entre la mairie et les riverains : « Mais si je devais avoir une seule phrase, c'est que, pendant toute cette expérimentation, on a demandé, et j'estime qu'on n'a pas été entendu, sur le fait qu'on ait besoin d'un dialogue. Même les gens qui supportent pas sont dans une espèce de solidarité. En revanche, force est de constater que ce dialogue tourné vers les riverains n'y est pas. Moi, c'est ce que je me disais tout à l'heure en prenant quelques notes, cette salle n'a pas été simplement implantée, elle a été imposée. Quand bien même elle aurait été imposée politique au départ, bon, tant pis. Moi, naïvement, je pensais qu'on allait pouvoir rattraper ça avec un dialogue de façon à ce que tout le monde vive en bonne harmonie. Moi, je sais qu'il y a des gens du collectif qui me disent que, à Strasbourg, ça se passe très bien parce qu'à Strasbourg ça n'est pas dans le tissu urbain avec les riverains. Donc pour moi, la phase, c'est : la médiation n'a pas eu lieu, on

a implanté, imposé cette salle et il y a pas eu de progression dans le sens des riverains. Voilà, je peux parler que de mon point de vue. » (Riveraine, 2020)

Cette riveraine interprète les difficultés du dialogue comme une rupture entre parties prenantes, ceux se positionnant contre se sentant parfois désignés comme « conservateurs » en raison de leur opposition à la SCMR : « Effectivement, des gens comme mon mari vous diront... Enfin lui, il a le sentiment qu'il a jamais été entendu, c'est-à-dire qu'il a eu en face de lui des associations qui ont pas voulu écouter les inquiétudes majeures et pas voulu même y répondre. C'est ça, c'est cette souffrance. Ça, c'est une souffrance, vraiment. Il avait été sollicité pour... Lui, étant à Paris la semaine, il est allé aux réunions. D'Actions Barbès... Gaïa, etc. Et puis il a toujours eu l'impression qu'il était un horrible conservateur et que c'était même pas la peine qu'il ouvre la bouche parce que c'était un gros con, enfin pour faire simple ! Ça, c'était très violent. » (Riveraine, 2016)

Cette même riveraine se sentant exclue du processus de concertation a cherché d'autres moyens pour participer, comme celui de témoigner dans le cadre de la recherche : « Il y a beaucoup de gens, de citoyens qui se lèvent pour dire : « on ne peut pas vivre dans ces conditions-là », et on n'est pas du tout entendus. La dernière fois quand on s'était vues, vous m'aviez dit que vous n'aviez pas le sentiment d'être entendue ? Ben non, vu la dégradation du quartier, on va pas être entendus du tout ! Quel type d'actions vous avez mené ? Moi, à titre perso, je soutiens mon mari mais je ne mène pas d'actions. Personnellement, je soutiens mon mari. J'ai l'occasion de vous parler, c'est une action. » (Riveraine, 2018)

Les riverains qui se positionnent en défaveur de la SCMR ont fait part de leur sentiment de ne pas avoir été pris en compte dans le processus de décision de la SCMR. Cette expérience ne les empêche pas de participer activement aux instances de discussion sur la SCMR tels que le comité de voisinage de la SCMR au sein duquel le collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord est représenté tout comme Vivre Gare de l'est vivre Gare du Nord et d'autres collectifs qui seront présentés dans la partie 3 de ce chapitre. Une riveraine sans affiliation se positionnant actuellement contre le projet en zone résidentielle est également représentée dans ce comité. Dans ces espaces formels ou plus informels, le point de vue de ces riverains est exposé, et des témoignages d'autres riverains du quartier sont également régulièrement lus, afin de faire remonter la difficulté pour certains riverains de vivre à proximité de la SCMR et la diversité des récriminations relatives à la SCMR. Cet espace du comité de voisinage est un espace de discussion et d'exposition de la situation en matière d'intérieur de la SCMR (fonctionnement de la salle) et d'extérieur (physionomie de l'espace public), mais également de confrontation entre riverains qui peuvent y exposer leur vécu et leurs arguments vis-à-vis de la SCMR. Nous allons voir maintenant les positionnements et arguments des riverains se positionnant en faveur de la SCMR.

3. Les arguments mentionnés par les riverains en faveur de la SCMR

3.1. Les collectifs en faveur de la SCMR, de plus en plus présents dans les instances où se mène le débat public

À l'instar des arguments émis par les acteurs qui se positionnent « en défaveur de la SCMR », les positionnements « en faveur de la SCMR » sont publiquement portés par deux principaux collectifs lors des débats publics, le collectif « Action Barbès » qui a soutenu le projet de la SCMR dès son annonce et par le collectif « Parents SCMR 75, qui était sur un discours plutôt attentiste au début de l'implantation et qui progressivement est devenu un collectif se positionnement clairement « en faveur de la SCMR ». Des riverains favorables à la SCMR mais n'appartenant à aucun des collectifs ont également été interrogés dans la recherche.

Le collectif « Parents SCMR 75 » s'est constitué à partir d'un collectif de parents en lien avec des groupes de parents d'élèves d'écoles du quartier qui souhaitaient être associés au processus de concertation du projet de la SCMR. Progressivement, ce collectif s'est informé au sujet de la SCMR, en se documentant sur les expériences menées à l'étranger, en ayant régulièrement des échanges avec l'association Gaïa, et en participant activement au comité de voisinage et à des réunions avec la mairie du 10^{ème} arrondissement. Les positions de ce collectif se sont progressivement affirmées en faveur de la SCMR et des alliances ont pu se nouer avec le collectif de riverains Action Barbès, mouvement plus ancien et avec le collectif « Stalingrad Quartier Libre », impliqué pour la mise en place de salles d'inhalation pour les usagers de crack à Paris. Un quatrième collectif est également présent dans cette partie, il s'agit du collectif Vivre Gare du Nord Vivre Gare de l'est, pour lequel les opinions concernant la SCMR sont moins tranchés que les autres et qui a pu par certaines positions et à certains moments du débat se positionner en faveur de la SCMR.

Dans cette partie relative aux positionnements favorables à la SCMR, les discours de riverains proches de ces quatre collectifs sont présents. Des discours de riverains sans affiliation sont également très présents dans ce volet, certains ayant été rencontrés lors de comités de quartier ou lors d'enquêtes de terrain dans les rues du quartier de la SCMR. Certains riverains non affiliés à des collectifs ont également souhaité prendre part à la recherche car ils considéraient que seul le point de vue des opposants était visible dans le champ médiatique et qu'ils souhaitaient faire part de leur expérience différente du quartier et de l'impact de la SCMR, comme nous l'avons mentionné en début de chapitre.

Nous présentons ici les principaux arguments mobilisés « en faveur de la SCMR » lors des entretiens réalisés dans le cadre de la recherche entre 2014 et 2021. Les verbatims mettent en évidence la nature des arguments et l'expérience vécue par les riverains rencontrés en entretien et/ou présents lors des comités de voisinage. Il est important de préciser que dans cette partie 3 peuvent figurer quelques verbatims de personnes se positionnant actuellement en faveur de la SCMR, mais ayant vu leur positionnement évoluer en ayant mobilisé des arguments plutôt contre la SCMR auparavant.

3.2. La présence d'usagers dans le quartier identifiée avant l'implantation de la SCMR

Les riverains qui se positionnent en faveur de la SCMR identifient la présence des usagers dans le quartier bien avant l'implantation de la SCMR. Pour ces riverains, la présence de cette scène ouverte est d'ailleurs l'une des raisons qui justifie l'implantation de la SCMR dans leur quartier. Certains riverains se déclarent rassurés par la présence de la SCMR et surtout de l'équipe Gaïa qui en assure la gestion quotidienne, considérant que « *sans travail social, c'est encore pire* ». Ces riverains mentionnent leur crainte d'un possible arrêt de l'expérimentation, invoquant au sujet de la salle « *Je vois pas comment on peut s'en passer* » : « *Donc, quand j'ai entendu parler de la salle dans le 10^{ème}, je me suis dit : ça y est, ils se décident à le faire. Moi, je trouvais ça bien et je me suis dit : c'est bien, on va tester quelque chose, et sortir de ce truc où on les pousse, ils reviennent, on les pousse, ils reviennent. Moi, j'étais favorable à l'idée qu'on expérimente ça dans le 10^{ème}. Quand la salle s'est annoncée pour être à côté, forcément ça faisait réagir parfois un peu épidermiquement. Je me suis dit : faut informer. En tout cas, je trouve que par rapport à la situation qu'on avait là, mettre en place ce dispositif me paraît être une bonne chose. Il fallait au moins de toute façon expérimenter. Après, je sais pas quel sera l'avenir de ces dispositifs mais j'ai du mal à imaginer qu'on revienne en arrière quand même par rapport au quartier. En fait, j'ai l'impression aussi qu'on oublie que Gaïa est présent depuis des années. De toute façon, sans travail social c'est encore pire. Après, c'est ma conviction. Je vois pas comment on peut s'en passer.* » (Riveraine, 2018)

Certains riverains font le constat de scènes ouvertes déjà présentes dans le quartier avant la mise en place de la SCMR dont certaines persistent et peuvent être localisées dans des squares et jardins. Mais pour ces riverains, l'existence de ces scènes ponctuelles et nouvelles n'ont pas de lien avec la présence de la SCMR. Ce riverain met également en avant dans son discours qu'habiter dans le quartier nécessite d'accepter de cohabiter avec ces publics vulnérables : « *Depuis l'ouverture de la salle, vous avez vu une évolution de la population, dans le quartier, des usagers ? C'est difficile à dire. C'est ce que je disais en préliminaire, il me semble qu'ils étaient toujours là. Ils étaient moins concentrés devant la salle parce qu'ils étaient derrière le parapet, mais ils étaient toujours là. Ils sont aussi au square Cavaillé-Coll. D'ailleurs, je suis très surpris que, dans les débats, on parle pas du square Cavaillé-Coll parce que c'est aussi une salle de shoot en plein-air. Une des premières interactions qu'on avait eues en arrivant dans le quartier, j'étais allé au square un midi avec mon fils, lui était sur le toboggan et, dans mon viseur, je leur regardais descendre son toboggan et derrière, je voyais deux types qui cherchaient dans quel doigt se piquer, et il était 14 heures. Soit on veut pas les voir, soit on ouvre les yeux sur le quartier dans lequel on est. Je trouve que de concentrer [ses plaintes] tout sur ce coin de rue, c'est ne pas voir ou ne pas vivre dans le quartier.* » (Riverain, 2017)

La présence des intrusions dans les immeubles, également vécue comme difficile à vivre, est mentionnée comme étant déjà présente avant l'implantation de la SCMR, en reconnaissant par ailleurs qu'il est difficile d'affirmer que toutes ces intrusions sont le fait d'usagers de drogues : « *Mais c'est vrai que les deux hivers précédant l'ouverture de la salle, il y avait des gens qui squattaient dans les halls l'hiver. Et après, géré comme elle peut par la gardienne. C'est vrai que c'est des nuisances et aujourd'hui, je comprends très bien que quand on se retrouve avec ces personnes-là de façon récurrente dans son immeuble, c'est pas appréciable. Cela dit, pour moi, c'étaient pas des drogués. Moi, je les vois pas comme ça. Mais bon après, j'ai peut-être une*

image un peu... Ils avaient tout leur barda, ils s'installaient vraiment. Je les vois pas comme je peux quand même en voir à Saint-Vincent-de-Paul aujourd'hui. » (Riveraine, 2018)

Le collectif Parents SCMR 75 a régulièrement pris la parole pour faire valoir un point de vue différent sur la physionomie du quartier avant et après l'implantation de la SCMR. Cette riveraine dénonce les discours des collectifs qui se positionnent en défaveur de la SCMR présents sur les réseaux sociaux, et qui dénoncent la dégradation du quartier. Cette riveraine réside depuis plus de 10 ans dans le quartier et déclare avoir toujours été confrontée aux problématiques d'usages de drogues, de deal, de précarité. Elle invoque par ailleurs que cette situation permet de pouvoir devenir plus facilement propriétaires dans le 10^{ème} arrondissement : *«Moi, je peux dire que ça fait X ans que c'est comme ça [...] Après, quand je vois autour de la polémique du harcèlement, que je lis des commentaires du genre : « rendez ces parcs aux enfants », les gars, faut arrêter, une fois de plus, comme on en a déjà parlé, on a pu acheter là parce que c'est les quartiers les moins chers de Paris. Barbès, la Goutte d'Or et Gare du Nord, ça n'a jamais été les plus beaux quartiers de Paris. Donc, le côté : c'était tout merveilleux avant et tout d'un coup, c'est devenu tout pourri, non. » (Riveraine, 2017)*

Cette question de la présence des usagers dans le quartier de la SCMR avant son implantation est l'objet d'un développement dans la partie 4 de ce chapitre où les entretiens réalisés auprès des riverains sur ce sujet seront confrontés aux entretiens réalisés avec d'autres parties prenantes, en particulier la police, les professionnels de santé et de réduction des risques et les usagers de drogues.

3.3. Pas d'augmentation de la présence des usagers suite à l'implantation de la SCMR – un sentiment global de sécurité

« On n'a jamais cru au fantasme des usagers qui traversaient tout Paris pour venir se shooter à cet endroit et pas à un autre. Ça, on n'y a jamais cru. » (Riveraine, 2017).

La présence de la police dans le quartier est décrite par certains riverains se positionnant en faveur de la SCMR comme plus importante ou comme suffisante en comparaison avec les riverains qui se positionnent en défaveur de la SCMR. La poursuite du travail de la police dans le quartier en s'adaptant au périmètre de tolérance est perçue comme adaptée et ne donne pas lieu au qualificatif de « zone de non droit » : *« Le trafic a évolué depuis l'ouverture de la salle ? Je me rends pas compte. Je vois plus de policiers, je vois plus d'interpellations. Je sais pas au niveau du trafic ce que ça a changé, mais je vois plus d'interpellations, plus de fouilles depuis l'ouverture de la salle qu'avant. Je sais pas s'il y a une diminution ou une augmentation du trafic, mais plus de présence policière. L'évolution de la présence policière, vous la datez à quelle période ? Un petit peu avant l'ouverture de la salle, je dirais fin de l'été. Et elle se poursuit ? Je crois, oui. Depuis que la salle a ouvert en octobre, est-ce que vous avez vu une évolution concernant la présence des usagers dans l'espace public ? Pour moi, c'est les mêmes. Il y en a ni plus ni moins. C'est assez constant. On les revoit peut-être un peu plus devant la salle et un peu moins à l'autre bout, du côté des sanisettes. Mais j'ai pas vu apparaître en tout cas de nouvelles têtes. En habitant dans le quartier, on finit par les connaître, pas par leur nom mais par leur*

visage. En tout cas, j'ai pas vu apparaître de nouvelles têtes. Il y a pas de gros changements. » (Riveraine, 2017)

Concernant les seringues, ce commerçant exerçant dans le quartier de la SCMR mentionne avoir déjà vu des seringues dans sa poubelle avant l'implantation de la SCMR, mais plus depuis quelques mois après l'implantation de la SCMR existe dans le quartier : *« Non, ce que je veux dire, c'est que j'en ai déjà vu. C'est très rare mais j'ai déjà vu des seringues dans la poubelle. Mais depuis l'ouverture de la salle de shoot, non. »* (Commerçant 2017)

Dans cet entretien, un autre riverain indique avoir constaté une diminution des seringues : *« Nous reconnaissons que la salle de consommation à moindre risque a supprimé effectivement un nombre considérable de seringues par terre et garanti effectivement une certaine hygiène de vie. Ça, c'est indéniable. »* (Riverain, 2018)

Cette riveraine interrogée en 2017 et 2020 dans une rue jouxtant la SCMR confirme ces constats lors du premier entretien : *« Au moment de l'ouverture, vraiment je trouve qu'il y a beaucoup moins de seringues par terre, clairement »* et lors du deuxième entretien : *« Moi, ce que je constate en tous les cas, c'est qu'il y a vraiment moins de seringues par terre. Ça, c'est évident. Je ne vois plus de seringues. »* (Riveraine, 2020)

Cette autre riveraine du collectif Parents SCMR 75 fait également le constat d'une baisse, observée par elle-même et entendue lors des discussions avec d'autres habitants du quartier : *« Depuis que la salle ouverte, sur la présence de seringues... Moi, quand j'en parle autour de moi, j'ai des échos plutôt positifs. On me dit qu'on ne trouve plus de seringues. Après, moi j'en voyais pas tellement et j'en ai pas revu. Je trouve plus de boîtes. Je trouve plus de boîtes à l'heure actuelle dans mes poubelles. Et sur la présence d'usagers en train de s'injecter ? J'en ai pas revu pour le coup depuis l'ouverture de la salle. »* (Riveraine, 2017)

La dégradation ou l'amélioration de la situation dans le quartier SCMR concernant la présence des usagers ou de seringues abandonnées fait l'objet de constats très diversifiés entre riverains, même quand ceux-ci résident dans les mêmes rues. Chaque expérience doit être prise en considération dans l'analyse qui est réalisée de la situation. Si les riverains favorables à la SCMR font état d'une baisse des seringues ou des injections dans l'espace public, même s'ils reconnaissent également que ces pratiques persistent, mais dans une moindre mesure. Leur baisse est confirmée par les données de l'enquête épidémiologique COSINUS, par notre analyse écologique et par les entretiens auprès des agents de la propreté qui vont dans le même sens. La confrontation des sources de données conclue très majoritairement à une baisse des injections dans l'espace public, mais aucune des sources n'identifie une disparition de ces pratiques. Les photos prises par le collectif de riverains Gare du Nord Lariboisière confirment également la persistance de ces pratiques. Mais une différence d'interprétation entre les sources disponibles et ce collectif existe quant à l'existence d'une baisse.

Comme nous le montrerons dans la partie 4 de ce chapitre, les moyens de la police et des acteurs de réduction des risques sont limités sur la possibilité de faire disparaître totalement ces phénomènes. L'association Gaïa a augmenté le rythme de ces maraudes afin d'agir sur ces deux phénomènes. Des pistes d'amélioration supplémentaires sont à trouver : elles passent par la sensibilisation des usagers que nous évoquerons dans la partie 4, le renforcement de

maraudes incluant une diversité de professionnels dont des psychiatres, et surtout un meilleur accès à l'hébergement pour les usagers les plus précaires, l'injection dans l'espace public étant un lieu non hygiénique et contraignant pour les usagers.

3.4. Être gêné par d'autres publics dans le quartier, sans lien avec la SCMR

Lors des entretiens, les riverains ont fréquemment mentionné qu'ils étaient plus gênés par des publics autres que les usagers de drogues, indépendamment de leur positionnement en faveur ou en défaveur de la SCMR. Les vendeurs à la sauvette font partie des publics qui sont souvent revenus comme un facteur troublant la tranquillité publique dans le quartier : *« Je vois des gens qui traînent et qui ont pas un aspect des plus standards, qui sont tout autour. Dire qu'on soit embêté, moi, mes enfants et mon mari, de façon concrète et factuelle, non, c'est pas ça. On est moins embêtés par eux que par des vendeurs à la sauvette dans le quartier. »* (Riveraine, 2020)

Le quartier est décrit par certains comme n'ayant pas subi de dégradation et comme étant, par ailleurs, comme sujet à d'autres problématiques difficiles telles que *« le marché à la sauvette »* du « quartier Barbès », sans qu'un lien ne soit établi avec la SCMR : *« Vous avez remarqué un changement dans la physionomie du quartier ? Est-ce qu'il y a des choses qui ont évolué ? Je trouve que c'est pas net en termes d'évolution. En tout cas, il y a pas de grosse dégradation. Il y a quand même toujours le public qui vient à la salle et qu'on voit pas mal dans le quartier, mais j'ai pas l'impression que le quartier soit sens dessus dessous depuis que la salle a ouvert. Après, je trouve que le quartier est assez dur mais il y a pas que la salle dans le quartier. Il y a le trafic à Barbès, il y a le marché à la sauvette qui arrive d'ailleurs jusqu'à la rue maintenant où il y a la salle. Il y a des scènes de violence. Au printemps on a eu une bagarre très violente sous la fenêtre mais ça n'avait rien à voir avec ni la salle, ni les trafics de Barbès, ni le marché à la sauvette. »* (Riveraine, 2017)

Cette présence d'une diversité de publics autres que les usagers de drogues qui peuvent être à l'origine de troubles en matière de tranquillité publique est présente tant dans le discours des riverains favorables à la SCMR que ceux qui y sont défavorables. La différence entre les deux groupes réside principalement dans l'imputation de ces troubles à la présence de la SCMR.

3.5. La perception d'une amélioration de la situation du quartier après implantation

Pour certains riverains, la salle est *« un non sujet »* car *« les toxicomanes sont dans le quartier »* indépendamment de la SCMR. Cette riveraine déclare ne pas avoir assisté à une augmentation ni de leur présence ni des activités de deal, elle *« n'a pas envie qu'elle (la SCMR) ferme »* : *« Et au niveau du bilan que vous feriez de la salle, de ce que vous en voyez ? J'ai peu d'infos pour le coup. Le bilan par rapport à votre vécu. Par rapport à moi, je vous dis, c'est un non-sujet. J'ai pas envie qu'elle ferme. Non, je suis pas du tout opposée à sa présence dans le quartier. Typiquement X, qui est née dans le quartier, en tout cas qui y a toujours vécu, m'a racontée et je la crois volontiers. Aussi loin que lui revient sa mémoire, les toxicomanes sont dans le quartier. De fait, c'est une amélioration qu'il y ait un lieu qui puisse les accueillir. J'ai pas l'impression qu'il*

y ait plus de toxicomanes qu'avant. J'ai pas l'impression qu'il y ait plus de deal qu'avant. » (Riveraine, 2020)

Cette riveraine a perçu la présence du trafic des drogues dans le quartier dès son arrivée dans le quartier, une dizaine d'années avant l'implantation de la SCMR. Elle fait le constat d'une amélioration de la situation en termes de tranquillité publique en comparant à la situation antérieure dans sa rue (rue Guy Patin) dans laquelle un bus d'échange de seringues était stationné avant l'implantation de la SCMR et qui donnait lieu à des attroupements plus importants que devant la SCMR, selon elle : *« Vous arrivez à faire la différence entre les usagers des trafiquants ? Est-ce qu'il y a une visibilité du trafic dans le quartier ? Oui, il y a une visibilité du trafic. Ça, ça m'a vraiment frappée quand je suis arrivée dans le quartier. Pourtant, j'étais venue pas mal dans les périodes qui ont précédé notre arrivée ici. J'avais peut-être vu vaguement une ou deux fois mais sans que ça me frappe. J'ai eu l'impression que la semaine où on est arrivés mais d'en voir, entre ici et la Gare du Nord, plusieurs des fois en chaîne sur cinq minutes. Enfin, je pense que c'était particulier, c'était fin août, tout le monde rentrait de vacances et avait besoin de s'approvisionner et qu'il y a un peu des périodes comme ça où il y a un petit peu plus de trafic. Là, j'ai l'impression qu'au niveau du trafic ça me paraît pas avoir explosé. Depuis que la salle a été mise en place ? Oui. Et au niveau des attroupements, c'est un peu ce que je disais hier soir, depuis que la salle a ouvert, il y a moins de rassemblements de personnes que je pense être des usagers dans la rue. Comme il y avait le camion, mine de rien, ils étaient tous à côté du camion. Du coup, ça faisait vraiment des rassemblements qui se voyaient de la rue. Depuis qu'il y a la salle, un petit peu de monde attend à l'ouverture, un petit peu de monde à la fermeture, mais sinon les gens rentrent dans la salle. C'est moins des rassemblements qui sont visibles pour les gens qui sont pas très attentifs au sujet. Est-ce que votre opinion sur la salle a évolué au cours du temps ? Oui Et comment ? Positivement en s'informant, tout simplement. » (Riveraine, 2017)*

Quelques mois après l'implantation de la SCMR, la situation semble s'être améliorée pour ce riverain qui attribue cette amélioration à un travail plus important de la part des structures de réduction des risques : *« Ça fait que 18 mois que vous êtes dans le quartier, mais est-ce que vous avez l'impression que la situation a évolué par rapport à ces questions d'usage de drogues et de revente ? On a l'impression que ces derniers mois, c'est un peu plus calme. On s'est dit qu'il y a peut-être un travail qui est plus fort. Le fait qu'il y ait la salle ça a peut-être dynamisé les équipes qui gèrent cette problématique-là pour éviter que ça déborde trop sur les riverains. C'est possible. » (Riverain, 2016)*

Cette autre riveraine fait le constat d'une stabilisation de la situation voire d'une légère amélioration : *« Depuis l'ouverture de la salle, par rapport aux dealers, il y a des choses qui ont changé ? Je trouve que ça change pas grand-chose. Peut-être des gens qui font un peu plus gaffe qu'avant. Mais je sais pas à quel point mon regard est tronqué. J'ai quand même l'impression que ça va un petit peu mieux. Je vois moins de boîtes. Il y a eu un temps, juste avant l'ouverture de la salle, où je voyais des boîtes qui traînaient de partout, où j'en retrouvais dans la poubelle. » (Riveraine, 2017)*

Pour d'autres riverains, l'amélioration de la situation est une certitude, cette riveraine attendait l'implantation de la SCMR afin de transformer la physionomie du quartier, elle considère

désormais que l'impact est « définitivement positif. Ça, c'est acté. La salle, c'est une nécessité. La salle ça fonctionne. La salle, elle est utile»: «De la SCMR à Paris, j'ai pas mal suivi dans les médias quand même, en espérant que ça se fasse parce que c'est vrai que ça a été lourd, et en se disant : oui, ça va se faire, ça va se faire. C'est un peu comme la légalisation du cannabis. Pour moi, c'est des trucs où il faut y aller, faut avoir le courage de le faire. Quand Féraud s'est présenté avec ça, on s'est dit, familialement on s'est dit : c'est super, ça va vraiment arriver chez nous. Est-ce que les discussions qui ont lieu dans le collectif ont évolué, entre la création et aujourd'hui ? En fait, tout a été conforté. On avait un a priori positif et qui s'est complètement transformé en définitivement positif. Ça, c'est acté. La salle, c'est une nécessité. La salle ça fonctionne. La salle, elle est utile.» (Riveraine, 2018)

Toutefois, si pour ces riverains, le secteur géographique de la SCMR s'est amélioré depuis son implantation, une présence des usagers dans d'autres espaces comme ceux des parcs et jardins peut être observée entraînant une dégradation du quartier, et expliquée comme étant le fait d'usagers ne se rendant pas à la salle : « Ah non, j'ai pas envie qu'elle ferme. Non, je suis pas du tout opposée à sa présence dans le quartier (...) Là où on n'est pas très à l'aise, c'est au Square de Montholon. Pour le coup, je sors du quartier. Non, c'est pas Montholon, c'est le square de l'église Saint-Vincent-de-Paul qui est à proximité de l'école. J'y pense, mais je crois que je mélange un peu plein de choses, mais il me semble que c'est la responsable de la salle à l'époque où elle nous avait reçus, qui nous avait raconté qu'il y avait des communautés de toxicomanes des pays de l'est et russes, en tout cas russophones, qu'ils avaient du mal à faire venir à la salle et qui restaient là-bas. Clairement, c'est pas un parc où on est super à l'aise que les enfants aillent y traîner. Il est en travaux en plus. Moi, c'est un parc que je croise beaucoup de matins pour aller travailler. Ça fait partie des endroits où ça s'est pas amélioré. J'ai pas l'impression que ça s'est amélioré. Je sais pas si ça s'est dégradé, en tout cas ça s'est pas amélioré. » (Riveraine, 2020)

3.6. Pas d'agressivité de la part des usagers : des représentations à la réalité vécue

Avant l'implantation de la SCMR, des craintes pouvaient être présentes au sujet de l'afflux d'usagers et de la possibilité d'agressions, chez les opposants à la SCMR, mais également chez les personnes qui étaient attentistes ou qui défendaient le projet de la SCMR. Pour la majorité des riverains appartenant à ces deux dernières catégories, ces craintes semblent retombées suite à l'implantation de la SCMR.

« Au final non, toutes ces appréhensions que moi par exemple j'avais, je les ai plus. Même vis-à-vis des drogues, je les ai pas parce que, en fait, ils embêtent personne. Ils sont là, quoi. » (Commerçant, 2017)

« [Au sujet de l'agressivité des usagers ?] Oui, mais ça, ça va. C'était une de mes craintes aussi. Quand j'avais visité la salle avec les éducateurs, ils disaient : « une fois qu'ils ont eu leur dose, ils sont moins agressifs et le fait qu'ils puissent l'avoir là, ça va ». Donc ça, ça va [...] Mais là, sur les usagers actuels, en vrai ça. C'est juste que parfois ils sont pas très conscients, il faut un peu se pousser parce qu'ils sont à trois à parler, en train de parlementer. J'ai déjà vu une fois ou deux un mec un peu bizarre, je me suis un peu éloignée et ça a été. J'ai jamais eu à prendre mes jambes à mon cou. De ce côté-là, ça va. Mais clairement j'inviterai personne [parmi ces usagers] à prendre l'apéro chez moi, des gens qui traînent en bas de chez moi ! » (Riveraine, 2020)

« Encore une fois, ils me dérangent pas du tout parce que je peux passer au milieu. Au contraire, si je passe avec la poussette, ils vont même faire des réflexions plutôt sympas comme n'importe quel passant. Mais c'est juste qu'ils sont vraiment... Ça sent pas bon, c'est crade quoi. C'est vraiment crade. C'est plus ça. Après les gens en eux-mêmes ne sont pas du tout agressifs. » (Riveraine, 2020)

Cette riveraine n'est pas gênée par la présence des usagers de drogues le quartier SCMR. Elle note, en revanche, une augmentation importante des tensions entre riverains qui a été mis en avant à plusieurs reprises par le collectif Parents SCMR 75 lors de comités de voisinage et qui a donné lieu à la lecture d'un courrier dénonçant cette dégradation des « échanges entre voisins ». Ainsi cette riveraine fait référence à ce courrier dans son entretien et mentionne la dégradation des relations dans le quartier, sans impliquer directement les usagers de drogues comme étant impliqués dans ces agressions, mais comme en étant l'objet : « On a mis en avant ce qu'on a mis dans le courrier, ce qu'on a lu au comité, c'est qu'on ressentait un changement, une métamorphose dans notre vie quotidienne, dans les échanges avec nos voisins, pas avec les usagers mais avec nos voisins et que, ça, c'était insupportable à vivre. Et qu'on avait le sentiment d'une haine qui s'installait. Ça, je pense qu'ils ont été sensibles à la chose. L'idée de l'ouverture de la salle, elle est concomitante à cette situation-là, à cet état de fait pour nous que ça fait monter en pression, que ça met des tensions humaines qui sont indignes. Ça devient indigne. On en est à la délation, on en est à se regarder en chien de faïence. C'est pas normal. Il y a quelque chose de pourri. » (Riveraine, 2018)

3.7. Se sentir rassuré que les usagers soient pris en charge. L'établissement de liens de confiance avec l'association Gaïa et l'implantation du projet au sein de l'hôpital

La présence de la SCMR et sa gestion par l'association Gaïa peut rassurer certains riverains pour lesquels la SCMR est un lieu d'accueil qui réduit le temps d'errance dans la rue, ce qui contribue au sentiment de sécurité, mais également à un « confort moral » de savoir ces publics pris en charge et non pas abandonnés dans l'espace public : « Depuis ces trois ans [depuis le 1er entretien], vous diriez que la salle a amélioré votre quotidien, qu'elle l'a détérioré ou que c'est stable ? Je pense que j'avais dit qu'elle avait amélioré mon quotidien à l'époque, dans le sens où j'avais ce sentiment qu'il y avait un endroit où les toxicomanes étaient accueillis, sachant qu'ils étaient là avant, encore une fois. Il y avait un endroit où ils étaient accueillis, donc il y avait potentiellement moins d'opportunités qu'ils se shootent dans la rue, dans l'espace public. De ce point de vue-là, c'était assez réconfortant. J'ai pas changé d'opinion. En tout cas, il y a pas eu de dégradation de la situation. J'ai pas l'impression qu'il y ait plus de deal qu'avant. Franchement, c'est un peu un non-sujet pour moi [...] Je pars le matin à 8 heures et quart, 8 heures et demie, entre 8 heures et demie et 9 heures moins le quart on va dire. Et je rentre tard, je rentre vers 19h30. Alors je crois des toxicomanes. J'en croise le matin et il m'arrive d'en croiser le soir. Mais pour moi, il y a rien qui a changé entre avant et après. Encore une fois, sauf ce confort moral, de me dire : il y a un endroit où ils sont accueillis. » (Riveraine, 2020)

Cette riveraine qui a visité la SCMR fait l'hypothèse que l'existence d'une SCMR est d'abord une opportunité pour les usagers de s'injecter dans un contexte hygiénique et peut aller jusqu'à une inflexion de trajectoire incluant « le sevrage » et une « première étape possible vers la guérison » : « *Peut-être, naïvement, je pense que... Enfin je sais pas, je suis pas usagère, je me dis que fréquenter la salle, c'est malgré tout chercher à faire les choses plus proprement, donc une ré-acceptation de son corps, peut-être une ré-acceptation aussi de sa maladie. Si on se place sur le point de vue que la toxicomanie est une maladie, c'est une première étape possible vers la guérison par rapport à quelque chose qui ne va plus se faire caché ou en communauté, dans des squats, comme on peut avoir l'imaginaire du junkie qui va se piquer dans un squat. Je me dis que c'est un premier pas vers la guérison et que, déjà, franchir la porte de la salle, c'est pas anodin comme démarche, de s'enregistrer dans sa consommation. On nous a bien expliqués qu'il fallait avant montrer le produit et pas être sur une dose trop forte. Pour moi, c'est un premier pas vers une possible guérison, entre guillemets, et un sevrage éventuel.* » (Riveraine, 2017)

Elle déclare dans le même entretien être rassurée sur les aspects sécurisation du quartier grâce à la présence des professionnels de la SCMR qui sont perçus ici comme « *pouvant gérer le quartier* ». Elle mentionne également dans son entretien la différence d'attitude entre les partisans de la SCMR et les opposants qui dans les situations de tensions vont plutôt choisir de filmer les usagers afin « *d'apporter des preuves aux journalistes* » au lieu de contacter les équipes de la SCMR qui pourraient apaiser la situation. Elle se dit de son côté rassurée par la présence des équipes de la SCMR et par le dialogue instauré avec Gaïa tout en reconnaissant que la vie dans le quartier n'est pas toujours simple : « *Il y avait une altercation entre un mec que je connaissais pas d'ailleurs, qui était bien, bien allumé, et un vigile, même si on doit pas les appeler vigile, qui le... On doit les appeler comment ? Je sais pas, mais c'est X. qui m'a dit : « c'est pas vigile ». Moi, c'est du vigile. Agent de sécurité ? Voilà. Mon mari a rien dit, mais je pense qu'il a pensé très fort : super. On revenait d'Y et puis on était avec le petit une fois de plus. Moi je me suis dit : comme quoi la salle, heureusement qu'elle est là parce que, au moins, il y a quelqu'un pour gérer ça. Là-dessus, je suis tombée sur un voisin, que j'aime bien en plus, avec qui j'avais jamais parlé de ça, qui était en train de filmer en disant : « ah, je filme parce que, moi, les journalistes, ils m'ont laissé leur adresse, après ils diront qu'il y a pas de problèmes avec la salle ». Sur le même événement, moi j'étais plutôt en position : heureusement qu'elle y est cette salle parce qu'il y a encore un camé qui fait n'importe quoi mais là, au moins, il y a quelqu'un pour le contenir. Et il y avait le discours inverse. C'est pas simple, c'est pas simple comme débat. Et puis surtout, pour moi, les toxicomanes étaient là. Donc, c'est plutôt pas mal qu'ils soient sous contrôle. Je suis assez rassurée du contrôle. J'espère que ça va, dans ce sens-là, un peu alléger le côté pesant d'habiter une rue envahie par la toxicomanie, parce que c'est pas sympa, c'est pas du tout agréable. Et puis en profiter, entre guillemets, pour monter des actions sur l'éducation – je trouve plus les mots – une pédagogie anti-drogue... La prévention ? Prévention, merci ! Pouvoir en profiter pour monter des actions de prévention avec les acteurs aussi du milieu. Se servir de ce biais qui nous tombe sur la tronche, d'une salle qui s'ouvre en face de chez nous, ce qui est pas très sympa, pour arranger les choses, avoir plus de dialogue, de communication et essayer que ce soit un peu plus vivable pour les riverains, que les enfants soient un peu moins impactés, que les petits puissent aller jouer au parc sans forcément trouver des seringues. » (Riveraine, 2017)*

Pour certains riverains, soutenir le projet de la SCMR est un acte politique qui s'inscrit dans des convictions citoyennes, dans la lignée d'avoir choisi d'habiter dans ce quartier : « *On est plutôt à soutenir un projet parce que le problème est là. Il est là, on vit dans le quartier, on voit le problème, il est là. Donc, essayons de trouver... Ça sert à rien de le déplacer, de toute façon si on le déplace, il y en aura d'autres qui seront contre. Donc autant le traiter là et soutenons ce projet, essayons de voir aussi dans quelle mesure on peut participer, on peut aider à l'amélioration du dispositif [...] Donc, on peut aussi parler plus franchement avec Gaïa, c'est-à-dire qu'on peut leur dire : « on a l'impression qu'il y a plus de monde, vous gérez pas trop ». Notamment quand il y avait eu les fameuses jardinières qui avaient été déposées, un peu inopinément. Ils se sont pas non plus cachés derrière leur petit doigt, en disant : « non, ça va bien, tout va bien ». Ils le disent et on parle des problèmes, y compris quand on leur a dit : « qu'est-ce que c'est que cette histoire de baston ? comment ça s'est passé ? », quel est leur vécu à eux de cette chose-là. » (Riverain, 2017)*

Visiter la SCMR peut informer certains riverains sur le fait que le travail de la SCMR va au-delà de la possibilité de s'injecter dans des conditions hygiéniques, d'accéder à la dimension sociale du projet et permet de constater concrètement les résultats du travail de Gaïa sur la situation des usagers : « *Parmi les réactions négatives que ça avait suscité et moi aussi, c'était un point que je reprochais à ce que j'avais entendu au début, j'avais l'impression que c'était juste un lieu de consommation. Quand on visite le lieu et quand on connaît l'équipe de Gaïa, on voit bien que le bureau de l'assistant-social, c'est un lieu hyper important. Je trouve que ce point n'avait pas été mis suffisamment en avant au démarrage du projet. Après peut-être que des choses se sont construites en même temps que ça a été discuté. Quand on voit sur les premiers retours, le nombre de personnes qui passent chez l'assistant-social, les accompagnements qui sont faits et le démarrage de traitements de sevrage, c'est quand même positif, je trouve. Juste sur les chiffres, de mémoire c'était une personne sur deux qui était concernée par l'hépatite C dans les zones où il y avait pas de lieu de consommation. Et dans les pays où il y avait des lieux d'injection supervisée, on descendait peut-être à 15 % de prévalence de l'hépatite C. C'est à peu près ça ? » (Riveraine, 2017)*

La visite de la SCMR a permis à des riverains d'avoir une autre vision de la SCMR et d'envisager le projet différemment, comme un projet qui va de l'espace hygiénique pour consommer à la réinsertion : « *Quand vous avez visité la salle, est-ce que ça correspondait à l'image que vous en aviez ? J'avais peut-être un regard un petit peu faussé parce que j'avais essayé de pas mal me documenter. Donc, j'avais vu des photos de salles. J'étais plus étonnée, en assez positif, sur le sas de décompression, l'espace bibliothèque, le labo fabrique. Ça, on communique peu sur le fait qu'il y ait cet espace de réinsertion par la création. J'ai trouvé ça intéressant. J'ai trouvé qu'il y avait peu de communication sur... Et l'aspect, bien sûr, des assistants sociaux. On a beaucoup parlé de la salle de consommation comme de la salle de shoot, donc lieu où on se shoote. On a moins parlé de tout le travail social et médical qu'il y avait autour. Ça, je trouvais ça intéressant de voir ça et de pouvoir échanger là-dessus également avec les acteurs de la salle. » (Riveraine, 2017)*

Ce riverain insiste sur le travail d'information nécessaire à faire auprès des riverains pour qu'ils prennent conscience du travail concret des professionnels de la SCMR grâce à la mise en place d'échanges entre riverains et professionnels de santé et de réduction des risques : « *C'est là que quand on a essayé de comprendre ce qui se passe et quand on a appris la création de cette*

salle de shoot la 1ère chose que nous avons faite c'est d'inviter Gaïa à nous expliquer un peu ce que c'était et nous avons eu un entretien qui a duré très longtemps avec Gaïa qui nous a expliqué tous les problèmes de la drogue, d'où viennent-ils, qui sont-ils, que consomment-ils et pourquoi et ça nous a éclairé et nous sommes devenus une association assez pragmatique en disant le problème est là ne nous le cachons pas, au contraire essayons d'être le plus aidant possible non seulement avec les riverains et d'être informatif avec eux et surtout leur dire la vérité, il y a un problème il faut savoir le régler et la 1ère définition de Gaïa sur ce qu'elle envisageait de faire pour la salle de consommation à moindre risque était une solution qui nous allait tout à fait puisqu'elle mettait en avant la possibilité d'intégrer cette de shoot dans l'arrière de Lariboisière, ce sont des bâtiments de service le long de bd de la Chapelle parce que ça répondait à leur cahier des charges, un minimum de 250m², des murs donc protégé de l'extérieur mais aussi de l'intérieur pour qu'ils se sentent chez eux mais surtout il fallait intégrer les 4 vecteurs qui nous intéressent l'accueil naturellement, le soins quand il est nécessaire mais surtout l'écoute et ensuite la préparation vers un sevrage mais qui là dure beaucoup plus longtemps, encore faut-il avoir des établissements appropriés, tout ça nous paraissait sain et logique donc le pragmatisme est de dire attention ne faisons pas n'importe quoi, c'est un problème suffisamment grave, c'est un problème de société [...]Les adhérents de notre association sont plutôt pour, parce qu'ils estiment qu'il y a une organisation et que c'est déjà mieux que ce que c'était avant. » (Riverain, 2014)

La disponibilité de l'association Gaïa pour répondre aux difficultés rencontrées dans le quartier est très appréciée par certains riverains qui déclarent les appeler en cas de problème alors qu'avant l'implantation de la SCMR, ces riverains pouvaient se sentir en difficulté face à des scènes de consommation, sans interlocuteur à contacter : « Un autre point qui est assez rassurant dans le quartier, enfin qui l'a été dans les jours autour de l'ouverture, un peu avant, un peu dans les premiers jours où on se demandait comment ça allait se passer, c'est d'avoir le numéro de l'association Gaïa qu'on sait qu'on peut appeler pendant les horaires d'ouverture. Il y a même un numéro qu'on peut appeler sur des plages horaires un peu plus larges. Si on voit par exemple une scène de consommation, qu'on se sent pas d'y aller, on peut appeler l'association, ils envoient quelqu'un pour venir prendre en charge la personne, pour accompagner la personne jusqu'à la salle. Ça, c'est une vraiment une avancée parce que, avant, on avait le camion seulement quelques heures alors que, là, la présence est plus large dans le temps. Du coup, la présence de l'association est là et c'est plutôt positif aussi. » (Riveraine, 2017)

L'implantation de la SCMR au sein de Lariboisière est perçue comme rassurante pour la prévention des overdoses et comme étant en cohérence avec la prise en charge de la « toxicomanie » considérée comme une « maladie » par cette riveraine : « Je voulais savoir ce que vous pensiez du fait que la salle soit implantée juste à côté de l'hôpital ? Je pense que c'est une question de locaux, que c'est pas plus mal en termes de santé publique parce que, effectivement, on se dit que s'il y a une overdose ou quelque chose de fort, c'est plutôt intéressant que ce soit proche d'un centre de réanimation. Ça aurait peut-être eu plus de sens en termes de traitement mais moins en termes de géographie que ce soit rattaché à Fernand Widal ? c'est ça. Sachant que je vois la toxicomanie comme une maladie. Pour avoir visité la salle, il y a vraiment des remparts, enfin c'est peut-être le mot rempart, mais des protections qui sont mises pour qu'on puisse pas voir. Donc, je sais pas si ça joue vraiment. Et puis surtout, pour moi, les toxicomanes étaient là. Donc, c'est plutôt pas mal qu'ils soient sous contrôle. Je suis assez rassurée du contrôle. » (Riveraine, 2017)

À force de rencontres avec l'association Gaïa, cette riveraine s'est sentie « écoutée » et pouvant les contacter, en cas de difficulté, ce qui lui permet d'être rassurée dans son quartier où l'usage de drogues « pèse » dans son quotidien : « *Maintenant, je suis, je pense, connue par les gens qui travaillent avec les toxicomanes comme étant quelqu'un de pas bête et méchant. Je pense que si, un jour, j'ai un souci, que les appelle en disant : « il y a telle personne qui est en train de... », je vais être entendue. Pour moi, c'est plus une sécurité. Ça apporte ça. C'est là-dessus où j'espère voir le changement. Selon vous, qu'est-ce que ça va apporter aux riverains ? Moi, je pense que ça va pas changer grand-chose en termes de fréquentation parce que la fréquentation, j'ai l'impression qu'elle est à peu près constante depuis plus une dizaine d'années. J'espère et j'ai plutôt l'impression jusqu'à présent que ça va nous permettre d'être un peu plus entendus, un peu plus écoutés de la part des autorités. D'avoir un échange avec les travailleurs sociaux qu'on n'avait pas forcément avec le camion. Franchir la porte du camion quand on travaille pas, quand on n'est pas usager, ça me paraît beaucoup plus intrusif que d'aller sonner ou d'aller taper à la porte de la salle. J'espère que ça va, dans ce sens-là, un peu alléger le côté pesant d'habiter une rue envahie par la toxicomanie, parce que c'est pas sympa, c'est pas du tout agréable. Et puis en profiter, entre guillemets, pour monter des actions sur l'éducation – je trouve plus les mots – une pédagogie anti-drogue... » (Riveraine, 2017)*

Certains riverains font part de leur admiration vis-à-vis des professionnels de la SCMR : « *Ils sont extrêmement généreux. C'est la générosité que je trouve fabuleuse dans cette équipe, c'est ce qui se ressent. J'ai discuté pas mal l'autre jour, avec X et elle est fatiguée. Ils sont tous d'ailleurs épuisés. Elle est fatiguée mais elle y va, elle est là parce qu'elle sait que, même s'il y en a que deux ou trois qui vont sortir de ça, elle est là, elle est là pour eux. Moi, je dis chapeau, je trouve ça fabuleux. Avec pas grand-chose, elle arrive à les sortir de leur enfermement. C'est des gens qui sont pas en prison mais ils sont enfermés. Elle a une patience et je trouve ça extraordinaire. Donc, c'est bien de pouvoir côtoyer des gens comme ça.* » (Riveraine, 2018)

Les riverains favorables à la SCMR ont pour une partie d'entre eux des échanges réguliers avec l'association Gaïa, ce qui a amélioré leur connaissance des enjeux de la réduction des risques et les a confrontés au travail quotidien de l'association. Des journées portes ouvertes ont été organisées régulièrement par l'association afin de permettre aux riverains de visiter la SCMR et des visites sont toujours possibles actuellement. Le collectif Parents SCMR 75 et Action Barbès ont mis en place des rencontres régulières afin d'échanger sur les questions de gestion de l'espace public, au-delà du comité de voisinage et de pouvoir faire remonter d'éventuelles difficultés rencontrées. Les contacts avec les riverains en défaveur de la SCMR sont moins nombreux, mais ils existent également de manière ponctuelle, l'association accueillant l'ensemble des riverains, quelle que soit leur opinion.

3.8. S'informer et échanger avec les partenaires dont la mairie, se sentir partie prenante du projet

Les riverains favorables à la SCMR ont également des réunions régulières avec la mairie par le biais des collectifs auxquels ils participent, ce qui est également le cas des riverains défavorables à la SCMR. Pour ces premiers, ces échanges contribuent pour une partie d'entre eux à être rassurés en étant informés et à se sentir partie prenante du projet de la SCMR.

Cette riveraine met en lien le fait que son opinion sur la SCMR ait évolué dans le sens d'une meilleure acceptabilité du projet avec les échanges d'information sur la SCMR dont elle estime avoir bénéficié lors des réunions avec la mairie du 10^{ème} arrondissement : « Est-ce que votre opinion sur la salle a évolué au cours du temps ? Oui Et comment ? Positivement en s'informant, tout simplement. Déjà, la réunion qu'on avait eue ensemble. À la mairie ? À la mairie. Mais avant de vous voir, il y avait eu une première réunion à la mairie où on avait fait toute une liste de questions, préoccupations qu'on pouvait avoir autour de l'ouverture de la salle, où il y avait eu pas mal d'échanges avec la mairie. Et tout simplement parce que, depuis qu'il y a eu l'ouverture, c'est pas devenu un ghetto ou un no man's land. J'ai presque l'impression que ça a plutôt amélioré. » (Riveraine, 2017)

« Moi, peut-être parce que je suis plus dedans, je suis un petit peu plus optimiste que mon mari qui, lui, est peut-être plus sceptique. Le changement que moi j'espérais et que lui attend en contrepartie, et pour le coup je trouve qu'il y ait, c'est plus dans l'échange qu'on peut avoir, que ce soit avec les autorités ou avec les acteurs du projet, pas forcément qu'avec les acteurs du projet mais les acteurs autour. Maintenant, c'est autour de la salle, mais avant c'était pas autour de la salle, c'était autour du public toxicomane. » (Riveraine, 2017)

Ces relations qui ont été établies avec la mairie n'empêchent pas les collectifs d'avoir un point de vue critique vis-à-vis de certaines actions de la mairie, en particulier concernant les réunions d'informations, mises en place avant l'implantation de la SCMR en 2014 : *« Ce qui est sûr c'est que la réunion de la mairie de Paris était une catastrophe, comme toujours font les socialistes à Paris ils décident d'un projet et ils disent on fait une réunion de concertation qui n'en est pas une mais une réunion d'approbation du truc et c'est pour ça que ça s'est mal passé donc il faut sortir du politicien parce que la décision est politique. »* (Riverain, 2014).

« Pour nous, et je parle bien au niveau de l'association parce qu'on l'a écrit aussi et on avait demandé au maire, on a considéré qu'il y avait pas assez d'information, en tous les cas qu'il n'y avait pas assez de pédagogie. Les réunions publiques, c'était pas le lieu où on pouvait faire ça de façon sereine puisque tous les antis arrivaient et c'était un échange qui était pas très constructif. Là, on n'a jamais compris, moi je l'ai dit souvent à Rémi Féraud, pourquoi ils s'entêtaient à vouloir faire comme ça. Après, c'est lui qui décide. D'où l'idée de nos cafés, qu'on a voulu mettre en place avec Gaïa. Du coup, ils étaient intéressés parce qu'ils voulaient savoir après comment ça s'était passé. Mais eux l'ont pas fait. » (Riveraine, 2017)

Les réunions avec les riverains organisées par la mairie sont perçues par certains riverains comme un moyen de dépasser le discours de communication officielle sur le projet. Dans ces espaces, certains collectifs comme Parents SCMR 75 mettent en évidence la possibilité d'avoir des échanges concrets comme sur la question des maraudes de médiation dont le temps de présence sur l'espace public a été augmenté tout au long de l'expérimentation : « Vous me parliez des réunions avec Gaïa, vous avez aussi des réunions avec Stéphane Bribard. Qu'est-ce que vous pensez de la manière dont la mairie gère la communication, la discussion, soit dans le cadre du comité de voisinage, soit dans le cadre des réunions ? Je trouve qu'il y a deux aspects. Il y a l'aspect politique, réunions à la mairie, voire communication du maire du 10ème quand il est invité, c'était Le Téléphone Sonne, qui peut en agacer et qui a pu agacer sur le mode « mais tout va bien Madame la marquise » (...) Il est dans son rôle, toute autre posture aurait été quasi-

suicidaire de son point de vue. Mais ça, ça peut agacer et je comprends. D'un côté, il dit qu'il est à l'écoute et il est sur un mode : « tout va bien », etc. Mais parce que les gens dans le quartier ne voient pas que, quand il dit ça, il parle pas pour les trois rues autour, il parle dans un point de vue politique nationale. Là, il est dans son rôle. Après, quand il y a des réunions à la mairie... L'autre aspect, c'est Bribard qui est plutôt qu'on voit régulièrement, qui nous accompagne aux visites chez Gaïa et parfois il est pas là. Il laisse faire et quand on a besoin de le solliciter, quand on avait organisé cette réunion en septembre ou octobre à l'école, ils étaient là, ils étaient venus. Bribard s'était prêté au jeu, comme Gaïa. Donc, il est là et il est prêt à entendre et à se prendre des coups. Après, les réponses sont parfois pas toujours là, au direct. Mais il écoute en tout cas ce qu'on dit. Les réunions à la mairie, j'ai trouvé que les choses avaient un peu bougé, que Féraud et Bribard qui prépare les dossiers parce que c'est surtout lui qui suit de manière opérationnelle, avaient un peu bougé lors de la dernière réunion sur le mode : « effectivement, il y a des soucis ». C'est la première fois qu'il disait ça, en expliquant où est le problème par rapport à cette question d'un médiateur, de deux médiateurs dans la gestion de l'espace public. Il a reconnu qu'il y avait ce souci-là, tout en disant – d'ailleurs, c'était beaucoup plus clair de le dire comme ça – que, politiquement, c'était une politique publique qu'il fallait assumer et que lui l'assumait. Qu'on pouvait être pour ou contre, mais que c'était un point politique, qu'il allait pas changer de programme pour faire plaisir aux uns et aux autres. Ça devait être osé, justement c'est plus de la com. Quand il a, à plusieurs reprises, dit : « vous dites qu'on vous répond pas, je réponds non, c'est une réponse », c'est une position politique beaucoup plus claire et c'est pas : je louvoie. J'ai l'impression que, du coup, ça a un peu bougé. Au début, il était un peu sur le louvoiement de : « il y a pas de problèmes, vous allez voir, c'est une bonne politique publique, il faut la soutenir », etc. Là, j'ai trouvé qu'il était plus clair sur deux aspects, c'est-à-dire d'un côté beaucoup plus ferme sur « c'est une politique que je mène, sur laquelle j'ai été élu », et d'un autre côté : « il y a quand même des problèmes à traiter ». Là, il y a un changement qui est intéressant à observer. On va voir maintenant comment il va pouvoir aussi faire usage de ça. Là, on est en train de réfléchir à envoyer une lettre à la Mildeca et au Premier ministre pour apporter notre témoignage. » (Riverain, 2017)

3.9. Améliorer son niveau d'information, être sensibilisé aux données de la littérature scientifique disponibles, se documenter au sujet des expériences étrangères

L'amélioration du niveau d'information sur les SCMR passe également par le fait de se documenter sur la question par des lectures et par la consultation de sites : « Au départ j'étais comme tout le monde j'étais mitigé et puis j'ai lu j'ai écouté et puis je me suis dit on ne va pas tourner autour du monde, ce n'est pas la panacée mais c'est une piste intéressante et puis on s'est dit on y a et l'essentiel aujourd'hui c'est la pédagogie et on a commencé à publier des articles sur notre blog. Et au départ vous aviez un point de vue mitigé, c'est-à-dire ? Et bien comme ce sont des sujets où on a des réactions un peu primaires, la prison, la drogue c'est pareil, il faut essayer de dépasser sa on lit les gens qui sont spécialistes de ça on ne peut pas ne pas être pour la salle de conso, aujourd'hui pour moi c'est une évidence Vous vous êtes documenté ? On s'est documenté, on a eu des contacts, on a contacté Gaïa, on avait des contacts avec Coordination toxicomanie, avec les services de la ville, le Smash qui ramasse les seringues, on a rencontré des gens, j'ai lu des choses sur Internet et notamment ce site de la plateforme mondiale de la prévention des risques et si tôt que quelque chose passe à la télé,

« dans les journaux ou sur Internet on m'envoie le lien et je regarde ce qui se fait en Suisse, au Canada, en Allemagne, en Espagne, on a travaillé là-dessus et toujours dans une optique qui est notre optique à nous, nous ne sommes pas des spécialistes de l'addiction ou de la prévention des risques, notre problème est local c'est la problème des seringues usagées qui traînent et le problème des toxicomanes qui ont besoin d'un accompagnement ou d'une structure qui les aide, c'est pour ça que les expériences étrangères sont très importantes. » (Riverain, 2014)

L'expérience des SCMR dans d'autres pays peut rassurer certains riverains : « Quand vous avez su que la salle allait s'installer, vous avez pensé quoi ? On m'a dit que ça existait aussi en Hollande, donc j'ai dit : « ben, c'est bien ». Vous aviez pas peur ? Non, non, non, j'ai pas peur. Je suis pas un monsieur qui a peur ! » (Commerçant 2017)

« Je pense que plus j'ai lu plus j'étais convaincue que c'était important et que si c'était bien fait, si ça marchait bien ça valait le coup, je pense que les comptes rendus dans les autres pays m'ont convaincu que si on s'occupait des usagers ça serait mieux dans les sens. » (Riveraine, 2014)

La connaissance des expériences étrangères dans des pays où plusieurs SCMR ont été installées dans une même ville peut également contribuer à ce que les usagers favorables à la SCMR maintiennent un regard critique sur les conditions de l'expérimentation : « La crainte, c'était que... La crainte qui a été répétée partout, c'est que ça fasse un afflux important de personnes qui viennent dealer ou qu'il y ait un afflux important de personnes toxicomanes qui viennent là, que le lieu soit complètement engorgé, que ce soit mal dimensionné. Du coup, quand le sujet a émergé, quand on a émergé, quand on a rencontré l'équipe municipale avec les parents d'élèves pour échanger, pour comprendre un peu ce qui allait se passer, du coup j'ai regardé un petit peu ailleurs ce qui se faisait. Quand j'ai vu qu'à Barcelone, ils ont décidé d'ouvrir cinq salles en même temps et, pour une métropole comme Paris, on ouvre une seule salle, je trouvais que ça allait peut-être cristalliser le problème à un endroit. Du coup, Rémi Féraud quand on lui a dit ça, il a dit : « super, on a trouvé de nouveaux ambassadeurs pour la salle ». Ben oui, c'est peut-être ça le sujet, c'est peut-être ça aussi qui a cristallisé, qui a aussi suscité des craintes, c'est d'avoir un seul lieu et que, du coup, tout arrive ici. Après, il s'avère que ça a pas l'air d'être le cas quand on discute avec les associations qui accompagnent les toxicomanes parce que c'est vraiment certains points pour certaines pratiques, d'autres points pour certaines pratiques, plus d'autres coins où il y a des maraudes. Donc ça n'a pas l'air si circonscrit que ça. » (Riveraine, 2017)

Les entretiens menés avec les riverains favorables à la SCMR mettent en évidence qu'ils se sentent globalement moins en insécurité dans leur quartier et qu'ils ont des contacts réguliers avec des associations de réduction des risques, ce qui améliore leur niveau d'information sur les drogues. Ces éléments confirment les données de l'enquête EROPP (Enquête sur les Représentations, les Opinions et les Perceptions sur les Psychotropes) concernant les facteurs associés à l'acceptabilité des SCMR dans la population française, données que nous présentons dans le chapitre 6.

3.10. Un devoir d'humanité

Enfin, l'argument qui est revenu le plus souvent chez les riverains partisans de la SCMR est la nécessité de prendre en charge les usagers de drogues par « *devoir d'humanité* ».

Le quartier donne à voir aux riverains des personnes en situation difficile du point de vue de leur insertion ou de leur santé, ce qui amène certains riverains à considérer que la priorité doit être de les « aider » et de proposer des prises en charge dont les SCMR peuvent faire partie ici : *« Est-ce que vous pourriez me dire en quelques mots pourquoi vous êtes favorable aux salles ? Parce que quand on voit ce qui se passe, c'est un problème, enfin ce sont des gens qui sont de toute façon malades. Déjà, l'addictologie c'est un gros problème. C'est un problème de santé, il faut aider ces gens-là. Je pense que c'est aussi bête que ça. Les aider comment ? On a posé des distributeurs de seringues. Mais quand je voyais par exemple des jeunes couples avec des enfants dans une poussette, qui venaient chercher les seringues. Et quand les gamins étaient un peu plus grands... Moi, j'étais effarée parce que je découvrais ça. Le père disait : « vas-y, prends-les », comme si c'était un cadeau de fête foraine. Le gamin ça l'amusait de tirer et de récupérer les boîtes. Je racontais ça autour de moi. Même aux élus, je disais : « c'est effarant ce truc, il faut faire quelque chose parce que les gamins voient les parents ». A l'époque, il y avait aussi pas mal de squats à la Goutte d'Or, enfin plus loin, Porte de La Chapelle, il y avait beaucoup de squats de toxicomanes qui se sont résorbés petit à petit parce qu'on a rénové. Ce genre de choses, simplement c'est très dur à voir quand même. C'est très dur. On n'a pas envie de voir ça, personne. Après, c'est aussi parce que c'est dans le quartier, tout simplement. C'est vrai que les toxicomanes, on les a vus dans le quartier. A un moment donné, ils sont là, donc il faut s'en occuper. D'un autre côté, il faut aussi éviter les intrusions d'immeubles, il faut aussi que les gens puissent vivre à peu près tranquillement, qu'ils soient pas en panique avec leurs gamins. C'est vrai que c'est un peu difficile pour eux de voir ça. Je pense qu'il faut l'expliquer, c'est ce que je disais aux gens. Les tout petits, je dis pas que ça les marque pas mais quand ils ont 2-3 ans, je suis pas sûre qu'ils se rappellent qu'ils aient vu un toxicomane se shooter entre deux voitures. Ça m'étonnerait. Par contre, dès qu'ils sont un petit peu plus grands, qu'ils sont en âge de comprendre, je pense qu'il faut leur parler. » (Riveraine, 2017)*

Les aspects santé publique et réinsertion sont plus présents dans les discours des opposants qui mobilisent de leur côté plutôt les aspects sécurité publique du projet SCMR : *« Le projet en tant que tel, c'est peut-être aussi pourquoi je suis ce dossier, je trouve que c'est un projet qui est bien d'un point de vue de santé publique. Je suis pas médecin mais par rapport à des questions d'addiction, de réinsertion sociale. J'avais été beaucoup marqué parce que, à un moment, je travaillais sur la précarité et j'avais lu le bouquin de Declerck sur les SDF, où c'est un élément assez central sur les addictions [...] On sait que c'est des problèmes qui se complètent les uns et les autres, qu'il y a la part addictive et la part désocialisation. Donc, une structure qui prend ça en charge, c'est pas l'argument « ils ont qu'à se soigner », c'est pas des malades, ou s'ils ont une maladie, c'est pas comme s'il suffisait d'arrêter. C'est pour ça que j'ai trouvé que c'était un projet qui était plutôt bien, osé, tout en sachant que, évidemment, ça allait soulever des conflits, là aussi politiques. » (Riverain, 2017)*

Certains riverains font le constat que « les problèmes de drogues » sont présents dans le quartier et que « cela ne sert à rien de le déplacer » donc « autant le traiter » afin de rendre le quartier plus facile à la fois pour les riverains et les usagers. La SCMR est perçue comme un

dispositif « moins stigmatisant » car permettant « plus d'anonymat » pour les usagers que les bus d'échange de seringues : « Au contraire, on est plutôt à soutenir un projet parce que le problème est là. Il est là, on vit dans le quartier, on voit le problème, il est là. Donc, essayons de trouver... Ça sert à rien de le déplacer, de toute façon si on le déplace, il y en aura d'autres qui seront contre. Donc autant le traiter là et soutenons ce projet, essayons de voir aussi dans quelle mesure on peut participer, on peut aider à l'amélioration du dispositif [...] Après, j'ai connu l'époque camion Gaïa ici, où je voyais vraiment ce qu'il y avait. Le pire, c'est qu'on avait le camion Gaïa, une espèce de cabane de chantier où des gens, des fois, allaient se cacher dans les machins de travaux, pas que pour se piquer, pour faire leurs besoins, pour se changer. Il y a pas que la problématique de l'injection ou de consommation, des fois il y a des personnes qui sont très précaires, qui sont dans la rue. Pour plein de choses du quotidien ça rend les choses difficiles. Du coup, avec le camion Gaïa, les gens se regroupaient autour du camion. D'un point de vue anonymat pour les personnes qui venaient au camion Gaïa, ils restaient un quart d'heure à côté du camion. Donc c'était vachement plus stigmatisant, entre guillemets, de voir les gens à côté du camion Gaïa que de les voir passer vite fait, rentrer vite fait par la porte et sortir vite fait, et puis de repartir avec leurs trucs. » (Riveraine, 2017)

La SCMR peut être alors perçue comme un « espace protecteur » « sans craindre la répression ou le jugement », ce qui est considéré comme essentiel par certains riverains pour que les usagers puissent « être à l'abri » : « Après, de voir ce boulot qui était fait par Gaïa, c'est énorme. D'autant plus que c'est un boulot qui n'a aucune reconnaissance au niveau de la société et qui est en plus pas évident parce qu'une partie des toxicomanes dont ils s'occupent, alors il y a des retours, il y a des trucs super, mais c'est pas toujours facile, il y a des hauts et des bas. Est-ce que ça a changé ? Non, ça a renforcé plutôt l'idée que c'était indispensable d'avoir un dispositif comme ça. Effectivement, quand on voit l'état des gens qui viennent... Et puis le fait qu'ils aient besoin d'un endroit pour se réfugier, un truc où on les juge pas [...] Et de toute façon, au moins, on leur permet de pas consommer dans l'espace public ou dans des endroits semi-cachés et bien glauques. Ça, c'est sûr ça m'a fait que me conforter dans cette idée et dans l'idée que si tu offres pas un endroit où tu peux te poser sans être jugé, sans craindre la répression ou le jugement, c'est déjà une étape énorme [...] quand ils sont à la salle, enfin c'est ce que j'ai ressenti, pour la plupart d'entre eux, ils se sentent à l'abri, ils se sentent un peu plus en confiance. Donc, c'est plus facile aussi de se lancer dans des démarches. Des fois, ça prend vachement de temps. C'est compliqué de se dire : ok, je me lance dans des démarches. Parfois, il y a des phases ascendantes et puis ça repart. Faut pas attendre... C'est très ingrat. Moi, j'admire les gens qui bossent là-dedans, c'est compliqué. Mais je pense que c'est vraiment indispensable. En tout cas sur des quartiers comme ça où c'est très tendu, dans des villes aussi denses en habitants que Paris, si on laisse les gens dehors et qu'on les disperse régulièrement, on y arrivera toujours pas, ça c'est sûr. La fixation, elle existe de toute façon et elle se fait sans qu'on... J'arrive pas à comprendre comment des gens intelligents restent là-dessus ! Enfin je pense que c'est d'autres verrous. Pour moi, c'est sûr que ça me fait que me conforter dans l'idée qu'il faut des dispositifs comme ça, qu'il en faut pas forcément des gros mais il faut répartir. Il faut accueillir les gens là où ils sont. » (Riveraine, 2018)

« Selon vous, qu'est-ce qu'elle (cette salle) pourrait apporter aux usagers ? Un espace, peut-être un endroit où, justement, moins errer dans la rue. Avoir un endroit où ils puissent être tranquilles, à l'abri des regards aussi quand ils vont pas bien. Ça, je conçois complètement que quand ils doivent prendre leur dose ou se piquer, moi je les vois vraiment peiner le soir, la nuit

et tout. Là, que ce soit fait dans un cadre non seulement par rapport à l'hygiène mais le regard aussi des autres, qui est vraiment pas agréable non plus de leur point de vue, enfin j'imagine. J'imagine que ça peut leur apporter ça. Après, j'attends de voir qui va y aller, qui va pas y aller. » (Riveraine, 2016)

Certains riverains sont très sensibles à la notion de vivre ensemble, de « cohabiter » avec différents publics, les usagers de drogues étant alors considérés comme ayant le droit de partager l'espace public au même titre que les habitants. Pour cette riveraine, l'association Gaïa et la présence de la SCMR permettent de pacifier les relations qui seraient plus dégradées selon elle, en l'absence d'intervention sociale auprès de ces publics : *« Là, on a une espèce d'exigence énorme face à des gens qui ont rien. Donc, c'est vrai que moi j'ai envie qu'on comprenne ça. Ça veut pas dire que ça va être simple de cohabiter du jour au lendemain. Mais cette idée de cohabitation, elle est importante pour moi. Je pense que dans un espace urbain comme Paris qui est hyper dense, de toute façon on cohabite toujours avec des gens. Enfin, on a des questions de cohabitation qui sont importantes et ne pas foutre ses déchets sur le trottoir, c'est aussi une question de cohabitation et de respect des autres. Donc, on doit cohabiter avec des populations différentes. Ça, c'est sûr, on peut pas faire autrement. La première chose à mon avis, c'est quand même d'essayer de les comprendre. En tout cas, je trouve que par rapport à la situation qu'on avait là, mettre en place ce dispositif me paraît être une bonne chose. Il fallait au moins de toute façon expérimenter. Après, je sais pas quel sera l'avenir de ces dispositifs mais j'ai du mal à imaginer qu'on revienne en arrière quand même par rapport au quartier. En fait, j'ai l'impression aussi qu'on oublie que Gaïa est présent depuis des années. De toute façon, sans travail social c'est encore pire. Après, c'est ma conviction. Je vois pas comment on peut s'en passer. »* (Riveraine, 2018)

Sur la nécessité de « vivre ensemble », cette riveraine tient à souligner que le « côté barbare, sauvage et les sauvages ne sont pas toujours du côté qu'on croit », invoquant le comportement irrespectueux de certains riverains : *« Non, si ce n'est que, moi, je m'interroge sur le côté humain. Cette rue, elle a un côté qui reflète assez ce dans quoi on est depuis pas mal d'années, c'est-à-dire on communique pas. Il y a un côté barbare, sauvage et les sauvages sont pas toujours du côté qu'on le croit. Le comportement de certains riverains, que je comprends viscéralement, peut devenir aussi condamnable que ce qui est reproché en face. Ça m'interroge, en fait. Mais ça m'interroge en général sur l'humain. Je trouve qu'on n'est pas doués pour vivre ensemble quand on se ressemble pas. Voilà, je trouve ça triste. Par ailleurs, c'est comme les gens qui disent : « les Parisiens, têtes de chien, ils râlent tout le temps », si vous commencez à parler avec les gens, pareil avec les toxicomanes, vous rencontrez des gens. Évidemment, c'est une population qui est difficile, c'est-à-dire que, du jour au lendemain, ils s'en souviennent pas forcément, qu'il y a pas un suivi et c'est pas les mêmes codes du tout. Moi, j'ai toujours une image, c'est : ça a été des enfants qui avaient pas décidé de devenir un toxicomane. Voilà, il y a un parcours et à partir de là, on a une base commune a priori. »* (Riveraine, 2016).

Deux années plus tard, cette même riveraine est toujours attachée à cette idée d'une communication et d'une cohabitation des habitants et des usagers dans l'espace public plus apaisée, mais elle ne supporte plus le quartier dans lequel elle vit. Elle demande une activité de médiation afin de rétablir le dialogue entre les publics cohabitant dans le quartier avec l'espoir que le quartier pourrait être pacifié : *« Non, ça sert pas à rien mais je trouve que c'est très, très*

long de prendre en compte l'extérieur et de ne pas considérer les riverains uniquement comme des casse-pieds inhumains, qui veulent leur petit confort bourgeois. Moi, je suis locataire, il y a rien de bourgeois, je me bats comme tout le monde et j'aimerais bien, bien vivre. Mais je vous dis, j'ai le même problème avec le coiffeur et l'épicerie, j'attends de voir. Il y a vraiment un truc qui va pas là-dedans, chacun veut le territoire pour lui-même et ne réfléchis pas en termes de quiétude et d'échanges. C'est fermé. C'est très fermé. C'est ça que je trouve dommage. La salle est fermée... La rue est ouverte mais les gens sont fermés. Comment ça pourrait être plus fluide ? D'où l'idée du médiateur qui ira dans un film de fiction, avec des petites ailes dans le dos. » (Riveraine, 2018)

« Je pense que les gens sont pas forcément tous opposés à la salle, c'est juste qu'on pourrait vraiment vivre ensemble. De toute façon, on vit ensemble mais de manière... Moi, j'ai rien contre ces gens-là. Je pense que c'est vraiment des gens qui sont en détresse, qu'il faut aider. Et puis clairement, si l'objectif, c'est qu'ils se piquent plus dans la rue, c'est très bien pour nous aussi. » (Riveraine, 2018)

Pour certains riverains, vivre dans le quartier Saint-Vincent de Paul nécessite de sensibiliser ses enfants aux risques du quartier, sans se sentir en insécurité pour autant : *« La rue Ambroise Paré, c'est plus le week-end quand on fait des activités avec les enfants, ou le mercredi après-midi parce qu'ils continuent d'avoir leurs activités à la Goutte d'Or, donc on rentre à pied en passant derrière, dans l'autre coin de l'hôpital. Là, on voit un peu plus. Du coup, on a dû apprendre aux enfants et dire : « sur ce coin-là, vous ramassez rien par terre, vous jouez pas avec ça, vous touchez à rien de ce qu'il y a par terre en arrivant au coin de l'hôpital parce qu'on sait qu'il peut y avoir des choses ». Quand on arrive devant l'hôpital jusqu'à ici, ils ont un peu compris qu'il faut pas courir n'importe où. Ils ont quel âge ? L'une va avoir 7 ans et l'autre 4 ans. » (Riveraine, 2017)*

Sensibiliser ses enfants à la cohabitation avec des publics différents est important pour la plupart des riverains qui se sont positionnés en faveur de la SCMR dans les entretiens, à l'instar de cette riveraine : *« C'est vrai que les enfants, parce que j'ai quand même quelques enfants, quand ils font les courses, ils sont gênés : « qu'est-ce qu'il pue celui-là ». En même temps, c'était au début parce que ça fait pas très longtemps pour eux qu'ils sont là, ça fait 7 ans. Mais au début, c'était ça et puis maintenant, c'est un acquis : « ben oui, ils sont là ». Effectivement, du fait de mon engagement aussi sur la salle, ils sont plus enclins peut-être à une certaine mansuétude, mais surtout à une ouverture d'esprit et puis d'ouverture des yeux tout court, parce qu'ils sont là. Ils sont là et ils sont pas plus gênants que nous. Faut apprendre à cohabiter. Donc, cette cohabitation-là me gêne pas. » (Riveraine, 2018)*

Si la cohabitation avec les usagers de drogues est vécue comme difficile par les opposants de la SCMR, cette riveraine qualifiant dans son entretien un dialogue *« évidemment très difficile »* avec les usagers, elle souhaite témoigner d'actes de solidarité en apportant *« des livres »* à la SCMR ou en *« distribuant des sandwiches »* aux usagers *« en déperdition »* : *« Ce sont en plus des personnes avec qui il nous est évidemment très difficile de parler, même si, et vous le savez peut-être, nous apportons, en tout cas mon mari et moi, régulièrement des livres pour la salle de repos, des romans, des choses qui nous paraissent pouvoir être utiles, etc. Je ne dis pas ça pour passer pour un bon samaritain, mais il nous arrive aussi d'apporter des cafés chauds, des*

sandwichs, des choses à manger à un certain nombre de personnes qu'on voit vraiment dans la déperdition. » (Riveraine, 2020)

Le discours des riverains en faveur de la SCMR sur « le devoir d'humanité » vis à vis des usagers de drogues renvoie à l'analyse de la presse présentée dans le chapitre 1. Les arguments du débat médiatique déployés par les politiques se situant à gauche de l'échiquier politique mettent l'accent en effet l'accent sur la nécessité de protéger les plus vulnérables.

Les arguments d'humanité vis-à-vis des usagers de drogues sont également présents chez les opposants à la SCMR, comme nous l'avons vu dans la partie 2 de ce chapitre, mais ces riverains mobilisent beaucoup plus fréquemment dans leurs discours les impératifs de sécurité publique que les impératifs de santé publique et de réinsertion sociale.

3.11. La nécessité d'élargir les horaires d'ouverture et d'ouvrir de nouvelles SCMR

La pandémie de COVID-19 est venue révéler que lorsque la SCMR a dû réduire ses horaires et/ou son nombre de postes d'injection, une augmentation des pratiques d'injection dans l'espace public a été observée. Cette situation a pu conforter chez les riverains se positionnant en défaveur de la SCMR leur discours sur la fermeture de la SCMR. Chez les autres riverains se positionnant en faveur de la SCMR, il est venu conforter la pertinence de ce dispositif, en mettant en évidence les conséquences délétères sur l'espace public d'une diminution du nombre de postes d'injection (passés de 12 à 6 puis de 6 à 8) en raison des contraintes pandémiques.

Les riverains en faveur de la SCMR partagent certains combats avec les autres riverains et collectifs plutôt opposés, comme la demande d'augmentation des activités de médiation. La spécificité de leur demande en comparaison aux opposants est double, augmenter les horaires de la SCMR et ouvrir d'autres salles à Paris : *« Et puis, pour améliorer ce problème, avec la mayonnaise qui semble prendre sur la question de l'espace public, de mettre en place effectivement des dispositifs de médiation. Après, il y a une question qui est jamais complètement tranchée, qui est : est-ce qu'il faut augmenter le temps d'ouverture et/ou en ouvrir une deuxième ? Je pense, les deux. Je crois que tout le monde dans le collectif est tout à fait d'accord pour dire qu'il faudrait sans doute et certainement en ouvrir une deuxième parce que, pour Paris, c'est sous-dimensionné. C'est pas sous-dimensionné en termes de fréquentation puisqu'ils sont pas à 100 % de leur régime, mais c'est sous-dimensionné au niveau de la population. Sur la question qui est pas complètement tranchée, peut-être pour tenir les équilibres, où il y a pas de discussion, c'est l'extension des horaires. » (Riverain, 2017)*

La demande de plusieurs salles dans Paris revient également à souhaiter que l'ensemble des « problèmes de drogue » ne soient pas centralisés dans le quartier, sans pour autant remettre en cause la localisation de la salle rue Ambroise Paré : *« Moi je trouve ça très bien ces salles, je suis pas opposée [...] En fait, ce que je souhaiterais vivement, ce qui était prévu au départ, c'est qu'il y ait pas une seule salle dans Paris, qu'il y en ait plusieurs. Déjà, ça centraliserait pas. En fait, c'est ça mon problème, c'est vraiment centralisé : Ambroise Paré, un quartier un peu*

drogue. Que le problème se soit déplacé... Franchement, devant la gare c'est pas jojo. » (Riveraine, 2020)

Avant même le démarrage de l'expérimentation, cette riveraine favorable à la SCMR avait pointé la nécessité d'avoir une structure adaptée en termes d'accueil : « Il y a plusieurs choses, je pense que les toxicomanes plus on les aide plus pour eux ça se passera mieux et aussi il y aura moins de nuisances dans le quartier parce que là il faut avouer qu'ils sont là, enfin même s'ils n'ont pas de structures ils sont là, donc du coup s'ils ont un endroit où aller ça se passera mieux pour le quartier même si ça fait peur, enfin je ne crois au fait que tous les toxicomanes de Paris vont arriver là, et puis même s'ils sont bien pris en charge s'il y en a beaucoup ça ne posera pas de problèmes, si la structure a une taille qui correspond au besoin il y a pas de raison que ça pose de problèmes. » (Riveraine, 2014)

Cette deuxième partie a permis d'exposer les expériences et perceptions des riverains qui mobilisent des arguments en faveur de la SCMR. Cette présentation sur un format court permet de faire une synthèse des arguments, sans en révéler toute la complexité qui mériterait plus d'espace, tout comme dans la partie 2 relative aux arguments des opposants. D'autres publications dans des revues à comité de lecture permettront d'approfondir ces questions. Afin d'avancer dans l'analyse de l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale, nous allons poursuivre par une mise en contexte et en perspective de ces arguments, perceptions et expériences.

4. Mises en contexte et en perspective

Cette dernière partie du chapitre 5 se propose de remettre en contexte et en perspective les arguments exposés par les riverains qu'ils se positionnent en défaveur ou en faveur de la SCMR. Tout d'abord, nous analysons également les positionnements au-delà de l'opposition entre pour et contre la SCMR en nous intéressant aux évolutions des positionnements des riverains qui se définissaient très clairement comme attentistes. Ensuite, nous confrontons les entretiens réalisés auprès des riverains et les discours des collectifs à des entretiens réalisés auprès de professionnels de santé et de réduction des risques, des fonctionnaires de police, des politiques et des usagers de drogues. Des données quantitatives sont également introduites dans cette quatrième partie.

4.1. Mise en perspective des positionnements au delà de l'opposition pour/contre la SCMR. Les évolutions des positionnements des « attentistes »

Une analyse en termes de positionnements pour et contre la SCMR permet une lecture simple du débat, et une mise en évidence aisée à la lecture des arguments de part et d'autres concernant l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale. Elle ne résume pas toute la complexité des positionnements que nous avons essayé de mettre en évidence dans les précédentes parties de ce chapitre. Il est intéressant de noter que les

positionnements pour et contre la SCMR se sont renforcés au fur et à mesure de l'expérimentation pour la plupart des riverains rencontrés. Toutefois, une partie de ces riverains s'est plutôt positionnée de manière attentiste sur le sujet de la SCMR. Concernant les attentistes, il est intéressant de noter que pour la plupart des personnes ayant été interrogées à plusieurs reprises, les craintes rencontrées lors des premiers entretiens se sont atténuées au fil de l'expérimentation. Cela n'a toutefois pas fait d'eux des militants impliqués dans la défense de la salle, mais pour la majorité d'entre eux, la salle est devenue un non sujet. Quelques riverains qui se positionnaient clairement contre l'implantation de la SCMR en zone résidentielle ont pu également changé d'avis au cours de l'expérimentation et du deuxième entretien réalisé. L'exemple de cette riveraine qui pensait déménager à la naissance de ses enfants lors du premier entretien réalisé en 2018 est intéressant : « *Et vous souhaiteriez que la salle déménage ? [Silence] Franchement, pour avoir l'exemple de Strasbourg qui fonctionne très bien, je trouve que c'est une très mauvaise idée d'avoir mis ça au milieu des riverains. Nous, on a des difficultés pour avoir un enfant, mais clairement, on aurait un enfant, on partirait d'ici, c'est pas possible. C'est pas possible avec une vie familiale. Ça tire vers le bas. On pourrait faire des choses mais ça tire tout vers le bas.* » (Riveraine, 2018)

Deux ans plus tard, cette riveraine souhaite rester dans le quartier et fait part de sentiment de sécurité, elle est par ailleurs gênée par certains discours en défaveur de la SCMR : « *En fait, j'ai jamais vraiment craint pour ma sécurité. Je me suis jamais faite agresser et je pense pas que ce soit des personnes agressives. Après, moi j'étais en contact avec eux parce qu'ils m'interpellaient les Riverains Lariboisière. En fait, je me suis assez vite détachée quand j'ai vu que, politiquement, je trouvais que ça se situait à un niveau extrême qui me déplaisait fortement. Je suis contente vraiment qu'il (un autre riverain) soit parti. Je trouve que depuis que cette personne est partie... Je sais pas, il y a eu peut-être d'autres choses aussi, mais par son discours, il faisait vraiment du mal je trouve. Qu'est-ce qui vous dérangeait dans son discours ? C'était un discours facho, haineux. C'était monter les uns contre les autres. Non, j'aimais pas du tout, du tout son esprit.* » (Riveraine, 2020)

« *Oui au début j'étais farouchement ... enfin je me disais ça va être là ça être horrible, après je me suis dit oui ça peut améliorer le quartier, de toute façon on n'avait pas le choix elle va ouvrir donc autant se dire que ça va être bien et puis là je suis en train de me dire elle va être grande quand même cette salle donc c'est vraiment fait pour aider tous les gens de Paris et je me dis que ça peut être très bien comme ça peut être catastrophique.* » (Riverain, 2016)

Quatre années plus tard, cette riveraine fait le constat que des difficultés persistent dans son quartier, mais elle souhaiterait que d'autres SCMR soient ouvertes dans Paris. Impliquée dans les premières manifestations contre la salle portées par le collectif « *Non à la salle de shoot en zone résidentielle* », elle dit avoir pris du recul : *Ce serait plus équilibré dans Paris parce que je sais qu'il y a ce problème ailleurs dans Paris. Et puis ça continue de stigmatiser le quartier nord-est de Paris. Ce serait bien qu'il y en ait un peu ailleurs (...) Oui, mais j'y fais plus rien (au collectif) parce que je vois que c'est peine perdue. J'avais manifesté, il y avait eu une manifestation mais ça sert à rien. Après, ils ont été excessifs, en même temps quand on voit les résultats, qu'il y a pas d'autres salles ouvertes* » (Riveraine, 2020)

Cet autre entretien a été effectué avec une riveraine qui se déclarait défavorable à la SCMR lors du premier entretien avant son implantation et qui est devenue favorable au cours de l'expérimentation. Lors du premier entretien, une ambivalence était déjà présente car cette riveraine a déclaré en début d'entretien qu'elle était inquiète par le manque de concertation de la mairie sur le projet, puis indique plus loin dans l'entretien que son compagnon qui s'est rendu aux réunions d'échanges avec la mairie a eu une impression inverse d'un projet bien préparé : « *Ce qui m'inquiète aussi c'est la façon dont c'est fait parce que il y a eu beaucoup de concertation au moment où c'était boulevard de la Chapelle et ma crainte c'est d'être prise dans les intérêts électoraux parce qu'il faut que ça passe et la phase de la concertation c'est d'autres gens qui l'ont eue et pour nous tant pis c'est ici et c'est tout, vous voyez on ne l'a pas appris par la mairie, on l'a appris par quelqu'un d'autre, après il y a eu une émission sur France Inter où Rémi Féraud a participé en donnant comme acquis que la salle de shoot, la salle de consommation était bien en bas, mais jamais j'ai eu un papier de la mairie, j'ai jamais été prévenue en direct de quoi que ce soit et même la réunion qui a eu lieu le 12 avril j'ai été prévenue par le collectif Non à la salle de shoot j'ai pas eu de message dans la boîte aux lettres de la mairie alors qu'on est les 1ers concernés, j'ai quand même l'impression que ça nous est imposé donc ça ne donne pas envie d'adhérer au projet, après je ne suis pas allée à la réunion, mon compagnon y est allé il a quand même trouvé des choses qui étaient ... que ça avait l'air d'être un projet bien piloté, avec des échéances pour en discuter, pour revoir parce que je comprends que c'est un test. » (Riverain, 2016)*

À l'inverse, il est à noter que pour une riveraine interrogée dans la recherche qui se présentait comme attentiste mais avec des arguments mettant en évidence une tendance favorable à la SCMR lors du premier entretien réalisé en 2016, elle est devenue défavorable au projet. Cette riveraine exprime un vécu d'une situation détériorée lors des entretiens 2 et 3 (réalisés en 2018 puis 2020), et ce pour plusieurs raisons : la non prise en compte des aspects extérieurs de la salle et la détérioration des relations qu'elle entretenait avec les usagers avant la mise en place de la salle : « *Par rapport aux usagers avec qui j'avais noué une relation de voisinage, qui s'est totalement détériorée parce que, comme je disais l'autre jour, on passe pour des balances. Humainement, je trouve que c'est déplorable. Ça nous oblige... On nous l'a redit en réunion la fois dernière : « ça va pas, vous appelez la police ». Donc, on est des gens qui appelleront la police quand il y a un problème avec les usagers. C'est compliqué. Le fait que ce soit pas géré, ou comme quelqu'un disait à la réunion : « les cas psys que vous expulsez de la salle », moi j'ai pas voulu répondre parce que j'ai bien trop parlé la fois dernière. Quand le docteur Avril répondait : « on les expulse pour une journée », moi je sais très bien qu'il y en a qui sont définitivement expulsés, qui sont expulsés pour des mois, et qui continuent à être là comme certains que je ne nommerai pas, qui viennent chercher leurs médocs (...) Six ans. Quand les gens du collectif ou les opposants disaient ça, je leur disais : « attendez, on va voir, peut-être pas ». Aujourd'hui, je perds un peu espoir. Je perds un peu espoir parce que rien n'est fait pour l'extérieur. C'est juste ça. Moi, si j'avais une seule chose à marteler, c'est : « la salle, on veut pas la déménager alors faisons en sorte que ça se passe bien ». Mais rien n'est pensé en termes d'aménagement ou de propreté, de calme. » (Riveraine 2018).*

Cette riveraine tient toutefois à signaler que pour l'intérieur de la salle « *les choses ont l'air de bien se passer* », mais qu'à l'extérieur, la situation s'est « *enkystée* » au fur et à mesure : « *Quand on s'est rencontrées, avant même que la salle n'ouvre, si on prend l'avant, si vous vous souvenez, j'étais ni pour, ni contre et j'attendais de voir. La deuxième fois, j'étais déjà beaucoup*

moins pour parce qu'il y a des choses qui se sont encore plus enkystées jusqu'à aujourd'hui. Mon constat, c'est un constat qui est ce dont on parle souvent d'ailleurs en comité, comités qui ont disparu, de voisinage, à l'intérieur de la salle, il me semble que les choses ont l'air de bien se passer. » (Riveraine, 2020)

Concernant les riverains qui se positionnent comme étant défavorables à la SCMR, il est important de mentionner à nouveau que certains d'entre eux ne sont pas défavorables au principe de la SCMR, mais à son implantation dans une zone d'habitations. De plus, si la majorité d'entre eux sont restés sur la même position tout au long des différents entretiens, une riveraine avait mentionné qu'elle aurait souhaité que le projet de la SCMR puisse améliorer la tranquillité publique dans le quartier lors de son premier entretien tout en mentionnant également des arguments en défaveur de la SCMR, mais que lors des deux entretiens suivants, elle a fait part d'une dégradation constante de son environnement de vie.

4.2. La professionnalisation et la politisation des positions des riverains dans les collectifs

Au-delà de ces quelques riverains attentistes et/ou qui ont pu changer d'opinion vis-à-vis de la SCMR, il est important de noter que les avis concernant la salle se sont généralement affirmés et renforcés tout au long de l'expérimentation tout particulièrement entre les collectifs d'opposants à la salle et les collectifs plutôt partisans. Ces collectifs se sont politisés et professionnalisés, en particulier par la mise en place de rendez-vous réguliers avec les acteurs du politique et de la définition de stratégies de communication vis-à-vis de la presse et sur les réseaux sociaux, comme nous l'avons vu dans les parties 2 et 3. Les deux collectifs les plus directement positionnés sur la SCMR ont adopté des stratégies très différentes, en lien avec leurs positionnements. Le collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord est dans une logique de contestation, il est très actif sur les réseaux sociaux et poste régulièrement des messages, des photos et des vidéos sur internet pour faire part de la dégradation de l'espace public et du quotidien des riverains affectés par l'existence de la SCMR. Les membres de ce collectif sont régulièrement interviewés dans les médias. Le collectif Parents SCMR 75 focalise plutôt son action dans une logique de discussion et de négociation avec les acteurs associatifs et institutionnels en charge de la SCMR, afin de trouver des réponses à des questions concrètes à des difficultés dans l'espace public et pour améliorer le plaidoyer en défense de la SCMR et de son déploiement. Notre analyse de la presse (chapitre 1) met en exergue cette politisation des débats, nous y reviendrons également à la fin de cette partie 4 et dans le chapitre 6 relatif à l'analyse des données de l'enquête EROPP.

Notre analyse des entretiens met en évidence que le débat sur la SCMR est une question politique sur le vivre ensemble, comme cela est mis en évidence dans la partie 3 par les riverains qui se positionnent en faveur de la SCMR. Ce riverain met en évidence que les oppositions à la SCMR sont le reflet d'une vision de la ville « *qui n'existe pas* ». Selon lui, les riverains opposés à la SCMR se trompent de combat, une ville pacifiée nécessiterait à l'inverse une multiplication des espaces de consommation : « *Moi, je pense que le vrai nœud, le nœud totalement gordien de cette histoire, c'est les habitants qui se mobilisent une action politique, mais la seule action politique sérieuse, qui est celle de la création d'espaces, de la création de lieux d'accueil, de la création d'hébergement, elle va être refusée par les mêmes qui ont demandé une action*

politique. En fait, il y a une demande pour une action magique, que ça n'existe plus. Malheureusement, personne ne peut répondre à cette demande. Il faut que les gens le comprennent au moment de la constitution de la revendication. C'est pour ça que c'est très important d'essayer d'aller voir des gens différents, qui se mobilisent avec des backgrounds différents, pour leur expliquer que, si on veut agir, il faut aussi soutenir a priori la création de nouveaux espaces. » (Riverain, 2020)

Ce même riverain dénonce l'instrumentalisation politique que certains élus peuvent faire de la contestation de certains riverains : « *Pourquoi Dagnaud ne veut pas y aller ou freine des quatre fers pour créer des lieux d'accueil ? C'est parce qu'il a peur de la fronde locale d'habitants. Plus on sera nombreux à se mobiliser pour dire : « nous, ce qu'on réclame, c'est des structures », plus il y a des chances que ça puisse avancer. Sinon, fondamentalement, les gens demandent quelque chose qui n'existe pas. » (Riverain, 2020)*

4.3. Caractéristiques socio-démographiques associées aux positionnements face à la SCMR

Concernant les positionnements issus des entretiens, plusieurs éléments ressortent : les opposants à la salle sont plutôt plus âgés, une partie d'entre eux étant retraités, ils font part de préoccupations importantes relatives à l'insécurité dans le quartier, souhaiteraient une présence policière constante dans le quartier, à la présence de publics précaires et migrants (au-delà des usagers de drogues) et à la dévalorisation de leur bien immobilier. Il s'agit souvent de personnes passant beaucoup de temps à leur domicile, soit parce qu'ils sont retraités, soit parce qu'ils travaillent à domicile, soit parce qu'ils n'exercent pas d'activité. La localisation de leur logement est également un élément très important, les habitants en étage bas (quelles que soient les rues) et/ou dont les fenêtres donnent directement sur la salle déclarent plus souvent subir une dégradation de la qualité de vie dans le quartier. Concernant une rue attenante à la SCMR (Guy Patin) et la rue Magenta, les expériences et les opinions sont plus diversifiées. Pour les habitants de la rue Ambroise Paré et de la rue Saint-Vincent de Paul, les avis sont également diversifiés, tout en prenant en compte la notion d'étage bas pour ces deux rues ou la question des fenêtres donnant sur la SCMR pour la rue Saint-Vincent de Paul.

À plusieurs reprises, dans les entretiens réalisés auprès de riverains se positionnant en défaveur de la SCMR ou lors de leurs interventions dans des comités la question des familles avec enfants au sujet la présence des seringues et des actes d'injection dans le quartier a été mobilisée. Ces familles étaient alors présentées comme étant largement défavorables à la SCMR et quittant le quartier. Il reste clair que toutes les parties prenantes interrogées quelle que soit leur opinion vis-à-vis de la SCMR considèrent que cette question est difficile. Les débats portent sur son ampleur et son évolution (avant et après l'implantation de la SCMR) et sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la situation (fermeture de la SCMR ou maintien de la SCMR avec des horaires élargis). La mobilisation des familles et des enfants dans le débat est intéressante car elle n'est pas confortée par les données empiriques collectées dans le volet socio-anthropologique. En effet, parmi les personnes interrogées dans la recherche et se positionnant en faveur de la SCMR, la grande majorité d'entre eux ont des enfants vivant encore à leur domicile (à la fois en bas-âge ou adolescents) et cette caractéristique ne les amène pas à avoir une expérience négative vis-à-vis de la SCMR, bien au contraire ils peuvent

faire partie des défenseurs de la salle parisienne. Il est, par ailleurs, intéressant de souligner qu'un des collectifs les plus impliqués dans la défense de la SCMR parisienne est le collectif « Parents SCMR 75 ». L'histoire de ce collectif montre qu'il s'agissait au départ d'un collectif plutôt favorable au principe de la SCMR mais plutôt attentiste quant à l'impact de la SCMR, collectif qui progressivement s'est documenté au sujet des salles en visitant la salle parisienne, en ayant des échanges réguliers avec l'association Gaïa, avec la mairie et avec les institutions nationales en charge de ce sujet (Mildeca, Direction Générale de la Santé), et en participant activement au comité de voisinage. Ce collectif est désormais très actif dans la défense de la SCMR. Des riverains ayant des enfants à la maison ont également pu se positionner en défaveur de la SCMR, mais ils sont très peu nombreux dans l'échantillon d'opposants que nous avons rencontrés.

Dans les entretiens réalisés avec les riverains, et comme nous venons de le voir dans les parties 2 et 3 de ce chapitre, les attitudes et les expériences des riverains sont très diversifiées. Certains riverains font part de la difficulté de leur quotidien dans le quartier depuis la mise en place de la SCMR et sont particulièrement inquiets pour la sécurité de leurs enfants et surtout pour ceux des autres. Des photos d'enfants face à des seringues dans l'espace public, associées à des commentaires sont postés sur les réseaux sociaux portés par le collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord. À l'inverse, les riverains se positionnant en faveur de la SCMR ont également mentionné que cette situation n'était pas toujours simple à gérer avec leurs enfants tout en indiquant dans le même temps s'efforcer de mettre en place un dialogue avec leurs enfants sur les risques liés à la présence des seringues par terre ou sur l'importance de ne pas stigmatiser des publics précaires. Ce sujet est l'un des sujets les plus sensibles en lien avec la SCMR. Cet entretien réalisé avec un riverain très impliqué dans la défense de la SCMR met en évidence la complexité de ce débat : « *Ma femme non plus n'a jamais eu d'agression, mes enfants non plus. Ils vont à l'école, ils ont toujours été dans les écoles du quartier. J'ai pas de sentiment d'insécurité mais je comprends que des gens en aient. Moi, encore une fois, c'est plutôt un sentiment douloureux face à la déchéance humaine. J'ai pas envie que ma fille voit ça. J'ai pas envie qu'elle voit ça et qu'elle s'habitue à ça en partant à l'école le matin.* » (Riverain, 2020).

4.4. Confrontation avec les entretiens police et professionnels de santé et de réduction des risques : description de la situation avant l'implantation de la SCMR

Les professionnels de réduction des risques et les policiers interrogés dans le cadre de la recherche ont été sélectionnés pour une partie d'entre eux, en fonction de l'ancienneté de leur exercice professionnel dans le quartier. Une ancienneté importante leur permettait d'avoir une vision sur la période avant/après l'implantation de la SCMR, avant un recul parfois de plus de 10 années sur la période d'avant la salle.

Cet agent de police décrit le quartier du 10^{ème} arrondissement comme avant la mise en place de la SCMR : « *Donc, une structure, enfin un arrondissement riche, riche en événements, riche en confluence, avec tout un tas d'arrondissements qui l'entourent. C'est d'ailleurs l'arrondissement le plus entouré de Paris, il y a sept arrondissements qui l'entourent. Au nord, on a Barbès et le 18ème. Nord-est, on a Stalingrad et le 19ème. A l'est, on a Belleville. Après, on*

a le 11ème et la Place de la République, le 3ème aussi. Le 2ème, c'est un peu plus sympathique et il y a pas grand-chose et le 9ème aussi. Cette confluence aussi qui se caractérise par un afflux massif de populations sur le 10ème, d'abord de manière festive parce que c'est un quartier comme on dit branchouille. Faubourg Saint-Denis, beaucoup de bistros, de restaurants un peu fusion, un peu thaï, etc. Donc, beaucoup de gens qui viennent un peu de partout pour voir ça. Le Canal Saint-Martin jusqu'à cet été attirait beaucoup de monde, un peu moins depuis cet été. Donc, beaucoup de monde à gérer. Sans compter les urgences les plus dures à Paris, Lariboisière, un autre hôpital avec Saint-Louis et évidemment, les gares. Notamment la Gare du Nord et toute, je vais pas dire la faune mais toute la physionomie qui l'entoure : 700 000 voyageurs par jour qui transitent par la Gare du Nord. Alors ils sortent pas tous de la Gare du Nord, des fois ils passent par là, ils prennent le métro, enfin ils sont en connexion, mais il y a beaucoup de gens ressortent directement par là. Une population un peu interlope dans le coin, notamment les toxicomanes qui ont nécessité la création de la SCMR, beaucoup de gens en errance. Il y a beaucoup de gens en errance dans le 10ème, il y a beaucoup de SDF, quelques Roms par-ci, par-là. Aussi du communautarisme, beaucoup de communautarisme. Un quartier pakistanais vers le nord, nord-est. Un quartier plutôt africain aux abords de Strasbourg avec les coiffeurs afro. Un quartier aussi turcophone vers le faubourg Saint-Denis avec des mosquées, des Kurdes aussi. Voilà, je vais pas dire un joyeux bordel mais un conglomérat de nombreuses influences qui, finalement, cohabite relativement bien. On pourrait penser que, même entre les Turcs et les Kurdes, ça allait se taper dessus mais il y a une certaine cohérence là-dedans, même si on a aussi un afflux de bobos. Alors j'aime pas tellement le terme de bobo mais vu les prix assez bas et vu la relative proximité du centre-ville, le 10ème arrondissement reste un arrondissement très attractif en termes immobilier. Il y a beaucoup de gens aussi qui veulent faire de l'investissement en se disant : dans cinq ou dix ans, ça va valoir pas mal de pépètes, donc je viens investir là-dedans mais après, je veux de la sécurité comme si j'étais dans le 5ème arrondissement ou dans le 16ème. Donc, on est un petit peu chef d'orchestre. » (Agent de police, 2016)

Il insiste sur la présence importante du trafic de drogues au sein du 10ème arrondissement, avant l'implantation de la SCMR : « Il y a beaucoup de trafiquants de stupés, beaucoup de trafic de stupés. On est un arrondissement charnière, donc les gens passent par chez nous. Ce qu'on a remarqué il y a très peu de temps, c'est qu'on est quasiment l'arrondissement qui fait le plus d'affaires de stupéfiants de tout Paris, en volume. Pour un petit arrondissement comme ça, c'est quand même pas mal. Et on a ce qu'on appelle, nous, des livreurs, c'est-à-dire qu'il y a beaucoup de gens qui passent par chez nous, soit qui vivent chez nous, soit qui passent par chez nous : scooters, petites voitures, qui font du trafic par Internet, par téléphone. » (Agent de police, 2016)

La présence des usagers de drogues dans le quartier SCMR était identifiée par les forces de police, avant l'implantation de la SCMR : « **Agent 3** : En fait, les gens qui fréquentent la SCMR étaient là [avant l'implantation de la salle]... Vous voyez sous les arches à la cour des taxis, ils étaient là. Et la sanisette, c'est un sujet, je crois que ça fait 15 ans. La sanisette fonctionnait de la même façon. Par contre, on les trouvait beaucoup dans le parking. J'étais en VTT à l'époque et à chaque fois qu'on faisait une descente dans le parking, quand ça arrivait de ne trouver personne, on s'étonnait. Toujours dans les escaliers, toujours les mêmes gestes, toujours les mêmes gens à la limite, ou pas. Et beaucoup dans les halls. Le changement avec la SCMR, quand la SCMR a été créée, je crois que les gens se sont dits qu'ils allaient tellement voir un raz de marée de toxicomanes que tous les halls se sont faits sécuriser par les syndicats. [...] Voilà. C'est

pareil, c'est les mêmes hurlements, c'est les mêmes bagarres, c'est les mêmes seringues qui traînent. » (Entretien collectif agents de police 3 et 4, 2020)

Un autre agent de police, également en activité sur le secteur depuis plus de 20 ans fait le constat d'une situation où l'usage de drogues et « le deal de crack c'est de tout temps » dans le quartier de la gare du Nord et différents autres trafics se seraient intensifiés à partir de 2010 dans le quartier Barbès, un peu plus haut. Il détaille l'ensemble des événements qui ont contribué à faire du quartier un espace où cohabitent une diversité de publics : « Avant que la salle ouvre, comment vous décririez le quartier en 2014, 2015 et 2016 ? Qu'est-ce qui se passait en termes d'usage de drogues dans l'espace public et d'actes de délinquance ? Je crois qu'il faut remonter encore un peu avant. Il faudra intégrer dans la réflexion les divers Printemps Arabes parce qu'ils ont changé la physionomie du secteur, avec des arrivées massives de jeunes qui quittaient l'Afrique du nord, qui se sont implantés très fortement sur le boulevard la Chapelle, le secteur Barbès et, par capillarité, sur Magenta et la Gare du Nord. Si on revient avant, historiquement, la consommation de drogues autour de la Gare du Nord, c'est de tout temps. Le deal de crack, c'est de tout temps. La Gare du Nord, c'est quand même une des plus grandes gares en fréquentation, en passage, au monde. Vous avez toujours eu la possibilité de venir acheter son crack, là. Forcément, la consommation se faisait souvent à ciel ouvert ou dans les halls d'immeuble. Qu'est-ce qui a été fait ? La prise de conscience a fait qu'il a fallu prendre contact avec les gens pour leur expliquer : « peut-être qu'en sécurisant votre porte d'immeuble, vous allez empêcher les gens de venir ». On faisait du porte à porte pour expliquer : « il faut sécuriser, vous n'aurez pas de consommation à l'intérieur », et ainsi de suite. Il y a eu la rénovation de la Gare du Nord, sauf que vous avez beau nettoyer tous les murs, changer l'apparence, vous ne pouvez pas changer les gens. On peut pas prendre quelqu'un et lui dire, avec une baguette magique : « tu es toxicomane, tu es devenu ingénieur ». Les toxicomanes, on les éradique pas, ils sont là. C'est un problème social très fort, un problème sanitaire très fort. Comprendre et régler le mal-être de quelqu'un ça se fait pas sur un claquement de doigt. Si on comprend pas ça et qu'on prend le problème de l'usage de la drogue comme le délit d'usage de drogues, on n'arrivera à rien. Pendant très longtemps, c'est ce qu'on faisait. Il y avait de telles consommations sur la voie publique et donc, qui dit consommateurs disait vendeurs, donc il y avait une occupation de la voie publique qui était très mauvaise. La physionomie était affreuse et on a lutté contre ça. Affreuse, c'est-à-dire ? C'est-à-dire qu'il y avait beaucoup de dealers, beaucoup de consommateurs. Les parkings, sur la rue Ambroise Paré, vous avez des cages pour pouvoir passer, avec des sas. Tout ça, c'était ouvert aux quatre vents. Le film L627, vous aviez cette image-là et elle était réelle. Vous aviez du deal partout, de la consommation partout. Le secteur n'avait pas la physionomie qu'elle a aujourd'hui. Et puis les Printemps Arabes sont arrivés. Une jeunesse s'est installée, a commencé à faire du business de cigarettes. Et puis ils se sont rendus compte qu'il y avait du business de médocs. Donc, ils ont gratté le business de médoc du polytoxicomane qui vendait ses médicaments pour pouvoir s'acheter de l'héro ou du crack. Ils ont commencé à tout accaparer. À partir de là, il y a eu aussi des luttes entre la jeunesse nord-africaine qui voulait accaparer l'achat du médoc et les historiques toxicomanes, mais qui avaient aussi les leviers pour se faire délivrer les ordonnances. Donc, il y a eu beaucoup de bagarres, une physionomie dégradée et progressivement une espèce de frontière s'est passée. La vente de médicaments par les jeunes nord-africains se faisait côté 18ème et le côté 10^{ème} restait chasse gardée pour les polytoxicomanes. » (Agent de police, 2020)

Cet autre policier insiste sur la présence historique des incivilités et de l'insalubrité du 10^{ème} arrondissement, avant l'implantation de la SCMR et sur le fait qu'il s'agit d'une préoccupation très importante pour les habitants du quartier : « *Au début, j'avoue que c'était quelque chose qui me parlait pas du tout parce que, dans le Yème [arrondissement précédent où exerçait cet agent de police] on n'en parlait pas vraiment et puis, même avant, dans ma vie d'avant dans les W [autre département d'exercice], on m'a jamais parlé de gens qui pissaient par terre, de gens qui s'alcoolisaient. Mais ici, force est de constater, et je l'ai très vite constaté d'ailleurs, c'est le sujet de conversation majeure des gens : ça sent l'urine, ce sont pas des gens d'ici en général, ce ne sont pas des riverains, consomment de l'alcool, crient, vocifèrent, etc. Et le maire m'avait dit : « vous allez voir, c'est le sujet majeur de préoccupation des gens ». Vous pouvez leur parler de cambriolage, etc., c'est pas qu'ils s'en foutent, mais je l'ai vu et je l'ai expérimenté à plusieurs reprises dans des comités de quartier, j'étais tout content de parler de mes chiffres qui étaient en baisse : « vous savez, on baisse en cambriolage, c'est bien », « oh mais on s'en fout, mais les mecs qui pissent en bas de chez moi, ça pue, c'est dégueulasse. Moi, je parlais du principe, parce que je suis quand même un policier avant tout, que la police est là pour arrêter les délinquants et quand on priorise, moi je préfère que mes gars fassent un flagrant délit de cambriolage plutôt qu'ils aillent verbaliser les gens qui pissent par terre. Surtout que les gens qui pissent par terre, s'il faut les prendre en flagrant délit, c'est difficile. Ça dure 30 secondes, ils referment leur machin, ils repartent parce que c'est que des hommes, évidemment, forcément. Il y a quand même une certaine hiérarchisation de la connerie ! Je me suis aperçu que ça prenait beaucoup de place. Donc, on a fait des efforts.» (Agent de police, 2016)*

Lors d'un entretien collectif, un policier considère que ces troubles à l'ordre public pré-existaient avant l'implantation de la SCMR, mais qu'ils sont plus difficilement acceptés et que les doléances sont plus présentes sur les réseaux sociaux donc plus visibles : « **Agent 4** : Cette société de communication fait que les gens parlent plus. Moi, je trouve que c'est aussi un problème de société, mais toutes problématiques liées à la police. Il y a des gens qui toléraient certaines choses et, parce qu'on est dans le nord de Paris, il y a des problèmes qu'ils ne tolèrent plus maintenant. Nous, des fois, on reçoit des mails sur des problématiques qui datent, c'est pas quelque chose de nouveau, où il y avait pas de problèmes et tout d'un coup, il y a un problème. Après la salle de shoot, quand on y passe, moi je sens pas en insécurité. Après, j'ai un regard de policière, on est d'accord [...] Justement, il est plus aiguisé. **Agent 4** : Oui, mais je me sens pas en insécurité. Moi, je ne connaissais pas le secteur avant de venir travailler ici, mais je me sens pas en danger. Ils sont dans leur coin.» (Entretien collectif agents de police 3 et 4, 2020)

Ce professionnel de la réduction des risques qui a fait des maraudes dans le quartier géographique de la SCMR remet également en perspective la période où il exerçait entre 2011 et 2016 : « *Devant Step avec les travaux, je sais plus à quel moment c'était, devant Step, il y avait le square Léon aussi qui était très occupé. Je me rappelle de maraudes avec un collègue, je crois avec Y. Je me rappelle de maraudes avec lui et sortir d'un plan d'herbe, et de lui dire : « t'as une aiguille qui s'est plantée dans la semelle de ta chaussure ». Tellement il y avait de matériel, que si tu faisais pas vraiment attention à ce qui se passait autour de toi, tu pouvais te retrouver avec une seringue plantée dans ta semelle. On recevait aussi régulièrement des appels, soit des Captifs, soit de riverains à Charonne pour Cavaillé-Coll. » (Professionnel réduction des risques, 2021)*

Ce même professionnel de réduction des risques rappelle l'existence de scènes ouvertes dans le quartier géographique de la SCMR, avant son implantation, scènes collectives qu'il n'a plus identifiées depuis son implantation : « *Il y a quelque chose dont Y a parlé et qui m'a un petit peu marqué, parce qu'on a parlé du muret [rue de Maubeuge], mais avant le muret, il y avait aussi les espèces de grilles d'aération qui étaient juste à côté. Ça, ça m'a assez marqué parce qu'on trouvait déjà, quand je bossais à Step, énormément de personnes et de matériel à cet endroit-là. Je me rappelle que quand la SNCF a décidé de fermer cet endroit [en 2016, quelques mois avant l'ouverture de la salle], c'est là que s'est renforcé et s'est vraiment créé le muret, en tout cas dans mon souvenir c'est comme ça. Ça m'avait assez marqué parce que c'était vraiment un cas d'école que si on pousse les personnes ailleurs, si on ferme les espaces, elles vont continuer à consommer, elles vont simplement se déplacer de quelques mètres. Ce qui m'avait marqué, c'était la présence des personnes au quotidien dans l'espace public, dans des états qui me paraissaient et qui me paraissent toujours dans des états de santé assez déplorables. Et des pratiques, de voir des personnes ramasser des seringues entre les grilles des égouts pour injecter en public, debout, en ramassant du matériel par terre. Ça m'a vraiment beaucoup interpellé [...]* Comme la SNCF a décidé, je sais plus si c'était pile à l'ouverture de la salle ou un petit peu avant ou un petit peu après, de verrouiller l'accès au muret, on a plus vu de grosses scènes d'injection collective à cinq, dix, quinze personnes. Depuis cette époque-là, j'ai pas revu de grosses scènes d'injection en extérieur, avec plusieurs personnes. Il y a eu un petit laps de temps où je suis un petit peu moins venu, mais on a continué de voir des personnes injecter dans les sanisettes ou dans les parkings, où là il y avait encore des groupes de personnes qui injectaient. Le gros changement a été la suppression de cette scène d'injection collective, pour moi. » (Professionnel de réduction des risques, 2021)

Il met en évidence une évolution des scènes d'injection dans l'espace public qui sont moins collectives et plus individuelles, et qui ont changé de localisation : « Des lieux où subsistent des pratiques d'injection dans l'espace public, depuis l'ouverture de la salle ? » « *Ponctuellement, en fonction des... C'est très souvent les espaces de travaux. Quand il y a des travaux qui sont mis en place pour un temps x, on va retrouver du matériel d'injection dans ces lieux-là. Il y a eu régulièrement des travaux dans la rue qui est tout de suite quand tu sors de la gare, rue de Maubeuge. On a eu régulièrement des petites scènes d'injection où on trouvait une personne, voire deux personnes en train d'injecter. Il y a eu un report d'injection rue Saint-Vincent-de-Paul, c'est sûr et certain. On est passé d'une grosse scène d'injection collective derrière le muret à plusieurs petites scènes d'injection ou d'inhalation parce qu'on se rend bien compte que parfois c'est des personnes qu'on connaît pas forcément qui sont sous le porche rue Saint-Vincent-de-Paul. Pour moi, c'est ce qui a changé. Et on voit aussi beaucoup moins de personnes au square Cavaillé-Coll. Il y a toujours eu de l'injection à Cavaillé-Coll, mais on ramasse moins de matériel et on voit moins de personnes présentes. » (Professionnel de réduction des risques, 2021)*

4.5. Une diminution des injections dans l'espace public, mais de nouvelles configurations d'occupation de l'espace public

La visibilité des injections dans l'espace public est également liée à un déplacement des scènes d'injection, avant et après l'implantation des SCMR. Avant l'implantation de la SCMR, des scènes ouvertes existaient sur la rue de Maubeuge qui est une rue qui longe la gare du Nord et qui est perpendiculaire à la rue Ambroise Paré où se situe la SCMR et des regroupements d'utilisateurs étaient présents et des scènes d'injection étaient présentes rue Guy Patin (Carte 5 du chapitre 4) La rue Guy Patin est bordée d'habitations sur un côté de la rue et de l'autre côté par l'hôpital Lariboisière, la rue de Maubeuge essentiellement des bureaux et comprend d'un côté l'hôpital et de l'autre côté la Gare du Nord, cette rue comprend peu d'habitations. Depuis l'implantation de la SCMR, les scènes d'injection qui persistent se sont déplacées principalement rue Saint-Vincent de Paul qui est une rue bordée d'habitations des deux côtés de la rue, ce qui les rend plus visibles et plus difficiles à vivre pour les riverains qui habitent dans cette rue.

Autre élément intéressant mis en évidence par cet agent de police pour comprendre l'évolution de la perception des troubles à l'ordre public et de la tranquillité publique. Selon lui, la sécurisation des immeubles donne lieu à une plus grande visibilité des utilisateurs dans l'espace public, en particulier rue Saint Vincent de Paul car avant cette sécurisation, les utilisateurs se réfugiaient à l'intérieur des immeuble pour se protéger du froid et pour injecter sans être sous le regard des riverains. Les intrusions dans les immeubles ayant diminué suite à cette sécurisation, mécaniquement ces mêmes utilisateurs se retrouvent dans l'espace public : « Est-ce que la nature des plaintes a changé au fil du temps de la part des riverains, à la fois avant et depuis que la salle s'est installée ? Est-ce que vous avez vu des évolutions à la fois dans la nature des plaintes et dans le nombre de plaintes ? Agent 4 : Avant, ils nous écrivaient pas et ils étaient peut-être tolérants. Quand cette salle est arrivée, ils se sont peut-être retrouvés moins tolérants. Mais là, ils sont beaucoup demandeurs parce qu'ils sont focalisés sur cette salle. Ils ne comprennent pas puisque, depuis la création, nous avons un réseau de caméra qui est assez important. Nous devons avoir quatre caméras, voire six autour. Ils ne comprennent pas pourquoi, malgré ces caméras, il y a toujours ces nuisances. C'est un peu compliqué à leur expliquer. Ils râlent aussi parce que ça leur a coûté cher de sécuriser leurs immeubles. Finalement, ce qu'ils voyaient pas dans le hall du voisin, comme tout le monde est dehors maintenant, ils le voient plus. Comme tout le monde est dehors ? Agent 4 : Parce qu'ils peuvent plus rentrer dans les immeubles. » (Entretien collectif agent 3 et 4, 2020)

L'enquête épidémiologique COSINUS met en évidence une diminution de l'injection dans l'espace public, confirmée par les entretiens sociologiques menés auprès des utilisateurs qui fréquentent la SCMR. Ces deux dispositifs d'enquête montrent toutefois que l'injection n'a pas totalement cessé dans l'espace public, mais que les utilisateurs ont modifié leurs pratiques. L'expérience que les utilisateurs ont de la SCMR sera détaillée dans le cadre de publications futures, mais il nous semblait essentiel d'intégrer dans ce rapport des données relatives à l'expérience que les utilisateurs ont de la SCMR et des modifications que cela a apportées dans leur rapport à l'espace public et aux riverains. Comme nous l'avons montré dans l'analyse du débat médiatique dans le chapitre 1, les utilisateurs sont souvent exclus du débat sur les SCMR

alors qu'ils sont les premiers concernés par ces dispositifs, leur opinion doit donc également être prise en considération.

Lors des entretiens, tous les usagers rencontrés font part du fait qu'injecter dans l'espace public n'est pas un choix et que la SCMR permet de trouver une alternative. Cette usagère fait part de son souci des riverains lorsqu'elle injectait dans l'espace public avant l'implantation de la SCMR : « *C'est une très bonne idée (la salle) parce que la consommation comme ça dans la rue, c'est pas très bien. Même moi, je sais que ça effraie les passants. Je me sens pas à l'aise, ni pour eux, ni pour moi.* » Désormais, elle déclare ne plus injecter dans les rues, mais elle peut continuer à injecter dans les sanisettes de manière très occasionnelle quand la SCMR est fermée : « *C'est pas si régulier, enfin en ce moment. C'est très occasionnel parce que je viens aux horaires d'ouverture de la salle parce que c'est pas très agréable de faire ça ailleurs. Vous avez l'impression de prendre des risques à ce moment-là ? Ouais, et puis même, je me dis : si quelqu'un arrive, pour autrui, c'est pas cool. Et puis nous, par rapport à la police. Et même par rapport à l'hygiène. Quitte à venir à la salle, autant en profiter* » Usagère, SCMR, 2020).

Cette usagère fait également part du fait que fréquenter la SCMR lui confère un cadre lui permettant de « limiter » ses consommations : « *Je pense que la salle m'offre plus... Comme j'ai un cadre, je sais que s'il y avait pas la salle, je shooterais à n'importe quelle heure chez moi. Ça m'arrive par exemple d'être en vacances et de shooter à 10 heures, puis à 18 heures, un peu n'importe comment. Là, le fait de venir à la salle, de savoir que je vais faire mon shoot, c'est le seul que je fais pour la journée. Donc ça m'aide à limiter, au contraire.* »

Elle met également en évidence les bienfaits de la SCMR pour « se reposer », avoir un espace de « sociabilité » et la capacité de l'équipe à « gérer les tensions » entre usagers : « *C'est bien (la SCMR). Par exemple, je sais qu'il y en avait qui, toute la journée, étaient dans le coin, qui galéraient, et ils avaient l'occasion comme ça de se reposer un peu, de s'asseoir, d'être un peu tranquilles. C'est aussi un espace de sociabilité justement pour des gens qui sont dans une détresse affective parfois. Ça leur permet de se faire des amis, de papoter. Et puis c'est bien géré par le personnel parce que ça (les drogues) peut créer des problèmes justement. En fait, le Skénan à la limite ça calme un peu. Le crack ça excite, ça peut générer des embrouilles. Moi en tout cas, en tant que consommatrice, j'ai jamais eu aucun problème, à aucun moment ça dégénère. Parfois, il y a des petites tensions parce que des gens restaient trop longtemps. Mais le personnel savait très bien s'occuper de ça.* »

Elle se dit également très sensible la cohabitation avec les riverains et au fait d'inciter les usagers à ne pas laisser de matériel dans l'espace public : « *Dans les parkings, quand on arrive, parfois on râle parce qu'il y a déjà du matériel. Mais les mêmes qui râlent, c'est aussi ceux après qui laissent du matériel. Généralement, quand on est plusieurs, quand on est douzaine dans le parking, quand on part, il y en a toujours un pour faire la morale : « c'est dégueulasse, ramasse tes déchets ».* C'est pas cool parce que ça nuit à la confiance, déjà du voisinage. Déjà qu'ils nous aiment pas beaucoup alors si, en plus, on leur laisse des seringues, c'est évident qu'ils vont nous mettre des bâtons sous les roues. Et puis même, en termes de santé publique, de respect de la vie, c'est pas. » (Usagère, SCMR, 2020)

Cet autre usager évoque ses pratiques avant l'implantation de la SCMR, décrivant la scène ouverte de drogues de la rue de Maubeuge, une rue perpendiculaire à la rue Ambroise Paré où

est située la SCMR : « *On va parler de ta pratique de consommation avant la salle. Dans quels lieux, tu consommais ? Malheureusement, je le faisais dans la même rue que la salle mais dehors, c'est-à-dire dans les parkings souterrains, dans les toilettes publiques. On avait même un endroit, on aurait dit une salle de consommation à l'air libre, mais avec les déchets par terre, c'était assez dégueulasse. C'était où ? Juste à la Gare du Nord, là où il y avait des barrières qu'il n'y avait pas avant. Il y avait un petit muret et tout le monde s'asseyait contre le muret (rue de Maubeuge). Mais quand je dis tout le monde, c'était tout le monde. Tous ceux qui venaient ici, on se retrouvait là-bas (...)* » (Usager, SCMR 2020)

Il fait part de sa crainte de la police lors de cette période et des risques liés à la présence des seringues dans l'espace public : « *C'est vrai que c'est pas toujours agréable de shooter avec tout le monde et puis la peur de se faire arrêter par la police. Souvent, on y allait quand il y avait aucun chiotte d'ouvert (...)* Et j'étais souvent pas seul. Souvent, j'étais pas seul. Mais c'était dangereux, je me suis même piqué une fois sur une seringue de quelqu'un. La chance, j'ai pas eu de maladie. Je crois qu'elle était pas usagée, j'étais pas sûr. »

Bénéficiaire à la fois de la SCMR et d'un hébergement lui permet de modifier radicalement ses conditions d'injection car il n'injecte plus qu'à la salle ou chez lui. Ses injections dans l'espace public ont cessé depuis l'ouverture de la salle, ce qui a amélioré les choses pour lui par rapport à la situation avant l'implantation de la SCMR : « *Dans de sales conditions. Hygiène déplorable, vraiment déplorable. Moi, je suis vraiment bien content, et maintenant que j'ai aussi l'hôtel, j'ai le choix entre la salle et l'hôtel. Des fois, c'est pas plus mal aussi de consommer chez soi.* »

Il évoque également dans son entretien des agressions dont il a pu faire l'objet avant l'ouverture de la SCMR quand il injectait dans des halls d'immeuble : « *J'ai vu des mecs se faire tabasser et je me suis déjà fait tabasser. Par qui ? On appelle ça des anti-tox, des jeunes qui sont contre les toxicos. Une fois, j'étais avec Joé dans un hall d'immeuble et on s'est fait lasser à coup de barre de fer. Mais il y a longtemps de ça, c'était avant l'ouverture de la salle.* » (Usager SCMR, 2020)

Enfin cet autre usager fait part de la stigmatisation dont les usagers peuvent souffrir et souhaiterait que les riverains soient mieux informés sur les bénéfices de la SCMR. Il veut également déconstruire les stéréotypes présents sur les usagers en montrant aux riverains que la « personne toxicomane » peut également être quelqu'un de proche : « *Je sais que beaucoup de personnes se plaignent parce qu'il y a la salle et automatiquement ça amène encore d'autres personnes. Pour eux, ils comprennent pas que ça existe une salle où on autorise à s'injecter. Ils comprennent pas non plus que s'il y a pas de lieu, ce sera toujours dans les endroits devant chez eux, devant leur porte. Alors il faut peut-être qu'ils comprennent. Là, je crois, mais c'est mon avis simplement, il y a une mauvaise information, une mauvaise divulgation d'information. On stéréotype un peu trop la manière de dire les choses. Pour ma part, des fois on en rigolait. S'ils veulent comprendre les gens, il faut leur offrir l'accès, les recevoir ici déjà, pour ceux qui sont du voisinage. Et puis leur faire un rappel que ça peut être leurs enfants, leurs petits-enfants. Il faut pas voir la personne toxicomane comme un individu qui ne peut pas être vous ou quelqu'un de chez vous.* » (Usager SCMR, 2020)

4.6. Mise en perspective des données relatives à la délinquance dans la zone géographique de la SCMR – données quantitatives produites par le commissariat du 10^{ème} arrondissement et entretiens semi-directifs avec les agents de police

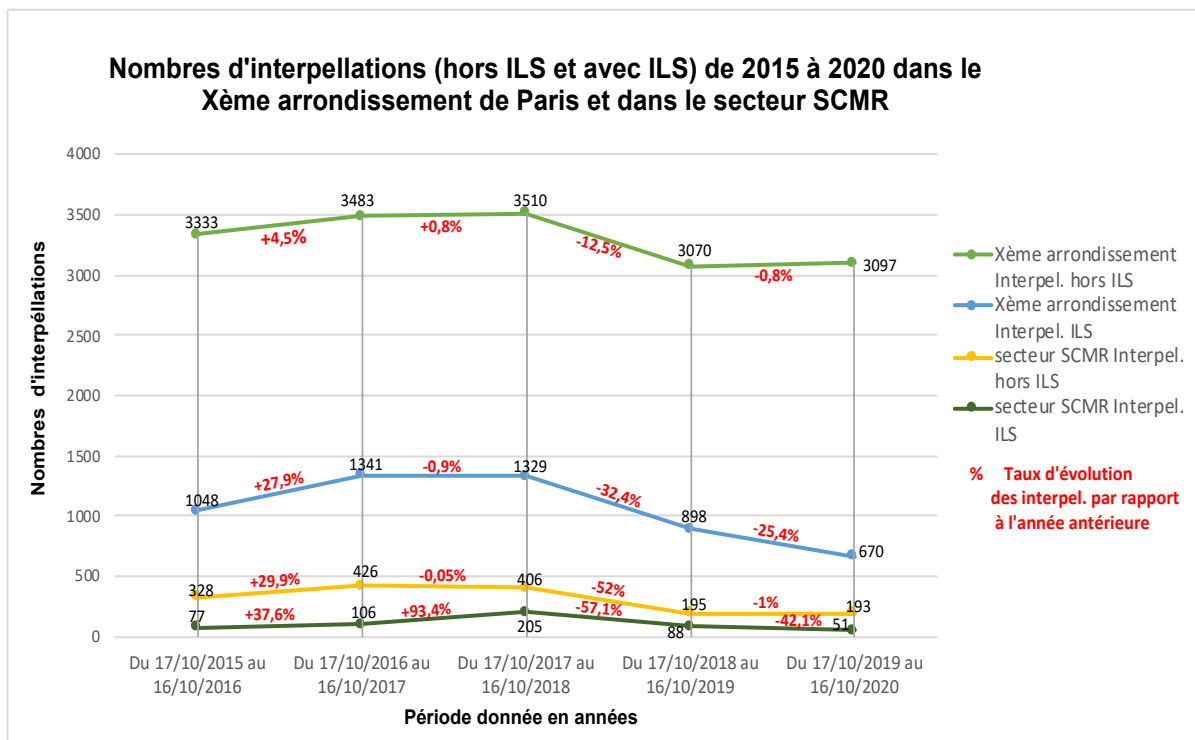
Afin de disposer de données quantitatives complémentaires pour documenter les actes de délinquance dans la zone géographique de la SCMR, le commissariat du 10^{ème} arrondissement nous a fourni les statistiques relatives aux actes de délinquance (en distinguant les interpellations relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) et les autres infractions (hors ILS) dans la zone Saint Vincent de Paul et dans le 10^{ème} arrondissement, de 2015 à 2020. Les statistiques policières sont complexes à interpréter et peuvent avant tout refléter l'activité des forces de police.

La figure 26 met en évidence que d'octobre 2015 à octobre 2016, le quartier SCMR a connu une augmentation des interpellations liées aux ILS un peu plus importante celle observée dans le 10^{ème} arrondissement. Sur la même période, les autres infractions étaient en augmentation importante dans le quartier SCMR comparée à une stabilité dans le 10^{ème} arrondissement. Ces données mettent en évidence une situation difficile en termes de délinquance en lien avec l'usage de drogues et en lien avec d'autres problématiques dans le quartier de la SCMR avant son implantation.

Suite à l'implantation de la SCMR, d'octobre 2016 à octobre 2017, le quartier de la SCMR connaît une situation stable en termes d'infractions hors ILS, comparable à celle du 10^{ème}. Concernant les ILS, l'année de l'ouverture de la SCMR met en évidence une augmentation très importante des ILS dans le quartier de la SCMR, en comparaison au 10^{ème} arrondissement qui connaît une situation stable vis-à-vis de cet indicateur.

D'octobre 2018 à octobre 2019, tous les indicateurs sont tous fortement orientés à la baisse dans le quartier de la SCMR, de manière plus forte que dans le 10^{ème} arrondissement.

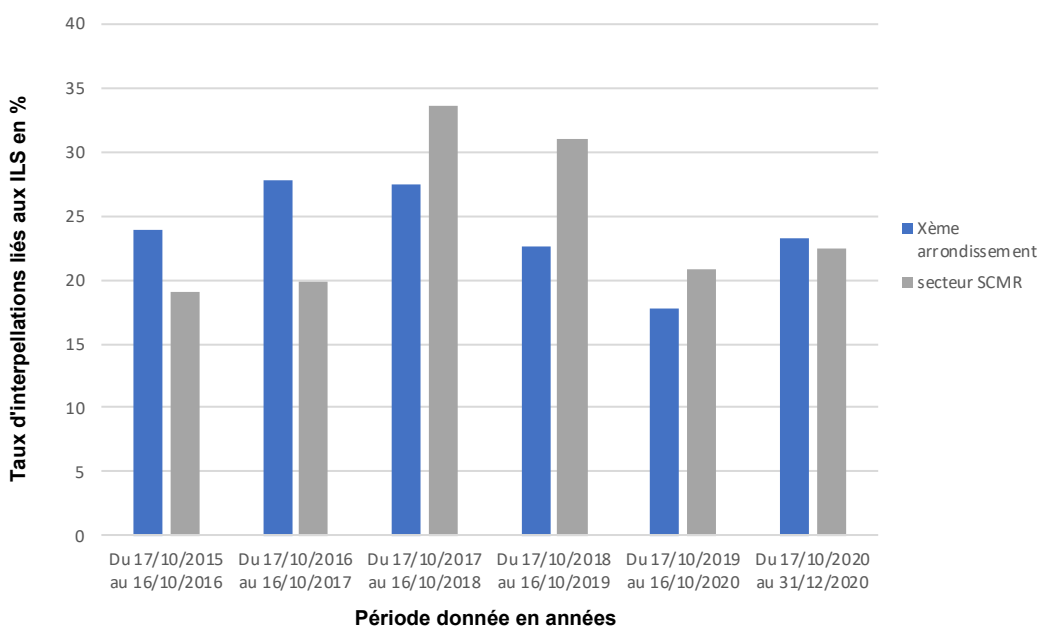
D'octobre 2019 à octobre 2020, le quartier de la SCMR se caractérise par une diminution plus importante des ILS que dans le 10^{ème} arrondissement, alors que l'indicateur autres interpellations est stable dans le quartier SCMR de manière équivalente à celle du 10^{ème} arrondissement.



Source : commissariat du 10^{ème} arrondissement de Paris

Sur la figure 27, une comparaison entre le taux d'ILS entre 2015 et 2020 a été réalisée entre le quartier SCMR et le 10^{ème} arrondissement. Ces données mettent en évidence une activité soutenue des forces de police concernant les arrestations en lien avec les stupéfiants dans le quartier de la SCMR, en particulier à partir de 2018, ce qui met en évidence que le quartier SCMR n'est pas une « zone de non droit », et que l'activité policière y reste intense.

Figure 27 Taux d'interpellations liées aux ILS de 2015 à 2020 dans le 10^{ème} arrondissement de Paris et dans le secteur SCMR



Source : commissariat du Xe arrondissement de Paris

Les entretiens réalisés avec les forces de police mettent en évidence quatre éléments principaux :

- Le quartier géographique de la SCMR était très impacté par les questions de délinquance avant l'implantation de la SCMR, déjà mentionné plus haut.
- Depuis l'implantation de la SCMR, le quartier ne présente pas de dégradation majeure en termes de sécurité publique, par rapport à d'autres quartiers du 10^{ème} arrondissement dont la situation s'est dégradée.
- Les forces de police continuent de verbaliser les infractions à la législation sur les stupéfiants quand elles vont au delà des quantités définies par le procureur pour la zone de tolérance autour de la SCMR.
- Des incompréhensions existent entre certains riverains et la police sur leurs fonctions de faire disparaître les personnes usagères de drogues de l'espace public, mais également des possibilités de collaboration.

Un agent de police décrit les problématiques auxquelles la police est confrontée sur le secteur SCMR et au-delà. Ces problématiques sont incarnées par la diversité des publics en situation précaire (usagers de drogues, personnes sans domicile, personnes sous l'emprise de l'alcool) et les réponses disponibles qui ne sont pas adaptées car ces personnes sont pour la plupart à la rue car elles n'ont pas d'hébergement. Les verbaliser constitue une mesure provisoire qui fait partie de l'arsenal des réponses policières, mais qui n'apporte pas de réponse satisfaisante sur le long terme : « **Agent 2** : Si vous prenez le 10^{ème} arrondissement, il y a quelques endroits où ils [les usagers de drogues] se regroupent de manière régulière. Il y avait les gens qui étaient dans les porches aux alentours de la SCMR, sur la rue Saint-Vincent-de-Paul. La seule façon d'arriver à un équilibre entre la protection des riverains et de l'ordre public, c'est juste d'indiquer aux gens de s'installer ailleurs, mais sans solution pérenne d'hébergement. L'autre lieu qu'on a de manière assez prégnante, il est au niveau du métro Bonne Nouvelle, au niveau de la rue de Mazagan, où on a certains soirs entre 20 et 40 personnes qui stagnent. Alors c'est un mélange

de SDF, de gens sous alcool, de gens sous drogue. Là aussi, aucun moyen d'action, si ce n'est de dire aux gens qu'ils font trop de bruit et d'aller ailleurs. On aurait, nous, une mesure de mise à l'abri qui pourrait exister, ce serait de mettre les gens en ivresse publique et manifeste. Mais c'est une mesure qui est temporaire et c'est une mesure qui a une visée contraventionnelle. Le but, c'est quand même de mettre une contravention à la personne puisqu'il est alcoolisé dehors. En termes de prise en charge de personnes à la rue ou dépendantes, il y a absolument aucun intérêt parce qu'on va pas non plus la sur-précariser en lui mettant une amende. » (Entretien avec deux agents de police, 2020)

Pour un autre agent de police, les doléances autour de la SCMR sont parfois liées à une confusion des publics : « Non, j'ai pas de choses particulières, pas nécessairement autour de ce quartier-là. Moi, les doléances que j'aie, c'est principalement des doléances de SDF. J'ai principalement des gens qui se plaignent du bruit, qui se plaignent de : « il y en a qui boivent », « il y en a qui trafiquent », « il y a plein de jeunes qui sont bizarres » (Agent de police, 2016)

En termes de sécurité publique, les difficultés rapportées par les riverains qui s'adressent aux forces de police sont celles de l'occupation de l'espace public par une diversité de publics en situation de précarité sociale. Les agents de police font un constat partagé d'une situation qui ne s'est pas dégradée, du point de vue de l'ordre public « il y a pas de difficultés particulières ». Ce discours a également été mis en évidence par l'ensemble des commissaires de police du 10^{ème} arrondissement [4 commissaires principaux responsables du 10^{ème} ont été en poste sur la période], lors des comités de voisinage de 2016 à 2021.

Pour cet agent de police en poste depuis plus de 20 ans dans le quartier, la situation n'a pas évolué défavorablement, mais ce n'est pas pour cela qu'elle est acceptable, en particulier concernant les seringues dans l'espace public : « Agent 3 : Pour moi, ça n'a pas changé. Mais moi, j'ai une vision de policier et je suis pas habitant. Moi, les seringues qui traînent par terre, je trouve ça affreux mais c'est toute ma vie professionnelle. » (Entretien collectif agents de police 3 et 4)

Pour les agents de police, le quartier SCMR est moins problématique que d'autres quartiers du 10^{ème} arrondissement tels que le secteur Château Landon, le secteur Strasbourg Saint-Denis et la Grande aux Belles : « Dans le 10^{ème}, où sont les points les plus problématiques pour vous ? **Agent 4** : Moi, le secteur Château Landon, le secteur Strasbourg et un peu la Grange aux Belles. **Agent 4** : La Grange-aux-Belles. **Agent 3** : Il y a Belleville, côté beaucoup Villette, qui est horrible. **Agent 4** : Pourquoi c'est horrible ? **Agent 3** : C'est un Barbès, c'est un mini Barbès. Vous avez tous les deux mètres une prostituée chinoise, vous avez les joueurs de bonneteau, les vendeurs de cigarettes, de la drogue. C'est pas très agréable. Le boulevard de Strasbourg n'est pas désagréable parce que mono activité, les gens qui n'habitent pas et qui sont toujours dans la rue, des gens qui habitent là et qui ne supportent pas les gens qui sont dans la rue. Vous avez la rue du Faubourg Saint-Denis. **Agent 4** : Autour de la Gare du Nord, mais pas au niveau SCMR. Là, c'est vraiment de la problématique Faubourg Saint-Denis, rue de Dunkerque, cette partie-là... **Agent 3** : Il y a pas de drogue visible mais il y a... **Agent 4** : C'est du trouble à l'ordre public. **Agent 3** : Là où on a le plus de mails, c'est ça. Là, ce qu'on vous a dit, c'est là où on a le plus de mails, mais on a plus d'habitants et c'est bruyant. » (Entretien collectif agents de police 3 et 4)

Cette distorsion sur l'appréciation de la situation du quartier par la police qui ne nécessite pas une intervention accrue des forces de police et les attentes de certains riverains considérant

que le quartier SCMR est « une zone de non droit » contribuent à une situation d'incompréhension de part et d'autre : « **Agent 1** : À Paris, de plus en plus, il y a des riverains qui écrivent, qui se plaignent, qui filment, qui utilisent les réseaux sociaux pour indiquer surtout ce qui ne va pas. À Paris, on est aussi dans une logique où les gens payer très cher leurs appartements et quand ils l'ont payé 11 à 12 000€ du mètre carré, ils s'attendent à ce que, en parallèle, il y ait une offre de services qui soit en adéquation avec ce qu'ils ont déboursé. Malheureusement, c'est pas le cas. Il y a une très forte attente sur ce sujet-là à Paris. Nous, dans les relations qu'on peut avoir avec les riverains, autant qu'avec la mairie, la question de l'occupation de l'espace public dans le secteur par des SDF ou par des toxicomanes, c'est vraiment les questions les plus prégnantes. **Agent 2** : C'est une grosse partie du travail. **Agent 1** : Les questions d'agression, de cambriolages ou autres sont un peu secondaires pour les gens. C'est assez étonnant (...) **Agent 1** : Avec un discours qui est franc (avec les riverains), il y a pas de difficulté. Ils ont parfois du mal à comprendre les contours de notre action et les limites aussi de notre action. Ils disent en gros : « vous passez devant eux toute la journée et vous faites rien ». Les gens ont du mal à comprendre qu'être à la rue, être pauvre et toxicomane, c'est pas une infraction. On peut pas mettre en prison tous les gens qui sont dehors et qui peuvent gêner entre guillemets la carte postale. Ils ont parfois un peu de difficultés à comprendre ça. C'est source d'incompréhension et même parfois, je vais pas dire de rancœur, mais on reçoit des mails un peu assassins, où on vous dit : « ça devient des zones de non-droit, l'État ne fait rien, est-ce qu'il va falloir attendre un drame pour que vous agissiez enfin ? » (Entretien avec deux agents de police, 2020)

Sur la question du périmètre de tolérance, les agents de police décrivent la manière dont ils travaillent afin de trouver un équilibre entre favoriser la tranquillité publique dans le quartier et permettre aux usagers d'accéder à la SCMR : « **Agent 2** : Nous, le seul outil qu'on peut avoir, c'est l'application du code pénal. Si la personne va vendre de la drogue ou des médicaments dans le périmètre protégé, on pourra l'interpeler ; soit la personne va être violente ou complètement ivre sur la voie publique. En dehors de ça, si on est juste sur un toxicomane qui est présent dehors, qui attend pour accéder à la SCMR, il y a rien qui est possible de faire. Ça renvoie à la question de la zone de tolérance qui peut être appelée zone de non-droit par certains riverains. Cette sur zone de tolérance, comment ça fonctionne par rapport à un autre quartier ? Qu'est-ce que ça change pour vous ? **Agent 1** : Ça change qu'on travaille un peu différemment. Dans d'autres quartiers quand vous avez des gens qui, par leur attitude, la façon dont ils ont de se déplacer, vous pouvez les contrôler et sur eux, vous pouvez trouver des stupéfiants. Vous pouvez être amené à les ramener au commissariat pour être interpellés ou à les verbaliser à une amende forfaitaire délictuelle. Quand vous êtes sur le secteur SCMR, ce genre de profil que vous pouvez être amené à contrôler ailleurs, généralement c'est des usagers de la salle, tant qu'ils ont que leur produit et leur consommation personnelle sur eux, ils peuvent accéder sans difficulté aux locaux. C'est une autre manière de travailler. Pour le coup, sur l'aspect SCMR, on va plus se focaliser sur les éventuels trafics de stupéfiants, donc des gens qui revendraient sur le secteur plutôt que sur de la simple détention. **Agent 1** : C'est une zone de non-droit pour les riverains puisque des gens peuvent être amenés à se promener avec des quantités de stupéfiants sans être inquiétés. C'est plus comme ça qu'eux le voient comme zone de non-droit. **Agent 2** : Mais ce côté non-droit n'englobe que la détention de stupéfiant. Sur le secteur, bien évidemment qu'on va agir s'il y a agression, vol, violence. Sur tout le reste du spectre juridique, on intervient : occupation des halls, dégradation. On intervient sur tout. Le trafic évidemment. En fait, c'est juste cette petite part de détention de stupéfiants qui, dans un autre secteur, pourrait être

amené à faire un contrôle et une interpellation. Sur ce secteur, non. » (Entretien avec deux agents de police, 2020)

Un des agents de police rencontrés met en exergue une concentration des problèmes sur une portion de la rue Saint-Vincent de Paul. Une confusion peut également exister sur les rôles de chacun en matière de sécurisation du quartier. Cet agent de police met ainsi en évidence, qu'un immeuble au sein duquel s'étaient concentrées des intrusions dans les halls d'immeuble était l'un des rares immeubles à ne pas disposer d'un dispositif de sécurisation pour y entrer. Suite à des négociations avec le syndic de copropriété de l'immeuble sur les rôles de chacun, une amélioration de la situation semble avoir été constatée : « **Agent 1** : *L'idée qu'on a, c'est que ça s'est concentré il y a peu de temps au niveau du 21-23 Saint-Vincent-de-Paul où les gens entraient dans la copro en pleine nuit, en mettant un coup d'épaule dans la porte et en allant consommer des stupéfiants dans les parties communes. Nous, il y a eu un travail qui a été fait avec le syndic. Le syndic pensait qu'en ayant une caméra directement sur leur entrée, on allait, nous, jouer les vigiles régulièrement et venir à chaque fois. Donc, on leur a quand même expliqué que la sécurisation des lieux leur revenait et ils ont fini par faire des travaux de renforcement de la porte d'entrée, en changeant les aimants. Depuis on n'a plus d'intrusion. » (Entretien avec deux agents de police, 2020)*

Les incompréhensions qui peuvent exister entre certains riverains et la police ont été décrites dès les premiers entretiens réalisés avec les forces de police, en lien avec des attentes fortes de certains riverains sur les missions de la police qui ne peuvent pas toujours être remplies car il n'est pas possible de « *poster un policier à chaque coin de rue* ». Toutefois, cet agent de police reconnaît que leur rôle peut être parfois plus de « *lutter contre le sentiment d'insécurité* » que contre d'agir sur des faits de délinquance. La présence policière étant décrite, par ailleurs comme dissuasive en soi : « *En fait, on s'aperçoit qu'on lutte plus contre le sentiment d'insécurité que contre la sécurité elle-même. Si vous mettez une patrouille à un endroit pendant trois semaines d'affilée, les gens vont être ravis et vont se dire : c'est bon, ça va beaucoup mieux, alors que, finalement, sur le plus long terme, je suis pas sûr que ça ait une incidence particulière. Voilà, on est très à l'écoute des riverains. Nous, notre boulot c'est effectivement de mettre les délinquants à disposition du procureur de la République, comme le code pénal nous le dit. Mais c'est aussi satisfaire la population dans la mesure de nos possibilités. Il y a des gens qui voudraient qu'on se mette à tel point toute la journée pour verbaliser les gens qui pissent. Déjà, s'ils nous voient, ils vont pas pisser. S'ils nous voient, ils vont pas s'alcooliser. C'est pas un jeu de dupes mais c'est un peu compliqué de faire comprendre aux riverains qu'on peut pas être là tout le temps, qu'on a des missions plus importantes, que, certes, c'est important pour eux mais, pour nous, c'est pas la priorité. Mais il faut quand même qu'on le fasse [...] Donc, on est un petit peu les pompiers de la sécurité publique, c'est-à-dire qu'on essaie d'éteindre les incendies mais forcément quand on en éteint un, il y en a un qui se rallume derrière. C'est pas un jeu sans fin mais c'est un peu le tonneau des Danaïdes, plus on le remplit et plus il se vide. Mais heureusement qu'on est là parce que, si on n'était pas là, ce serait la catastrophe. Je pars du principe qu'on est le dernier rempart, entre guillemets, de la sécurité des gens. Moi, mon baromètre, c'est certes les statistiques mais c'est plus aussi le degré, entre guillemets, de satisfaction des gens. Il y a quand même des gens qui sont satisfaits de notre travail, ça peut arriver. C'est rare mais ça peut arriver.* » (Agent de police, 2016)

Ce constat d'avoir une marge de manœuvre limitée sur les injections dans l'espace public car l'acte est très rapide et il est difficile d'être présent au moment où il se déroule n'empêche pas les agents de police d'avoir l'impression de remplir leur mission concernant les interpellations à la législation sur les stupéfiants dans le secteur SCMR : « *Le problème, c'est qu'une fois que c'est injecté, il y a plus de produit, il y a plus rien, il y a plus de matière. Agent 3 : Un gars qui s'injecte. Agent 4 : Faut presque, je dis n'importe quoi, lui arracher. On peut pas faire ça, mais s'il y a plus de matière, il y a plus de matière. Agent 3 : Nous, on a des événements, par exemple le boulevard de Strasbourg, vous avez une nuisance sonore, vous avez une rixe, ça peut durer. Il y a toujours un trouble. Vous appelez le 17 parce qu'il y a un mec qui se pique, mais vous avez fini l'appel et le problème n'est plus là. Agent 4 : C'est tellement... C'est pas insignifiant, c'est pas ça du tout, c'est juste que c'est tellement rapide que, nous, une fois qu'il y a plus de matière, une fois que c'est injecté, il y a plus de problèmes entre guillemets, il y a plus d'infraction. Ça, c'est un vrai souci d'action policière, c'est vrai. Par contre, ils ont signalé récemment de la vente de médicaments. En plus, ils s'étaient adaptés à nos horaires, il y a ça aussi. C'est pour ça que les cellules d'écoute sont importantes parce qu'ils nous ont signalé des vrais problèmes avec des vraies informations. Ils ont été très observateurs et ça a matché. On a fait de la surveillance parce que, nous, en plus de leur dire, il faut qu'on constate par nous-mêmes, PV de surveillance, ce genre de choses. Ça a matché. Il y a un individu qui, actuellement, est en détention provisoire. Mais ça, c'est grâce à eux. Nous, policiers, non. En plus, ils faisaient ça le matin entre 6 heures et 7 heures au moment où c'est la relève. Ils s'étaient adaptés à nos horaires. Merci à eux d'ailleurs.* » (Entretien collectif agents de police 3 et 4, 2020).

Les difficultés sont principalement identifiées sur la gare du Nord qui est la plus grande gare d'Europe et qui comme toutes les gares est une zone d'usage et de trafic, comme nous l'avons présenté dans le chapitre 2. « Au niveau des interpellations, j'aurai les données chiffrées. Mais de ce que vous font remonter les équipes ? Agent 1 : Les interpellations qu'on a sur le secteur, c'est pour des gens qui sont soit au niveau de Gare du Nord avec des doses anormalement élevées de médicaments. Sinon on n'a pas énormément d'interpellations pour trafic sur le secteur SCMR. » (Entretien avec deux agents de police, 2020)

Le constat d'une absence de dégradation dans le quartier SCMR ne signifie pas que les forces de police considèrent que le quartier est exempt de difficultés. Le square Cavaillé-Coll est ainsi décrit comme un lieu difficile, sans qu'un lien ne soit établi avec l'implantation de la SCMR : « **Agent 1 :** *On n'a plus d'intrusion là-bas. Par contre, on a assisté à une redescente des toxicomanes de la rue Saint-Vincent-de-Paul jusqu'à l'église Saint-Vincent-de-Paul et les environs du square Cavaillé-Coll. Si vous allez, ce que je vous invite à faire d'ailleurs, à l'église Saint-Vincent-de-Paul rue Bossuet et rue Fénelon, vous avez d'un côté des russophones, de l'autre côté c'est des Afghans, Nord-Africains, qui vivent dans une cabane construite. Agent 2 :* *Il y a des campements. Agent 1 :* *Il y a des tentes aussi. Ils ont fait un petit campement d'une dizaine de tentes et de cabanons sur le pourtour de l'église, ce qui n'est pas sans créer des difficultés puisqu'il y a une école privée qui a été mise en place sur le secteur, il y a une crèche juste à côté. Agent 2 :* *Les tentes sont jusqu'à leur porte d'entrée. Agent 1 :* *Les riverains sont un peu tendus. L'équipe éducative est aussi un peu tendue. Le sujet, on l'a abordé avec la mairie pour que l'UASA fasse son travail d'évaluation des personnes présentes et savoir à la fin comment on s'organise, si on fait une opération de mise à l'abri ou d'éviction, et qu'on soit bien raccord là-dessus. Vu la population, vu les seringues retrouvées, c'est un déport de la SCMR. C'est depuis quand ? Agent 1 :* *Septembre-octobre [2020]. En septembre-octobre, on en avait*

quelques-uns qui commençaient à apparaître. **Agent 2** : On avait deux, trois tentes autour de l'église à l'automne. Ça commençait à alerter un peu les riverains. **Agent 1** : Le curé a fait une petite erreur, il a autorisé deux, trois tentes à venir. Donc mécaniquement, ça a commencé à faire grossir le campement. » (Entretien avec deux agents de police, 2020)

Les plaintes mentionnées dans les entretiens et diffusées sur les réseaux sociaux par le collectif de riverains Lariboisière-Gare du Nord sont nombreuses au sujet de l'implantation de la SCMR, mais elles sont en décalage avec l'évolution des plaintes répertoriées par le commissariat du 10^{ème}. Selon les entretiens, aucune augmentation des plaintes n'a été observée à partir des plaintes déposées auprès de différents supports disponibles (mains courantes, boîte Ecoute 10), d'après les entretiens réalisés auprès des policiers. Des espaces de discussion ont par ailleurs été mis en place pour favoriser les échanges avec les riverains, comme le dispositif Ecoute 10 qui reçoit les doléances et peut se rendre sur place en cas de difficulté.

Dans ces espaces de discussion, les informations qui sont remontées par les riverains auprès des forces de police peuvent contribuer à la lutte contre les réseaux de trafiquants selon les forces de police. Ce point a été évoqué en comité de voisinage régulièrement : « Sinon vous disiez (au démarrage de l'entretien) que vous aviez l'impression qu'il y avait une diminution des doléances de la part des riverains. Vous le dateriez de quand ? » **Agent 2** : Presqu'un an. Moi, j'ai pas eu le sentiment depuis mon arrivée (...), qu'il y ait plus de doléances que ça. Alors il y en a toujours, mais pour moi, il y a pas plus de doléances SCMR que de doléances sur d'autres thématiques. **Agent 1** : Il y a même moins de doléances SCMR que sur d'autres secteurs. On a eu beaucoup plus de riverains du secteur Chapelle, du secteur Strasbourg-Saint-Denis qui nous ont écrit. **Agent 2** : Pour moi, doléances, il y a toujours mais pas dans une proportion comme j'ai cru comprendre qu'il y avait à l'époque de la création. Maintenant, c'est à peu près au même niveau que des doléances qu'on peut avoir sur d'autres secteurs du 10^{ème} arrondissement. **Agent 1** : Comme on l'aura parfois un petit peu... La difficulté qu'on a eu au niveau du 21-23 Saint-Vincent-de-Paul, c'est que les riverains nous disaient : « vous ne faites rien, vous ne faites rien ». Donc nous, on les a un petit peu rappelés à leurs obligations, notamment via le syndic sur la sécurisation des lieux. Donc maintenant, ils ont adopté depuis deux mois une aptitude un peu différente, que je vais qualifier d'un peu plus constructive, qui est que ce n'est plus de la dénonciation bête et méchante, de : « vous ne faites rien, c'est une zone de non-droit », mais ils sont plus dans la transmission d'informations. En disant : « attention, on a tel problème, on a identifié qu'il y avait un véhicule qui entrait régulièrement à telle heure, on se pose des questions sur ce que ça peut être ». Du coup, on a des infos sur lesquelles on travaille aussi un peu. A voir si ça se maintient dans le temps, mais on est plus des éléments de remontées de physionomie ou d'informations qui sont plus intéressantes pour nous qu'une mise en cause systématique de la police, l'État et la mairie, qui n'apporte pas grand-chose. » (Entretien avec deux agents de police, 2020)

Les entretiens ont été complétés par une analyse des plaintes transmises au commissariat du 10^{ème} et anonymisées, sur la période 2014-2020, au sein du quartier SCMR. L'analyse de ces plaintes a confirmé les entretiens effectués avec les forces de police sur leur faible nombre et a mis en évidence une « confusion » entre les publics précaires de manière générale et les usagers de drogues qui fréquentent la SCMR. L'intrusion de personnes sans domicile dans les immeubles, la présence de campements de migrants sont ainsi mises en exergue dans les

plaintes adressées au commissariat du 10^{ème}, comme étant la conséquence de l'implantation de la SCMR.

Ce constat de collaboration entre les différents acteurs dont les riverains font partie avait également été établi au début de l'implantation de la SCMR par les agents de police : « *Ils (les riverains) sont aussi très à l'écoute. Ils sont des relais très importants de la part notamment des riverains parce que, nous, on peut pas être partout. Les riverains sont les yeux et, entre guillemets, les oreilles de la mairie et de la police aussi. Nous, on a des patrouilles qui patrouillent, c'est le cas de le dire. Mais eux, ils sont là H24, donc ils voient les choses en direct et la mairie est un relais efficace. Et puis la mairie comprend. Ils comprennent vraiment notre action, les moyens qu'on met en œuvre. Il y a une convergence entre les moyens et les attentes qui est au maximum, enfin pas au maximum parce qu'on peut toujours progresser, mais on essaye de tendre vers le maximum de convergences.* » (Agent de police, 2016)

4.7. Le bilan de la SCMR présenté par les acteurs de la mairie du 10^{ème}

Les opinions des riverains quant au rôle de la mairie du 10^{ème} arrondissement sur le processus de concertation avant l'implantation de la SCMR et sur le processus de gestion de la SCMR depuis 2016 sont variés. Il nous semblait important d'introduire dans ce rapport l'expérience d'un acteur politique de la mairie du 10^{ème} qui a joué un rôle central à la fois avant et après l'installation de la SCMR à Paris.

Il évoque dans son entretien les rencontres avec les riverains, les effets de la SCMR sur l'espace public en termes positifs à partir de données quantitatives, mais reconnaît également la persistance de difficultés, en particulier sur la rue Saint Vincent de Paul : « *On peut rencontrer des gens et leur expliquer pourquoi, globalement pour nous, de manière rationnelle et pragmatique, on peut constater moins de seringues dans l'espace public, moins de regroupements. On peut constater, avec la police, très peu de délinquance réelle, très peu de vraies problématiques usuelles pour la police. Mais par contre, il peut y avoir dans certains endroits précis des effets reports. Le 18 Saint-Vincent-de-Paul, les entrées et sorties des parkings Indigo, où il y a eu, soit une création de présence, c'est le 18 Saint-Vincent-de-Paul, soit renforcement d'une présence qui existait ponctuellement, les entrées et sorties du parking Indigo. Mais c'est peu par rapport à ce qui se passait avant. Ce que j'ai rappelé aussi hier soir, qu'il faut vraiment garder en tête, c'est qu'en parallèle de l'ouverture de la salle, il y a eu un renforcement plus ou moins en même temps de la sécurisation de beaucoup de sites, qui ont fait que des gens qui arrivaient à se cacher, se cachaient moins. Donc, ils se sont retrouvés plus dans l'espace public au même moment de l'ouverture de la salle. Le cas le plus emblématique étant évidemment l'enclos SNCF du 110 Maubeuge. Donc, on a peut-être fait l'erreur, en tout cas on avait demandé à la SNCF d'attendre l'ouverture de la salle pour le fermer, c'est ce qu'ils ont fait. Ils voulaient le faire avant. Nous, on n'a pas voulu et on aurait peut-être dû, mais on ne voulait pas mettre en danger l'ouverture de la salle. Par contre, on n'avait pas imaginé que tout le monde oublierait cette enclave, qui était prévisible que par les professionnels et très peu par les habitants. Donc, tout serait mis sur le dos de l'ouverture de la salle en octobre.* » (Elu de la mairie du 10^{ème} arrondissement, 2018)

Il dresse un bilan de la SCMR, deux ans après son implantation en introduisant la distinction « intérieur » et extérieur ». Lors de cet entretien, cet élu met en évidence que les associations de réduction des risques avaient anticipé les risques liés au fait de n'avoir qu'une SCMR à Paris et que la proposition de trois salles avait été effectuée. Il dresse un bilan globalement positif de la SCMR tout en reconnaissant que des difficultés peuvent persister dans l'espace public et être compliquées à vivre pour les riverains. : « *D'ailleurs, dans les enseignements, on voit bien qu'il faut toujours faire l'interaction entre ce genre de dispositif et un extérieur, et observer les évolutions. Un peu comme tout le monde et de manière très claire, bon bilan de la salle, de ce qui s'y passe. Le public était présent et y va. Un dispositif qui correspond assez bien aux besoins. Un nombre de places probablement un peu insuffisant pour l'inhalation, mais un nombre de places suffisant a priori pour l'injection. Un dispositif de repos ou de contact avec des professionnels qui, je crois, est efficient (...) Je constate, et j'espère que c'est partagé, que si on avait écouté l'opérateur, on n'aurait pas perdu ce temps-là et qu'ils auraient pu probablement mieux gérer les effectifs de la salle pour accueillir du monde, vraiment mieux gérer les effectifs extérieurs à la salle pour les maraudes quotidiennes. Là, on a perdu probablement du temps. C'est pas essentiel mais ça a créé, pour des gens comme des riverains un peu tendus, une certaine frustration, donnant l'impression que le calage au bon niveau de l'effectif ne se fait que parce qu'il y a des riverains qui râlent. On aurait très bien pu se passer de cette étape-là. De même, c'est un sujet plus général, je pense que c'est probablement lié à l'évolution et au sérieux de ce secteur-là, si on avait eu un peu moins peur collectivement, qu'on avait un peu plus écouté les associations sur leur vision et leur analyse, et une grande partie des professionnels et des scientifiques qui observent tous ces phénomènes de scènes de consommations, on aurait dû ouvrir trois salles en même temps. En même temps, il y a un tel tabou de ce sujet dans la société que si on avait été à porter ce discours-là peut-être qu'il se serait rien passé du tout. Tout le monde a dit : « on va cranter au moins une salle pour être sûr de l'avoir, de bien se lancer et qu'ensuite on en ouvrira d'autres ». Et on voit que c'est difficile d'en avoir d'autres. Les associations dès le début avaient dit trois, en plus sur les trois secteurs géographiques où, deux ans après, quatre ans après, six ans après, c'est toujours là où il y a les besoins et sur lesquels il y a des problèmes. (...) Moi, deux ans après, c'est une bonne satisfaction sur la salle elle-même. Sur l'espace public, c'est une situation qui n'a vraiment pas dégénéré, qui s'est plutôt améliorée. Mais c'est, un, une difficulté technique à travailler sur des points de fixation parce que ça mélange l'action publique, l'action privée, ça nécessite de l'argent, de la technicité, et tout ça, c'est compliqué. » (Élu de la mairie du 10^{ème} arrondissement, 2018)*

Il met en évidence le phénomène de précarisation des publics usagers de drogues et la difficile question de la cohabitation de différents publics en ville, tout en dénonçant une amplification politique et médiatique des difficultés qui peuvent être rencontrées sur ce sujet dans le quartier de la gare du Nord : « *Et puis c'est quand même une vraie interrogation un peu structurelle, c'est qu'on est sur des publics ultra précaires, très difficiles, qui parfois ont besoin des endroits cachés de la ville. La ville en général cherche à ne plus avoir de zones d'ombre et elle va y arriver. À un moment donné, il y aura de moins en moins de friches urbaines, de moins en moins de squats, de parkings non sécurisés, donc qu'est-ce qu'on fait des personnes qui en ont besoin ? Soit, on les exclut vers l'extérieur mais ils reviennent vers l'intérieur. Ça veut dire que, en général, on a un accroissement de la visibilité de personnes très précaires et très difficiles. Sauf à imaginer des structures de repos, de répit, de consommation, de prise en charge psychiatrique, etc. On*

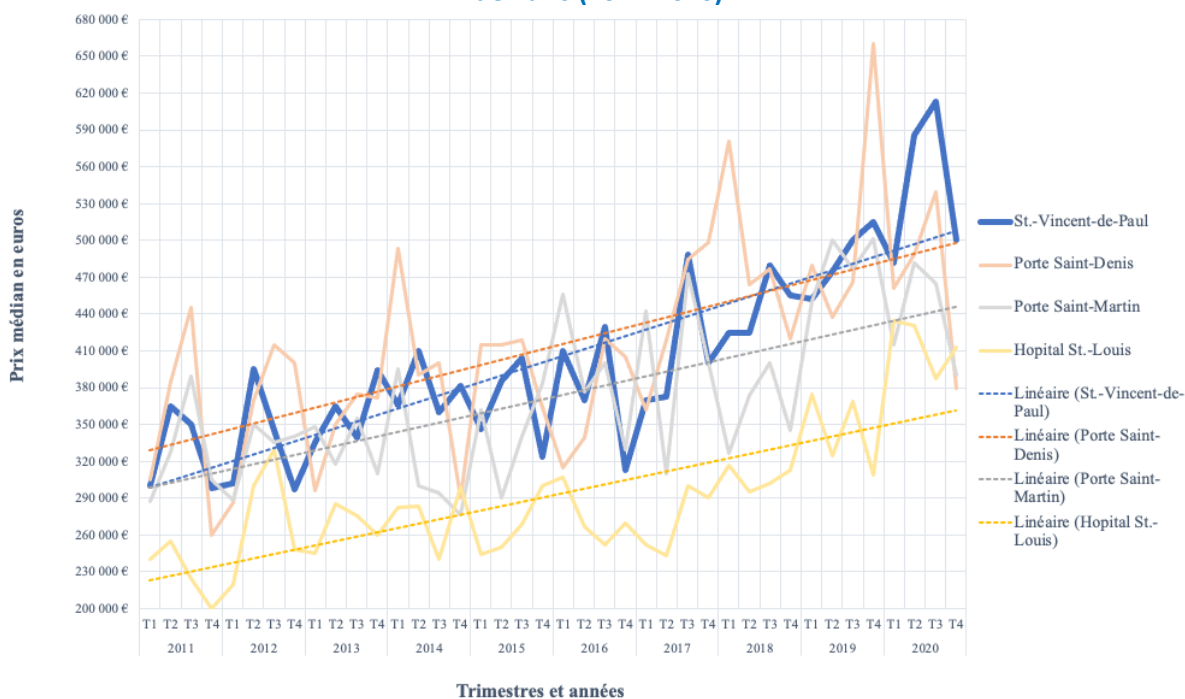
va de plus en plus avoir à l'extérieur des difficultés et des incompréhensions des habitants. Un, ils vont continuer à méconnaître ce qu'ils ne savaient pas et qu'ils ne croiront pas spécialement ce qu'on leur dira. En plus, ils vont dire qu'on a créé ces phénomènes-là, sur ce sujet de la toxicomanie comme sur d'autres sujets d'errance parce que, pour moi, c'est presque plus large. En même temps une ville, c'est normal qu'elle se modernise, qu'elle se transforme, qu'elle cherche un embellissement. On est dans une pleine actualité, vous l'avez peut-être évoquée avec X tout à l'heure, mais c'est la Gare du Nord. Les Échos d'aujourd'hui, grande page dans le cahier des Échos qui décrit la réalité de la gare, son triplement d'accueil de voyageurs. Une page formidable, en tout cas qui dit : « la ville bouge, le service public investit ». Et puis un éditorial, quelques pages avant : « Le quartier de la gare », qui évoque le projet d'investissement très lourd de la SNCF en lien avec la Ville de Paris et d'autres partenaires, et qui décrit une situation jugée peut-être pas cataclysmique mais en tout cas ultra défavorable, évidemment en pointant une salle de shoot. Les propos, c'est quand même : « Autour de cette gare, Paris se présente sous son plus mauvais jour, celui des vols à l'arrachée, de la mendicité, du bruit, des trafics de drogues, des embouteillages ». Et comme si ça ne suffisait pas au tableau : « C'est à proximité que la Ville de Paris a choisi d'installer une salle de shoot. S'il est nécessaire de transformer la Gare du Nord, c'est tout un quartier, en vérité, qu'il faut repenser ». Où sera la salle en 2024 ? J'espère qu'elle sera toujours là. J'espère qu'elle sera toujours bien installée et de bonne qualité. » (Élu de la mairie du 10^{ème} arrondissement, 2018)

4.8. La crainte de la dégradation du quartier qui pourrait être accompagnée d'une dévaluation du prix des appartements

Dans les entretiens réalisés auprès des riverains « en défaveur de la SCMR », deux craintes étaient présentes quant à la dimension immobilière du quartier : la première crainte était de voir les familles partir du quartier et de voir, pour les propriétaires, le prix de leur appartement dévalué suite à l'implantation de la SCMR. Sur cette question, des entretiens ont été réalisés avec des agences immobilières du quartier Saint-Vincent de Paul et une analyse des données de l'immobilier sur quatre quartiers du 10^{ème} arrondissement a été effectuée par la chambre de notaires de Paris.

Cette analyse (Figure 28) met en évidence une augmentation globale des prix de l'immobilier, avec une augmentation encore plus marquée dans le quartier Saint-Vincent de Paul que dans d'autres quartiers du 10^{ème} arrondissement.

Figure 28 Prix de vente médian des appartements anciens par quartiers du 10^{ème} arrondissement de Paris (2011-2020)



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

Cette absence de dévaluation des prix de l'immobilier issue des données statistiques a été confirmée par les entretiens réalisés auprès des agents immobiliers du quartier Saint-Vincent de Paul durant l'automne 2020. Cet agent immobilier met, par ailleurs en évidence que vivre dans ce quartier nécessite d'accepter une forte mixité sociale, liée à une diversité de publics présents dans le quartier. Il met également en évidence que les familles sont toujours présentes dans le quartier, en comparaison à d'autres quartiers du 10^{ème} plutôt présents dans d'autres quartiers du 10^{ème} arrondissement : « Il y a deux types de clientèles, on est à la fois dans une population familiale (boulevard magenta /rue Lafayette). Il a beaucoup de grands appartements, mais on a aussi un groupe de clientèles de jeunes (rue du Faubourg Saint-Denis). On a une population où il y a de tout, on a le monde entier dans le 10^{ème}. Le monde entier est là-bas et c'est ça qu'on aime ou qu'on aime pas. Et c'est ça qui fait la richesse. Après des SdF il y en a beaucoup, il y a de tout c'est pas compliqué. » (Agent immobilier, 2020).

Les agents immobiliers interviewés ont décrit un profil des ménages variant en fonction de la taille du bien, mais de manière générale les acheteurs auraient entre 30 et 45 ans et seraient des cadres et professions intellectuelles supérieures qui viendraient acheter de grands appartements dans le quartier Saint-Vincent de Paul pour bénéficier d'appartements familiaux plus grands que d'autres quartiers plus chers dans Paris tels que le 9^{ème} arrondissement, situé à proximité. Les vendeurs seraient à l'inverse plutôt de futurs retraités. Les familles ayant vendu leur bien récemment sont plutôt des familles souhaitant s'établir en province, phénomène largement observé dans l'ensemble de l'agglomération parisienne, suite au premier confinement lié à la pandémie de COVID-19.

Des riverains se positionnant en faveur de la SCMR confirment cette absence de baisse des prix : « Pour loger notre fille aînée, donc on a regardé un peu. Moi, j'ai regardé le nord-est parisien, c'est super cher. J'ai trouvé des prix moins chers vers les Buttes-Chaumont que vers chez nous.

Finally, tout ce qui est moins cher, c'est La Chapelle et le haut du 19ème. Non, rien a baissé et ça j'aimerais bien ! X pourra dire combien la voisine a acheté l'appartement récemment chez eux, ça n'a pas baissé. Ils ont acheté plus cher qu'eux il y a 5-6 ans. Non, ça n'a pas baissé. Regardez les chiffres des notaires, ça n'a pas baissé. » (Riveraine, 2020)

Par ailleurs, certains riverains dénoncent une instrumentalisation de ce débat sur les prix de l'immobilier par les opposants : « Là, j'ai quand même l'impression qu'on s'est aussi tous habitués et même les opposants. Surtout les opposants nous se rendent compte, déjà sont rassurés parce qu'il y avait une grosse histoire de pognon dessus. Et que non, tout va très bien, ça se vend et ça se vend toujours beaucoup trop cher. Comme je vous avais dit, pour moi, il y avait une grosse crispation et un côté vraiment vexé de tous ces gens qui pensaient avoir fait une super bonne affaire et qui voyaient leur super bien qui allait se casser la gueule. Ça se casse pas du tout la gueule, donc les gens respirent. » (Riveraine, 2018)

4.9. La dégradation de la situation depuis la pandémie de COVID-19 – Confrontation des perspectives entre les riverains et avec les expériences et perceptions de certains riverains et les professionnels de santé et de réduction des risques : entre sentiment d'impunité et empathie

Depuis la pandémie de COVID-19 en mars 2020, et en particulier lors de la période du premier confinement entre mars et mai 2020, une dégradation de l'environnement du quartier de la SCMR a pu être relevée par certains riverains.

Durant la période de mars à mai 2020, le collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord a régulièrement posté des photos d'usagers devant la SCMR, dénonçant une forme « d'impunité » accordée aux usagers ayant la possibilité d'être dans l'espace public alors qu'eux-mêmes étaient « enfermés dans leurs appartements » et n'avaient pas l'autorisation d'être dans la rue. Cette pandémie de COVID-19 a mis en évidence les inégalités sociales, laissant « enfermés dehors » les personnes sans domicile fixe, situation à laquelle est confrontée des usagers de la SCMR, comme le montre l'enquête épidémiologique COSINUS qui met en évidence la situation particulièrement précaire des usagers fréquentant la salle parisienne.

Dans un deuxième temps, la question du non respect des gestes barrière, comme les regroupements d'usagers devant la SCMR et le port du masque non systématique par les usagers a pu également être dénoncé sur les réseaux sociaux et dans les entretiens.

Enfin, à partir d'octobre 2020, des photos de matériel d'injection (seringues, emballages en cartons de steribox souillés de sang ont été régulièrement postés sur les réseaux sociaux.

Ainsi, certains riverains ont pu avoir l'impression que les usagers étaient dans une situation « d'impunité », ayant la possibilité d'être dans l'espace public alors que les riverains devaient respecter des règles liées au respect des mesures barrière face au COVID-19 : « Déjà pendant le confinement, le bordel devant la salle, l'anarchie. Nous, on impose des distanciations, des masques, des trucs, des machins. Eux, rien à battre. Comme il y avait un afflux et que la salle peut pas résorber toute cette population, elle leur donne des kits. Mais il y en a, ils sortent avec des sacs de kits, c'est pas un kit quoi. Après, ils viennent dans la rue et c'est la fête. » (Riveraine, 2020)

Le non port du masque et la présence de seringues dans l'espace public pendant la pandémie de COVID-19 ont pu accroître le sentiment d'être « agressés » et « vulnérables » pour certains riverains : *« Mais oui, je me sens terriblement vulnérable, avec une population qui ne porte pas de masque, qui me tombe dessus pour me réclamer une cigarette, de l'argent. Bien sûr, on a un sentiment d'agression. Du crachat, de l'excrément humain, etc., ce sont des choses qu'on n'avait pas avant. Il y a des seringues sur nos bords de fenêtres. On trouve des seringues usagées sur les bords des fenêtres. On trouve des seringues usagées dans les caniveaux, pendant le jour, pendant la vie de la salle, pendant que la salle est ouverte. Ce sont nos réalités maintenant, ça. Et bien sûr des scènes d'injection, moins dans la rue Ambroise Paré que dans la rue Saint-Vincent-de-Paul et la rue Guy Patin. Comment se fait-il que, en face de la salle, ces gens doivent s'injecter sous nos fenêtres, dans la rue. Donc, il y a ces batailles avec des vitres cassées. Dans le parking, la vitre est en ce moment cassée, vous êtes peut-être au courant [...] En fait, des batailles, des hurlements, et puis maintenant, on a cette insécurité supplémentaire par rapport au Covid. Le fait qu'il y ait des endroits dans Paris où les gens aient le droit de ne pas porter de masque, c'est un mépris pour nous. C'est très violent. C'est très violent, c'est une zone de non-droit où les citoyens qui cherchent à vivre bien quoi, sont extrêmement agressés. C'est incroyable. »* (Riveraine, 2020)

Un nettoyage des rues perçu comme insuffisant et la présence de crachats ont été particulièrement difficiles à vivre pendant le premier confinement lié au COVID-19 : *« Pendant le premier confinement, on lui a fait part... Je dis « on » parce que je sais que j'ai des voisins qui l'ont fait aussi, on lui a fait part... Justement, je lui ai fait part des crachats, du fait que les rues n'étaient pas suffisamment nettoyées. On n'a pas vu du tout, du tout de laveur pendant le confinement. J'ai dû la voir une fois. J'en parlais avec les cantonniers et il y a vraiment eu une pénurie. A ce moment-là, il y a eu un problème puisqu'il y avait aussi un problème de personnel, le personnel n'était pas là. »* (Riveraine, 2020)

Cette situation a également pu renvoyer à la possibilité de la contamination par le COVID-19 en raison du non-respect des gestes barrière : *« Vous savez que pendant le confinement, il y a pas eu du tout de nettoyage. Il y a eu un nettoyage à la fin du confinement. Vous vous rendez compte ? Les masques, tout... Les mecs, je les voyais, ils se roulaient par terre, ils s'embrassent, la rue... Enfin je sais pas, est-ce que vous savez s'il y en a qui ont été touchés par le Covid ? »* (Riveraine, 2020)

Un autre type de discours est également présent dans les entretiens sur le sujet du COVID-19 qui ne renvoie pas à un sentiment d'impunité de la part des usagers pendant le confinement mais plutôt au sentiment d'être dans un quartier abandonné et également à un sentiment d'empathie vis-à-vis des usagers et des personnes sans domicile fixe qui n'avaient pas d'autre choix que celui d'occuper l'espace public, en l'absence de domicile personnel ou d'hébergement, protecteur.

Pour d'autres riverains, le premier confinement n'a pas suscité de peurs particulières en lien avec la SCMR, mais plutôt à un sentiment de vivre dans un quartier abandonné, ce qui a été observé dans de nombreux quartiers des grandes villes durant cette période : *« Au bout d'une quinzaine de jours, j'ai dit aux petites : « venez, on va faire un tour ». Et c'était une catastrophe. D'abord, on a voulu... Voilà, il y avait des excréments d'oiseaux et d'autres, je sais pas de quoi, partout. Les voitures de la rue Saint-Vincent-de-Paul... Elles ont voulu aller à l'école, ça avait été*

visité, toutes les vitres étaient cassées, toute la chaîne comme ça. En plus, il y a au moins deux personnes qui nous ont demandé des sous et je me suis dit : ça y est, on retourne que dans la cour pour les quinze jours qui viennent, je les ressors plus. C'était en plein après-midi, il faisait beau et tout, mais c'était vraiment pas agréable. C'était sale et ça faisait dévasté. L'effet des voitures aux vitres cassées en plus... Mais hors confinement, pareil, j'ai pas de constat (...) Nous, on est entièrement restés ici pendant le confinement. C'est vrai que c'est un moment, alors c'est pas la salle de shoot en soi, c'est plutôt la présence de toxicomanes ou de personnes en grande difficulté, que je peux pas dissocier. Je sais pas qui est toxicomane et qui est en grande difficulté. Dans le quartier ça a fait une ambiance très particulière. Alors que d'habitude, je me sens pas en insécurité, il y a des moments où quand je suis sortie du confinement, ça a été étrange. En particulier une expérience, mon conjoint s'est cassé une côte. Donc, j'ai dû sortir un soir vers 19h30 pour aller chercher des médicaments. Tout était bizarre puisque la nuit tombait, que l'éclairage était pas encore allumé. En fait, il y avait personne dans les rues et les pharmacies étaient fermées. Donc, ça a été ma pire expérience. Là, au moins trois ou quatre fois sur mon chemin, je me suis fait aborder, pas du tout méchamment, mais pour demander de l'argent. C'est vrai que je me suis sentie pas bien. J'étais très, très contente d'avoir enfin mes médicaments et de vite rentrer chez moi parce que c'était le désert sauf ces personnes en grande difficulté, qui étaient visiblement en détresse. Ça, c'est le point extrême ce soir-là. Moi, je suis rentrée chez moi en disant pour la première fois : « ici, j'ai peur ». En plus, tout était stressant parce que mon conjoint avait très, très mal. Enfin bon, il y avait un contexte... Sinon à plusieurs reprises pendant le confinement, j'ai eu l'impression que cette détresse nous sautait beaucoup plus à la figure que d'habitude parce que c'était les seules personnes... Les deux, trois premières semaines, vraiment le quartier et je sais pas ce qui s'est passé, mais moi je l'ai ressenti comme ça, j'ai eu l'impression que la Ville de Paris faisait plus le ménage, enfin le nettoyage. » (Riveraine, 2020)

La présence d'usagers de drogues et des personnes en situation de précarité était beaucoup plus visible pendant le premier confinement et cette situation a pu susciter de la « tristesse » et de l'empathie chez certains riverains, rassurés de voir que dans un deuxième temps des structures ont pu venir en aide à ces personnes, dans un souci de « solidarité » : « C'est vrai qu'il y a eu cette parenthèse du confinement qu'on a vécu, on était dans le quartier. Là, on a vécu quelque chose de très particulier parce qu'il n'y avait plus dans la rue que les toxicomanes et les sans-abris. Forcément, dès qu'on mettait le pied dehors, on était très sollicités, y compris par les toxicomanes. Je sais pas s'ils vont d'habitude dans ces quartiers-là, mais que j'ai vus jusqu'à la rue de Dunkerque, mais plus haut, notamment autour des seuls points où il y avait un peu de flux, à savoir la boulangerie, la pharmacie. Il y a un jeune couple que j'ai vu plusieurs fois, que je vois jamais d'habitude. Donc, on ne voyait plus qu'eux [...] Au bout de quatre, cinq, six semaines, il y a quand même des structures qui ont réouvert. Et puis la solidarité s'est mise en œuvre. Je crois aussi qu'il y a des choses qui se sont organisées et je le sais par ailleurs. Il y a eu ces quatre premières semaines dans la sidération. Il y avait effectivement ce côté un peu triste de voir que les sans-abris étaient seuls dehors, dont les toxicomanes du quartier. » (Riveraine, 2020)

Certains parmi ces riverains ont été gênés non pas par les usagers de drogues mais par d'autres types de publics comme des « jeunes » dans le quartier géographique de la SCMR, en particulier dans les quartiers Barbés et Goutte d'Or : « Les soirs où on était censés être confinés à l'automne, il y avait plein de jeunes qui traînaient devant la gare. Ça avait l'air de gêner personne

par rapport au Covid en tout cas ! Là, je vois pas de grand changement, d'évolution. C'est sûr que sur Goutte d'Or et Barbès ça s'arrange pas en ce moment [...] Après, ce que j'ai dit de plus marquant pour moi, c'était après le déconfinement, le premier déconfinement, cette tension et ces gens qu'on voyait pas d'habitude, des bandes peut-être, je sais pas. Mais je vois pas de changement majeur. Pour moi, ça n'a pas évolué de manière radicale. » (Riveraine, 2020)

4.10. Divergences d'interprétations sur une potentielle augmentation de la présence de seringues et du sang dans l'espace public observée depuis la pandémie de COVID-19

La pandémie de COVID-19 a nécessité une adaptation du nombre de postes d'injection à l'intérieur de la SCMR. Le nombre de postes a été réduit de 12 à 6 en début de pandémie, puis ré-augmenté progressivement à 8. Cette limitation du nombre de postes a donné lieu à une attente plus longue pour accéder à un poste d'injection, attente qui a été progressivement régulée au cours de la pandémie. Contrairement à ce qui a pu être observé dans d'autres villes dans le monde qui disposent de SCMR qui ont dû fermé certains salles comme à Montréal par exemple, la SCMR parisienne est restée ouverte.

Pour certains riverains, l'attente liée à la restriction du nombre de postes d'injection est interprétée comme la cause d'une augmentation des troubles à la tranquillité publique, tels que les regroupements devant la SCMR, les injections et les traces de consommation dans l'espace public : « *Nous, on est enfermés chez nous, on peut pas sortir. Pendant les périodes où on ne pouvait pas sortir plus d'une heure, eux, ils étaient massés ou traînant dans la rue tout le temps, tout le temps, ce qui est quand même compliqué. Une période pour moi qui a été très difficile, c'était de voir les toxicomanes rentrer dans la salle et ressortir avec, et je me suis dit : c'est quoi, ils leur donnent des croissants ? Pas du tout, c'était des kits pour aller s'injecter à l'extérieur parce qu'il y avait plus assez de place non plus. Certains toxicomanes à qui je l'ai demandé m'ont dit : « il y a trop d'attente, moi je peux pas attendre ». Ça, en termes d'organisation, il y a quand même un problème. Si, parce qu'on n'a pas de place, on leur donne pour qu'ils puissent venir dans nos halls ou sous nos fenêtres, ça n'arrange rien. C'est comme quand il y avait pas la salle. Ça aussi, c'est un problème [...] Mais il y a un moment, c'est juste une histoire de respect de tout le monde : respect de l'extérieur, respect de l'intérieur. Alors que là, il faut faire attention parce qu'on sait jamais et on peut pas avoir du sang partout. Là, ces derniers temps, je sais pas comment ça se fait d'ailleurs, ces derniers temps, il y a des kits partout. Enfin c'est pas vrai, il y a pas des kits partout, mais régulièrement il y a des kits, des seringues, du coton, du sang, dans une période où on devrait redoubler de vigilance [...] Vous avez parlé du fait que vous trouviez que, depuis quelque temps, il y avait des seringues ensanglantées. Ouais, je sais pas pourquoi depuis quelque temps, plus. Vous la dateriez à quand cette augmentation ? Je dirais depuis pas très longtemps, depuis l'été à peu près. J'ai pas quantifié mais c'est vrai que, là, je me dis que ça fait un peu beaucoup. J'en vois davantage et surtout, je vois du sang davantage. Avant, il m'arrivait de trouver des kits et, moi-même, en faisant attention, je les mettais à la poubelle. Mais avec du sang, j'y touche pas. Oui, peut-être depuis cette année, et aussi le Covid. Le confinement a été vraiment compliqué dans le quartier. Vous imaginez, tous enfermés chez nous, les fenêtres ouvertes du printemps à l'été, avec eux qui avaient le droit d'être dehors plus d'une heure, qui arrêtaient pas d'hurler. C'était très compliqué. » (Riveraine, 2020)*

Les professionnels de santé et de réduction des risques ont été interrogés sur ces photos postées sur les réseaux sociaux depuis la pandémie de COVID-19 dans le cadre d'une réunion collective et d'entretiens individuels. Ils interprètent la persistance de ces injections dans l'espace public, en particulier dans la rue Saint-Vincent de Paul comme étant des actes isolés concernant environ trois personnes, qui présentent des profils psychiatriques spécifiques, incluant un usager qui met en scène ses propres injections avec du sang : « *On voit très rarement quelqu'un injecter (depuis l'ouverture de la SCMR), c'est extrêmement rare. Il y a trois personnes qui ont été très régulièrement sur les photos des riverains et qu'on connaît. Pour citer les trois cas, il y en a un qui maintenant est hébergée par nos soins et qui n'utilisent plus du tout l'espace du porche pour injecter. Il y en a une autre qui continue à avoir une pratique d'injection à cet endroit, qui est maintenant inscrite à la salle, qui est quelqu'un de très solitaire. C'est quelqu'un qui utilisait les services du PES et ça a été très compliqué pour qu'elle vienne s'inscrire à la salle et elle a continué à avoir une pratique d'injection très visible sous le porche. Et il y a une troisième personne dont on a déjà parlé, qui est quelqu'un qui met en scène ses injections, qui met en scène son matériel, qui met en spectacle son sang sur les murs, sur les fenêtres. Pour expliquer un peu, c'est quelqu'un qu'on a rencontré la première fois il y a un an, qui était complètement inaccessible et qui refusait catégoriquement de mettre un pied dans la salle. L'équipe a fait un boulot sur le long cours pour essayer de faire en sorte que cette personne vienne dans la salle, qu'elle s'inscrive, qu'elle respecte les règles de la salle et éventuellement celles de l'extérieur. Il y a des personnes qui injectent à la salle et qui vont continuer leur pratique d'injection à l'extérieur. De toute façon, on n'est malheureusement pas ouvert tout le temps. Le Covid a beaucoup joué en notre défaveur là-dessus dans le sens où, maintenant, on a un temps d'attente et on a des périodes de pointe. Pendant ces périodes de pointe, le temps d'attente peut être assez long. Donc, il y a des personnes qui refusent ou qui ne peuvent pas attendre, du coup, elles vont retourner consommer dans les parkings, éventuellement dans certaines sanisettes. Même si on le voit peu, visuellement on le voit peu, on voit plutôt des gens aller injecter dans les parkings rue Saint-Vincent-de-Paul. C'est quand même très exposé, donc ça va souvent être en journée, ça va souvent être des personnes qui ont des troubles psys très lourds, qui sont très déconnectées de la réalité, qui ont peu conscience de ce qui se passe autour d'elles ou qui sont dans des actes très particuliers. L'usager lambda de la salle va pas aller injecter à 14 heures rue Saint-Vincent-de-Paul, ne serait-ce que par respect pour les autres. C'est souvent le fait de personnes qui ont des troubles psys assez lourds, à mon avis en tout cas [...] Ces trois personnes, c'est des personnes qui ne fréquentaient pas la salle au début et que vous avez amenées à la salle ? La première que j'ai citée, c'est un grand dépressif, c'est un utilisateur de la salle mais en dehors des heures d'ouverture, il a pu être amené à injecter sous le porche. Pour la seconde, c'est toujours un peu en standby, c'est quelqu'un qui est un petit peu dans l'évitement, qui a besoin d'être isolé et, même s'il vient de plus en plus régulièrement, il se retrouve pas à 100 % dans le fonctionnement de la salle. Ça reste quelque chose de particulier d'injecter dans une salle de consommation. Pour la troisième, c'est quelqu'un avec qui l'équipe travaille, mais c'est quelqu'un qui est très, très loin. C'est très compliqué de discuter avec elle, d'avoir le moindre échange [...] Parce que cette pratique, il l'a aussi au sein de la salle de consommation. Et puis on l'a observé un petit peu dans la rue. On l'a observé à la salle, c'est quelqu'un qui fait des prélèvements de sang, qui se prélève du sang, qui le stocke dans des petites bouteilles, puis qui essaye de repartir avec. Normalement, c'est pas possible mais des fois, la personne réussit à repartir avec. C'est quelqu'un qui se prélève du sang, qui le boit, qui est dans un état... C'est pas quelqu'un à qui on peut avoir accès comme ça, du jour au lendemain se poser dans un bureau avec lui et lui dire : « est-ce que tu peux nous expliquer pourquoi tu fais*

ça ? », parce qu'il va simplement partir. Il faut prendre le temps qu'il nous reconnaisse et ça, ça prend déjà des semaines. Ensuite petit à petit qu'il y ait des liens de confiance qui se créent et peut-être qu'ensuite on puisse le présenter au psychiatre, pourquoi pas envisager un traitement, etc. Mais ça, c'est sur le temps long. Malheureusement, ce n'est pas celui des riverains et pour le coup, je le comprends assez. Se réveiller avec cette scène et la voir de sa fenêtre, il y a de quoi être en colère, c'est sûr. Contre qui ? Ça, je sais pas mais il y a de quoi être en colère.» (Professionnel réduction des risques, 2021)

Les cas d'exclusion peuvent également être selon les forces de police l'un des facteurs explicatifs de la présence d'actes d'incivilités de la part d'usagers dans l'espace public : « **Agent 3** : *Après, je sais que certains se sont mal comportés à l'intérieur et ils sont exclus. Tous ceux-là sont dehors.* **Agent 4** : *Du coup, les gens qui se comportent mal à l'intérieur de la salle de shoot se comportent pas bien sur la voie publique. En fait, qu'est-ce qui reste sur la voie publique ? Des gens à problèmes en fait.* » (Entretien collectif agents de police 3 et 4, 2020)

Etre exclu définitivement de la SCMR est une procédure rare qui est en lien avec des actes de violence à l'intérieur de la SCMR (moins de 5 exclusions définitives par année). Ces exclusions qui sont présentées comme des définitives à l'usager peuvent donner lieu à une réintégration de la SCMR dans la majorité des cas. Selon un professionnel de réduction des risques : « *Les usagers qui sont exclus de manière définitive ne restent pas dans le quartier de la SCMR, ils reviennent quand ils se sont calmés et peuvent être réintégrés.* » (Professionnel de la réduction des risques, 2020)

Ce même professionnel insiste sur l'importance d'avoir un cadre, mais un cadre qui soit souple afin de permettre au plus grand nombre d'usagers d'accéder à la SCMR et de limiter les injections dans l'espace public : « *Au niveau de l'équipe, il y avait beaucoup de protocoles qui avaient été écrits et il y a des protocoles, tel que le protocole pour les overdoses qui semblait faire l'unanimité, mais d'autres protocoles, notamment sur le fonctionnement où une partie de l'équipe disait qu'il fallait pas tout protocoliser, une partie même très importante, sinon ce serait figé et qu'on pourrait pas bouger les choses. Même si un protocole, moi je pense que ça peut se changer, mais qu'au moins il y a un cadre clair. Ça, ça a beaucoup fait débat dans l'équipe. On était plus là-dedans, sur les règles d'inclusion, d'exclusion. Il y avait la volonté, je pense de nous tous, de pouvoir accueillir et intégrer les personnes les plus précaires et celles qui avaient le plus besoin de ne plus être dehors pour consommer. Après, quand on a ouvert la salle, on savait que pour certaines personnes, ce serait un peu difficile parce que c'est une communauté. La salle, quand on est dedans, c'est un espace collectif et on savait que certaines personnes faisaient exploser le collectif. Mais l'idée, c'était vraiment de mettre le moins de règles possibles, d'être le plus souple possible pour permettre à ces personnes de pouvoir venir et de tenir dans la salle.* » (Professionnel de réduction des risques, 2020)

Il est intéressant de noter que la SCMR introduit un cadre pour les usagers, comme cela a été mentionné par les usagers interrogés dans la recherche et dont les témoignages sont présentés dans cette partie. Ce professionnel intervenant au sein de la SCMR mentionne également dans son entretien comment les usagers sont associés au travail des maraudes dans l'espace public afin de les sensibiliser à l'importance de respecter l'environnement du quartier: « *On a toujours proposé aux usagers s'ils voulaient sortir avec nous ramasser des seringues par exemple. Toutes les semaines, il y a des usagers qui le font, quelques-uns qui se proposent et qui viennent avec nous. L'idée au départ, c'était de faire un truc de plus grande ampleur, c'est-à-*

dire que ce soit systématiquement un salarié et un usager et, à terme, que ce soit que des usagers. » (Professionnel de réduction des risques, 2020)

4.11. Positionnements face à la SCMR et positionnements face aux débats sur la prise en charge des addictions et les politiques des drogues

Le débat sur la SCMR révèle également des positionnements politiques et à des alternatives proposées en termes de politiques des drogues. Nous détaillerons peu ici les positionnements en matière de politiques des drogues des riverains favorables à la SCMR car ils ont déjà été présentés dans la partie 3 de ce chapitre, sous le titre « un devoir d'humanité ». Les riverains qui se déclarent opposés à la SCMR se sont positionnés sur ces questions de manière plutôt cohérente avec leurs arguments, avec une approche axée plutôt sur le sevrage et l'éducation face aux dangers liés aux drogues.

Cette riveraine se déclare plutôt sceptique vis-à-vis des politiques de dépénalisation du cannabis. Leur discours met plutôt l'accent sur les dangers liés aux drogues et la nécessité de faire un travail d'éducation sur ces questions : *« Qu'est-ce que vous pensez du principe de la salle par rapport au dispositif de prise en charge global de la question de l'usage de drogues ? Je suis assez... plutôt réservée. Je suis réservée. Je suis réservée parce que je pense que, mais c'est lié à tout le débat qui a commencé d'ailleurs sur les questions de la dépénalisation ou non, je suis personnellement extrêmement réservée. Si je prends la dépénalisation du cannabis, il est évident qu'il se développera un cannabis plus, qu'il se développera autre chose. Donc, je suis plutôt réservée, plutôt pas très favorable, sans disposer nécessairement de tous les éléments. Mais comme ça, je serais plutôt réservée sur ce genre de dispositifs. Je vois, à Genève, la salle existe depuis fort longtemps, ça n'a en rien diminué évidemment la consommation. Elle ne fait qu'augmenter. En France, elle ne fait qu'augmenter. Les chiffres sont là pour parler. Vous pensez qu'il faudrait mettre quoi comme type de dispositif ? [Silence] En tout cas, je pense qu'il y a un travail éducatif à faire très tôt à l'école. Moi je ne peux vous répondre évidemment que sur ce terrain-là, que je crois fondamental. Voilà, un travail éducatif qui commence évidemment à l'école et qui essaye de se poursuivre. Mais on me répondra que ce n'est pas suffisant, ce que je veux bien concevoir. Mais je ne suis pas convaincue du tout que ce type de dispositif soit une solution. Il est un pis-aller, voilà. » (Riveraine, 2017)*

Cet autre riverain estime que Paris met en place une politique trop axée sur la réduction des risques et souhaiterait que d'autres approches plus axées sur le sevrage telles que les communautés thérapeutiques soient développées : *« Il y a pas de solution miracle, je ne suis pas du tout partisan de cette expérimentation, je ne suis pas du tout partisan de ce qu'on appelle souvent assez faussement la guerre à la drogue, je ne suis pas partisan non plus de poursuivre une situation qui globalement va vers le pourrissement, moi je suis partisan d'avoir davantage recours aux communautés thérapeutiques et de traiter le problème globalement c'est-à-dire ne pas le circonscrire à un arrondissement le 10^{ème} dans une zone qui est si frontalière du 18^e, il faudrait étendre la question au 19^e, je ne suis pas partisan d'une limitation géographique et je ne suis pas partisan d'une limitation des thèmes je crois que notre réflexion est profondément faussée par une approche uniquement RDR. » (Riverain, 2015)*

La SCMR peut être perçue par certains riverains comme une forme de prosélytisme : « *La raison pour laquelle je suis contre la salle de shoot, évidemment elle est philosophique, c'est, pour moi, un encouragement à la drogue pour les drogués. Je connais l'argument que ça leur évitera la maladie, tout ça. Mais c'est pas un bon signal pour eux, je pense. Il y a des risques d'overdose, ça a été dit à l'étranger, c'est pas un bon signal pour la jeunesse. Je connais un peu le problème de la drogue parce que je suis parent et grand-père, et oncle.* » (Riverain, 2016)

La crainte que la SCMR puisse ne pas aider les usagers à se « sevrer » peut interroger certains riverains : « *Est-ce que votre opinion a changé au cours de ces dernières années sur la salle ?* *Moi, j'étais contre. J'étais contre mais pas contre la salle de shoot en tant que telle, contre le fait que ce soit aussi central, proche de la Gare du Nord. Mais pas contre une salle de shoot, on peut pas être contre une salle de shoot. C'est des gens qui sont malades, qui ont besoin d'un suivi. Au contraire, c'est une opportunité, c'est une porte ouverte pour accueillir ces gens-là et, éventuellement, les extraire ou les aider à se sevrer. Mais quand on dit salle de shoot, ça veut dire qu'ils vont se shooter. Donc, soyons clairs, est-ce qu'on les aide à s'en sortir en les aidant à se shooter ? Je ne sais pas. Pour moi, ça paraît contradictoire.* » (Riveraine, 2016)

Enfin, ce riverain va plus loin dans l'argumentation en dénonçant une contradiction entre l'approche de santé publique promue par la SCMR qui selon lui n'est pas compatible avec le système français qui fait le choix de prohiber les drogues. Mettre en place des SCMR revient selon lui à envoyer un message de « banalisation » et de « légalisation » qui pour lui n'est ni cohérent ni acceptable : « *Et votre position sur cette salle ?* *Elle est « plutôt négative » parce qu'on est dans un système où on condamne la consommation de drogue, on est dans un système où on essaie de limiter la consommation d'alcool et de cigarettes et moi je suis contre la dépénalisation de la drogue parce que j'estime que l'on ne peut pas d'un côté essayer de réduire la consommation d'alcool et de cigarettes qui est admis par la société mais contre laquelle on va contre parce qu'on se rend compte que ça crée des dommages de santé publique et d'un autre côté accepter, légaliser la consommation de drogues tout simplement parce qu'on considère qu'on arrivera pas à combattre et « qu'on baisse les bras » et que quand on voit au niveau santé publique les ravages que ça entraîne je trouve que c'est dramatique d'avoir un discours de banalisation et de légalisation d'autant plus que les drogues douces le sont de moins en moins, quand je lis les articles des médecins sur le shit ou ce genre de trucs le shit est beaucoup plus nocif que dans les années 70 maintenant ils arrivent à avoir des trucs plus concentrés donc ça veut que vous allez en fumer après les gens prennent la voiture, on ne peut se battre à la fois contre l'utilisation du téléphone portable au volant et laisser les gens fumer leur pétard et prendre une voiture après, il y a une vraie incohérence politique et il faut lutter contre la drogue parce que ça crée de la délinquance, que ça permet de financer beaucoup de choses, ça déstabilise la société. Donc c'est plus une position éthique [...] Je suis d'accord pour considérer qu'un drogué est un malade et qu'il faut le soigner parce que tout le monde enfin moi quand j'étais gamin j'avais lu l'Herbe bleue, je connais par procuration ce qu'est la drogue, on a tous des amis qui ont un drogué dans la famille et je suis d'accord pour comprendre que quelqu'un de drogué est un malade et c'est pas en le mettant en prison qu'on va le sortir de là mais moi je suis contre une politique de légalisation de la drogue parce que je considère que les dommages en termes de santé publique sont dramatiques et si on légalise on dit aux jeunes c'est pas un problème de se droguer parce que c'est légal, on a déjà du mal à les faire arrêter de boire parce qu'on voit les accidents de la route, on ne peut pas avoir ces 2 notions et le commerce de la*

drogue entraîne des nuisances extraordinaires, quand on lit ce que gagne les dealers de drogue par jour c'est hallucinant la société ne peut pas accepter ça. » (Riverain, 2015)

Le discours des riverains en défaveur de la SCMR sur les mesures alternatives à mettre en place pour prendre en charge les usagers de drogues axées sur le renforcement de la répression, l'accent sur le sevrage et l'éducation aux dangers liés aux drogues rencontre celui des agents de police. La différence réside dans le fait que pour la majorité des policiers rencontrés, leur approche est considérée comme tout à fait compatible avec la réduction des risques.

Cet entretien réalisé avec un agent de police qui se déclare favorable à la SCMR met en évidence l'importance de mettre l'accent sur le sevrage et la médicalisation de l'approche : *« Qu'est-ce qui vous semblerait adapté ? De quoi vous vous auriez besoin ? De nouvelles mesures, de nouvelles lois ? Agent 1 : Plus de structures foyers, peut-être des foyers avec des professionnels qui sont pas juste sensibilisés à la cause du sans domicile fixe simple, mais un foyer avec une structure un peu plus médicalisée, avec une démarche de gestion de la toxicomanie. Agent 2 : Mais il faut voir quel serait le but de la structure. C'est aussi la confusion qu'on a au niveau de la SCMR parce que les gens se disent : la SCMR, c'est une structure qui aide les gens à sortir de la drogue. C'est pas le cas. C'est une structure qui aide les gens à consommer leurs produits dans des structures sanitaires qui sont satisfaisantes. Sur le cas de gens qui sont désocialisés, qui vivent dehors, de mon point de vue, il faudrait aller sur une structure qui va au-delà d'une SCMR, une structure de sortie de drogue, de sevrage. Schématiquement, ce qui attend les personnes qui sont précarisées, c'est une consommation d'alcool ou de drogue qui va aller crescendo. Ça va être une mortalité plus jeune et il y aura pas d'issue autre que dramatique. C'est là qu'il faudrait aller sur des structures, je vais pas dire coercitives parce que c'est pas non plus une prison, mais médicalisée et plus contraignante pour la personne, pour vraiment essayer de la faire sortir de ce schéma. » (Entretien avec deux agents de police, 2020)*

Cet autre agent de police va dans le même sens : *« Agent 2 : Alors peut-être que moi j'aurais pensé que ça aurait été peut-être intéressant qu'ils aient une démarche pour essayer de les faire sortir de la toxicomanie. Après, je trouve ça bien qu'on puisse offrir aussi, pour les personnes qui sont toxicomanes, des moyens de se piquer dans des conditions sanitaires mieux. Effectivement, sur la voie publique ça doit quand même améliorer au niveau sanitaire aussi, moins de personnes qui se piquent ou qui se droguent dans la rue, et certainement moins de déchets aussi. » (Entretien avec deux agents de police, 2020)*

Au-delà des questions de politiques des drogues, les collectifs de riverains se sont politisés et professionnalisés au fil du temps. Les alliances volontaires ou involontaires qui se sont mises en place témoignent également de cette politisation. Ainsi, les collectifs de riverains Action Barbès et Parents SCMR 75 ont un discours qui se positionne fortement sur la nécessaire attention et intervention de l'Etat en faveur de la protection des publics les plus vulnérables. Cette attention s'inscrit dans un discours porté par les forces politiques se situant à gauche de l'échiquier politique, comme le montre l'analyse du débat médiatique présente dans le chapitre 1. Au sein du collectif Parents SCMR 75, tous les adhérents et sympathisants ne partagent pas les mêmes opinions politiques, mais certains parents se sont mobilisés au départ par le réseau de la Fédération des parents d'élèves FCPE qui se positionne fortement dans le champ de la lutte contre les inégalités sociales au sein de l'école et pour le respect de principe de laïcité.

À plusieurs reprises, lors de réunions de comité de voisinage, des échanges vifs ont pu avoir lieu entre collectifs sur les alliances politiques. Lors de plaintes dénonçant l'absence de concertation au sujet de la SCMR, quelques riverains appartenant à des collectifs d'opposants à la SCMR ont pointé des alliances politiques entre des associations favorables à la SCMR et l'équipe municipale : « *Nous n'avons jamais été consultés. Je peux quand même mettre un tout petit peu de précision dans tout cela. Les seuls qui ont été consultés, c'est une association du coin, favorable à la salle de shoot, qui a milité en faveur de cette salle de shoot, qui est très présente dans le comité de voisinage. Et favorable à l'équipe municipale. Favorable à Homme Féraud, notre maire. Mais ils commencent à se rendre compte que c'est peut-être pas si bien que ça. On nous écoute pas.* » (Entretien collectif riverains Lariboisière Gare du Nord, 2017)

Le collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord bénéficie également de soutiens politiquement marqués, ces soutiens s'inscrivant dans une instrumentalisation du débat et des riverains parfois malgré eux : « *Il y a que Le Pen et Fillon qui ont répondu [à notre courrier]. Oui, c'est dramatique. C'est encore stigmatiser le truc, c'est : les extrémistes, ils sont contre. Mais non. Comme je vous dis, je pense que personne du collectif vous dira qu'il est contre. Si, vous, vous jugez que c'est bien, si, dans tant de pays on dit que c'est bien, tant mieux. Il se trouve que l'expérience de Paris, elle est pas bonne. En fait, c'est ça qu'on veut dire. Après, si dans d'autres pays ça se passe bien, mais je vous dis, c'est d'autres cultures.* » (Riveraine, 2016)

La plupart des riverains adhérents ou sympathisants du collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord n'ont pas revendiqué d'appartenance politique marquée durant l'entretien. Le compte twitter de l'association mentionne « *Ce compte rejette toute exclusion de l'autre pour son genre, sa couleur, sa religion, son origine sociale et culturelle, son orientation sexuelle... Amateurs de discriminations, allez voir ailleurs* ». Les commentaires laissés sur le site voire les posts dénoncent régulièrement les difficultés rencontrées avec les « *russophones* » avec lesquels « *il serait impossible de s'expliquer sans se faire agresser verbalement* ». Ce message posté le 21 mars 2021 par le collectif sur son site laisse supposer de manière implicite que ces publics d'utilisateurs seraient plus « *agressifs* » que les autres usagers ou encore ce message re-tweeté le 6 mai 2021 sur l'accueil des Géorgiens en France « *La salle de consommation d'héroïne et de crack a surtout contribué, au prix de quelques millions, à faire de Paris le pôle européen des drogues dures. 50% des usagers sont russophones. Les autorités géorgiennes sont ravies que la France organise et finance leur accueil.* »

Dans la constellation des opposants et des partisans à la SCMR, deux riverains se positionnant en défaveur de la SCMR et qui ont souhaité être interrogés dès le démarrage de la recherche ont revendiqué fortement leur appartenance à des partis politiques situés très à droite de l'échiquier politique (l'un comme militant, l'autre comme candidat), ce que nous avons appris au cours de l'entretien. L'un d'entre eux considère ainsi que le projet de la SCMR est un échec car il s'agit d'un « *projet socialiste* » : « *Et bien écoutez en fait il y a 2 choses une salle de ce peut avoir 2 effets soit réduire les nuisances soit les aggraver et pour moi tout dépend comment la salle de shoot va être organisée, financée, etc. et ce qui m'inquiète c'est que c'est quand même un projet socialiste avec tout le bien-pensant socialiste la naïveté et on va le faire probablement avec un budget qui ne va pas être à la hauteur, avec une espèce de « philosophie » de tolérance qui fait que j'ai peur que ça attire tous les drogués et que les dealers se disent on va aller là-bas parce qu'en dehors des heures d'ouvertures on va avoir toute « un clientèle »*

captive et on va pouvoir vendre et je ne sais pas du tout comment une salle de shoot marche parce que j'avais vu une émission sur une salle de shoot en Suisse et c'était super organisé, il y avait des vigiles Securitas, les gens je crois avaient une carte, il y avait un code enfin les personnes qui rentrées c'était très bien organisé et je pense qu'à la française et à la socialiste ça ne va pas être du tout comme ça, ça va être un gros bordel, ça va être le foutoir donc voilà je pense que dans une optique socialiste bien-pensante je crains plus une aggravation qu'une diminution des nuisances [...] Mais si c'est possible mais ce qui m'inquiète c'est cette philosophie socialiste bien-pensante naïve etc. qui fait que ça va être fait d'une manière... enfin ça va pas être spécialement ... je ne crois pas à l'efficacité de quelque chose comme ça fait par des socialistes. » (Riverain, 2015)

Ce professionnel de santé qui ne se positionne pas sur l'échiquier politique considère que l'implantation d'une SCMR pourrait entraîner « des « réactions de rejet » pouvant donner lieu à des « votes extrémistes » en raison de « cette pauvreté qui agresse » et des incivilités : « Oui parce que c'est un vrai problème la toxicomanie, il faut faire quelque chose, peut-être que c'est un projet de défense sociale mais pas un traitement de l'individu malade, mais je ne suis pas sûr que ça protégera la population parce qu'il y aura un afflux de toxicomanes et de dealers et que les flics ne seront pas en mesure d'endiguer tous ces gens-là. Et je suis pour la mixité sociale, j'habite dans ce quartier où je travaille j'ai une consultation de psychiatrie privée et j'aime ce quartier qui est un carrefour de population mais je pense que au-delà d'un certain taux de gens trop mal il y a des réactions de rejets et ça pourra amener certains à des votes extrémistes car ils en ont marre des gens qui pissent contre les murs, qui dorment sur le trottoir, cette pauvreté agresse. » (Professionnel de santé, 2015)

Comme nous l'avons montré dans la partie 3 de ce chapitre sur l'argument de la SCMR comme « devoir d'humanité » vis-à-vis des publics vulnérables, de nombreux riverains se positionnant « en faveur de la SCMR » déclarent être très attachés au lien social dans le quartier et à l'importance de « vivre ensemble » en acceptant la diversité des publics qui le composent. Les propos présents sur les réseaux sociaux contre la SCMR ont souvent choqué des riverains qui en ont fait part dans les entretiens et dans les différents espaces de discussion au sujet de la SCMR tels que le comité de voisinage. Cette opposition à la SCMR est parfois interprétée comme un « radicalisation droitière » de « notre quotidien » par cette riveraine qui se positionnait comme attentiste lors du premier entretien et qui est désormais favorable à la SCMR : « J'ai terminé, est-ce qu'il y a des éléments importants que vous souhaiteriez rajouter par rapport à cette thématique, ou une question importante que je n'aurais pas posée ? Non, en fait, je reviendrai bien sur ce qu'a posé Y dans son dernier courrier, sur le lien social dans le quartier. Je pense qu'effectivement ça peut, au gré des échéances politiques, devenir très pénible. Ce qui fait le charme du quartier, enfin le charme entre guillemets, c'est quand même le vivre ensemble, ce qui fait une des particularités aussi de ce quartier. Si je le dis crûment, si on habite des quartiers populaires, c'est pas pour se retrouver ou d'être entourés de gens très fachos, soyons clair ! Je le dis tel que je peux le ressentir. On a l'impression que, là, cette radicalisation droitière, elle nous atteint dans notre quotidien. Et donc le sujet, c'est que, quand même, il faut traiter les problèmes qui se posent, en essayant de les traiter en toute objectivité. » (Riveraine, 2020)

À l'inverse, cette riveraine du Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord dénonce la distinction entre les « bons » et les « méchants » qui serait introduite au sujet du débat de la

SCMR : « J’entends et j’ai vu une vidéo de Madame Souyris qualifier les riverains de la SCMR de méchants dans une vision manichéenne du monde où il y a les bons, dont elle fait évidemment partie, et il y a les méchants, c’est-à-dire les gens qui disent : « attention, ça ne va pas », c’est lamentable parce qu’on n’est pas du tout dans cette démarche-là. On n’est pas des sauvages, on n’est pas des sans cœur. Madame Souyris n’a pas le monopole du cœur comme disait l’autre. » (Riveraine, 2020)

Conclusion et synthèse

Pour ce chapitre, nous nous sommes inscrits dans une approche théorique pragmatique, visant à accorder une attention symétrique à l’ensemble des positionnements des parties prenantes et à leurs évolutions au cours du temps, en inscrivant également cette dimension microsociologique dans des enjeux plus macrosociologiques. Cette analyse met en évidence que les expériences et les perceptions en matière d’impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale restent très diversifiées à ce jour concernant les riverains à Paris. Au-delà des entretiens menés, nous avons réalisé des observations ethnographiques au sein des comités de voisinage qui constituent des lieux d’opposition forte en termes de vécu de l’impact de la salle sur la tranquillité publique et la salubrité. Au-delà du vécu et des arguments très différents des uns et des autres au sujet de la salle et de sa capacité à pacifier l’extérieur, un débat a progressivement émergé sur la qualité de « riverain » : qui sont les vrais riverains de la salle et donc également qui sont les personnes habilitées à émettre un jugement sur son impact sur la tranquillité publique ? Les personnes interrogées dans le cadre du volet socio-anthropologique de la recherche vivent dans les mêmes rues et parfois les mêmes immeubles. Ils peuvent avoir des positionnements très différents, en habitant au même endroit et doivent tous être considérés comme des riverains. En parallèle de ce débat ont également émergé des débats sur la cohabitation entre différents publics au sein des villes, évoqué précédemment dans ce chapitre, ces débats sont au centre du rapport personnel que chaque riverain ou collectif peut avoir vis-à-vis de la SCMR. Les arguments présents dans les discours des riverains recueillis lors des entretiens et lors des observations réalisées dans les différents espaces de négociation autour de la salle (comités de voisinage, réunions d’information, réunions de quartier) font écho aux données analysées dans le cadre de l’analyse de la presse du chapitre 1 et dans l’analyse des données de l’enquête EROPP du chapitre 6). La dimension politique et d’information sur la salle sont ainsi des dimensions essentielles dans l’acceptation de la salle. Le rapport à la salle est un révélateur d’enjeux politiques et sociaux plus larges que les enjeux de santé publique et de sécurité publique liés à la salle. Les préoccupations politiques liées à l’insécurité globale dans le quartier, la difficulté à accepter la co-existence de différents publics et communautés dans le quartier sont des dimensions essentielles de son acceptabilité. Dans le dernier chapitre de cette recherche sociologique, nous présentons une analyse des facteurs sociodémographiques, des expériences et des perceptions associées aux positionnements vis-à-vis des SCMR, à partir de l’enquête EROPP menée au niveau national par l’Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT).

Chapitre 6. Analyse de l'enquête EROPP (Enquête sur les représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes) – Edition 2018⁵⁴

1. Méthodologie

1.1. L'enquête EROPP ⁵⁵

« L'enquête EROPP 2018 a interrogé par téléphone un échantillon de 2 001 individus du 12 novembre au 18 décembre 2018. L'échantillon a été constitué par quotas, méthode empirique bien adaptée aux petits échantillons. Contrairement aux quatre premiers exercices (réalisés en 1999, 2002, 2008 et 2012) qui interrogeaient une population âgée de 15 à 75 ans, l'exercice 2018 s'est limité aux 18-75 ans – les enquêtes auprès des mineurs étant désormais plus difficiles à mener, notamment sur un sujet sensible tel que les drogues, pour des raisons réglementaires.

La passation des questionnaires, confiée à l'institut de sondage IFOP, a été réalisée avec le système d'interview par téléphone, assistée par ordinateur (système CATI, « Computer-assisted telephone interview »). Les interviews ont eu lieu du lundi au vendredi de midi à 21 heures et le samedi de 10 heures à 19 heures et ont duré 30 minutes en moyenne. Deux bases de sondage de numéros de téléphone générés aléatoirement ont été constituées, la première étant composée de numéros de téléphones fixes (45 %) et la seconde de téléphones mobiles (55 %). L'échantillon filaire a été constitué en plusieurs étapes : tout d'abord, un tirage aléatoire de numéros ayant un préfixe dit « géographique » (numéros commençant par 01 à 05) a été effectué dans un annuaire en respectant une stratification par région et taille d'agglomération. Puis, une incrémentation des numéros de téléphone issus de ce tirage a été réalisée afin d'atteindre les individus sur listes rouge ou orange. Faute d'annuaire, les numéros dégroupés (numéros commençant par 09) ont été tirés aléatoirement. De même pour les numéros de mobiles, un tirage aléatoire a eu lieu en respectant les préfixes et le nombre d'abonnés attribués par l'autorité de régulation des communications électroniques et des postes (ARCEP) à chaque opérateur. Le plan d'échantillonnage a été élaboré à partir des données de l'enquête emploi de l'INSEE et la représentativité de l'échantillon a été assurée par un redressement sur les critères suivants : l'âge croisé avec le sexe, la catégorie socio-professionnelle du répondant, la région du foyer et la taille de l'agglomération.

⁵⁴ Pour ce chapitre, la citation recommandée est Filipe E, Spilka S, Brissot A, Jauffret-Roustide M. *Analyse de l'enquête EROPP (Enquête sur les représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes) – Edition 2018*. In *Recherche sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale. Salles de consommation à moindre risque*, Institut de Santé Publique de l'Inserm, Paris, 2021.

⁵⁵ La méthodologie de l'enquête est reprise du document suivant Spilka et al, *Tendances n°131*, OFDT, 2019.

Pour autant, les résultats obtenus ne sont pas parfaitement représentatifs de la population française : du fait de la taille de l'échantillon, de la méthode des quotas et du mode de collecte, des biais non maîtrisés peuvent subsister. ».

1.2. Recodage des variables

Dans les analyses que nous avons réalisées pour le rapport de l'évaluation des SCMR, plusieurs variables ont été recodées pour faciliter la lisibilité et l'interprétation des résultats. Les variables suivantes sont concernées :

- Adhésion aux salles de consommation : « Trouvez-vous que les salles de shoot sont... »
Initialement cette variable comportait 5 modalités : « très bonne chose », « plutôt bonne chose », « plutôt mauvaise chose », « très bonne chose » et « ne sait pas ». Cette variable a été recodée en 3 modalités « une bonne chose » (incluant très bonne et bonne), « une mauvaise chose » (incluant très mauvaise et mauvaise) et « ne sait pas ».
- Niveau de diplôme : « Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ? »
Initialement 14 modalités, cette variable comporte maintenant 4 modalités : « niveau inférieur au Bac », « niveau Bac », « niveau Bac+2 », « niveau Bac+3 et plus »
- Échelle politique : « Sur une échelle politique gauche/droite où vous situez-vous ? »
Initialement 10 choix de réponses recodés en 7 modalités : « très à gauche », « gauche », « centre », « droite », « très à droite », « sans opinion » et « ne sait pas/refus ».
- Légalisation du cannabis : « Seriez-vous tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord pour que le cannabis soit légalisé... ? »

Initialement 5 choix de réponses (échelle d'accord), recodées en 3 modalités : « d'accord », « pas d'accord » et « ne sait pas ».

- Choix des variables dans les analyses sur les expérimentations et usages de produits
Les variables sur l'usage de tabac occasionnel ou quotidien et l'usage d'alcool quotidien ont été supprimées de l'analyse afin de se focaliser sur des variables plus pertinentes, en lien avec les perceptions des SCMR. Les variables utilisées dans l'analyse sont : expérimentation (alcool, cannabis, autres drogues), usage de cannabis dans l'année et dans le mois, usage d'alcool dans l'année.

1.3. Informations générales sur les salles de consommation

L'échantillon de l'enquête EROPP 2018 est de 2001 individus.

Dans cet échantillon, 82,1% des personnes disent avoir déjà entendu parler des salles de consommation. 29,6% des individus pensent que l'ouverture de ces salles est une très bonne chose, un peu plus de la moitié des enquêtés pensent que c'est plutôt une bonne chose (50,6%), 9 % des Français pensent que c'est plutôt une mauvaise chose et enfin 8,1% d'entre eux pensent que c'est une très mauvaise chose. On remarque ici qu'une majorité des Français semble être favorable à l'ouverture de ces salles, puisque les deux modalités de réponses positives à cette question regroupent plus de 80% de l'échantillon.

Encadré 3 Comparaison des enquêtes d'opinion questionnant l'acceptabilité sociale des salles de consommation en France : EROPP 2010, EROPP 2018 et KABP

Dans le questionnaire EROPP 2018 un texte explicatif était mentionné avant de poser les questions relatives aux salles de consommation comme suit :

« Parlons maintenant des salles de consommation à moindre risques. Il s'agit d'un espace réservé aux personnes qui s'injectent des drogues où elles peuvent venir consommer les produits qu'elles apportent dans de bonnes conditions sanitaires en présence d'un personnel formé afin d'éviter les overdoses et les infections et éviter qu'elles s'injectent dans l'espace public. »

En comparaison, dans l'édition précédente de l'enquête EROPP réalisée en 2010, les éléments d'informations proposés aux enquêtés avant qu'ils se prononcent étaient formulés comme tels : *« Pour prévenir les risques pour la santé, mettre à disposition des consommateurs d'héroïne des locaux et du matériel spécial pour qu'ils puissent s'injecter leur propre drogue, êtes-vous ? Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – Plutôt pas d'accord – Pas du tout d'accord »*. Dans cette édition, 73% des Français interrogés déclaraient être défavorables à ce type de dispositif (contre moins de 20% dans l'édition 2018). Cette formulation très peu pédagogique a eu un impact sur les conditions de déclarations des enquêtés, et explique en partie la défiance des Français sur cette question à cette époque ci. De plus, le sujet du questionnaire (évoquant le danger des drogues) ou le positionnement des questions a aussi eu un impact (Jauffret-Roustide & Pedrono, 2013). Il est donc difficile de comparer ces deux exercices puisque les formulations des questions liées aux salles de consommation ne sont pas identiques.

A l'inverse, l'enquête KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices) qui questionnait aussi l'acceptabilité des salles de consommation en France au même moment que l'enquête EROPP 2010, montrait des résultats sensiblement différents, puisque 66% des Français déclaraient être favorables aux salles de consommation. Les deux enquêtes ont utilisé des méthodologies similaires, c'est-à-dire un échantillonnage aléatoire et des entretiens téléphoniques.

Cette divergence de résultats s'explique là encore, par une formulation de question bien différente. Dans l'enquête KABP, les risques sanitaires liés à l'injection étaient mis au premier plan, la question était énoncée de cette manière : *« Dans certains pays européens, il existe des locaux médicalisés où les usagers de drogues peuvent s'injecter leur drogue dans des conditions d'hygiène satisfaisantes afin de limiter la transmission des virus du sida et de l'hépatite. Seriez-vous favorable à ce que de tels locaux soient ouverts en France ? Tout à fait - assez favorable - pas très favorable - pas du tout favorable »*.

L'opinion des individus est fortement liée à la manière dont les enjeux associés aux salles de consommation sont exposés, il est donc nécessaire d'analyser ces opinions en tenant compte des biais dus à l'« effet questionnaire » et au contexte social lors de la collecte des données. L'enquête EROPP 2018 a adopté par choix une position plus neutre que celle de l'édition 2010 ou de KABP, en proposant une définition intermédiaire, afin de limiter les biais.

Concernant la nécessité d'ouvrir des salles de consommation dans d'autres villes, 75,9% des Français pensent que cela est nécessaire, 20,8% d'entre eux pensent que cela ne l'est pas et 3,4% des individus ne savent pas.

22% des Français seraient tout à fait d'accord qu'une salle de shoot soit ouverte dans leurs quartiers, 33,1% des personnes de l'échantillon seraient plutôt d'accord, 15,8% des personnes ne seraient plutôt pas d'accord, enfin, 26,8% des répondants ne seraient pas du tout d'accord. Les individus de l'échantillon se répartissent de manière plutôt homogène selon les différentes

modalités de réponse. On remarque néanmoins que plus de la moitié des Français serait d'accord avec cette idée.

À retenir

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

2. Connaissances des Français sur l'existence des salles de consommation

2.1. Variables sociodémographiques

Tableau 41 Connaissance des Français sur l'existence des salles de consommation en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

Avez-vous déjà entendu parler des salles de shoot ?			
% (n=2001)	Oui	Non	p-value
Sexe			
Homme	86,6	13,4	p<0,001
Femme	77,9	22,2	
Age			
18-24 ans	59,1	40,9	p<0,001
25-34 ans	72,3	27,7	
35-44 ans	82,5	17,5	
45-54 ans	89,8	10,2	
55-64 ans	86,9	13,1	
65-75 ans	90,6	9,4	
Catégorie socio-professionnelle			
Agriculteurs	86,5	13,5	p<0,001
Artisan, commerçant	82,1	17,9	
Cadre et PIS	91,9	9,1	
Profession intermédiaire	87,9	12,1	
Employé	78,4	21,6	
Ouvrier	79,2	20,8	
Retraité	90,5	9,5	

Inactif	63,8	36,2	
Niveau de diplôme			
Inférieur au Bac	79,4	20,6	p<0,001
Niveau Bac	73,8	26,2	
Bac+2	84,8	15,2	
Bac+3 et plus	89,2	10,8	
Pratique d'une religion ou croyance religieuse			
Oui	79,7	20,3	p<0,05
Non	84	16	
Fréquentation de lieux de culte (n=879)			
Oui, souvent	73,1	26,9	p<0,05
Oui, de temps en temps	83,2	16,8	
Non	76,1	23,9	
Total	79,7	20,3	
Avoir soi ou son conjoint des enfants			
Oui	86	14	p<0,001
Non	74,4	25,6	
Taille de l'agglomération			
Rurale	81,8	18,2	p> 0,05
Urbaine*	83,8	16,2	
Urbaine +**	79,7	20,3	
Urbaine ++***	82,2	17,8	
Agglomération parisienne	82,6	17,4	
Total	82,1	17,9	

Notes : *Urbaine : agglomération urbaine de 2000 à 19 999 habitants

**Urbaine+ : agglomération urbaine de 20 000 à 99 999 habitants

***Urbaine++ : agglomération urbaine de 100 000 habitants

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à connaître l'existence des salles de consommation. Plus l'âge accroit, plus les individus connaissent ce dispositif. Les cadres et professions intellectuelles supérieures sont les plus nombreux à avoir entendu parler des salles de consommation (91,9%). Ce sont les employés qui sont les moins nombreux à en avoir entendu parler (78,4%). Le niveau de diplôme influe aussi puisque les individus diplômés « Bac+3 et plus » sont 89,2% à connaître, contre 73,8% pour les personnes qui ont un niveau bac, soit plus de 10 points d'écart. Les non-croyants et les individus fréquentant un lieu de culte de temps en temps sont légèrement plus nombreux que les croyants ou ceux qui fréquentent un lieu de culte souvent ou jamais, à connaître les salles de consommation.

La taille de l'agglomération n'est pas une variable significative, on ne peut pas évaluer son lien avec la variable d'intérêt.

2.2. Opinions/perceptions

Tableau 42 Connaissance des Français sur l'existence des salles de consommation en fonction des opinions/perceptions.

Avez-vous déjà entendu parler des salles de shoot ?			
% (n=2001)	Oui	Non	p-value
Échelle politique			
Très à gauche	88,7	11,3	p<0,01
Gauche	82,2	17,8	
Centre	87,1	12,9	
Droite	84	16	
Très à droite	74,8	25,2	
Sans opinion	75,7	24,3	
Refus	82,5	17,5	
Légalisation du cannabis			
D'accord	84,6	15,4	p<0,05
Pas d'accord	80	20	
Ne sait pas	87,1	12,9	
Inquiétude vis-à-vis des drogues			
Oui	76,6	23,4	p<0,05
Non	82,9	17,1	
Inquiétude vis-à-vis de l'insécurité			
Oui	78,3	21,7	p<0,01
Non	84,2	15,8	
Niveau d'information sur les drogues			
Très bien informé	84,5	15,5	p<0,05
Plutôt bien informé	83,3	16,7	
Plutôt mal informé	82,1	16,7	
Très mal informé	71,7	28,3	
Ne sait pas	82,6	16,4	
Total	82,1	17,9	

Concernant les opinions politiques, on remarque que les personnes « sans opinion » ou « très à droite » sont plus nombreuses à ne pas connaître les salles de consommation, les personnes les plus informées se plaçant « très à gauche » ou au « centre ». Les résultats liés à l'opinion vis-à-vis de la légalisation du cannabis ne montrent pas d'écarts très importants à ce stade, on remarque tout de même que les individus en désaccord avec cette mesure sont légèrement moins nombreux à connaître l'existence de ce dispositif. Les personnes inquiètes vis-à-vis des drogues ou de l'insécurité sont plus nombreuses aussi. Finalement, les individus très bien ou plutôt bien informés concernant les drogues sont aussi plus nombreux que ceux qui déclarent être mal informés.

3. Adhésion des Français aux salles de consommation

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 43 Adhésion des Français aux salles de consommation en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

Trouvez-vous que les salles de shoot sont...				
% (n=2001)	Une bonne chose	Une mauvaise chose	Ne sait pas	p-value
Sexe				
Homme	79,6	18	2,4	p<0,5
Femme	80,7	16,2	3,1	
Age				
18-24 ans	74,1	23,8	2,1	p<0,1
25-34 ans	78,7	19,3	2	
35-44 ans	76,8	20,5	2,7	
45-54 ans	84,2	13,3	2,5	
55-64 ans	84	12,6	3,4	
65-75 ans	80,8	15,9	3,3	
Catégorie socio-professionnelle				
Agriculteurs	75,9	24,1	0	p<0,1
Artisan, commerçant	79	21	0	
Cadre et PIS	86	12,2	1,8	
Profession intermédiaire	82,6	16,4	1	
Employé	80,4	15,6	4	
Ouvrier	81	15,8	3,3	
Retraité	79,1	17,8	3,1	
Inactif	74,3	22	3,7	
Niveau de diplôme				
Inférieur au Bac	77,9	18,7	3,4	p<0,5
Niveau Bac	79,1	18,5	2,4	
Bac+2	82,9	14,9	2,1	
Bac+3 et plus	82	15,5	2,5	
Pratique d'une religion ou croyance religieuse				
Oui	76,3	20,6	3,1	p<0,001
Non	83,1	14,4	2,5	
Fréquentation de lieux de culte (n=879)				
Oui, souvent	63,1	34,6	2,4	p<0,001
Oui, de temps en temps	78,3	17,7	3,9	
Non	80,3	17,9	1,7	
Total	76,3	20,6	3,1	
Avoir soi ou son conjoint des enfants				
Oui	80,8	15,8	3,4	p<0,1
Non	79	19,7	1,3	
Taille de l'agglomération				
Rurale	78,8	17,2	4	p<0,5
Urbaine	84,7	12,9	2,4	
Urbaine+	78,9	19,6	1,6	

Urbaine++	79,2	18	2,9
Agglomération parisienne	80,4	17,6	2
Total	80,2	17,1	2,7

Notes : *Urbaine : agglomération urbaine de 2000 à 19 999 habitants

**Urbaine+ : agglomération urbaine de 20 000 à 99 999 habitants

***Urbaine++ : agglomération urbaine de 100 000 habitants

Les non-croyants sont plus nombreux à penser que les salles de consommation sont une bonne chose comme les croyants qui ne fréquentent pas de lieu de culte. Les individus fréquentant un lieu de culte de manière régulière sont plus nombreux à considérer que les salles sont une mauvaise chose.

Les autres variables ne sont pas significatives.

3.2. Opinions/perceptions

Tableau 44 Adhésion des Français aux salles de consommation en fonction des opinions/perceptions

Trouvez-vous que les salles de shoot sont...				
% (n=2001)	Une bonne chose	Une mauvaise chose	Ne sait pas	p-value
Échelle politique				
Très à gauche	85,7	9,6	4,7	p<0,001
Gauche	87,1	11,8	1,1	
Centre	81,1	16,6	2,3	
Droite	76,2	21,1	2,7	
Très à droite	67,4	30,2	2,4	
Sans opinion	73,8	21,4	4,8	
Refus	73,3	17,3	9,4	
Légalisation du cannabis				
D'accord	90,1	7,9	2	p<0,001
Pas d'accord	71,7	24,9	3,3	
Ne sait pas	89,3	5,2	5,5	
Inquiétude vis-à-vis des drogues				
Oui	72,5	24,3	3,2	p<0,001
Non	81,3	16	2,7	
Inquiétude vis-à-vis de l'insécurité				
Oui	74,6	22,4	3	p<0,001
Non	83,2	14,2	2,6	
Niveau d'information sur les drogues				
Très bien informé	81,3	16,8	1,9	p<0,05
Plutôt bien informé	81,7	15,3	3	
Plutôt mal informé	79,9	17,7	2,9	
Très mal informé	73,2	25,6	1,2	
Ne sait pas	71,2	22,6	6,2	
Total	80,2	17,1	2,7	

Concernant l'échelle politique, on remarque que les personnes les plus à gauche sur le spectre sont plus nombreuses à considérer que les salles de consommation sont une bonne chose. A l'inverse, les répondants se considérant comme très à droite sont nombreux à déclarer que les salles de consommation sont une mauvaise chose (30,2% des personnes très à droite pensent que c'est une mauvaise chose contre 9,6% des personnes très à gauche).

L'adhésion à la légalisation du cannabis ou le fait de ne pas se prononcer sont aussi des éléments importants qui favorisent une opinion plus positive. Les personnes inquiètes vis-à-vis de l'insécurité ou des drogues sont plus nombreuses que les autres à penser que les salles de consommation sont une mauvaise chose. Finalement, on remarque que les individus les moins informés sont aussi les moins favorables au dispositif.

3.3. Expérimentations et usages de produits

Tableau 45 Adhésion des Français aux salles de consommation en fonction de leurs expérimentations de produits, de leurs usages d'alcool et de cannabis.

Trouvez-vous que les salles de shoot sont...				
% (n=2001)	Une bonne chose	Une mauvaise chose	Ne sait pas	p-value
Expérimentation de produits				
Expérimentation d'alcool				
Oui	80,6	16,6	2,8	p<0,05
Non	68,6	29,7	1,7	
Expérimentation de cannabis				
Oui	85,2	12,6	2,2	p<0,001
Non	76,5	20,5	3,1	
Expérimentation d'autres drogues				
Oui	86,4	10,2	3,4	p<0,05
Non	79,3	18,1	2,6	
Usage de produits				
Usage d'alcool dans l'année (n=1933)				
Tous les jours	78,9	18,5	2,7	p<0,1
Une fois par semaine	82,4	14,5	3,2	
Une fois par mois	83,1	14,3	2,6	
Moins souvent	78,7	18,5	2,7	
Jamais	73,4	24,2	2,4	
Total	80,6	16,6	2,8	
Usage de cannabis dans l'année				
Oui	88,7	9,2	2,1	p<0,001
Non	79,3	18	2,8	
Usage de cannabis dans le mois				
Oui	87	10,1	2,9	p<0,5
Non	79,8	17,5	2,7	
Total	80,2	17,1	2,7	

Les expérimentations d'alcool, de cannabis et d'autres drogues favorisent une opinion plus positive des salles de consommation. L'écart le plus important entre les expérimentateurs et

les non-expérimentateurs concerne l'alcool (12 points d'écart). L'usage d'alcool et de cannabis dans l'année ne sont pas des variables significatives.

4. Adhésion à l'ouverture de salles de consommation dans d'autres villes françaises

4.1. Variables sociodémographiques

Tableau 46 Opinions sur le fait d'ouvrir d'autres salles de ce type en France en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Pensez-vous qu'il serait nécessaire aujourd'hui d'ouvrir des salles de ce type dans d'autres villes en France ?				
% (n=2001)	Oui	Non	Ne sait pas	p-value
Sexe				
Homme	77	20,4	2,7	p<0,1
Femme	74,8	21,2	4	
Age				
18-24 ans	72,5	25,8	1,7	p<0,005
25-34 ans	69,5	27,8	2,7	
35-44 ans	72,4	23,8	3,8	
45-54 ans	80	16,2	3,8	
55-64 ans	81,7	14,5	3,8	
65-75 ans	77,1	19,3	3,7	
Catégorie socio-professionnelle				
Agriculteurs	65,3	31,2	3,5	p<0,5
Artisan, commerçant	71,3	26,1	2,6	
Cadre et PIS	79,3	17,6	3,1	
Profession intermédiaire	78,6	18,3	3,1	
Employé	73,8	21,5	4,7	
Ouvrier	77,2	19,8	3,1	
Retraité	75,6	21	3,4	
Inactif	74,2	23,2	2,6	
Niveau de diplôme				
Inférieur au Bac	74,3	22,4	3,3	p<0,01
Niveau Bac	75	22,5	2,5	
Bac+2	79,3	18	2,7	
Bac+3 et plus	76,4	19,3	4,3	
Pratique d'une religion ou croyance religieuse				
Oui	71	25,8	3,2	p<0,001
Non	79,6	16,9	3,4	

Fréquentation de lieux de culte (n=879)				
Oui, souvent	55,2	43,2	1,2	p<0,001
Oui, de temps en temps	73,9	21,4	4,7	
Non	74,3	24,4	1,3	
Total	71	25,8	3,2	
Avoir soi ou son conjoint des enfants				
Oui	76,6	19,5	3,9	p<0,5
Non	74,4	23,3	2,3	
Taille de l'agglomération				
Rurale	76,1	20,4	3,6	p> 0,5
Urbaine	78,5	18,7	2,8	
Urbaine +	72,3	22,4	5,3	
Urbaine ++	76,3	20,9	2,7	
Agglomération parisienne	74,8	21,9	3,3	
Total	75,9	20,8	3,4	

Notes : *Urbaine : agglomération urbaine de 2000 à 19 999 habitants

**Urbaine+ : agglomération urbaine de 20 000 à 99 999 habitants

***Urbaine++ : agglomération urbaine de 100 000 habitants

Concernant l'âge, on remarque que les individus les plus jeunes sont les plus nombreux à être défavorables à l'ouverture de salle de consommation dans d'autres villes françaises, à l'inverse les répondants âgés de 55 à 64 ans sont les plus nombreux à penser que cela est nécessaire. Comme dans la variable précédente, les plus diplômés sont plus favorables que ceux qui disposent d'un niveau scolaire inférieur au bac ou niveau bac. La pratique religieuse et le fait de fréquenter souvent un lieu de culte sont aussi des éléments qui mettent en évidence la défiance des salles de consommations, et leurs ouvertures dans d'autres villes Françaises.

4.2. Opinions/perceptions

Tableau 47 Opinions sur le fait d'ouvrir d'autres salles de ce type en France en fonction des opinions/perceptions

Pensez-vous qu'il serait nécessaire aujourd'hui d'ouvrir des salles de ce type dans d'autres villes en France ?				
% (n=2001)	Oui	Non	Ne sait pas	p-value
Échelle politique				
Très à gauche	86,2	10,8	3	p<0,001
Gauche	84	13,3	2,7	
Centre	77,8	18,5	3,7	
Droite	70,6	26,7	2,7	
Très à droite	57	41,7	1,3	
Sans opinion	70,8	25,4	3,9	
Refus	55,9	30,4		
Légalisation du cannabis				
D'accord	87,4	10,2	2,4	p<0,001
Pas d'accord	66,3	29,8	3,9	
Ne sait pas	70,5	11,4	18,1	
Inquiétude vis-à-vis des drogues				
Oui	64,8	31,2	3,9	p<0,001
Non	77,5	19,3	3,3	
Inquiétude vis-à-vis de l'insécurité				
Oui	69,4	27,7	3	p<0,001
Non	79,4	17,1	3,6	
Niveau d'information sur les drogues				
Très bien informé	75,8	22,4	1,8	p<0,05
Plutôt bien informé	78,1	19	2,9	
Plutôt mal informé	74,6	19,6	5,8	
Très mal informé	70,4	28,1	1,5	
Ne sait pas	61,5	29,7	8,8	
Total	75,9	20,8	3,4	

Pour les opinions politiques, on remarque que le fait de déclarer être à gauche sur le spectre politique favorise l'adhésion à cette idée. Les individus les plus à droite sont les moins nombreux à penser qu'il est nécessaire d'ouvrir d'autres salles de consommation. Concernant la légalisation du cannabis, les individus les plus en faveur sont aussi ceux qui, en grande majorité sont favorables à l'idée d'implanter de nouvelles salles de consommation en France. Les inquiétudes liées aux drogues ou à l'insécurité ainsi qu'un mauvais niveau d'information sur les drogues ne favorisent pas une opinion positive.

5. Acceptation de la mise en place d'une salle de consommation dans son quartier

5.1. Variables sociodémographiques

Tableau 48 Acceptation de la mise en place d'une salle de consommation dans son quartier en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Seriez-vous d'accord avec l'ouverture d'un tel centre dans votre quartier ?						
% (n=2001)	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne sait pas	p-value
Sexe						
Homme	21,9	34,2	15,8	25,7	2,3	p<0,01
Femme	22,1	32,1	15,9	27,8	2,2	
Age						
18-24 ans	21,2	28,9	16,6	31,7	1,7	p<0,001
25-34 ans	17,5	34,1	17,4	28,3	2,7	
35-44 ans	20,1	33	19	27,1	0,8	
45-54 ans	24,5	32,6	15,5	24,5	3	
55-64 ans	26,6	35,2	13,5	21,2	3,4	
65-75 ans	21,7	33,4	13,9	29,1	1,9	
Catégorie socio-professionnelle						
Agriculteurs	14,3	36	10,8	35,7	3,2	p<0,001
Artisan, commerçant	24,9	26,2	20,3	27,4	1,2	
Cadre et PIS	21,2	41,6	16,5	17,9	2,7	
Profession intermédiaire	17,5	38,7	18,9	23,6	1,3	
Employé	18,4	32,4	19,4	26,2	3,5	
Ouvrier	27,3	28,7	13	28	2,9	
Retraité	23,2	29,9	12,3	32,3	2,3	
Inactif	24,8	32,2	14,6	27,6	0,8	
Niveau de diplôme						
Inférieur au Bac	24,5	26,7	13,6	32,4	2,8	p<0,001
Niveau Bac	22,8	33,5	15,2	26,9	1,7	
Bac+2	18,2	35,9	17,9	26,5	1,5	
Bac+3 et plus	20,8	38,3	17,6	20,9	2,4	
Pratique d'une religion ou croyance religieuse						
Oui	18,2	29,4	15,6	34,9	2	p<0,001
Non	25	36	16,1	20,6	2,5	
Fréquentation de lieux de culte (n=879)						
Oui, souvent	13,2	27,2	10,6	47,7	1,4	p<0,01
Oui, de temps en temps	17,3	30,1	16,7	33,8	2	
Non	23,3	29,2	16,2	29,1	2,3	
Total	18,2	29,4	15,6	34,9	2	
Oui	22	33,3	14,8	27,7	2,2	p<0,5

Non	22	32,8	17,9	24,9	2,4	
Taille de l'agglomération						
Rurale	21,7	29,9	17,2	29,6	1,7	p> 0,5
Urbaine	21,6	33	15,5	26,2	3,7	
Urbaine +	21,2	32,8	15	28,7	2,3	
Urbaine ++	22,7	35	16,4	24,1	1,8	
Agglomération Parisienne	22,3	34,4	13,9	27	2,3	
Total	22	33,1	15,8	26,8	2,3	

Notes : *Urbaine : agglomération urbaine de 2000 à 19 999 habitants

**Urbaine+ : agglomération urbaine de 20 000 à 99 999 habitants

***Urbaine++ : agglomération urbaine de 100 000 habitants

Les femmes sont légèrement plus nombreuses à être en désaccord total avec l'idée d'ouvrir une salle dans leur quartier (2 points d'écart), en comparaison avec les hommes. Concernant l'âge, les individus âgés de 45 à 64 ans sont les plus nombreux à être très en accord avec cette idée, les 18-24 ans quant à eux sont plus nombreux à être défavorables. Les ouvriers, artisans et inactifs sont les plus nombreux dans la modalité « tout à fait d'accord », en revanche on trouve en majorité des cadres et professions intermédiaires dans la modalité « plutôt d'accord ». Enfin, les agriculteurs et les retraités sont les plus nombreux à être en désaccord total.

La position sur l'échelle d'accord est assez variable concernant le diplôme, là où les individus ayant un niveau inférieur au bac sont nombreux dans les modalités extrêmes, les plus diplômés le sont dans les modalités les plus modérées.

La croyance en une religion est une variable importante, on remarque que les non-croyants sont plus favorables que les croyants à la mise en place d'une salle de consommation dans leur quartier. La même logique s'applique pour la fréquentation d'un lieu de culte, ceux qui en fréquentent régulièrement sont plus défavorables que ceux qui en fréquentent de temps en temps, et plus encore que ceux qui n'en fréquentent jamais.

Les variables « avoir des enfants » et « taille de l'agglomération » ne sont pas significatives.

5.2. Opinions/perceptions

Tableau 49 Acceptation de la mise en place d'une salle de consommation dans son quartier en fonction des opinions/perceptions

Seriez-vous d'accord avec l'ouverture d'un tel centre dans votre quartier ?							
% (n=2001)	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne sait pas	p-value	
Échelle politique							
Très à gauche	41	36,4	4,9	15,2	2,5	p<0,001	
Gauche	26,7	39,3	16,5	15,8	1,7		
Centre	23,6	32,5	20,7	20,1	1,3		
Droite	13,5	31,7	15,9	37,7	3		
Très à droite	19,2	17,6	10,8	52,4	0		
Sans opinion	20,2	26,1	15,5	34,3	3,9		
Refus	13,7	31,5	14,2	34,5	6		

Légalisation du cannabis						
D'accord	33,2	37,4	11,9	15,2	2,3	p<0,001
Pas d'accord	12,7	29,5	19,1	36,6	2,1	
Ne sait pas	15,6	37,6	18	17,8	10,9	
Inquiétude vis-à-vis des drogues						
Oui	17,9	28	14,8	37,5	1,8	p<0,001
Non	22,6	33,8	16	25,2	2,3	
Inquiétude vis-à-vis de l'insécurité						
Oui	16,8	27,7	17,4	36,5	1,5	p<0,001
Non	24,8	36	15	21,6	2,6	
Niveau d'information sur les drogues						
Très bien informé	27,6	28,9	13	27,6	2,9	p<0,005
Plutôt bien informé	21,1	35,4	17,1	23,9	2,5	
Plutôt mal informé	20,8	32,8	18	27	1,5	
Très mal informé	22,5	30,4	7,7	38,3	1,1	
Ne sait pas	17,6	24	18,1	37,2	3,1	
Total	22	33,1	15,8	26,8	2,3	

Concernant l'échelle politique, les résultats confirment ce que l'on avait pu observer précédemment, les individus les plus à gauche sont plus nombreux à être favorables à cette idée, ils sont 41% à être tout à fait d'accord, contre seulement 13% des individus se situant à droite de l'échiquier politique.

Être en faveur de la légalisation du cannabis est aussi un élément qui favorise l'adhésion à cette idée. Les écarts les plus flagrants entre les individus pro-légalisation et les autres s'observent dans les modalités extrêmes (« tout à fait d'accord » versus « pas du tout d'accord»). Les inquiétudes liées aux drogues ou à l'insécurité entraînent aussi un désaccord plus important que chez ceux qui ne disent ne pas être inquiets. Enfin, le niveau d'information sur les drogues ne semble pas déterminant dans l'opinion vis-à-vis de l'ouverture d'une salle de consommation dans son quartier.

5.3. Expérimentations et usages

Tableau 50 Acceptation des Français sur la mise en place de salle de consommation dans leur quartier en fonction de leurs expérimentations de produits et de leurs usages d'alcool et de cannabis.

Seriez-vous d'accord avec l'ouverture d'un tel centre dans votre quartier ?						
% (n=2001)	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne sait pas	p-value
Expérimentation de produits						
Expérimentation de l'alcool						
Oui	22,3	33,6	15,9	25,9	2,3	p<0,001
Non	14,4	20,1	15,3	50,2	0	
Expérimentation de cannabis						
Oui	26,7	35,9	15	20,2	2,1	p<0,001
Non	18,4	30,9	16,5	31,8	2,3	
Expérimentation d'autres drogues						
Oui	36,2	34,1	13,2	13,3	3,2	p<0,001
Non	20	32,9	16,2	28,7	2,1	
Usage de produits						
Usage d'alcool dans l'année (n=1933)						
Tous les jours	30,1	26,6	11	29,7	2,7	p<0,001
Une fois par semaine	24,1	33,7	19,2	21,2	1,8	
Une fois par mois	19	38	17,3	23,7	2	
Moins souvent	21,4	34,9	11	30,3	2,5	
Jamais	23,4	23,2	14,9	34,5	4	
Total	22,3	33,6	15,9	25,9	2,3	
Usage de cannabis dans l'année						
Oui	37,6	37,2	12,3	11,3	1,7	p<0,5
Non	20,2	32,8	16,2	28,5	2,3	
Usage de cannabis dans le mois						
Oui	35,6	38,9	11,3	12,1	2,1	p<0,001
Non	21,2	32,7	16,1	27,7	2,3	
Total	22	33,1	15,8	26,8	2,3	

Pour cette variable, on observe les mêmes dynamiques que dans l'analyse précédente, les expérimentateurs d'alcool, de cannabis et d'autres drogues sont plus nombreux à être d'accord avec le fait qu'une salle de consommation soit implantée dans leurs quartiers. Le plus grand écart s'observe chez les expérimentateurs d'autres drogues, où on remarque 16,2 points d'écart dans la modalité « tout à fait d'accord » entre les deux groupes.

Pour l'usage d'alcool, on remarque que selon les modalités, la répartition se fait différemment ce qui complique l'interprétation. En recodant la variable d'intérêt en deux modalités « d'accord » et « pas d'accord » nous avons remarqué que toutes les différences en termes de

fréquence d'usage s'estompent, les modalités modérées « plutôt d'accord » ou « plutôt pas d'accord » ont donc leur importance. Les usagers d'alcool quotidiens sont par exemple très présents dans les modalités extrêmes, là où les usagers dans la semaine ou le mois sont plus présents dans les modalités modérées.

On remarque comme précédemment, que ceux qui consomment du cannabis dans le mois sont plus nombreux à être d'accord avec cette idée, on observe ceci particulièrement dans la modalité « pas du tout d'accord » où nous avons un écart de plus de 16 points.

La variable sur l'usage de cannabis dans l'année n'est pas significative.

À retenir

- Les différences de genre et les opinions liées aux salles de consommation ne sont pas corrélées, la variable est non-significative statistiquement dans 2 questions sur 4. L'écart le plus important concerne le fait d'ouvrir une salle de consommation dans son quartier, ici les femmes sont légèrement plus réticentes que les hommes.
- Les analyses montrent que les individus âgés de 18 à 24 ans sont les moins favorables à ce type de dispositif. A l'inverse, ce sont les individus âgés de 45 à 64 ans qui sont les plus favorables, et cela pour toutes les questions.
- Les catégories socio-professionnelles les plus favorisées sont celles qui adhèrent le plus massivement aux salles de consommation.
- On observe une scission entre les individus qui ont un niveau scolaire niveau bac ou inférieur et les autres. Ces derniers sont légèrement plus favorables dans la majorité des cas.
- Le fait d'avoir un enfant ou la taille de l'agglomération (milieu rural ou urbain) ne sont pas des variables qui ont un impact sur les opinions liées aux salles de consommation.
- La croyance religieuse, la fréquentation d'un lieu de culte, le positionnement sur l'échelle politique et l'opinion liée à la légalisation du cannabis sont les variables les plus liées aux opinions associées aux salles de consommation. Le fait de pratiquer une religion et de fréquenter un lieu de culte régulièrement, le positionnement politique à droite ou très à droite et le fait d'être en désaccord avec la légalisation du cannabis sont des facteurs favorisant l'opposition aux salles de consommation.
- Les individus qui déclarent être préoccupés principalement par les drogues et l'insécurité en France sont en grande partie plus nombreux à ne pas adhérer aux salles de consommations, et cela dans les quatre variables d'intérêts.
- Le fait d'être très bien ou plutôt bien informé sur la question des drogues est aussi un élément qui favorise une opinion plus positive.
- Qu'il s'agisse de l'opinion vis-à-vis des salles de consommation ou de l'acceptation de la mise en place d'une salle dans son quartier, les expérimentations de produits (alcool, cannabis et autres drogues) sont des variables plus discriminantes que les usages de produits pour percevoir les facteurs associés aux opinions.

6. Analyse spatiale

6.1. Analyse des correspondances multiples

Tableau 51 Glossaire de l'ACM

Variables actives		
Question	Code de la modalité	Signification de la modalité
Avez-vous déjà entendu parler de salles de shoot?	existsalle_oui	Oui
	existsalle_non	Non
Trouvez-vous que les salles de shoot sont...?	favorable	Une bonne chose
	défavorable	Une mauvaise chose
Pensez-vous qu'il serait nécessaire aujourd'hui d'ouvrir des salles de ce type dans d'autres villes en France ?	AVillesalle_oui	Oui
	AVillesalle_non	Non
Seriez-vous d'accord avec l'ouverture d'un tel centre dans votre quartier ?	TAF_accord	Tout à fait d'accord
	P_accord	Plutôt d'accord
	PP_accord	Plutôt pas d'accord
	PDT_accord	Pas du tout d'accord
Motif préoccupant pour la société française : les drogues	inquiet_drogue_oui	Oui
	inquiet_drogue_non	Non
Motif préoccupant pour la société française : l'insécurité	inquiet_insecur_oui	Oui
	inquiet_insecur_non	Non
Usage d'alcool dans l'année	TLJ	Tous les jours
	1x_sem	Une fois par semaine
	1x_mois	Une fois par mois
	moins_souv	Moins souvent
	jamais	Jamais
Expérimentation du cannabis	exp_can_oui	Oui
	exp_can_non	Non
Expérimentation d'autres drogues	exp_drog_oui	Oui
	exp_drog_non	Non
Niveau d'information sur les drogues	nivinfo_TB	Très bien informé
	nivinfo_p_bien	Plutôt bien informé
	nivinfo_p_mal	Plutôt mal informé
	nivinfo_t_mal	Très mal informé
	nivinfo_nsp	Ne sait pas
Opinion : légalisation du cannabis	legalcan1_accord	D'accord
	legalcan1_pas_accord	Pas d'accord
	legalcan1_nsp	Ne sait pas

Variables supplémentaires		
Sexe	Homme	Homme
	Femme	Femme
Age	18-34	18-34 ans
	35-54	35-54 ans
	55-75	55-75 ans
Échelle politique	T_gauche	Très à gauche
	gauche	Gauche
	centre	Centre
	droite	Droite
	T_droite	Très à droite
	sans_opinion	Sans opinion
	nsp_refus	Ne sait pas/refus
Fréquentation d'un lieu de culte	oui_souv	Oui, souvent
	oui_TenT	Oui, de temps en temps
	non	Non
	sans_religion	Sans religion
Taille de l'agglomération	rurale	Zone rurale
	urbaine	Agglomération urbaine de 2000 à 19 999 habitants
	urbaine_+	Agglomération urbaine de 20 000 à 99 999 habitants
	urbaine_++	Agglomération urbaine de 100 000 habitants
	agglo_paris	Agglomération parisienne

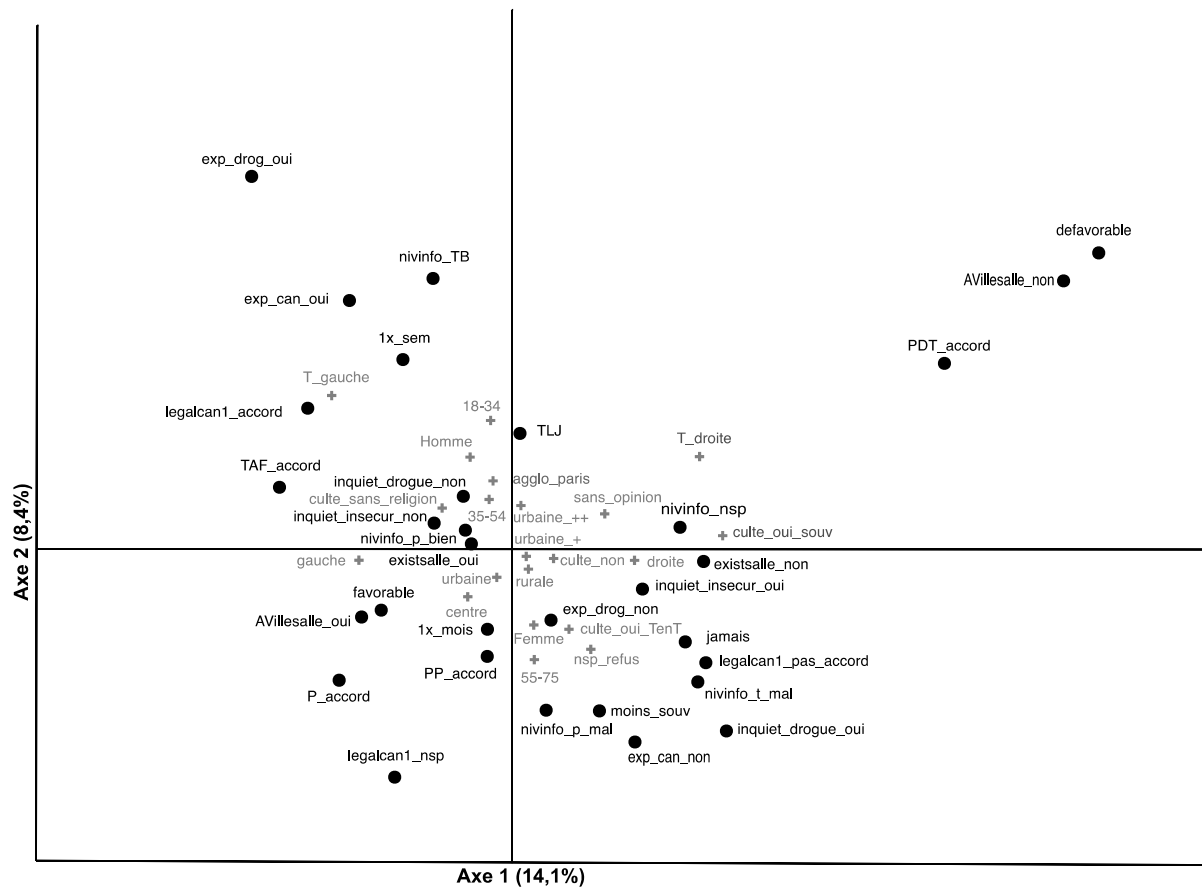
Remarque : Dans l'ACM les modalités « ne sait pas » des 4 variables d'intérêt (les 4 premières) ont été supprimées puisqu'elles regroupaient trop peu d'effectifs, elles ont tendance à étirer les axes et fausser l'analyse.

L'axe 1 correspond à l'opinion des individus, ceux qui adhèrent le plus aux salles de consommation se trouvent sur le cadran gauche et ceux qui s'y opposent le plus se trouvent sur le cadran droit. On remarque que l'opinion vis-à-vis de la légalisation du cannabis va dans le même sens.

L'axe 2 pourrait correspondre à la proximité des individus avec la question des drogues, plus précisément le fait qu'ils aient expérimenté des produits, leur niveau d'information sur le sujet ou le fait qu'ils ne soit pas inquiets par rapport à cela. L'axe 3 reste difficilement interprétable. Dans l'analyse la taille de l'agglomération du répondant n'est pas une variable explicative (qu'elle soit en active ou en supplémentaire). Le fait d'habiter dans une zone rurale n'implique pas plus de « conservatisme ». A l'inverse les individus résidant en agglomération parisienne par exemple n'ont pas une représentation plus positive des salles de consommation. En revanche, l'opinion sur la légalisation du cannabis est très liée à celles sur les salles de consommation. Les personnes les plus favorables à la légalisation sont aussi celles qui ont une

très bonne représentation des salles. Comme celles qui déclarent être très bien informées sur la question.

Figure 29 Analyse des correspondances multiples



Légende

- variables actives
- + variables supplémentaires

6.2. Classification ascendante hiérarchique

Cette CAH est produite à partir de l'ACM présentée ci-dessus.

3 classes ont été détectées :

Les individus de la classe n°1 (n=599, 33% de l'échantillon) partagent ces opinions et caractéristiques :

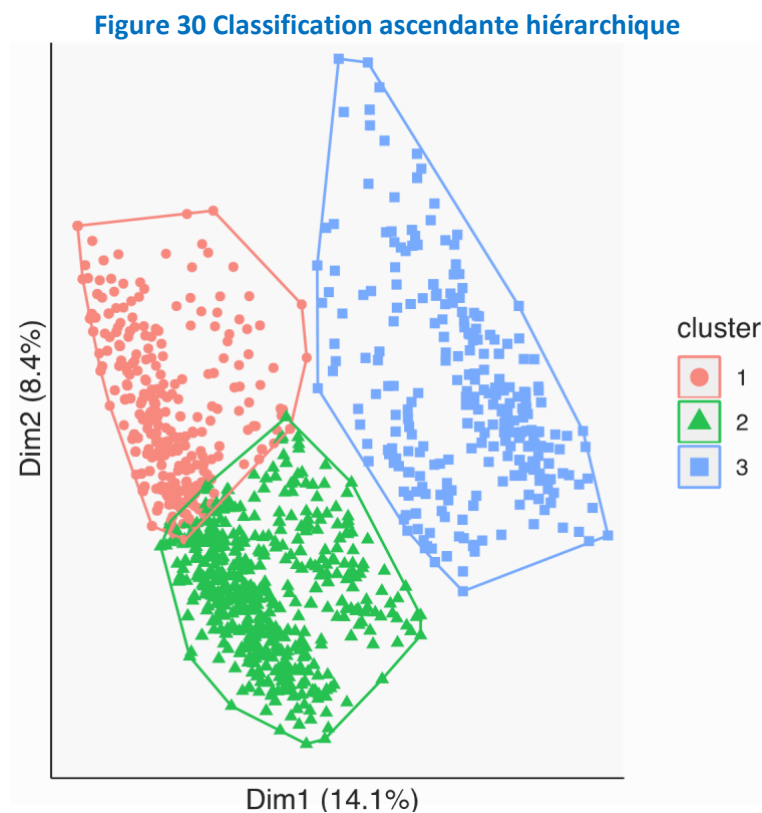
Ils sont favorables aux salles de consommation, ils ont connaissance de l'existence des salles, ils sont tout à fait d'accord avec l'ouverture d'une salle dans leurs quartiers et dans d'autres villes Françaises. Ils sont aussi tout à fait d'accord avec la légalisation du cannabis, et ont déjà expérimenté le cannabis ou d'autres drogues. Ils déclarent un très bon niveau d'information sur les drogues. La majorité est sans croyance religieuse, ils sont politiquement à gauche ou très à gauche, ne sont pas inquiets par l'insécurité ou l'usage de drogues en France, et ont une consommation d'alcool d'une fois par semaine principalement.

Les individus de la classe n°2 (n=859, 47,4% de l'échantillon) partagent ces opinions et caractéristiques :

Ils sont favorables aux salles de consommation et à leur ouverture dans d'autres villes Françaises, mais réticents à l'ouverture d'une salle dans leurs quartiers. Ils ne sont pas expérimentateurs de cannabis ou d'autres drogues, mais peuvent consommer de l'alcool une fois par mois. Ils ne sont pas d'accord avec la légalisation du cannabis et déclarent un niveau d'information plutôt faible sur les drogues. Ces individus fréquentent un lieu de culte de temps en temps, sont principalement âgés de 50 et plus, et se situent au centre sur l'échelle politique.

Les individus de la classe n°3 (n=355, 19,6% de l'échantillon) partagent ces opinions et caractéristiques :

Ils sont défavorables aux salles de consommation, en désaccord avec le fait que d'autres salles de consommation ouvrent dans d'autres villes ou dans leurs quartiers, et sont plus nombreux à ne pas connaître les salles de consommation au moment de l'enquête. Ils ne sont pas du tout d'accord avec la légalisation du cannabis, ils fréquentent souvent un lieu de culte et sont inquiets par l'insécurité en France. Ils se situent à droite sur l'échelle politique.



Synthèse et conclusion

Les résultats de l'enquête EROPP menée par l'OFDT en population générale en 2018 au niveau national et analysées par le Cermes3 mettent en évidence une très forte adhésion aux SCMR : 80% des Français sont favorables au principe des SCMR et 55% se déclarent prêts à ce qu'une SCMR ouvre dans leur quartier. Cette adhésion a fortement augmenté, en comparaison avec l'édition précédente de l'enquête EROPP de 2013, avant l'ouverture des deux SCMR à Paris et à Strasbourg, même en prenant en considération l'évolution de la formulation des questions entre les deux éditions d'EROPP. Les profils et perceptions des Français qui se positionnent en faveur ou en défaveur de la SCMR sont cohérents avec les données collectées et analysées dans le volet socio-anthropologique.

Synthèse et conclusion de la recherche sociologique

Les résultats de la recherche sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale mettent en évidence que les SCMR font désormais l'objet d'un consensus concernant la sphère professionnelle des acteurs de la prise en charge des addictions et de la réduction des risques, dans le débat médiatique, à l'exception des académies de médecine et de pharmacie qui ont pu apporter à certains moments du débat des voix dissonantes. Il est intéressant de noter que cette dissonance est, par ailleurs, observée de la même manière actuellement dans le débat sur les nouveaux modes de régulation du cannabis. Le débat sur les SCMR s'est actuellement déplacé dans le champ des politiques et des riverains, la parole accordée aux usagers dans ce débat étant encore peu visible publiquement. Les arguments mobilisés du côté des opposants dans la presse recouvrent en partie ceux observés dans l'enquête socio-anthropologique, les opposants mobilisant l'inefficacité des SCMR en termes de sevrage, leur effet d'attraction pour les regroupements d'usagers et de dealers, leur coût pour la société et le message de prosélytisme sous-jacent, les défenseurs des SCMR mettant en évidence le « devoir d'humanité » vis-à-vis des usagers les plus vulnérables et l'impact positif des SCMR en termes de santé publique et de sécurité publique, documentés par les expériences internationales. Dans la presse, pour les riverains, la controverse est mise en scène, avec une parole accordée quasi uniquement aux riverains opposés à la SCMR, alors que dans l'enquête socio-anthropologique, une grande diversité de positionnements a été étudiée.

L'enquête socio-anthropologique sur l'acceptabilité sociale de la SCMR et son impact sur la tranquillité publique menée auprès de 160 parties prenantes (riverains, agents de propreté et de sécurité, policiers, professionnels de santé et de réduction des risques, usagers, politiques) met en effet en évidence une diversité des expériences et des perceptions des riverains vis-à-vis de la SCMR. Les positionnements des riverains se sont accentués au cours du temps, pour ceux qui se positionnaient clairement comme étant favorables ou défavorables, le plus souvent en lien avec des collectifs qui se sont professionnalisés et politisés. Ces collectifs de riverains qui se sont emparés du sujet de la SCMR et en ont fait, de part et d'autres, un combat à dimension personnelle et politique. A l'inverse, on observe que la majorité des riverains qui avaient des positions attentistes se déclarent plutôt rassurés depuis l'implantation de la SCMR, mais ceux qui ont changé d'opinion sont peu nombreux dans notre échantillon.

Une partie des riverains constate une dégradation de leur quartier et exprime une « souffrance » vis-à-vis de l'implantation de la SCMR dans leur quartier. Les principales plaintes renvoient à la confrontation à des actes d'injections dans l'espace public, à la présence des usagers dans l'espace public, et à des actes d'incivilité donnant lieu à un sentiment d'insalubrité et d'insécurité du quartier, et à un sentiment de vivre dans un quartier relégué et d'être abandonnés par les pouvoirs publics. Ces riverains dénoncent la désertion du quartier par les familles et l'effondrement du prix de l'immobilier dans le quartier Saint-Vincent de Paul. Les données de la chambre des notaires mettent à l'inverse en évidence que le quartier Saint-Vincent de Paul a connu ces dernières années une hausse constante des prix de l'immobilier, de manière plus élevée que les autres quartiers du 10^{ème} arrondissement, qui ont également vu leurs prix augmenter. Ces riverains opposés à la SCMR se sentent de manière générale plus en

insécurité dans leur quartier que les riverains favorables à la SCMR, ce qui est cohérent avec les données de l'enquête EROPP sur les profils des Français opposés à la SCMR.

D'autres riverains constatent à l'inverse une amélioration de la situation du quartier (diminution des intrusions d'usagers dans les immeubles, des regroupements, de la présence de seringues,...) et se sentent sécurisés que l'association Gaïa puisse prendre en charge ce public. Ils ont développé des liens de confiance avec l'association Gaïa et une relation basée sur des échanges réguliers avec la mairie du 10^{ème} arrondissement qu'ils sollicitent en cas de difficultés, alors qu'ils étaient désemparés face aux difficultés rencontrées avec certains usagers de drogues avant l'implantation de la SCMR. Ces riverains sont également convaincus de l'importance de la réduction des risques à destination des usagers de drogues qui renvoie selon eux à un devoir d'humanité et de solidarité. Cette dimension politique renvoie essentiellement au « vivre ensemble » et à la cohabitation avec des publics en situation de précarité sociale dont font partie les usagers de drogues qui fréquentent la SCMR, mais également d'autres publics. Les profils sociodémographiques de ces riverains favorables à la SCMR correspondent à ceux observés dans l'enquête EROPP au niveau national. Ils ont également dans les deux enquêtes un très bon niveau d'information sur les drogues.

Les expériences et les perceptions en matière d'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale restent donc très diversifiés à ce jour concernant les riverains à Paris. Les résultats de l'enquête EROPP menée par l'OFDT en population générale en 2018 au niveau national mettent en évidence une très forte adhésion aux SCMR : 80% des Français sont favorables au principe des SCMR et 55% se déclarent prêts à ce qu'une SCMR ouvre dans leur quartier. Cette adhésion a fortement augmenté, en comparaison aux éditions précédentes de l'enquête EROPP, même en prenant en considération l'évolution de la formulation des questions entre les deux éditions.

L'étude écologique sur les traces de consommation dans un périmètre géographique proche de la SCMR parisienne met en évidence une diminution significative des seringues abandonnées dans l'espace public après l'implantation de la SCMR en 2016, le nombre de seringues dans l'espace public ayant été divisé par 3 sur la période avant/après, dont une baisse de 55% attribuable directement à la SCMR toutes choses égales par ailleurs. Les entretiens réalisés avec les agents de la propreté confirment la baisse importante des seringues dans l'espace public depuis l'implantation de la SCMR en 2016, baisse qui s'est accentuée au fil du temps, avec la plus grande amplitude des horaires d'ouverture. Des pics ponctuels peuvent toutefois parfois être observés, le plus souvent en lien avec des restrictions d'horaire ou de places (en lien par exemple avec la période de pandémie de COVID-19). Les entretiens réalisés avec des agents de la sécurité, de l'entretien des parcs et jardins et de professionnels des parkings et de la gare SNCF mettent en évidence que des problèmes relatifs à la présence de seringues dans l'espace public persistent toutefois dans les parcs et jardins et dans la gare, sans qu'un lien avec la SCMR ne soit établi. Les entretiens menés avec les usagers confirment l'amélioration de leurs conditions d'injection depuis la mise en place de la SCMR et la diminution de leurs injections dans l'espace public. La SCMR leur permet de bénéficier d'un espace protecteur et d'être moins stigmatisés.

Concernant la tranquillité publique, au-delà de l'analyse écologique, les données collectées auprès de la police (entretiens et données quantitatives sur l'activité policière) mettent en

évidence que le quartier de la SCMR n'est pas considéré comme particulièrement problématique en termes de délinquance depuis l'installation de la SCMR. La quasi totalité des entretiens réalisés auprès des parties prenantes (police, agent de propreté et de sécurité, professionnels de réduction des risques, usagers et une partie des riverains) rapporte l'existence des scènes ouvertes de drogues pré-existantes à l'implantation de la SCMR et bien ancrées dans le secteur, ce qui justifie selon eux le lieu d'implantation. Les opposants à la SCMR considèrent que la présence de la police est insuffisante dans le quartier qu'ils qualifient de zone de « non droit » en raison du périmètre de tolérance qui selon les opposants amène les policiers à ne plus verbaliser les usagers. Les données statistiques policières mettent en évidence à l'inverse une tendance en matière d'infractions à la législation sur les stupéfiants qui n'a pas baissé en comparaison avec le reste du 10^{ème} arrondissement, depuis la mise en place de la SCMR. Les forces de police se déclarent parfois désemparées concernant les actions possibles quant aux injections dans l'espace public (ils sont appelés par les riverains au moment de l'acte d'injection et ne peuvent pas intervenir après-coup), mais ils attestent de leur présence continue dans le quartier et de leur action en matière à la fois de sécurité publique, mais également de médiation. Cette présence policière est d'ailleurs confortée par les entretiens réalisés auprès de riverains favorables à la SCMR et par des professionnels de réduction des risques.

La persistance des seringues dans l'espace public, malgré la baisse globale observée, reste une question importante à prendre en compte, elle suscite un sentiment d'insécurité et de peur chez les riverains et de la stigmatisation et une exposition aux risques également pour les usagers. La persistance des injections dans l'espace public est documentée sur les réseaux sociaux par un collectif de riverains. Les entretiens réalisés avec les professionnels des maraudes mettent en évidence qu'il s'agit d'actes attribuables à un nombre limité d'usagers présentant des profils de vulnérabilité sociale et psychiatrique spécifiques, publics pour lesquels des actions de médiation ou de prise en charge sont en cours.

La dimension de la médiation est un des aspects essentiels à travailler pour l'amélioration de l'acceptabilité sociale de la SCMR et de son impact sur la tranquillité publique. De nouvelles maraudes permettant de prendre en charge les problématiques psychiatriques des usagers les plus en difficultés sont à développer dans le quartier de la SCMR. Au-delà de la santé publique, des politiques volontaristes de mise à l'abri en termes de logement pour les usagers de drogues doivent également être mises en place, des expériences récentes en lien avec le plan Crack en Ile de France montrent que l'accès au logement est essentiel pour permettre aux usagers une régulation de leurs usages et un meilleur accès aux soins. Consommer dans l'espace public est une contrainte pour les usagers de drogues qui préfèrent quand ils le peuvent réaliser leurs injections dans des espaces hygiéniques et protecteurs. La médiation doit également pouvoir être développée à l'égard des riverains du quartier par le biais de maraudes sociales supplémentaires et par de nouveaux espaces et modes de concertation entre acteurs, afin de permettre au quartier de la SCMR de bénéficier pleinement des effets de la salle en termes de santé publique, de sécurité et de tranquillité publique pour l'ensemble des parties prenantes.

Conclusions générales

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a permis d'ouvrir l'expérimentation des SCMR en France. L'acceptabilité sociale de ce type de dispositif est très élevée dans la population (80% des Français se déclarent favorables aux SCMR) et si l'analyse médiatique du débat public sur les SCMR met en évidence que la controverse sur ce sujet est présente essentiellement dans l'espace politique et entre les riverains, elle est actuellement quasiment inexistante dans la sphère des professionnels de la prise en charge des addictions et de la RdR qui s'accordent dans le débat public sur la nécessité de mettre en place des SCMR en France. L'évaluation de cette expérimentation – grâce aux différentes analyses des trois volets du projet qui sont présentées dans ce rapport – montre globalement des effets positifs en termes de santé individuelle, de santé publique et de tranquillité publique et suggère que cette intervention présente un rapport coût-efficacité acceptable pour la société.

Les SCMR participent à la baisse des pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC : les PQIS exposées à ce type de dispositif ont en effet moins de risques d'avoir partagé leur matériel d'injection au cours du dernier mois. Cela contribue à réduire l'incidence des infections VIH et VHC avec 6% et 11% d'infections VIH et VHC évitées sur une période de 10 ans selon les estimations de la modélisation, permettant une économie de plusieurs centaines de milliers d'euros pour le VHC.

En France, en 2017, 537 personnes sont décédées suite à une consommation de substances illégales ou de médicaments opioïdes (Brisacier et al., 2019). Les utilisateurs moyens ou réguliers de la SCMR ont moins de risques de faire une overdose non fatale par rapport à ceux qui les fréquentent peu ou pas. Les résultats de la modélisation montrent que sur une période de 10 ans, les SCMR permettent de réduire de 69% le nombre overdoses, soit un coût évité d'environ 1 million d'euros (pour les coûts de prises en charge d'une overdose à l'hôpital) grâce aux deux SCMR expérimentales.

Ces structures permettent également d'éviter des complications cutanées dues à l'injection : le volet efficacité montre que les utilisateurs de la SCMR ont une probabilité plus faible d'avoir eu un abcès au cours des six derniers mois par rapport aux PQIS non exposées au dispositif. Selon la modélisation réalisée, les SCMR permettraient d'éviter 77% des abcès sur 10 ans, soit environ 2 millions d'euros de coût évités. De plus, étant donné qu'environ 2% des abcès peuvent être associés à des endocardites, les SCMR conduisent également à éviter 77% de ces endocardites. Bien que les endocardites soient des événements assez rares, les coûts évités associés à cette pathologie sont élevés (soit 3.3 millions d'euros) du fait du coût potentiellement important de sa prise en charge hospitalière (jusqu'à plus de 40 000 euros en cas d'intervention chirurgicale).

Les passages aux urgences sont également moins importants chez les utilisateurs de la SCMR par rapport aux PQIS qui n'y ont pas accès. Sur 10 ans, cela représente 71% d'événements évités soit 6.5 millions d'euros de coûts médicaux évités.

La réduction du risque lié à ces différents événements (infections VIH et VHC, abcès et endocardites associées, overdoses et passages aux urgences) grâce aux SCMR permet d'éviter sur 10 ans 43 décès, soit une augmentation de l'espérance de vie de 5 à 6 mois, ainsi qu'environ 11 million d'euros de coûts médicaux (liés aux événements évités).

En ce qui concerne l'accès aux soins le constat est plus mitigé. Les PQIS qui ne fréquentent pas ou peu les SCMR ont une probabilité plus élevée d'avoir été chez un médecin de ville (généraliste ou spécialiste) par rapport aux utilisateurs moyens ou réguliers de la SCMR. Ces

derniers ont une santé plus dégradée que les non utilisateurs de ces dispositifs et sont plus fortement touchés par la précarité, ils ont donc moins souvent une couverture sociale, les empêchant par conséquent d'accéder à des soins de ville. Il est aussi possible que les PQIS qui fréquentent la SCMR y trouvent une partie de l'aide médicale qu'ils pourraient trouver chez un médecin de ville. De plus, les CAARUD, qui ont une implantation plus ancienne, ont probablement un lien plus ancré avec la ville et ceci peut aussi expliquer l'accès facilité à la médecine de ville, outre le fait qu'ils ont plus souvent une couverture sociale pour accéder à la médecine de ville. Aucune différence n'est apparue pour l'accès au dépistage récent (6 mois ou moins) du VHC qui concerne les deux tiers de la population de la cohorte. Le fait de fréquenter souvent les services d'un CAARUD ou d'un CSAPA est associé au dépistage VHC et ces structures sont fréquentées par 90% de la cohorte ; celles-ci apparaissent donc comme des lieux de référence pour l'accès au dépistage VHC. Aucun effet significatif n'a été démontré pour l'accès à un médicament de l'addiction aux opiacés. Ces données peuvent être facilement interprétées au regard de notre système de santé qui, à travers les CAARUD et leur réseau et les CSAPA, offre la possibilité d'accéder facilement à un traitement par méthadone ou par buprénorphine. En effet, seulement 10% des PQIS qui compose la cohorte ne fréquente pas ou rarement ce type de structure. Les facteurs associés à l'accès au traitement de l'addiction aux opiacés montrent que ceux qui consomment régulièrement de l'héroïne ou du sulfate de morphine reçoivent moins de médicaments prescrits. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que ces opiacés n'ont pas les mêmes effets que la méthadone et la buprénorphine et ne sont pas prescrits dans le contexte de la dépendance aux opiacés, sauf exceptionnellement pour le sulfate de morphine. Ces résultats viennent conforter la nécessité d'élargir la palette des médicaments disponibles (sulfate de morphine et diacétylmorphine) afin de permettre aux PQIS d'accéder à une prescription et un suivi médical adapté.

L'enquête socio-anthropologique sur l'acceptabilité sociale de la SCMR et son impact sur la tranquillité publique menée auprès de 160 parties prenantes (riverains, agents de propreté et de sécurité, policiers, professionnels de santé et de la RdR, usagers, politiques) met en évidence une diversité des expériences et des perceptions vis-à-vis de la SCMR. Les positionnements des riverains se sont accentués au cours du temps, pour ceux qui se positionnaient clairement comme étant favorables ou défavorables, le plus souvent en lien avec des collectifs qui se sont professionnalisés et politisés. A l'inverse, on observe que la majorité des riverains qui avaient des positions attentistes se déclarent plutôt rassurés depuis l'implantation de la SCMR, mais ils restent peu nombreux. Les expériences et les perceptions en matière d'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale restent très diversifiés à ce jour concernant les riverains à Paris.

L'étude écologique sur les traces de consommation dans un périmètre géographique proche de la SCMR parisienne met en évidence une diminution significative des seringues laissées dans l'espace public après l'implantation de la SCMR, le nombre de seringues dans l'espace public ayant été divisé par 3 sur la période avant/après, dont une baisse de 55% attribuable directement à la SCMR toutes choses égales par ailleurs. Les entretiens réalisés avec les agents de la propreté confirment la baisse importante des seringues dans l'espace public depuis l'implantation de la SCMR en 2016, baisse qui s'est accentuée au fil du temps, avec la plus grande amplitude des horaires d'ouverture. Les autres données quantitatives (actes de délinquance, évolution des prix de l'immobilier) mettent également en évidence une amélioration de la situation, en termes de tranquillité publique et d'amélioration de la physionomie du quartier de la SCMR. Ces données sont confirmées par des entretiens réalisés auprès des agents de la propreté, de la sécurité, de la police, des professionnels de santé, de la

RdR, et des agents immobiliers. Des difficultés sont toutefois relevées sur la persistance des injections dans l'espace public plus particulièrement dans certaines rues autour de la SCMR. Ces injections seraient le fait d'usagers peu nombreux présentant des co-morbidités psychiatriques, difficiles d'accès en termes de prise en charge. Des contacts ont été établis avec l'association Gaïa afin de pouvoir initier une prise en charge adaptée pour ces publics. Les entretiens effectués avec les usagers mettent en évidence l'apport de la SCMR afin d'améliorer les conditions de réalisation de leurs injections. Ils vivent également la SCMR comme un lieu protecteur où ils se sentent respectés.

Les analyses de l'étude longitudinale montrent que la proportion de délits commis récemment est significativement moins importante chez les utilisateurs de la SCMR comparé aux non-utilisateurs. Les entretiens réalisés auprès de la police dans le cadre de l'étude socio-anthropologique mettent en évidence que le quartier où la SCMR est implantée n'est pas considéré comme particulièrement difficile depuis sa mise en place, en comparaison avec d'autres quartiers du 10ème arrondissement, perçus comme plus problématiques en termes de sécurité publique. Ces discours s'appuient sur des statistiques policières et des entretiens sociologiques. L'ensemble de ces données met, par ailleurs, en évidence que la SCMR n'est pas devenue une « zone de non droit ».

Ainsi, les SCMR de Paris et Strasbourg ont permis d'éviter des infections virales et bactériennes, des overdoses, des passages aux urgences, des délits, des injections dans l'espace public. Les coûts médicaux évités dans les populations simulées sur 10 ans sont de l'ordre de 6 millions d'euros à Paris et de 5.1 millions d'euros à Strasbourg. Les rapports coût-efficacité, estimés à 24 700 euros/QALY gagnée à Paris et 7 700 euros/QALY gagnée à Strasbourg, se situent à des niveaux généralement considérés comme acceptables au regard i) du seuil d'une fois le PIB par habitant recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé et ii) du ratio coût-efficacité obtenu par d'autres interventions considérées comme coût-efficaces en France. Selon les résultats obtenus, les SCMR constituent vraisemblablement une intervention de santé et de tranquillité publique efficiente. La pérennité des dispositifs existants apparaît utile et une mise à l'échelle nationale de cette intervention est recommandable. A noter que le rapport coût-efficacité pourrait être amélioré par l'ouverture d'espaces de consommations au sein des structures recevant actuellement des PQIS, notamment les CSAPA et les CAARUD. De plus, l'enquête sociologique suggère que l'ouverture des SCMR sur des créneaux plus larges permettrait de répondre mieux aux besoins des PQIS et aux attentes d'une partie des riverains. Ces données laissent penser que les effets observés dans les conditions actuelles de fonctionnement des SCMR auraient pu être plus importants si le dispositif était adapté à la situation française. Cette évaluation montre que le dispositif déployé à Paris et Strasbourg pourrait être renforcé et transposé également dans les lieux où des CAARUD ou CSAPA reçoivent des PQIS caractérisés par des conditions de vie précaires telles que la cohorte le décrit. La possibilité d'offrir des services d'« aller vers » dans des lieux où les consommations apparaissent dispersées sur un territoire pourrait être envisagée et est actuellement documenté dans des études locales en cours sur d'autres villes. Ainsi, ces résultats plaident en faveur d'une extension de ces SCMR, qui pourraient être proposées à la fois dans des structures existantes, en adaptant les services et le fonctionnement à la réalité des usagers ou dans des dispositifs autonomes de type SCMR à l'instar de ceux existants à Paris et Strasbourg.

Table des tableaux, figures et encadrés

COSINUS

Tableaux :

Tableau 1 : Effectifs et pourcentages de recrutement selon le lieu et la ville	31
Tableau 2 : Modules des questionnaires COSINUS.....	31
Tableau 3 : Taux d'attrition des différents questionnaires de suivi selon la ville et ensemble	32
Tableau 4 : Facteurs associés à avoir été au moins une fois perdu de vue (M6 et/ou M12), régressions logistiques sur les données à l'inclusion (n=664)	33
Tableau 5. Fréquences et taux de perdu de vue (à M6 et/ou à M12), données à l'inclusion (n=665)..	34
Tableau 6. Croisement entre SCMR3 et SCMR4 à l'inclusion (M0).....	36
Tableau 7. Caractéristiques de la population par villes et ensemble (n=665)	41
Tableau 8. Caractéristiques des groupes à l'inclusion (n=662*).....	43
Tableau 9. Equation de première étape - facteurs associés à l'exposition à la SCMR : Modèles Probit mixtes, analyses univariées et multivariées, étude COSINUS	46
Tableau 10. Facteurs associés au partage de matériel d'injection : modèles Probit mixte avec variances bootstrap (250 réplifications), analyses univariées et multivariées, étude COSINUS.....	51
Tableau 11. Facteurs associés à au moins un abcès au cours des six derniers mois : modèles Probit mixte avec variances bootstrap (250 réplifications), analyses univariées et multivariées, étude COSINUS.....	54
Tableau 12. Facteurs associés à au moins une overdose non fatale au cours des six derniers mois : modèles Probit mixte avec variances bootstrap (250 réplifications), analyses univariées et multivariées, étude COSINUS.....	58
Tableau 13. Facteurs associés à au moins un passage aux urgences au cours des six derniers mois : modèles Probit mixte avec variances bootstrap (250 réplifications), analyses univariées et multivariées, étude COSINUS.....	61
Tableau 14. Facteurs associés à la prise d'au moins un médicament de l'addiction aux opiacés au cours des six derniers mois : modèles Logit mixte, analyses univariées et multivariées, étude COSINUS.....	66
Tableau 15. Facteurs associés à l'utilisation des soins de ville au cours des six derniers mois : modèles Probit mixte avec variances bootstrap (250 réplifications), analyses univariées et multivariées, étude COSINUS	69
Tableau 16. Facteurs associés à un dépistage VHC récent au cours des six derniers mois : modèles Probit mixte avec variances bootstrap (250 réplifications), analyses univariées et multivariées, étude COSINUS	73
Tableau 17. Facteurs associés à au moins un délit au cours du dernier mois : modèles Probit mixtes avec variances bootstrap (500 réplifications), analyses univariées et multivariées, étude COSINUS.....	77
Tableau 18. Facteurs associés au fait d'injecter le plus souvent dans l'espace public : modèles Probit mixte avec variances bootstrap (250 réplifications), analyses univariées et multivariées, étude COSINUS	80
Tableau 19 : Raisons de vouloir utiliser la SCMR à Marseille et Bordeaux (N=450 visites, n=262 participants), étude COSINUS.....	83
Tableau 20 : Raisons de vouloir utiliser la SCMR à Paris et Strasbourg (N=615 visites, n=295 participants), étude COSINUS.....	84
Tableau 21 : Raisons de ne pas vouloir utiliser la SCMR à Marseille et Bordeaux (N=267 visites, n=169 participants), étude COSINUS.....	84
Tableau 22. Raisons de ne pas vouloir utiliser la SCMR à Paris et Strasbourg (N=86 visites, n=53 participants), étude COSINUS.....	84

Tableau 23. Modalités les plus contributives au premier axe factoriel de l'ACM se rapportant aux individus ne fréquentant pas la SCMR en MO selon le signe de leur coordonnée sur l'axe (N=398), étude COSINUS	87
Tableau 24. Modalités les plus contributives au deuxième axe factoriel de l'ACM se rapportant aux individus ne fréquentant pas la SCMR en MO selon le signe de leur coordonnée sur l'axe (N=398), étude COSINUS	87
Tableau 25. Modalités les plus contributives au troisième axe factoriel de l'ACM se rapportant aux individus ne fréquentant pas la SCMR en MO selon le signe de leur coordonnée sur l'axe (N=398), étude COSINUS	88
Tableau 26. Description des clusters de la CAH selon les variables actives de l'ACM, étude COSINUS (N=398).....	89

Figures :

Figure 1 Nombre de questionnaires d'inclusion et de suivi dans le temps	33
Figure 2 Répartition de la variable explicative principale par suivi	36
Figure 3. Fréquences des participants qui ont déclaré avoir partagé leur matériel d'injection au moins une fois au cours du dernier mois par suivi et par groupe d'exposition (n(%)), étude COSINUS (N=1 458 visites, n=664 participants).....	50
Figure 4. Fréquences des participants déclarant un abcès par groupe d'exposition et par suivi (n(%)), étude COSINUS (N=1 428 visites, n=658 participants)	53
Figure 5. Fréquences des participants déclarant au moins une overdose non fatale au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi (n(%)), étude COSINUS (N=1458 visites, n=664 participants).....	57
Figure 6. Fréquences des participants déclarant au moins un passage aux urgences au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi (n(%)), étude COSINUS (N=1458 visites, n=664 participants).....	60
Figure 7. Fréquences des participants déclarant au moins un médicament de l'addiction aux opiacés au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi (n(%)), étude COSINUS (N=1458 visites, n=664 participants)	64
Figure 8. Fréquences des participants ayant utilisé les soins de ville au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi (n(%)), étude COSINUS (N= 1462 visites, n=664 participants)	68
Figure 9. Fréquences des participants ayant fait un dépistage VHC récent par groupe d'exposition et par suivi (n(%)), étude COSINUS (N= 1177 visites, n=576 participants).....	72
Figure 10. Fréquence des délits récents selon le groupe et le suivi (N=1427 visites, n=661 participants)	76
Figure 11. Fréquences des participants qui ont déclaré injecter le plus souvent dans l'espace public par suivi et par groupe d'exposition (n(%)), étude COSINUS (N=1396 visites, n=655 participants)	79
Figure 12 : Fréquences des participants qui ont déclaré souhaiter utiliser une SCMR par suivi et par ville (n(%)), étude COSINUS (N=1465 visites, n=665 participants).....	83
Figure 13. Répartition de l'inertie par axe	86

Encadrés :

Encadré 1. La méthode de Heckman en deux étapes	37
Encadré 2. Interprétation des odds ratio (OR) dans une régression avec fonction logistique et des coefficients dans un modèle Probit (Coeff)	39

COSINUS éco

Tableaux :

Tableau 27 : Répartition des individus à l'entrée du modèle en fonction de leur âge, sexe et statut par rapport au VHC et au VIH	100
Tableau 28 : Paramètres clés du modèle.....	106
Tableau 29 : Effet des infections VIH et VHC sur la qualité de vie en fonction du stade de la maladie	108
Tableau 30 : Coûts utilisés dans la simulation	109
Tableau 31 : Coût annuel attribuable à l'hépatite C chronique : coûts ambulatoires (avant traitement ou après échec de traitement) et coût hospitaliers (pas de décès ou décès à l'hôpital) (Schwarzinger et al., 2013)	110
Tableau 32 : Résultats de l'analyse principale sur les critères d'efficacité - moyennes et intervalles à 95% associés.....	115
Tableau 33 : Résultats de l'analyse principale sur les critères économiques - moyennes et intervalles à 95% associés.....	116

Figures :

Figure 14 : Modèle : infection par le VHC et cascade de soins de l'hépatite C chronique	103
Figure 15 : Modèle : histoire naturelle de l'hépatite C chronique.....	103
Figure 16 : Modèle : infection par le VIH et cascade de soins de l'infection VIH.....	104
Figure 17 : Modèle : histoire naturelle de l'infection par le VIH.....	104
Figure 18 : Variation des événements de santé et des coûts médicaux associés estimés avec SCMR (S1) et sans SCMR (S2) sur une période d'implémentation des SCMR de 10 ans (fin 2016-fin 2026). Les variations positives correspondent à des bénéfices obtenus grâce aux SCMR.	114
Figure 19 : Résultat de l'analyse de sensibilité déterministe. Les valeurs du RCEI ont été estimés aux bornes de leur intervalle d'incertitude. Les résultats sont présentés sous la forme d'un diagramme en tornade : les barres grises représentent l'écart par rapport à la valeur de RCEI obtenue dans l'analyse principale (représentée par l'axe vertical) lorsque la valeur du paramètre a été remplacé par la borne haute ou la borne basse de son intervalle d'incertitude. Les paramètres ont été triés du plus influent (en haut) au moins influent (en bas). Seuls les résultats relatifs aux principaux coûts et au partage de matériel d'injection sont disponibles à ce jour.....	118
Figure 20 : Résultat de l'analyse de sensibilité probabiliste pour Paris. A. Plan coût-efficacité : chaque point représente un couple de simulations en fonction de l'efficacité incremental (en abscisse) et du coût incremental (en ordonnée) obtenus dans le modèle. B. Courbe d'acceptabilité, représentant la probabilité que la SCMR soit coût-efficace en fonction de la propension à payer par QALY gagnée...	119
Figure 21 : Résultat de l'analyse de sensibilité probabiliste pour Strasbourg. A. Plan coût-efficacité : chaque point représente un couple de simulations en fonction de l'efficacité incremental (en abscisse) et du coût incremental (en ordonnée) obtenus dans le modèle. B. Courbe d'acceptabilité, représentant la probabilité que la SCMR soit coût-efficace en fonction de la propension à payer par QALY sauvée.	120

Recherche sociologique

Cartes:

Carte 1 Contexte urbain du secteur d'implantation de la salle	151
Carte 2 Contexte du secteur d'implantation avant l'installation de la salle en 2016	153
Carte 3 Signalements et doléances liés aux drogues (janvier 2011 à août 2012).....	154
Carte 4 Signalements et doléances liés aux drogues- aperçus selon les IRIS (janvier 2011 à août 2012)	154
Carte 5 Usage de drogues dans le secteur d'implantation de la salle avant son installation	158
Carte 6 Zone d'observation et de collecte de données	160

Figures:

Figure 22 Moyennes hebdomadaires du nombre de seringues (seringues) et autres traces de consommation (packagings) dans l'espace public autour de la SCMR parisienne	163
Figure 23 Proportion de seringues avec des aiguilles apparentes (orange), avec des aiguilles non apparentes (bleu) ou dont l'état de l'aiguille n'est pas visible (rouge), représentée dans le temps....	164
Figure 24 Moyennes hebdomadaires du nombre de seringues (seringues) et autres traces de consommation (packagings) dans l'espace public autour de la SCMR parisienne, (sans le pic).....	165
Figure 25 Moyenne hebdomadaire des seringues en fonction de la moyenne hebdomadaire des températures.....	167
Figure 26 Nombre d'interpellations (hors ILS et avec ILS) de 2016 à 2020 dans le 10 ^{ème} arrondissement de Paris et dans le secteur SCMR	258
Figure 27 Taux d'interpellations liées aux ILS de 2015 à 2020 dans le 10 ^{ème} arrondissement de Paris et dans le secteur SCMR	259
Figure 28 Prix de vente médian des appartements anciens par quartiers du 10 ^{ème} arrondissement de Paris (2011-2020)	268
Figure 29 Analyse des correspondances multiples.....	300
Figure 30 Classification ascendante hiérarchique	301

Tableaux:

Tableau 34 Titres de presse (1990-2018)	133
Tableau 35 Distribution des articles en fonction du type d'acteurs (1990-2018)	134
Tableau 36 Types de traces de consommations recensées.....	160
Tableau 37 Nombre moyen hebdomadaire de seringues et d'autres traces de consommation trouvées dans l'espace public avant et après l'ouverture de la SCMR	163
Tableau 38 Seuillage des données à 20 (le relevé des 38 seringues la semaine du 19	165
Tableau 39 Nombre moyen hebdomadaire de seringues et d'autres traces de consommation trouvées dans l'espace public avant et après l'ouverture de la SCMR (sans le pic)	166
Tableau 40 Prise en compte des paramètres météorologiques	166
Tableau 41 Connaissance des Français sur l'existence des salles de consommation en fonction des caractéristiques sociodémographiques.....	284
Tableau 42 Connaissance des Français sur l'existence des salles de consommation en fonction des opinions/perceptions.	286
Tableau 43 Adhésion des Français aux salles de consommation en fonction des caractéristiques sociodémographiques.	287

Tableau 44 Adhésion des Français aux salles de consommation en fonction des opinions/perceptions	288
Tableau 45 Adhésion des Français aux salles de consommation en fonction de leurs expérimentations de produits, de leurs usages d'alcool et de cannabis.	289
Tableau 46 Opinions sur le fait d'ouvrir d'autres salles de ce type en France en fonction des caractéristiques sociodémographiques.....	290
Tableau 47 Opinions sur le fait d'ouvrir d'autres salles de ce type en France en fonction des opinions/perceptions	292
Tableau 48 Acceptation de la mise en place d'une salle de consommation dans son quartier en fonction des caractéristiques sociodémographiques	293
Tableau 49 Acceptation de la mise en place d'une salle de consommation dans son quartier en fonction des opinions/perceptions	294
Tableau 50 Acceptation des Français sur la mise en place de salle de consommation dans leur quartier en fonction de leurs expérimentations de produits et de leurs usages d'alcool et de cannabis.	296
Tableau 51 Glossaire de l'ACM.....	298

Encadré :

Encadré 3 Comparaison des enquêtes d'opinion questionnant l'acceptabilité sociale des salles de consommation en France : EROPP 2010, EROPP 2018 et KABP	283
---	-----

Bibliographie

Références COSINUS et COSINUS éco

- Andresen, M. A., & Boyd, N. (2010). A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *The International Journal on Drug Policy*, 21(1), 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.03.004>
- Andresen, M. A., & Jozaghi, E. (2012). The point of diminishing returns : An examination of expanding Vancouver's Insite. *Urban Studies*, 49(16), 3531-3544.
- Bayoumi, A. M., & Zaric, G. S. (2008). The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 179(11), 1143-1151. <https://doi.org/10.1503/cmaj.080808>
- BdM_IT : fiche. (s. d.-a). Consulté 15 mars 2021, à l'adresse http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/bdm_it//fiche/index_fic_medisoc.php?p_code_cip=3400930067314&p_site=AMELI
- BdM_IT : fiche. (s. d.-b). Consulté 15 mars 2021, à l'adresse http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/bdm_it//fiche/index_fic_medisoc.php?p_code_cip=3400930108765&p_site=AMELI
- Belchior, E., Lévy-Bruhl, D., Le Strat, Y., & Herida, M. (2016). Cost-effectiveness of a herpes zoster vaccination program among the French elderly people. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 12(9), 2378-2382. <https://doi.org/10.1080/21645515.2016.1184801>
- Borthomieu, L. (2018). Evaluation de l'activité des Médecins Correspondants SAMU et retour d'expérience des acteurs intervenant dans ce dispositif en Vienne entre 2015 et 2018. [PhD Thesis]. Université de Poitiers.
- Boussad, N., Couleaud, N., Insee Ile-de-France, Sagot, M., & IAU IdF. (2017). Une population immigrée aujourd'hui plus répartie sur le territoire régional. INSEE.
- Bravo, M. J., Royuela, L., De la Fuente, L., Brugal, M. T., Barrio, G., Domingo-Salvany, A., & Itínere Project Group. (2009). Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. *Addiction (Abingdon, England)*, 104(4), 614-619. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02474.x>
- Brisacier, A.-C., Palle, C., & Mallaret, M. (2019). Décès directement liés aux drogues. Évaluation de leur nombre en France et évolutions récentes. *Tendances*, 133, 8.
- Calvier, C., Pichard, L., & Insee Ile-de-France. (2015). L'Ile-de-France, capitale des étudiants et des diplômés du supérieur. INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288219#documentation>
- Cossais, S., Schwarzinger, M., Pol, S., Fontaine, H., Larrey, D., Pageaux, G.-P., Canva, V., Mathurin, P., Yazdanpanah, Y., & Deuffic-Burban, S. (2019). Quality of life in patients with chronic hepatitis C infection : Severe comorbidities and disease perception matter more than liver-disease stage. *PLoS ONE*, 14(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215596>
- Cousien, A., Tran, V. C., Deuffic-Burban, S., Jauffret-Roustide, M., Dhersin, J.-S., & Yazdanpanah, Y. (2016). Hepatitis C treatment as prevention of viral transmission and liver-related morbidity in persons who inject drugs. *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 63(4), 1090-1101. <https://doi.org/10.1002/hep.28227>

- DeBeck, K., Kerr, T., Bird, L., Zhang, R., Marsh, D., Tyndall, M., Montaner, J., & Wood, E. (2011). Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(2-3), 172-176. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.07.023>
- Denis, B., Dedobbeleer, M., Benabderrazik, A., Bizimungu, D.-G., & Sciera, V. (2009). Les usagers de drogues suivis en médecine générale : Recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus. *Santé*, 47.
- Deuffic-Burban, S., Mathurin, P., Pol, S., Larsen, C., Roudot-Thoraval, F., Desenclos, J. C., Dhumeaux, D., & Yazdanpanah, Y. (2012). Impact of hepatitis C triple therapy availability upon the number of patients to be treated and associated costs in France : A model-based analysis. *Gut*, 61(2), 290-296. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2011-300586>
- EMCDDA, & Hedrich, D. (2004). European report on drug consumption rooms. OEDT / EMCDDA. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/harm-reduction/consumption-rooms>
- Enns, E. A., Zaric, G. S., Strike, C. J., Jairam, J. A., Kolla, G., & Bayoumi, A. M. (2016). Potential cost-effectiveness of supervised injection facilities in Toronto and Ottawa, Canada. *Addiction (Abingdon, England)*, 111(3), 475-489. <https://doi.org/10.1111/add.13195>
- Etudes nationales de coûts sanitaires. (s. d.). Consulté 17 août 2020, à l'adresse <https://www.scansante.fr/applications/enc-mco>
- Fatseas, M., Denis, C., Serre, F., Dubernet, J., Daulouède, J.-P., & Auriacombe, M. (2012). Change in HIV-HCV risk-taking behavior and seroprevalence among opiate users seeking treatment over an 11-year period and harm reduction policy. *AIDS and Behavior*, 16(7), 2082-2090. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-0054-4>
- Fazito, E., Cuchi, P., Mahy, M., & Brown, T. (2012). Analysis of duration of risk behaviour for key populations : A literature review. *Sexually Transmitted Infections*, 88 Suppl 2, i24-32. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2012-050647>
- Foisel, C. (2009). Endocardite infectieuse du sujet toxicomane [PhD Thesis]. UHP-Université Henri Poincaré.
- Folch, C., Lorente, N., Majó, X., Parés-Badell, O., Roca, X., Brugal, T., Roux, P., Carrieri, P., Colom, J., & Casabona, J. (2018a). Drug consumption rooms in Catalonia : A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits. *International Journal of Drug Policy*, 62, 24-29. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.09.008>
- Folch, C., Lorente, N., Majó, X., Parés-Badell, O., Roca, X., Brugal, T., Roux, P., Carrieri, P., Colom, J., & Casabona, J. (2018b). Drug consumption rooms in Catalonia : A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits. *International Journal of Drug Policy*, 62, 24-29. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.09.008>
- Freeman, K., Jones, C. G. A., Weatherburn, D. J., Rutter, S., Spooner, C. J., & Donnelly, N. (2005). The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 173-184. <https://doi.org/10.1080/09595230500167460>
- Gilbert, A. R., Hellman, J. L., Wilkes, M. S., Rees, V. W., & Summers, P. J. (2019). Self-care habits among people who inject drugs with skin and soft tissue infections : A qualitative analysis. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0345-z>
- Gindi, R. M., Rucker, M. G., Serio-Chapman, C. E., & Sherman, S. G. (2009). Utilization patterns and correlates of retention among clients of the needle exchange program in Baltimore, Maryland. *Drug and Alcohol Dependence*, 103(3), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.12.018>
- Gordon, R. J., & Lowy, F. D. (2005). Bacterial infections in drug users. *New England Journal of Medicine*, 353(18), 1945-1954.

- Grebely, J., Larney, S., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Hickman, M., Vickerman, P., Blach, S., Cunningham, E. B., Dumchev, K., Lynskey, M., Stone, J., Trickey, A., Razavi, H., Mattick, R. P., Farrell, M., Dore, G. J., & Degenhardt, L. (2019). Global, regional, and country-level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs. *Addiction (Abingdon, England)*, 114(1), 150-166. <https://doi.org/10.1111/add.14393>
- Harm Reduction International. (2010). What is Harm Reduction ? A position statement from the International Harm Reduction Association. <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
- Haute Autorité de Santé. (2020). Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS. HAS Paris, France.
- Holtzman, D., Barry, V., Ouellet, L. J., Des Jarlais, D. C., Vlahov, D., Golub, E. T., Hudson, S. M., & Garfein, R. S. (2009). The influence of needle exchange programs on injection risk behaviors and infection with hepatitis C virus among young injection drug users in select cities in the United States, 1994-2004. *Preventive Medicine*, 49(1), 68-73. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.04.014>
- Hood, J. E., Behrends, C. N., Irwin, A., Schackman, B. R., Chan, D., Hartfield, K., Hess, J., Banta-Green, C., Whiteside, L., Finegood, B., & Duchin, J. (2019). The projected costs and benefits of a supervised injection facility in Seattle, WA, USA. *The International Journal on Drug Policy*, 67, 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.12.015>
- Hope, V. D., McVeigh, J., Marongiu, A., Evans-Brown, M., Smith, J., Kimergård, A., Parry, J. V., & Ncube, F. (2015). Injection site infections and injuries in men who inject image- and performance-enhancing drugs : Prevalence, risks factors, and healthcare seeking. *Epidemiology and Infection*, 143(1), 132-140. <https://doi.org/10.1017/S0950268814000727>
- INSERM, I. national de la santé et de la recherche médicale. (2010). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. INSERM. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/1>
- International Network of Drug Consumption Rooms. (s. d.). Consulté 27 janvier 2021, à l'adresse <http://www.drugconsumptionroom-international.org/index.php/what-is-a-dcr/2015-09-28-19-01-37/what-is-a-dcr>
- Irwin, A., Jozaghi, E., Bluthenthal, R. N., & Kral, A. H. (2017). A cost-benefit analysis of a potential supervised injection facility in San Francisco, California, USA. *Journal of Drug Issues*, 47(2), 164-184.
- Irwin, A., Jozaghi, E., Weir, B. W., Allen, S. T., Lindsay, A., & Sherman, S. G. (2017). Mitigating the heroin crisis in Baltimore, MD, USA : A cost-benefit analysis of a hypothetical supervised injection facility. *Harm Reduction Journal*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0153-2>
- Jauffret-Roustide, M., Chollet, A., Santos, A., Benoit, T., Péchiné, S., Duplessy, C., Bara, J.-L., Lévi, Y., Karolak, S., & Néfau, T. (2017). Theory versus practice, bacteriological efficiency versus personal habits : A bacteriological and user acceptability evaluation of filtering tools for people who inject drugs. *Drug and Alcohol Review*. <https://doi.org/10.1111/dar.12564>
- Jauffret-Roustide, M., Pillonel, J., Weill-Barillet, L., Léon, L., Le Strat, Y., Brunet, S., Benoit, T., Chauvin, C., Lebreton, M., Barin, F., & Semaille, C. (2013). Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France—Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 39-40, 6.
- Jones, J. D., Roux, P., Standliff, S., Matthews, W., & Comer, S. D. (2014). Brief overdose education can significantly increase accurate recognition of opioid overdose among heroin users. *The International Journal on Drug Policy*, 25(1), 166-170. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.05.006>
- Jozaghi, E., & Jackson, A. (2015). Examining the potential role of a supervised injection facility in Saskatoon, Saskatchewan, to avert HIV among people who inject drugs. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(6), 373-379. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.73>

- Jozaghi, E., & Reid, A. A. (2015). The potential role for supervised injection facilities in Canada's largest city, Toronto. *International Criminal Justice Review*, 25(3), 233-246.
- Jozaghi, E., Reid, A. A., & Andresen, M. A. (2013). A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of proposed supervised injection facilities in Montreal, Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 8, 25. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-8-25>
- Jozaghi, E., Reid, A. A., Andresen, M. A., & Juneau, A. (2014). A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of proposed supervised injection facilities in Ottawa, Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9, 31. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-9-31>
- Jozaghi, E. & Vancouver Area Network of Drug Users. (2014). A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of an unsanctioned supervised smoking facility in the Downtown Eastside of Vancouver, Canada. *Harm Reduction Journal*, 11(1), 30. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-30>
- Kennedy, M. C., Hayashi, K., M-J Milloy, Wood, E., & Kerr, T. (2019). Supervised injection facility use and all-cause mortality among people who inject drugs in Vancouver, Canada : A cohort study. *PLoS Medicine*, 16(11). Publicly Available Content Database. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002964>
- Kennedy, M. C., Karamouzian, M., & Kerr, T. (2017). Public Health and Public Order Outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities : A Systematic Review. *Current HIV/AIDS Reports*, 14(5), 161-183. <https://doi.org/10.1007/s11904-017-0363-y>
- Kerman, N., Manoni-Millar, S., Cormier, L., Cahill, T., & Sylvestre, J. (2020). "It's not just injecting drugs" : Supervised consumption sites and the social determinants of health. *Drug and Alcohol Dependence*, 213, 108078. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108078>
- Kerr, T., Wood, E., Grafstein, E., Ishida, T., Shannon, K., Lai, C., Montaner, J., & Tyndall, M. W. (2005). High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 27(1), 62-66. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdh189>
- Kerr, Thomas, Tyndall, M., Li, K., Montaner, J., & Wood, E. (2005a). Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Lancet (London, England)*, 366(9482), 316-318. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66475-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66475-6)
- Kerr, Thomas, Tyndall, M., Li, K., Montaner, J., & Wood, E. (2005b). Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Lancet (London, England)*, 366(9482), 316-318. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66475-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66475-6)
- Kimber, J., Mattick, R. P., Kaldor, J., van Beek, I., Gilmour, S., & Rance, J. A. (2008). Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Drug and Alcohol Review*, 27(6), 602-612. <https://doi.org/10.1080/09595230801995668>
- Kinnard, E. N., Howe, C. J., Kerr, T., Skjødtt Hass, V., & Marshall, B. D. (2014). Self-reported changes in drug use behaviors and syringe disposal methods following the opening of a supervised injecting facility in Copenhagen, Denmark. *Harm Reduction Journal*, 11. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-29>
- Krüsi, A., Small, W., Wood, E., & Kerr, T. (2009). An integrated supervised injecting program within a care facility for HIV-positive individuals : A qualitative evaluation. *AIDS Care*, 21(5), 638-644. <https://doi.org/10.1080/09540120802385645>
- Leon, L., Kasereka, S., Barin, F., Larsen, C., Weill-Barillet, L., Pascal, X., Chevaliez, S., Pillonel, J., Jauffret-Roustide, M., & Strat, Y. L. (2017). Age- and time-dependent prevalence and incidence of hepatitis C virus infection in drug users in France, 2004–2011 : Model-based estimation from two national cross-sectional serosurveys. *Epidemiology & Infection*, 145(5), 895-907. <https://doi.org/10.1017/S0950268816002934>
- Lewden, C., Chene, G., Morlat, P., Raffi, F., Dupon, M., Dellamonica, P., Pellegrin, J.-L., Katlama, C., Dabis, F., Leport, C., Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hepatites Virales (ANRS) CO8

- APROCO-COPILOTE Study Group, & Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hepatites Virales (ANRS) CO3 AQUITAINE Study Group. (2007). HIV-infected adults with a CD4 cell count greater than 500 cells/mm³ on long-term combination antiretroviral therapy reach same mortality rates as the general population. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 46(1), 72-77. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e318134257a>
- Lloyd-Smith, E., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M. W., Montaner, J. S., & Kerr, T. (2008). Risk factors for developing a cutaneous injection-related infection among injection drug users : A cohort study. *BMC Public Health*, 8(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-405>
 - Lodi, S., Phillips, A., Touloumi, G., Geskus, R., Meyer, L., Thiébaud, R., Pantazis, N., Amo, J. D., Johnson, A. M., Babiker, A., Porter, K., & CASCADE Collaboration in EuroCoord. (2011). Time from human immunodeficiency virus seroconversion to reaching CD4+ cell count thresholds <200, <350, and <500 Cells/mm³ : Assessment of need following changes in treatment guidelines. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 53(8), 817-825. <https://doi.org/10.1093/cid/cir494>
 - Lopez, D., Martineau, H., & Palle, C. (s. d.). Mortalité liée aux drogues illicites. Étude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants. Saint-Denis La Plaine : Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2004. 158 p.
 - Lu, B. (2005). Propensity Score Matching with Time-Dependent Covariates. *Biometrics*, 61(3), 721-728. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0420.2005.00356.x>
 - Macías, J., Palacios, R. B., Claro, E., Vargas, J., Vergara, S., Mira, J. A., Merchante, N., Corzo, J. E., & Pineda, J. A. (2008). High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users : Association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver International: Official Journal of the International Association for the Study of the Liver*, 28(6), 781-786. <https://doi.org/10.1111/j.1478-3231.2008.01688.x>
 - Marshall, B. D., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J. S., & Kerr, T. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility : A retrospective population-based study. *The Lancet*, 377(9775), 1429-1437. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62353-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62353-7)
 - Melin, P., Chousterman, M., Fontanges, T., Ouzan, D., Rotily, M., Lang, J.-P., Marcellin, P., Cacoub, P., & CheObs Study Group. (2010). Effectiveness of chronic hepatitis C treatment in drug users in routine clinical practice : Results of a prospective cohort study. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 22(9), 1050-1057. <https://doi.org/10.1097/MEG.0b013e328338d9aa>
 - Micallef, J. M., Kaldor, J. M., & Dore, G. J. (2006). Spontaneous viral clearance following acute hepatitis C infection : A systematic review of longitudinal studies. *Journal of Viral Hepatitis*, 13(1), 34-41. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2893.2005.00651.x>
 - Milloy, M.-J., Kerr, T., Tyndall, M., Montaner, J., & Wood, E. (2008). Estimated Drug Overdose Deaths Averted by North America's First Medically-Supervised Safer Injection Facility. *PLOS ONE*, 3(10), e3351. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0003351>
 - Milloy, M.-J., & Wood, E. (2009a). [Commentary] Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention. *Addiction*, 104(4), 620-621. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02541.x>
 - Milloy, M.-J., & Wood, E. (2009b). [Commentary] Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention. *Addiction*, 104(4), 620-621. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02541.x>

- Milloy, M.-J., Wood, E., Tyndall, M., Lai, C., Montaner, J., & Kerr, T. (2009). Recent incarceration and use of a supervised injection facility in Vancouver, Canada. *Addiction Research & Theory*, 17(5), 538-545. <https://doi.org/10.1080/16066350802023065>
- Miners A., Philips AN., Kreif N., Rodger A., Speakman A., Fisher M., Anderson J., Collins S., Hart G., Sherr L., Lampe FC. (2014). Health related quality-of-life of people with HIV in the era of combination antiretroviral treatment: a cross-sectional comparison with the general population. *Lacet HIV*, 1(1) e32-40.
- Mourad, A., Deuffic-Burban, S., Ganne-Carrié, N., Renaut-Vantrois, T., Rosa, I., Bouvier, A.-M., Launoy, G., Cattan, S., Louvet, A., Dharancy, S., Trinchet, J.-C., Yazdanpanah, Y., & Mathurin, P. (2014). Hepatocellular carcinoma screening in patients with compensated hepatitis C virus (HCV)-related cirrhosis aware of their HCV status improves survival : A modeling approach. *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 59(4), 1471-1481. <https://doi.org/10.1002/hep.26944>
- Myer, A. J., & Belisle, L. (2018). Highs and Lows : An Interrupted Time-Series Evaluation of the Impact of North America's Only Supervised Injection Facility on Crime. *Journal of Drug Issues*, 48(1), 36-49. <https://doi.org/10.1177/0022042617727513>
- Ndawinz, J. D. A., Costagliola, D., & Supervie, V. (2011). New method for estimating HIV incidence and time from infection to diagnosis using HIV surveillance data : Results for France. *AIDS*, 25(15), 1905-1913. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32834af619>
- Neale, J. (2003). A response to Darke et al., « The ratio of non-fatal to fatal heroin overdose ». *Addiction (Abingdon, England)*, 98(8), 1171. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00476.x>
- Newman, M. (2019). Could drug consumption rooms save lives? *BMJ*, 366, l4906. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4906>
- Petrar, S., Kerr, T., Tyndall, M. W., Zhang, R., Montaner, J. S. G., & Wood, E. (2007). Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addictive Behaviors*, 32(5), 1088-1093. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.07.013>
- PIB réel par habitant—Eurostat. (s. d.). Consulté 26 août 2020, à l'adresse https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-datasets/-/SDG_08_10
- Pinkerton, S. D. (2010). Is Vancouver Canada's supervised injection facility cost-saving? *Addiction (Abingdon, England)*, 105(8), 1429-1436. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02977.x>
- Pinkerton, S. D. (2011). How many HIV infections are prevented by Vancouver Canada's supervised injection facility? *The International Journal on Drug Policy*, 22(3), 179-183. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.03.003>
- Pol, S., Chevalier, J., Branchoux, S., Perry, R., Milligan, G., & Gaudin, A.-F. (2015). P0747 : Health related quality of life and utility values in chronic hepatitis C patients: A cross-sectional study in France, the Uk and Germany. *Journal of Hepatology*, 62, S606.
- Potier, C., Laprévote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., & Rolland, B. (2014). Supervised injection services : What has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 48-68. <https://doi.org/10.1016/j.drugaldep.2014.10.012>
- Pouget, E. R., Hagan, H., & Des Jarlais, D. C. (2012). Meta-analysis of hepatitis C seroconversion in relation to shared syringes and drug preparation equipment. *Addiction (Abingdon, England)*, 107(6), 1057-1065. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03765.x>
- Référentiel de coût des unités d'oeuvres (RTC) | Stats ATIH. (s. d.). Consulté 28 janvier 2021, à l'adresse https://www.scansante.fr/applications/cout-dunites-doeuvre/submit?terms=smur&snatnav=&form=libre&ipe=&finess=&mbout=&annee=2018&choix_res

tit=ref&type_restit=syn&categ=&taille_crpp=&activite=M&code_reg=&maternite=&urgence=&unit_spe=§ion=MCO&type_section=&grande_section=&code_section=

- Rhodes, T. (2002). The 'risk environment' : A framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy*, 13(2), 85-94. [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(02\)00007-5](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00007-5)
- Rife, T., Tat, C., Jones, J., & Pennington, D. L. (2021). An initiative to increase opioid overdose education and naloxone distribution for homeless veterans residing in contracted housing facilities. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000577>
- Roth, A. M., Armenta, R. A., Wagner, K. D., Roesch, S. C., Bluthenthal, R. N., Cuevas-Mota, J., & Garfein, R. S. (2015). Patterns of drug use, risky behavior, and health status among persons who inject drugs living in San Diego, California : A latent class analysis. *Substance Use & Misuse*, 50(2), 205-214. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.962661>
- Roux, P., MARCELLIN, F., LERT, F., SPIRE, B., & DRAY SPIRA, R. (2013). La co-infection par le virus de l'hépatite C chez les personnes infectées par le VIH : Données de l'enquête ANRS-Vespa2. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 26-27, 314-320.
- Roux, P., Le Gall, J.-M., Debrus, M., Protopopescu, C., Ndiaye, K., Demoulin, B., Lions, C., Haas, A., Mora, M., Spire, B., Suzan-Monti, M., & Carrieri, M. P. (2016). Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, hepatitis C virus and other blood-borne infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs : Results from the ANRS–AERLI intervention study. *Addiction*, 111(1), 94-106. <https://doi.org/10.1111/add.13089>
- Roy, E., Richer, I., Morissette, C., Leclerc, P., Parent, R., Claessens, C., Blanchette, C., & Alary, M. (2011). Temporal changes in risk factors associated with HIV seroconversion among injection drug users in eastern central Canada. *AIDS (London, England)*, 25(15), 1897-1903. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32834ad6bb>
- Salmon, A. M., Beek, I. V., Amin, J., Kaldor, J., & Maher, L. (2010). The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. *Addiction*, 105(4), 676-683. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02837.x>
- Salmon, A. M., Thein, H.-H., Kimber, J., Kaldor, J. M., & Maher, L. (2007). Five years on : What are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *International Journal of Drug Policy*, 18(1), 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.010>
- Salomon, J. A., Weinstein, M. C., Hammitt, J. K., & Goldie, S. J. (2002). Empirically Calibrated Model of Hepatitis C Virus Infection in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 156(8), 761-773. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf100>
- Salomon, J. A., Weinstein, M. C., Hammitt, J. K., & Goldie, S. J. (2003). Cost-effectiveness of Treatment for Chronic Hepatitis C Infection in an Evolving Patient Population. *JAMA*, 290(2), 228-237. <https://doi.org/10.1001/jama.290.2.228>
- Scherbaum, N., Specka, M., Schifano, F., Bombeck, J., & Marrziniak, B. (2010). Longitudinal observation of a sample of German drug consumption facility clients. *Substance Use & Misuse*, 45(1-2), 176-189. <https://doi.org/10.3109/10826080902873044>
- Schwarzingher, M., Deuffic-Burban, S., Mallet, V., Pol, S., Pageaux, G.-P., Canva-Delcambre, V., Deltenre, P., Roudot-Thoraval, F., Larrey, D., Dhumeaux, D., Mathurin, P., & Yazdanpanah, Y. (2013). 49 Lifetime costs attributable to chronic hepatitis C from the French healthcare perspective (ANRS N°12188). *Journal of Hepatology*, 58, S21-S22. [https://doi.org/10.1016/S0168-8278\(13\)60051-3](https://doi.org/10.1016/S0168-8278(13)60051-3)

- Sloan, C. E., Champenois, K., Choisy, P., Losina, E., Walensky, R. P., Schackman, B. R., Ajana, F., Melliez, H., Paltiel, A. D., Freedberg, K. A., & Yazdanpanah, Y. (2012). Newer drugs and earlier treatment : Impact on lifetime cost of care for HIV-infected adults. *AIDS (London, England)*, 26(1), 45-56. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32834dce6e>
- Spijkerman, I. J., van Ameijden, E. J., Mientjes, G. H., Coutinho, R. A., & van den Hoek, A. (1996). Human immunodeficiency virus infection and other risk factors for skin abscesses and endocarditis among injection drug users. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(10), 1149-1154. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(96\)00180-1](https://doi.org/10.1016/0895-4356(96)00180-1)
- Stoltz, J.-A., Wood, E., Small, W., Li, K., Tyndall, M., Montaner, J., & Kerr, T. (2007). Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 29(1), 35-39. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdl090>
- Sucharitakul, K., Boily, M.-C., Dimitrov, D., & Mitchell, K. M. (2018). Influence of model assumptions about HIV disease progression after initiating or stopping treatment on estimates of infections and deaths averted by scaling up antiretroviral therapy. *PloS One*, 13(3), e0194220. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194220>
- Supervie, V., Marty, L., Lacombe, J.-M., Dray-Spira, R., Costagliola, D., & FHDH-ANRS CO4 study group. (2016). Looking Beyond the Cascade of HIV Care to End the AIDS Epidemic : Estimation of the Time Interval From HIV Infection to Viral Suppression. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 73(3), 348-355. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001120>
- Taux de mortalité par sexe et âge. (s. d.). Ined - Institut national d'études démographiques. Consulté 18 août 2020, à l'adresse <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/taux-mortalite-sexe-age/>
- Thein, H.-H., Kimber, J., Maher, L., MacDonald, M., & Kaldor, J. M. (2005). Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *International Journal of Drug Policy*, 16(4), 275-280. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.03.003>
- Thein, H.-H., Yi, Q., Dore, G. J., & Krahn, M. D. (2008). Estimation of stage-specific fibrosis progression rates in chronic hepatitis C virus infection : A meta-analysis and meta-regression. *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 48(2), 418-431. <https://doi.org/10.1002/hep.22375>
- Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E., & Gandilhon, M. (2008). Profils, pratiques des usagers de drogues : ENA-CAARUD (TREND, p. 49). OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies).
- UNAIDS. (2020). UNAIDS data 2020 (p. 436). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- Vecino, C., Villalbí, J. R., Guitart, A., Espelt, A., Bartroli, M., Castellano, Y., & Brugal, M. T. (2013). Apertura de espacios de consumo higiénico y actuaciones policiales en zonas con fuerte tráfico de drogas. Evaluación mediante el recuento de las jeringas abandonadas en el espacio público. *Adicciones*, 25(4), 333-338. <https://doi.org/10.20882/adicciones.35>
- Weill-Barillet, L., Pillonel, J., Semaille, C., Léon, L., Le Strat, Y., Pascal, X., Barin, F., & Jauffret-Roustide, M. (2016). Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey. *Revue D'épidemiologie Et De Sante Publique*, 64(4), 301-312. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.10.003>
- WHO. (2003). Making choices in health : WHO guide to cost-effectiveness analysis. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42699>
- Wood, E. (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 171(7), 731-734. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040774>

- Wood, Evan, Kerr, T., Lloyd-Smith, E., Buchner, C., Marsh, D. C., Montaner, J. S., & Tyndall, M. W. (2004). Methodology for evaluating Insite : Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users. *Harm Reduction Journal*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-1-9>
- Wood, Evan, Tyndall, M. W., Lai, C., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2006). Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-1-13>
- Wood, Evan, Tyndall, M. W., Stoltz, J.-A., Small, W., Lloyd-Smith, E., Zhang, R., Montaner, J. S. G., Kerr, T., Wood, E., Tyndall, M. W., Stoltz, J.-A., Small, W., Lloyd-Smith, E., Zhang, R., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2005). Factors Associated with Syringe Sharing Among Users of a Medically Supervised Safer Injecting Facility. *American Journal of Infectious Diseases*, 1(1), 50-54. <https://doi.org/10.3844/ajidsp.2005.50.54>
- Wood, Evan, Tyndall, M. W., Zhang, R., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2007). Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, 102(6), 916-919. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01818.x>
- Wood, Evan, Tyndall, M. W., Zhang, R., Stoltz, J.-A., Lai, C., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2006). Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *The New England Journal of Medicine*, 354(23), 2512-2514. <https://doi.org/10.1056/NEJMc052939>

Références recherche sociologique

- AITKEN Campbell, MOORE David, HIGGS Peter, KELSALL Jenny, KERGER Michael, 2002, « The impact of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street », *International Journal of Drug Policy*, 13(3), p. 193-202.
- APUR, 2017, « La géographie des sans abri à Paris », Note, 115, Atelier parisien d'urbanisme.
- APUR, 2020a, « Evolution des revenus dans la métropole du gran Paris. Accentuation ou réduction des écarts ? », note n°183, Atelier parisien d'urbanisme.
- APUR, 2020b, « Les personnes en situation de rue à Paris la nuit du 30-31 janvier 2020. Analyse des données issues du décompte de la 3e édition de la nuit de la solidarité », Atelier parisien d'urbanisme.
- APUR, 2020c, « Dynamiques démographiques et sociales à Paris », Paris, Atelier parisien d'urbanisme.
- APUR, OPILÉ, 2014, « Les sans-abri à Paris et dans la métropole. Urgence sociale/ états des lieux prospectifs »,.
- BANCROFT Morgan, HOUBORG Esben, 2020, « Managing Coexistence: Resident Experiences of the Open Drug Scene and Drug Consumption Rooms in Inner Vesterbro, Copenhagen », *Contemporary Drug Problems*, 47(3), p. 210-230.
- BARTHE Yannick, BLIC Damien de, HEURTIN Jean-Philippe, LAGNEAU Éric, LEMIEUX Cyril, LINHARDT Dominique, BELLAING Cédric Moreau de, REMY Catherine, TROM Danny, 2013, « Sociologie pragmatique : mode d'emploi », *Politix*, N° 103(3), p. 175-204.
- BEARDSLEY Kyle, WISH Eric D., FITZELLE Dawn Bonanno, O'GRADY Kevin, ARRIA Amelia M., 2003, « Distance traveled to outpatient drug treatment and client retention », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(4), p. 279-285.
- BELTZER Nathalie, SABONI Leïla, SAUVAGE Claire, 2010, « Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010 », p. 8.

- BERGERON Henri (1966-) Auteur du texte, 1999, L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française / Henri Bergeron, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, Sociologies.
- BERRIDGE Virginia, 1999, « Histories of Harm Reduction: Illicit Drugs, Tobacco, and Nicotine », *Substance Use & Misuse*, 34(1), p. 35-47.
- BLESS R., KORF D. J., FREEMAN M., 1995, « Open Drug Scenes: A Cross-National Comparison of Concepts and Urban Strategies », *European Addiction Research*, 1(3), p. 128-138.
- BOLTANSKI Luc, THEVENOT Laurent, 1991, De la justification. Les économies de la grandeur, Paris, Gallimard, NRF Essais, 496 p.
- BOURGOIS Philippe, 1998, « The Moral Economies of Homeless Heroin Addicts: Confronting Ethnography, HIV Risk, and Everyday Violence in San Francisco Shooting Encampments », *Substance Use & Misuse*, 33(11), p. 2323-2351.
- BRAVO María J., ROYUELA Luis, FUENTE Luis De la, BRUGAL María T., BARRIO Gregorio, DOMINGO-SALVANY Antonia, 2009, « Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors », *Addiction*, 104(4), p. 614-619.
- CALLON Michel, 1986, « ÉLÉMENTS POUR UNE SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION: La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'Année sociologique (1940/1948-)*, 36, p. 169-208.
- CALLON Michel, LASCOUMES Pierre, BARTHE Yannick, 2009, Acting in an uncertain world: an essay on technical democracy, Cambridge, Mass, MIT Press, Inside technology, 287 p.
- CAZEIN Françoise, PILLONEL Josiane, BARIN Francis, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2016, « HIV infection among persons who inject drugs: ending old epidemics and addressing new outbreaks », *AIDS*, 30(11), p. 1857-1858.
- CEFALI Daniel, 1996, « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques », *Réseaux. Communication - Technologie - Société*, 14(75), p. 43-66.
- CLERVAL Anne, 2010, « Les dynamiques spatiales de la gentrification à Paris. Une carte de synthèse », *Cybergeo : European Journal of Geography*.
- COOPER Hannah L. F., DES JARLAIS Don C., ROSS Zev, TEMPALSKI Barbara, BOSSAK Brian, FRIEDMAN Samuel R., 2011, « Spatial Access to Syringe Exchange Programs and Pharmacies Selling Over-the-Counter Syringes as Predictors of Drug Injectors' Use of Sterile Syringes », *American Journal of Public Health*, 101(6), p. 1118-1125.
- COSTES Jean-Michel, LE NÉZET Olivier, SPILKA Stanislas, LAFFITEAU Cécile, 2010, « Ten years of change in French people's perceptions and opinions regarding drugs (1999-2008) », *Tendances*, 71, p. 6.
- CRUZ Michelle Firestone, PATRA Jayadeep, FISCHER Benedikt, REHM Jürgen, KALOUSEK Kate, 2007, « Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada », *International Journal of Drug Policy*, 18(1), p. 54-61.
- DAMON Julien, 1996, « La gare des sans-abri. Un miroir de la question sociale », *Les Annales de la Recherche Urbaine*, 71(1), p. 120-126.
- DAVIDSON Peter J., HOWE Mary, 2014, « Beyond NIMBYism: understanding community antipathy toward needle distribution services », *The International Journal on Drug Policy*, 25(3), p. 624-632.
- DEBECK Kora, WOOD Evan, ZHANG Ruth, TYNDALL Mark, MONTANER Julio, KERR Thomas, 2008, « Police and public health partnerships: Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3(1), p. 11.
- DE JONG Wouter, WEBER Urban, 1999, « The professional acceptance of drug use: a closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany and Switzerland », *International Journal of Drug Policy*, 10(2), p. 99-108.

- DEVANEY Madonna, BERENDS Lynda, 2008, « Syringe disposal bins: the outcomes of a free trial for city traders in an inner-city municipality Australia », *Substance Use & Misuse*, 43(1), p. 139-153.
- DE VEL-PALUMBO Melissa, SHANAHAN Marian, RITTER Alison, 2013, « Supervised Injecting Facilities: What the literature tells us », p. 3.
- DOHERTY M C, JUNGE B, RATHOUZ P, GARFEIN R S, RILEY E, VLAHOV D, 2000, « The effect of a needle exchange program on numbers of discarded needles: a 2-year follow-up. », *American Journal of Public Health*, 90(6), p. 936-939.
- DOHERTY Meg C., GARFEIN Richard S., VLAHOV David, JUNGE Benjamin, RATHOUZ Paul J., GALAI Noya, ANTHONY James C., BEILENSON Peter, 1997, « Discarded Needles Do Not Increase Soon After the Opening of a Needle Exchange Program », *American Journal of Epidemiology*, 145(8), p. 730-737.
- EHRENBERG A, 1996, « Vivre avec les drogues: Régulations, politiques, marchés, usages », *Communications*, 62, CETSAH, CNRS, France.
- ESPELT A., VILLALBÍ J. R., BOSQUE-PROUS M., PARÉS-BADELL O., MARI-DELL'OLMO M., BRUGAL M. T., 2017, « The impact of harm reduction programs and police interventions on the number of syringes collected from public spaces. A time series analysis in Barcelona, 2004-2014 », *The International Journal on Drug Policy*, 50, p. 11-18.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION., 2010, *Harm reduction: evidence, impacts and challenges :EMCDDA Monographs.*, LU, Publications Office.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION., 2019, *European drug report 2019: trends and developments.*, LU, Publications Office.
- FITZGERALD Jacqueline, BURGESS Melissa, SNOWBALL Lucy, 2010, « Trends in Property and Illicit drug crime around the Medically Supervised Injecting Centre in Kings Cross: An update », *Crime and justice statistics*, 51, p. 6.
- FRASER Suzanne, MOORE David, 2008, « Dazzled by unity? Order and chaos in public discourse on illicit drug use », *Social Science & Medicine*, 66(3), p. 740-752.
- FREEMAN Karen, JONES Craig G. A., WEATHERBURN Don J., RUTTER Scott, SPOONER Catherine J.,
- DONNELLY Neil, 2005, « The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime », *Drug and Alcohol Review*, 24(2), p. 173-184.
- GABORIAU Patrick, 1993, *Clochard: l'univers d'un groupe de sans-abri parisiens*, Julliard, Essais, 235 p.
- GRESILLON Étienne, KNEUR Océane, 2016, « La vie en marge des SDF parisiens : un autre mode d'habiter l'urbain », in Grésillon Etienne, Alexandre Frédéric, Sajaloli Bertrand (dir.), *La France des marges*, Armand Colin, p. 198-212.
- GUSFIELD Joseph R., 1984, *The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order*, University of Chicago Press, 278 p.
- HATHAWAY Andrew D., TOUSAW Kirk I., 2008, « Harm reduction headway and continuing resistance: Insights from safe injection in the city of Vancouver », *International Journal of Drug Policy*, 19(1), p. 11-16.
- HAYLE Steven, 2015, « Comparing Drug Policy Windows Internationally: Drug Consumption Room Policy Making in Canada and England and Wales », *Contemporary Drug Problems*, 42(1), p. 20-37.
- HEDRICH Dagmar, KERR T., DUBOIS-ARBER Françoise, 2010, « Drug consumption facilities in Europe and beyond », *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges*, p. 305-331.
- HOUBORG Esben, VIBEKE ASMUSSEN Frank, 2014, « Drug consumption rooms and the role of politics and governance in policy processes », *International Journal of Drug Policy*, 25(5), p. 972-977.
- HUBER C., 1994, « Needle Park: what can we learn from the Zürich experience? », *Addiction (Abingdon, England)*, 89(5), p. 513-516.

- HUEY Laura, 2019, « What is Known About the Impacts of Supervised Injection Sites on Community Safety and Wellbeing? A Systematic Review », Sociology Publications.
- JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2011, « Les salles de consommation de drogues : entre santé et sécurité publiques », Métropolitiques.
- JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2016, « Les salles de consommation à moindre risque », Esprit, Novembre(11), p. 115-123.
- JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2020, « Les villes face à l'usage de drogues dans l'espace public : quels modèles hors de nos frontières ? »,.
- JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, CAILBAULT Isabelle, 2018, « Drug consumption rooms: Comparing times, spaces and actors in issues of social acceptability in French public debate », The International Journal on Drug Policy, 56, p. 208-217.
- JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, LE STRAT Yann, COUTURIER Elisabeth, THIERRY Damien, RONDY Marc, QUAGLIA Martine, RAZAFANDRATSIMA Nicolas, EMMANUELLI Julien, GUIBERT Gaelle, BARIN Francis, DESENCLOS Jean-Claude, 2009, « A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design », BMC Infectious Diseases, 9, p. 113.
- JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, PEDRONO Gaëlle, BELTZER Nathalie, 2013, « Supervised consumption rooms: the French Paradox », The International Journal on Drug Policy, 24(6), p. 628-630.
- KEANE Helen, 2003, « Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights », International Journal of Drug Policy, 14(3), p. 227-232.
- KENNEDY Mary Clare, KARAMOUZIAN Mohammad, KERR Thomas, 2017, « Public Health and Public Order Outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities: a Systematic Review », Current HIV/AIDS reports, 14(5), p. 161-183.
- KERR Thomas, MITRA Sanjana, KENNEDY Mary Clare, MCNEIL Ryan, 2017, « Supervised injection facilities in Canada: past, present, and future », Harm Reduction Journal, 14(1), p. 28.
- KERR Thomas, TYNDALL Mark, LI Kathy, MONTANER Julio, WOOD Evan, 2005, « Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users », The Lancet, 366(9482), p. 316-318.
- KOLLA Gillian, STRIKE Carol, WATSON Tara Marie, JAIRAM Jennifer, FISCHER Benedikt, BAYOUMI Ahmed M., 2017, « Risk creating and risk reducing: Community perceptions of supervised consumption facilities for illicit drug use », Health, Risk & Society, 19(1-2), p. 91-111.
- LALANDE Aude, 2018, « La prohibition, au cœur de la diffusion des drogues ? », Vacarme, N° 83(2), p. 112-122.
- LEMIEUX Cyril, 2007, « À quoi sert l'analyse des controverses ? », Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle, n° 25(1), p. 191-212.
- LEON L., KASEREKA S., BARIN F., LARSEN C., WEILL-BARILLET L., PASCAL X., CHEVALIEZ S., PILLONEL J., JAUFFRET-ROUSTIDE M., LE STRAT Y., 2017, « Age- and time-dependent prevalence and incidence of hepatitis C virus infection in drug users in France, 2004-2011: model-based estimation from two national cross-sectional serosurveys », Epidemiology and Infection, 145(5), p. 895-907.
- LEON Lucie, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, LE STRAT Yann, 2015, « Design-based inference in time-location sampling », Biostatistics (Oxford, England), 16(3), p. 565-579.
- MARSHALL Brandon DL, MILLOY M-J, WOOD Evan, MONTANER Julio SG, KERR Thomas, 2011, « Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study », The Lancet, 377(9775), p. 1429-1437.
- MILLER Peter, MCKENZIE Stephen, LINTZERIS Nicholas, MARTIN Anthea, STRANG John, 2010, « The community impact of RIOTT, a medically supervised injectable maintenance clinic in south London », Mental Health and Substance Use, 3(3), p. 248-259.

- OLSEN Hilgunn, 2017, « Open drug scenes and police strategies in Oslo, Norway », *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 18(2), p. 141-156.
- PETRAR Steven, KERR Thomas, TYNDALL Mark W., ZHANG Ruth, MONTANER Julio S. G., WOOD Evan, 2007, « Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility », *Addictive Behaviors*, 32(5), p. 1088-1093.
- PICHON Pascale, 1992, « Les Sans Domicile Fixe: la carrière, l'asile, la manche », Séminaire accessibilité et situations d'urgence, RATP, 1992.
- POTIER Chloé, LAPRÉVOTE Vincent, DUBOIS-ARBER Françoise, COTTENCIN Olivier, ROLLAND Benjamin, 2014, « Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review », *Drug and Alcohol Dependence*, 145, p. 48-68.
- REYNAUD-MAURUPT Catherine, AMAOUCHE Malika, HALFEN Sandrine, RIMBERT Gérard, 2009, « Conduites addictives, errance, prostitution à l'intérieur et aux abords des gares du Nord et de l'Est, 10e arrondissement. », GRVS et ORS-IDF.
- RHODES R. A. W., 1996, « The New Governance: Governing without Government », *Political Studies*, 44(4), p. 652-667.
- RHODES Tim, 2002, « The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm », *International Journal of Drug Policy*, 13(2), p. 85-94.
- RHODES Tim, KIMBER Jo, SMALL Will, FITZGERALD John, KERR Thomas, HICKMAN Matthew, HOLLOWAY Greg, 2006, « Public injecting and the need for 'safer environment interventions' in the reduction of drug-related harm », *Addiction*, 101(10), p. 1384-1393.
- ROCKWELL R., DES JARLAIS D. C., FRIEDMAN S. R., PERLIS T. E., PAONE D., 1999, « Geographic proximity, policy and utilization of syringe exchange programmes », *AIDS care*, 11(4), p. 437-442.
- SAGE Jérôme, 2013, « La carte des points chauds de la toxicomanie à Paris », *Le Figaro*, 12 octobre 2013.
- SALMON Allison M., BEEK Ingrid Van, AMIN Janaki, KALDOR John, MAHER Lisa, 2010, « The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia », *Addiction*, 105(4), p. 676-683.
- SALMON Allison M., THEIN Hla-Hla, KIMBER Jo, KALDOR John M., MAHER Lisa, 2007, « Five years on: what are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? », *The International Journal on Drug Policy*, 18(1), p. 46-53.
- SARANG Anya, RHODES Tim, PLATT Lucy, 2008, « Access to syringes in three Russian cities: implications for syringe distribution and coverage », *The International Journal on Drug Policy*, 19 Suppl 1, p. S25-36.
- SMALL Will, KERR Thomas, CHARETTE John, SCHECHTER Martin T., SPITTAL Patricia M., 2006, « Impacts of intensified police activity on injection drug users: Evidence from an ethnographic investigation », *International Journal of Drug Policy*, 17(2), p. 85-95.
- STEVENS Alex, 2011, « Sociological approaches to the study of drug use and drug policy », *International Journal of Drug Policy*, 22(6), p. 399-403.
- STOEVER Heino, LLOYD Charlie, ZURHOLD Heike, HUNT Neil, 2016, « Similar Problems, Divergent Responses: Drug Consumption Room policies in the UK and Germany », *Journal of Substance Use*, 22.
- STRIKE Carol, WATSON Tara Marie, KOLLA Gillian, PENN Rebecca, BAYOUMI Ahmed M., 2015, « Ambivalence about supervised injection facilities among community stakeholders », *Harm Reduction Journal*, 12(1), p. 26.
- TAKAHASHI Lois M., 1997, « The socio-spatial stigmatization of homelessness and HIV/AIDS: Toward an explanation of the NIMBY syndrome », *Social Science & Medicine*, 45(6), p. 903-914.

- THEIN Hla-Hla, KIMBER Jo, MAHER Lisa, MACDONALD Margaret, KALDOR John M., 2005, « Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre », *International Journal of Drug Policy*, 16(4), p. 275-280.
- WAAL Helge, CLAUSEN Thomas, GJERSING Linn, GOSSOP Michael, 2014, « Open drug scenes: responses of five European cities », *BMC Public Health*, 14(1), p. 853.
- WEILL-BARILLET L., PILLONEL J., SEMAILLE C., LÉON L., LE STRAT Y., PASCAL X., BARIN F., JAUFFRET-ROUSTIDE M., 2016, « Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 64(4), p. 301-312.
- WOOD Evan, KERR Thomas, SMALL Will, LI Kathy, MARSH David C., MONTANER Julio S.G., TYNDALL Mark W., 2004, « Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users », *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 171(7), p. 731-734.
- WOOD Evan, TYNDALL Mark W., LAI Calvin, MONTANER Julio SG, KERR Thomas, 2006, « Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1(1), p. 13.
- WOOD Evan, TYNDALL Mark W., ZHANG Ruth, STOLTZ Jo-Anne, LAI Calvin, MONTANER Julio S.G., KERR Thomas, 2006, « Attendance at Supervised Injecting Facilities and Use of Detoxification Services », *New England Journal of Medicine*, 354(23), p. 2512-2514.
- WOODS Sara, 2014, *Drug Consumption Rooms in Europe - organisational overview*.
- ZENEIDI-HENRY Djemila, 2002, *Les SDF et la ville : géographie du savoir survivre*, 2002^e édition, Bréal, D'autre part, 288 p.
- ZURHOLD Heike, DEGKWITZ Peter, VERTHEIN Uwe, HAASEN Christian, 2003, « Drug Consumption Rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the Effects on Harm Reduction and the Reduction of Public Nuisance », *Journal of Drug Issues*, 33(3), p. 663-688.

Annexes COSINUS

Tableau A1 : Caractéristiques des groupes par suivi (N=1463 observations, n=664 participants)

	M0 (n=662*)			M6 (n=406)			M12 (n=395)		
	Groupe exposé à la SCMR n=424 (64%)	non exposé à la SCMR n=238 (36%)	p-valeur	Groupe exposé à la SCMR n=262 (65%)	non exposé à la SCMR n=144 (35%)	p-valeur	Groupe exposé à la SCMR n=256 (65%)	non exposé à la SCMR n=139 (35%)	p-valeur
Ville			<0.001			<0.001			<0.001
Bordeaux	145 (34.2)	0 (0)		69 (26.3)	0 (0)		71 (27.7)	0 (0)	
Marseille	197 (46.5)	2 (0.8)		126 (48.1)	1 (0.7)		128 (50)	1 (0.7)	
Paris	48 (11.3)	190 (79.8)		40 (15.3)	119 (82.6)		39 (15.2)	114 (82)	
Strasbourg	34 (8)	46 (19.3)		27 (10.3)	24 (16.7)		18 (7)	24 (17.3)	
Age (médiane [EIQ])	38 [31-46]	37 [32-44]	0.523	40 [32-48]	39 [32.5-45.5]	0.376	39.5 [32-47.5]	38 [32-45]	0.235
Durée depuis la première injection			0.109			0.179			0.403
<10 ans	128 (30.3)	86 (36.4)		69 (26.5)	47 (32.9)		69 (27.2)	43 (31.2)	
>= 10 ans	294 (69.7)	150 (63.6)		191 (73.5)	96 (67.1)		185 (72.8)	95 (68.8)	
Genre			0.441			0.030			0.409
Homme ou transgenre homme	335 (79)	194 (81.5)		200 (76.3)	123 (85.4)		201 (78.5)	114 (82)	
Femme ou transgenre femme	89 (21)	44 (18.5)		62 (23.7)	21 (14.6)		55 (21.5)	25 (18)	
Niveau de diplôme			0.114			0.275			0.048
< Baccalauréat	308 (72.6)	159 (66.8)		190 (72.5)	97 (67.4)		190 (74.2)	90 (64.7)	
>= Baccalauréat	116 (27.4)	79 (33.2)		72 (27.5)	47 (32.6)		66 (25.8)	49 (35.3)	
Pays de naissance			0.053			0.149			0.028
Né en France	360 (84.9)	188 (79)		219 (83.6)	112 (77.8)		218 (85.2)	106 (76.3)	
Né à l'étranger	64 (15.1)	50 (21)		43 (16.4)	32 (22.2)		38 (14.8)	33 (23.7)	

	M0 (n=662*)			M6 (n=406)			M12 (n=395)		
	Groupe exposé à la SCMR n=424 (64%)	non exposé à la SCMR n=238 (36%)	p-valeur	Groupe exposé à la SCMR n=262 (65%)	non exposé à la SCMR n=144 (35%)	p-valeur	Groupe exposé à la SCMR n=256 (65%)	non exposé à la SCMR n=139 (35%)	p-valeur
En couple			0.302			0.607			0.353
Non	312 (73.6)	183 (77.2)		191 (73.2)	108 (75.5)		190 (74.2)	109 (78.4)	
Oui	112 (26.4)	54 (22.8)		70 (26.8)	35 (24.5)		66 (25.8)	30 (21.6)	
Type de logement			0.001			<0.001			0.001
Très stable	164 (38.7)	67 (28.2)		123 (46.9)	33 (22.9)		120 (46.9)	39 (28.1)	
Précaire ou instable	102 (24.1)	47 (19.7)		63 (24)	43 (29.9)		62 (24.2)	41 (29.5)	
Très précaire	158 (37.3)	124 (52.1)		76 (29)	68 (47.2)		74 (28.9)	59 (42.4)	
Activité professionnelle (déclarée ou non)			0.028			0.292			0.269
Non	332 (78.3)	203 (85.3)		217 (82.8)	125 (86.8)		212 (82.8)	121 (87.1)	
Oui	92 (21.7)	35 (14.7)		45 (17.2)	19 (13.2)		44 (17.2)	18 (12.9)	
Allocations			<0.001			0.001			<0.001
Non	127 (30)	125 (52.5)		88 (33.7)	72 (50)		74 (29)	85 (61.2)	
Oui	297 (70)	113 (47.5)		173 (66.3)	72 (50)		181 (71)	54 (38.8)	
Aide alimentaire^a			0.093			0.571			0.706
Non	310 (73.1)	188 (79)		201 (76.7)	114 (79.2)		212 (82.8)	113 (81.3)	
Oui	114 (26.9)	50 (21)		61 (23.3)	30 (20.8)		44 (17.2)	26 (18.7)	
Couverture sociale			<0.001			0.003			0.134
Non	86 (20.3)	86 (36.1)		46 (17.6)	44 (30.6)		48 (18.8)	35 (25.2)	
Oui	338 (79.7)	152 (63.9)		216 (82.4)	100 (69.4)		208 (81.3)	104 (74.8)	
Usage quotidien d'héroïne^a			0.161			0.122			0.577
Non	412 (97.4)	226 (95.4)		254 (96.9)	143 (99.3)		248 (96.9)	136 (97.8)	
Oui	11 (2.6)	11 (4.6)		8 (3.1)	1 (0.7)		8 (3.1)	3 (2.2)	

	M0 (n=662*)			M6 (n=406)			M12 (n=395)		
	Groupe exposé à la SCMR n=424 (64%)	non exposé à la SCMR n=238 (36%)	p-valeur	Groupe exposé à la SCMR n=262 (65%)	non exposé à la SCMR n=144 (35%)	p-valeur	Groupe exposé à la SCMR n=256 (65%)	non exposé à la SCMR n=139 (35%)	p-valeur
Usage quotidien de buprénorphine non prescrite^a			0.268			0.033			0.231
Non	385 (90.8)	222 (93.3)		238 (90.8)	139 (96.5)		247 (96.5)	137 (98.6)	
Oui	39 (9.2)	16 (6.7)		24 (9.2)	5 (3.5)		9 (3.5)	2 (1.4)	
Usage quotidien de méthadone non prescrite^a			0.393			0.002			0.001
Non	410 (96.7)	227 (95.4)		261 (99.6)	137 (95.1)		255 (99.6)	131 (94.2)	
Oui	14 (3.3)	11 (4.6)		1 (0.4)	7 (4.9)		1 (0.4)	8 (5.8)	
Usage quotidien de morphine non prescrite^a			<0.001			<0.001			<0.001
Non	379 (89.4)	125 (52.5)		238 (90.8)	78 (54.5)		231 (90.2)	79 (56.8)	
Oui	45 (10.6)	113 (47.5)		24 (9.2)	65 (45.5)		25 (9.8)	60 (43.2)	
Usage quotidien de cocaïne^a			<0.001			0.025			0.026
Non	364 (85.8)	226 (95.4)		237 (90.5)	139 (96.5)		223 (87.1)	131 (94.2)	
Oui	60 (14.2)	11 (4.6)		25 (9.5)	5 (3.5)		33 (12.9)	8 (5.8)	
Usage quotidien de crack/free base^a			<0.001			<0.001			<0.001
Non	402 (94.8)	113 (47.5)		248 (94.7)	71 (49.3)		240 (93.8)	70 (50.4)	
Oui	22 (5.2)	125 (52.5)		14 (5.3)	73 (50.7)		16 (6.3)	69 (49.6)	
Usage quotidien de cannabis^a			0.147			0.008			0.013
Non	266 (62.9)	163 (68.5)		165 (63.5)	110 (76.4)		160 (62.5)	104 (74.8)	
Oui	157 (37.1)	75 (31.5)		95 (36.5)	34 (23.6)		96 (37.5)	35 (25.2)	
Injection quotidienne^a			<0.001			0.001			<0.001
Non	197 (46.7)	74 (31.1)		141 (54)	52 (36.1)		132 (52.2)	40 (29)	
Oui	225 (53.3)	164 (68.9)		120 (46)	92 (63.9)		121 (47.8)	98 (71)	

	M0 (n=662*)			M6 (n=406)			M12 (n=395)		
	Groupe exposé à la SCMR n=424 (64%)	non exposé à la SCMR n=238 (36%)	p-valeur	Groupe exposé à la SCMR n=262 (65%)	non exposé à la SCMR n=144 (35%)	p-valeur	Groupe exposé à la SCMR n=256 (65%)	non exposé à la SCMR n=139 (35%)	p-valeur
Médicament de l'addiction aux opiacés			<0.001			0.074			<0.001
Non	132 (31.1)	111 (46.6)		73 (28.2)	53 (36.8)		64 (25)	60 (43.2)	
Oui	292 (68.9)	127 (53.4)		186 (71.8)	91 (63.2)		192 (75)	79 (56.8)	
Consommation d'alcool à risque^b			0.012			0.281			0.035
Non	159 (37.5)	113 (47.5)		120 (45.8)	74 (51.4)		117 (45.7)	79 (56.8)	
Oui	265 (62.5)	125 (52.5)		142 (54.2)	70 (48.6)		139 (54.3)	60 (43.2)	
Expérience de prison au cours de la vie			0.542			0.051			0.730
Non	150 (35.5)	79 (33.2)		92 (35.1)	37 (25.7)		91 (35.5)	47 (33.8)	
Oui	272 (64.5)	159 (66.8)		170 (64.9)	107 (74.3)		165 (64.5)	92 (66.2)	
Tentative de suicide au cours de la vie			0.346			0.441			0.088
Non	249 (58.7)	153 (64.3)		156 (59.5)	95 (66)		150 (58.6)	97 (69.8)	
Oui	167 (39.4)	82 (34.5)		102 (38.9)	47 (32.6)		100 (39.1)	40 (28.8)	
Manquant	8 (1.9)	3 (1.3)		4 (1.5)	2 (1.4)		6 (2.3)	2 (1.4)	
Statut VIH auto-déclaré			0.761			0.425			0.824
Séronégatif	389 (91.8)	215 (90.3)		237 (90.5)	128 (88.9)		231 (90.2)	128 (92.1)	
Séropositif	21 (5.0)	15 (6.3)		16 (6.1)	13 (9)		20 (7.8)	9 (6.5)	
Non testé	14 (3.3)	8 (3.4)		9 (3.4)	3 (2.1)		5 (2)	2 (1.4)	
Statut hépatite C auto-déclaré			0.005			0.023			0.002
Séronégatif	206 (48.6)	116 (48.7)		130 (49.6)	64 (44.4)		112 (43.8)	60 (43.2)	
A été séropositif mais guéri	94 (22.2)	30 (12.6)		62 (23.7)	22 (15.3)		74 (28.9)	24 (17.3)	
Actuellement séropositif	98 (23.1)	78 (32.8)		63 (24)	50 (34.7)		59 (23)	53 (38.1)	
Non testé	26 (6.1)	14 (5.9)		7 (2.7)	8 (5.6)		11 (4.3)	2 (1.4)	

	M0 (n=662*)			M6 (n=406)			M12 (n=395)		
	Groupe exposé à la SCMR	non exposé à la SCMR	p-valeur	Groupe exposé à la SCMR	non exposé à la SCMR	p-valeur	Groupe exposé à la SCMR	non exposé à la SCMR	p-valeur
	n=424 (64%)	n=238 (36%)		n=262 (65%)	n=144 (35%)		n=256 (65%)	n=139 (35%)	
Utilisation des structures de réduction des risques (CAARUD, CSAPA)^c			0.062			0.009			<0.001
< Souvent	133 (31.7)	59 (24.8)		80 (30.7)	27 (18.8)		90 (35.3)	24 (17.4)	
Souvent ou toujours	287 (68.3)	179 (75.2)		181 (69.3)	117 (81.3)		165 (64.7)	114 (82.6)	
Partage de matériel d'injection au moins une fois^a			0.753			0.143			0.597
Non	346 (81.8)	197 (82.8)		218 (83.5)	128 (88.9)		222 (87.4)	118 (85.5)	
Oui	77 (18.2)	41 (17.2)		43 (16.5)	16 (11.1)		32 (12.6)	20 (14.5)	
Au moins un abcès^c			0.197			0.179			0.003
Non	320 (77.7)	195 (81.9)		208 (83.9)	127 (88.8)		196 (79)	126 (90.6)	
Oui	92 (22.3)	43 (18.1)		40 (16.1)	16 (11.2)		52 (21)	13 (9.4)	
Au moins une overdose non-fatale^c			0.839			0.267			0.327
Non	398 (94.09)	223 (93.7)		233 (88.9)	133 (92.4)		241 (94.1)	134 (96.4)	
Oui	25 (5.9)	15 (6.3)		29 (11.1)	11 (7.6)		15 (5.9)	5 (3.6)	
Au moins un passage aux urgences^c			0.202			0.200			0.012
Non	256 (60.4)	155 (65.4)		173 (66)	104 (72.2)		170 (66.4)	109 (78.4)	
Oui	168 (39.6)	82 (34.6)		89 (34)	40 (27.8)		86 (33.6)	30 (21.6)	
Dépistage VHC (n=486 personnes non séropositives)			0.344			0.587			0.591
> 6 mois ou date inconnue ou pas de test	134 (41.1)	73 (45.6)		85 (42.7)	37 (39.4)		80 (40.6)	32 (37.2)	
<= 6 mois	192 (58.9)	87 (54.4)		114 (57.3)	57 (60.6)		117 (59.4)	54 (62.8)	

* 3 données manquantes sur la variable de la salle de consommation. a Au cours du dernier mois. b Score de l'AUDIT C >=3 pour les femmes et >=4 pour les hommes. Au cours des six derniers mois

Figure A1. Fréquences des participants qui ont déclaré souhaiter utiliser une SCMR par suivi et par groupe d'exposition (n(%)), étude COSINUS (N=1463 visites, n=665 participants)

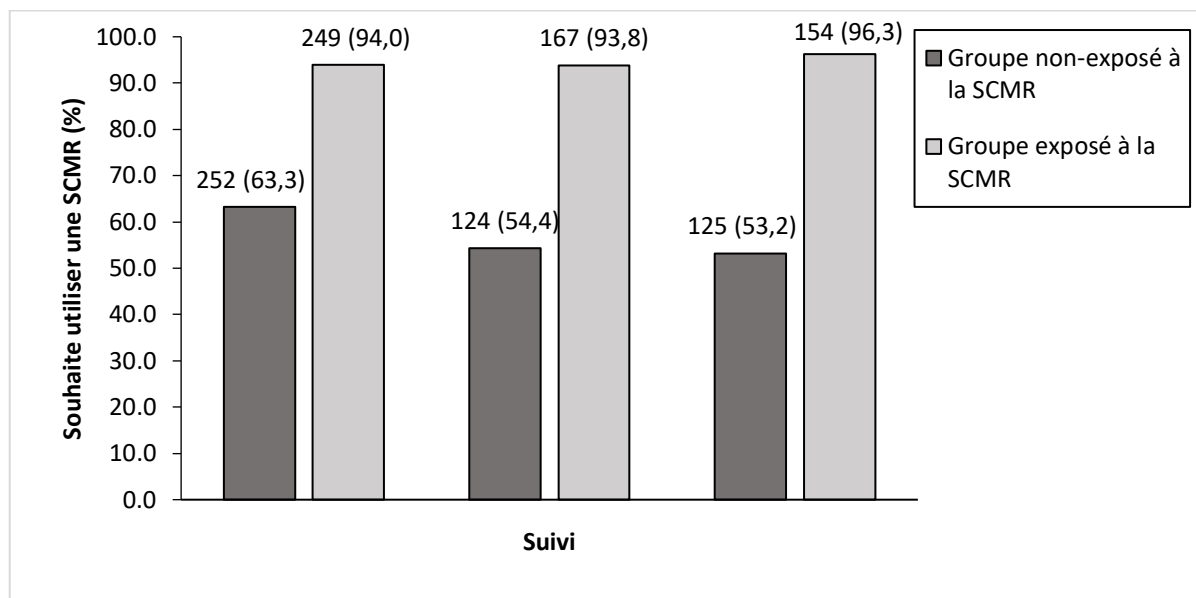


Tableau A2. Modalités actives de l'ACM se rapportant aux non-utilisateurs de SCMR en M0 selon leur contribution, leurs coordonnées et leur cosinus² aux trois premiers axes factoriels (N=398), étude COSINUS

Variables actives	Modalités actives	Axe 1			Axe 2			Axe3		
		Contrib.	Coord.	Cos ²	Contrib.	Coord.	Cos ²	Contrib.	Coord.	Cos ²
Ville	Bordeaux	6.036	-0.693	0.275	0.949	0.236	0.032	2.102	-0.346	0.069
	Marseille	1.730	0.320	0.098	0.861	-0.194	0.036	0.408	0.132	0.017
	Paris/ Strasbourg	2.170	0.656	0.074	0.026	0.062	0.001	1.258	0.424	0.031
Injection rapide	Non	2.354	0.349	0.155	0.863	0.182	0.042	0.459	-0.131	0.022
	Oui	2.991	-0.443	0.155	1.096	-0.231	0.042	0.583	0.166	0.022
Age	>25	1.551	-0.785	0.048	3.843	1.064	0.089	0.131	-0.193	0.003
	25-34	3.699	-0.548	0.166	0.881	0.23	0.029	3.632	-0.46	0.117
	35-44	0.906	0.305	0.036	0.057	-0.066	0.002	0.215	0.126	0.006
	45 ou plus	3.324	0.577	0.135	3.211	-0.488	0.097	3.39	0.494	0.099
Genre	Femme	0.001	-0.012	0	0.021	-0.046	0.001	5.54	-0.734	0.146
	Homme	0	0.003	0	0.006	0.012	0.001	1.504	0.199	0.146
Niveau de diplôme	<BAC	0.116	-0.068	0.013	0.554	-0.127	0.045	0.385	0.104	0.03
	>=BAC	0.325	0.189	0.013	1.545	0.355	0.045	1.074	-0.291	0.03
Pays de naissance	Autre pays	0.541	0.32	0.018	0.899	0.355	0.023	3.998	0.736	0.098
	France	0.098	-0.058	0.018	0.163	-0.064	0.023	0.724	-0.133	0.098
Couple	Non	0.022	-0.03	0.002	0.061	-0.042	0.005	1.683	0.219	0.129
	Oui	0.06	0.08	0.002	0.164	0.114	0.005	4.518	-0.588	0.129
Qualité du logement	Précaire	0.083	0.099	0.003	2.609	-0.479	0.074	3.169	0.52	0.087
	Très précaire	6.506	-0.7	0.306	3.154	0.42	0.11	0.93	0.224	0.031
	Très stable	5.573	0.659	0.257	0.248	-0.12	0.008	5.864	-0.573	0.194
Activité professionnelle	Ne travaille pas	0.217	-0.09	0.029	0.881	-0.155	0.088	1.053	0.167	0.101
	Travaille	0.787	0.325	0.029	3.196	0.564	0.088	3.821	-0.606	0.101
Allocations/ Pension	Non	0.161	-0.125	0.007	10.332	0.861	0.316	1.197	0.288	0.035
	Oui	0.069	0.053	0.007	4.407	-0.367	0.316	0.511	-0.123	0.035
Aide alimentaire	Non	0.115	0.068	0.012	0.02	-0.024	0.002	0.18	-0.072	0.014
	Oui	0.309	-0.182	0.012	0.055	0.066	0.002	0.484	0.192	0.014
Couverture sociale	Non	3.453	-0.692	0.126	6.789	0.836	0.184	3.266	0.571	0.086
	Oui	0.91	0.182	0.126	1.789	-0.22	0.184	0.861	-0.15	0.086

Tentatives de suicide (vie)	Non	0.209	0.101	0.015	1.568	0.238	0.085	0.03	-0.032	0.002
	Oui	0.306	-0.148	0.015	2.295	-0.348	0.085	0.044	0.048	0.002
Raison principale de ne pas vouloir utiliser la SCMR	Arrêt de la consommation/ injection	1.221	0.851	0.04	0.76	0.578	0.018	2.869	1.105	0.067
	A déjà un lieu pour consommer	7.499	1.119	0.275	3.484	0.657	0.095	2.259	-0.521	0.059
	Manque d'intimité/ peur de la visibilité	2.98	0.827	0.104	1.114	0.436	0.029	6.19	1.01	0.156
	Non concerné	6.117	-0.521	0.527	2.772	-0.302	0.177	0.612	-0.14	0.038
Fréquentation des structures de RDR	Parfois	0.455	0.247	0.017	1.012	0.317	0.028	1.01	-0.312	0.027
	Rarement	0.284	0.289	0.009	0.966	0.459	0.023	0.648	-0.37	0.015
	Souvent	0.134	-0.091	0.007	0.71	-0.182	0.029	0.242	-0.104	0.009
	Toujours	0.242	-0.177	0.009	0.185	-0.134	0.005	4.979	0.681	0.134
Partage du matériel d'injection	Non	0.183	0.081	0.028	0.002	0.007	0	0.131	-0.058	0.015
	Oui	0.797	-0.352	0.028	0.008	-0.031	0	0.57	0.252	0.015
Réutilisation du matériel d'injection	Non	1.218	0.268	0.069	0.119	-0.072	0.005	0.675	0.169	0.027
	Oui	1.17	-0.258	0.069	0.114	0.069	0.005	0.648	-0.163	0.027
Injection quotidienne	Non	1.919	0.347	0.103	0.044	0.045	0.002	0.197	0.094	0.008
	Oui	1.65	-0.298	0.103	0.038	-0.039	0.002	0.17	-0.081	0.008
Raison principale de vouloir utiliser la SCMR	Confort/ sécurité	1.304	-0.464	0.048	1.368	-0.409	0.037	0.003	-0.019	0
	Conseils, qualité du service, autres services de la SCMR	0.011	-0.07	0	1.424	-0.699	0.034	0.059	0.14	0.001
	Pour essayer/ par curiosité	0.298	-0.262	0.01	0.008	-0.036	0	1.439	-0.487	0.036
	Non concerné	11.455	0.976	0.527	5.191	0.566	0.177	1.146	0.262	0.038
	Pour consommer plus proprement	5.859	-0.767	0.246	0.956	-0.267	0.03	0.205	-0.122	0.006
Lieu principal d'injection	Espace privé	2.551	0.358	0.176	0.229	-0.092	0.012	6.617	-0.488	0.328
	Espace public	3.474	-0.487	0.176	0.312	0.126	0.012	9.011	0.665	0.328
Médicaments de l'addiction aux opiacés	Non	0.25	-0.151	0.011	8.889	0.773	0.28	0.927	0.246	0.028
	Oui	0.117	0.071	0.011	4.166	-0.362	0.28	0.434	-0.115	0.028
Consommation d'alcool à risque	Non	0.27	0.145	0.012	1.405	-0.285	0.048	0.021	0.034	0.001
	Oui	0.16	-0.086	0.012	0.832	0.169	0.048	0.012	-0.02	0.001
Statut Hépatite C	Non dépisté	0.234	0.329	0.007	1.96	0.818	0.045	0.094	0.176	0.002
	Séronégatif	1.815	-0.332	0.101	2.319	0.323	0.095	2.721	-0.344	0.108
	Séropositif guéri	1.209	0.393	0.045	3.272	-0.557	0.091	2.578	0.487	0.069
	séropositif non guéri	0.352	0.209	0.013	1.261	-0.34	0.035	0.384	0.185	0.01
Zone d'injection habituelle	zone dangereuse	0.065	-0.129	0.002	0.942	-0.423	0.023	0.101	0.136	0.002
	zone non recommandée	0.038	-0.073	0.001	0.803	-0.288	0.022	0.006	0.025	0
	zone recommandée	0.045	0.044	0.004	0.798	0.159	0.053	0.03	-0.03	0.002

Annexes COSINUS Eco

Tableau A3 : Liste complète des paramètres du modèle

Paramètre	Valeur	Référence
Taux d'entrée dans la population à Paris		Sur la base des données de fréquentation des SCMR, disponibles pour la période 2016-2019.
2016 (octobre à décembre)	484	
2017	402	
2018	235	
2019 et années suivantes	242	Nous supposons le taux d'entrée constant à partir de 2019 dans l'analyse principale.
Taux d'entrée dans la population à Strasbourg		
2016 (novembre à décembre)	153	
2017	257	
2018	227	
2019 et années suivantes	298	
Dynamique de fréquentation des SCMR (scénario S1)		Données COSINUS, d'après les transitions observées entre M0 et M6, et entre M6 et M12.
Fréquentation d'une SCMR → Arrêt	35.4%/an	
Arrêt → Retour	17.0%/an	
Probabilité de partager du matériel d'injection dans le mois en fonction de la fréquentation d'une SCMR		Résultats d'efficacité COSINUS.
Avec SCMR	9.18e-3	
Sans SCMR	0.111	
Taux d'infection VIH en l'absence de partage de matériel d'injection	1.58e-3	Calibré pour obtenir une incidence initiale de 173/100 000 personnes-années (Ndawinz et al., 2011).
Risque relatif si partage de matériel d'injection	2.36	(Roy et al., 2011)
Taux d'infection VHC en l'absence de partage de matériel d'injection	0.111	Calibré pour obtenir une incidence initiale de 11.2/100 personnes-années (Leon et al., 2017).
Risque relatif si partage de matériel d'injection	1.94	(Pouget et al., 2012)
Taux de survenue des abcès en fonction de la fréquentation d'une SCMR		Résultats d'efficacité COSINUS.
Avec SCMR	0.070/an	
Sans SCMR	0.301/an	
Proportion d'abcès nécessitant traités à l'hôpital	31.5%	(Hope et al., 2015)
Proportion d'abcès associés à une endocardite	2.2%	(Spijkerman et al., 1996)
Dont nécessitant une chirurgie	65.8%	(Foysel, 2009)
Mortalité associée	5.5%	
Taux de passage aux urgences en fonction de la fréquentation d'une SCMR		Résultats d'efficacité COSINUS.
Avec SCMR	0.31/an	
Sans SCMR	1.09/an	
Proportion d'arrivées en ambulance du SMUR aux urgences	6.3%	(Denis et al., 2009), valeur pour la Belgique
Taux d'overdoses		Résultats d'efficacité COSINUS + 3.8% d'overdoses fatales (Hood et al., 2019; Neale, 2003)
Avec SCMR	0.018/an	
Sans SCMR	0.059/an	

Proportion d'overdoses conduisant à une hospitalisation	32.6%		Résultats d'efficacité COSINUS.
Proportion d'overdoses fatales	3.8%		(Hood et al., 2019; Neale, 2003)
Durée de l'hépatite C aiguë	0.5 an		(Micallef et al., 2006)
Probabilité de rémission spontanée en hépatite C aiguë	26%		(Micallef et al., 2006)
Délai moyen entre l'infection par le VHC et le diagnostic	1.25 ans		(Cousien et al., 2016)
Délai moyen entre le diagnostic VHC et le lien aux soins	2.6 ans		(Cousien et al., 2016)
Taux de perte de vue pour le VHC (si lié aux soins)	3.4%/an		D'après les données sur les IDU suivis aux centres hospitaliers de Bichat à Paris et de Caen, entre 2010 et 2016 (communication personnelle).
Délai médian entre le lien aux soins et l'initiation d'un traitement antiviral pour le VHC	0.3 an		Hypothèse, basée sur les délais d'initiation des traitements ARV pour le VIH (Supervie et al., 2016)
Durée du traitement VHC	12 semaines		(Micallef et al., 2006)
Probabilité de RVS	95%		(Micallef et al., 2006)
Taux de transition, modèle d'histoire naturelle de l'hépatite C chronique			
F0/F1→F2/F3	0.049/an si monoinfecté		(Thein et al., 2008)
	0.059/an si coinfecté VIH		
F2/F3→F4	0.051/an si monoinfecté		(Thein et al., 2008)
	0.060/an si coinfecté VIH		
F4→Décompensation	0.04/an avant RVS 5e-4 après RVS		(Salomon et al., 2002, 2003)
F4→CHC	0.021/an avant RVS 5e-3 après RVS		(Salomon et al., 2002, 2003)
Décompensation→CHC	0.021/an		Hypothèse : idem qu'en F4, d'après (Salomon et al., 2002, 2003)
Décompensation→Décès	0.306/an		(Salomon et al., 2002, 2003)
CHC→Décès	0.344/an		(Salomon et al., 2002, 2003)
Décompensation →Transplantation	0.128/an		(Deuffic-Burban et al., 2012; Mourad et al., 2014)
CHC→Transplantation	0.186/an		(Deuffic-Burban et al., 2012; Mourad et al., 2014)
Transplantation→Décès	0.0174 la première année 0.128/an les années suivantes		(Deuffic-Burban et al., 2012; Mourad et al., 2014)
Délai médian entre l'infection par le VIH et le diagnostic	4 ans		(Supervie et al., 2016)
Délai médian entre le diagnostic VIH et le lien aux soins	0.9 ans		(Supervie et al., 2016)
Taux de perte de vue pour le VIH (si lié aux soins)	3.4%/an		D'après les données sur les IDU suivis aux centres hospitaliers de

		Bichat à Paris et de Caen, entre 2010 et 2016 (communication personnelle).
Délai médian entre le lien aux soins et l'initiation d'un traitement antirétroviral pour le VIH	0.3 an	(Supervie et al., 2016)
Taux de transition, modèle d'histoire naturelle de l'infection par le VIH sans ARV		
CD4>500 → 350<CD4<500	1.01/an	(Lodi et al., 2011), en se basant sur les caractéristiques âge/sexe les plus représentatives de notre population.
350<CD4<500 → 200<CD4<350	0.271/an	
CD4>200 → CD4<200	0.142/an	
Taux de transition, modèle d'histoire naturelle de l'infection par le VIH sous ARV		
350<CD4<500 → CD4>500	0.550/an	(Sucharitakul et al., 2018)
200<CD4<350 → 350<CD4<500	0.408/an	(Sucharitakul et al., 2018)
CD4<200 → CD4>200	0.479/an	(Sucharitakul et al., 2018)
Taux de décès lié à l'infection par le VIH, hors ARV		
350<CD4<500 → Décès	0.022/an	(Lewden et al., 2007)
200<CD4<350 → Décès	0.033/an	(Lewden et al., 2007)
CD4<200 → Décès	0.150/an	(Lewden et al., 2007)
Taux de décès lié à l'infection par le VIH, sous ARV		
350<CD4<500 → Décès	0.012/an	(Lewden et al., 2007)
200<CD4<350 → Décès	0.018/an	(Lewden et al., 2007)
CD4<200 → Décès	0.083/an	(Lewden et al., 2007)
Durée moyenne avant cessation usage de drogues	13.9 ans	(Fazito et al., 2012)
Taux de mortalité		
Injecteur/injectrice inactive		Hypothèse : mortalité de la population générale, cf Annexe, Tableau A4
Risque relatif, injecteur actif	5.19	(Lopez et al., s. d.)
Risque relatif, injectrice active	9.52	(Lopez et al., s. d.)

Abréviations : VHC=Virus de l'Hépatite C ; ARV=Antirétroviraux ; RVS=Réponse Virologique Soutenue, SCMR=salle de consommation à moindre risque.

Tableau A4 : Mortalité (/1000 individus) en France en fonction de l'âge et du sexe (Taux de mortalité par sexe et âge, s. d.).

	Hommes	Femmes
18 à 19 ans	0.3	0.1
20 à 24 ans	0.6	0.2
25 à 29 ans	0.7	0.2
30 à 34 ans	0.8	0.3
35 à 39 ans	1.1	0.5
40 à 44 ans	1.7	0.8
45 à 49 ans	2.7	1.4
50 à 54 ans	4.4	2.3
55 à 59 ans	7.0	3.5
60 à 64 ans	10.9	5.0
65 à 69 ans	14.9	6.8
70 à 79 ans	25.2	13.2
80 à 89 ans	75.3	49.8
90 à 110 ans	220.0	181.0

Annexes recherche sociologique

Image A5. Les traces de consommation à moindre risques incluses dans le recensement



Tableau A6. Les professionnels, riverains, usagers de drogues et politiques interrogés dans le volet socio-anthropologique

Fonction/type d'acteur	Nb de personnes	Structure/Lieu
Professionnels propreté et sécurité au sein de gare du nord		
Personnel de la Sûreté Ferroviaire (SUGE)	1	SNCF-Paris 10 ^{ème}
Personnel de la Sécurité Incendie Gare du Nord et Gare CDG2 TGV	1	SNCF-Paris 10 ^{ème}
Brigade réseaux ferrés	1	Commissariat-Paris 10 ^{ème}
Référent vie sociale (1)	1	SNCF-Paris 10 ^{ème}
Référent vie sociale (2)	1	SNCF-Paris 10 ^{ème}
Personnel police -pôle social	1	SNCF-Paris 10 ^{ème}
Service santé sécurité au travail	1	SNCF-Paris 10 ^{ème}
Personnel animation et vie de la gare	1	SNCF-Paris 10 ^{ème}
Personnel secteur nord ligne 4	1	RATP-Paris 10 ^{ème}
Personnel site toilettes 2theloo	1	2theloo-Paris 10 ^{ème}
Personnel sûreté-ESV Paris nord	2	SNCF-Paris 10 ^{ème}
Personnel sûreté- ESV Paris nord		
Personnel maîtrise du territoire Paris	1	RATP-Paris 13 ^{ème}
Tournée dans la Gare du Nord- agents de terrain (matinée)	Environ 29	SNCF-Paris 10 ^{ème}
Tournée dans la Gare du Nord- agents de terrain (après-midi)		
Professionnels propreté et sécurité hors gare du nord		
Jardinier	4	Mairie de Paris-Paris 10 ^{ème}
Agent technique d'entretien de l'espace		
Jardinier		
Jardinier		
Agent d'Entretien (1)	1	Mairie de Paris-Paris 10 ^{ème}
Agent d'Entretien (2)	1	Mairie de Paris-Paris 10 ^{ème}
Inspecteurs police villes de Paris	4	Mairie de Paris-Paris 10 ^{ème}
Agent-poste de responsable	3	Parkings Indigo-Paris 10 ^{ème}
Agent- poste de direction		
Agent-poste de responsable		
Agent- poste de direction	2	Parkings Indigo-Paris 10 ^{ème}
Agent-poste de responsable		
Agent d'exploitation	3	Parkings EFFIA-Paris 10 ^{ème}
Agent-poste de responsable		

Agent de sécurité		
Agent-Poste de direction	3	JC-DECAUX-IdF
Agent-Poste de direction		
Agent- responsable d'équipe		
Professionnels - police		
Commissaire	1	Commissariat-Paris 10 ^{ème}
Commissaire	1	Commissariat-Paris 10 ^{ème}
Commissaire	1	Commissariat-Paris 10 ^{ème}
Commissaire	1	Commissariat-Paris 10 ^{ème}
Policier	1	Commissariat-Paris 10 ^{ème}
Policier	1	Commissariat-Paris 10 ^{ème}
Policier	1	Commissariat-Paris 10 ^{ème}
Policier	1	Commissariat-Paris 10 ^{ème}
Personnels Justice		
Magistrat	1	Paris
Professionnels réduction des risques		
Cadre réduction des risques	1	Paris Ouest
Acteur plaidoyer	1	Paris
Psychologue	1	IdF
Pharmacien	1	Paris
Directeur SCMR	1	Gaïa Paris 10 ^{ème}
Coordinateur SCMR	1	Gaïa Paris 10 ^{ème}
Acteur auto-support	1	Paris
Cadre réduction des risques	1	Paris
Directeur SCMR	1	Gaïa Paris 10 ^{ème}
Coordinateur SCMR	1	Gaïa Paris 10 ^{ème}
Cadre réduction des risques	1	Paris
Responsable de maraudes	1	Gaïa Paris 10 ^{ème}
Professionnels SCMR	5	Gaïa Paris
Personnels hospitaliers		
Médecin généraliste	1	Quartier SCMR
Médecin urgentiste	1	Lariboisière
Médecin psychiatre	1	Fernand Widal
Politiques		
Élu (1)	1	Mairie de Paris-Paris 10 ^{ème}

Élu (2)	1	Mairie de Paris-Paris 10 ^{ème}
Élu (1)	1	Mairie de Paris-Paris 10 ^{ème}
Élu (2)	1	Mairie de Paris-Paris 10 ^{ème}
Élu (3)	1	Mairie de Paris-Paris 10 ^{ème}
Élu (4)	1	Mairie de Paris-Paris 10 ^{ème}
Candidat élections mairie 10 ^{ème} opposition	1	Mairie de Paris-Paris 10 ^{ème}
Élu opposition mairie du 10 ^{ème}	1	Mairie de Paris 10 ^{ème}
Élu opposition mairie du 10 ^{ème}	1	Mairie de Paris-Paris 10 ^{ème}
Maire	1	Mairie de Paris-Paris 10 ^{ème}
Chargée mission affaire sociale	1	Mairie de Paris-Paris 10 ^{ème}
Commerces / Agences immobilières		
Agence immobilière	2	Quartier Louis Blanc - Aqueduc
Agence immobilière	1	Quartier SCMR
Agence immobilière (chasseur d'appartement)	1	Quartier SCMR
Restaurateur	1	Quartier SCMR
Restaurateur	1	Quartier SCMR
Restaurateur	1	Quartier SCMR
Commerce autre	1	Quartier SCMR
Commerce autre	1	Quartier SCMR
Commerce autre	1	Quartier SCMR
Usagers de drogues		
Usager de drogues	1	Structure RDR
Usager de drogues	1	Structure RDR
Usager de drogues	1	Structure RDR
Usager de drogues	1	Structure RDR
Usager de drogues	1	Structure RDR
Usager de drogues	1	Structure RDR
Usager de drogues	1	Structure RDR
Usager de drogues	1	Structure RDR
Usager de drogues	1	Structure RDR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR

Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Usager de drogues	1	SCMR
Riverains		
Riverain (1)	1	Opinion mixte Attentiste puis défavorable
Riverain (2)	1	Opinion mixte Attentiste puis défavorable
Riverain (3)	1	Opinion mixte Attentiste puis défavorable
Riverain	1	Opposant SCMR
Riverain	1	Opposant SCMR
Riverain	1	Opposant SCMR
Riverain	1	Opposant SCMR
Riverain (1)	1	Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord Défavorable
Riverain (2)	1	Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord Défavorable
Riverain (3)	1	Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord Défavorable
Riverain (1)	1	Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord Attentiste puis défavorable
Riverain (2)	1	Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord Attentiste puis défavorable
Riverain (3)	1	Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord Attentiste puis défavorable
Riverain (1)	1	Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord Défavorable
Riverain (2)	1	Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord

		Défavorable
Riverain	1	Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord Défavorable
Riverain (1)	1	Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord Défavorable
Riverain (2)	1	Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord Défavorable
Riverain	1	Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord Défavorable
Riverain	1	Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord Défavorable
Riverains Entretien Collectif	6	Collectif Riverains Lariboisière Gare du Nord Défavorable
Riverain (1)	1	Vivre Gare du Nord Vivre gare de l'est Opinion mixte
Riverain (2)	1	Vivre Gare du Nord Vivre gare de l'est Opinion mixte
Riverain (1)	1	Vivre Gare du Nord Vivre gare de l'est Défavorable
Riverain (2)	1	Vivre Gare du Nord Vivre gare de l'est Défavorable
Riverain	1	Favorable SCMR
Riverain	1	Favorable SCMR
Riverain (1)	1	Favorable SCMR
Riverain (2)	1	Favorable SCMR
Riverain (1)	1	Opinion mixte SCMR Défavorable puis favorable
Riverain (2)	1	Opinion mixte SCMR Défavorable puis favorable
Riverain	1	Collectif Parents SCMR 75 Favorable
Riverain (1)	1	Collectif Parents SCMR 75 Attentiste puis favorable
Riverain (2)	1	Collectif Parents SCMR 75 Attentiste puis favorable
Riverain (1)	1	Collectif Parents SCMR 75 Favorable
Riverain (2)	1	Collectif Parents SCMR 75 Favorable
Riverain (1)	1	Collectif Parents SCMR 75 Favorable
Riverain (2)	1	Collectif Parents SCMR 75 Favorable
Riverain (1)	1	Collectif Parents SCMR 75 Attentiste puis favorable
Riverain (2)	1	Collectif Parents SCMR 75 Attentiste puis Favorable
Riverain (3)	1	Collectif Parents SCMR 75 Attentiste puis Favorable

Riverain	1	Collectifs Parents SCMR 75 Favorable
Riverain	1	Collectif Parents SCMR 75 Attentiste puis favorable
Riverain	1	Collectif Parents SCMR 75 Favorable
Riverain (1)	1	Opinion mixte SCMR Attentiste puis favorable
Riverain (2)	1	Opinion mixte SCMR Attentiste puis favorable
Riverain	1	Action Barbès Favorable
Riverain	1	Action Barbès Favorable
Riverain	1	Action Barbès Favorable

Tableau A7. Prix de vente médian des appartements anciens par quartiers

		Prix de vente médian des appartements anciens par quartiers			
Année	Trimestre	St.-Vincent-de-Paul	Porte Saint-Denis	Porte Saint-Martin	Hopital St.-Louis
2011	T1	300 000 €	305 000 €	286 900 €	240 000 €
	T2	365 000 €	385 000 €	328 000 €	255 000 €
	T3	350 000 €	445 000 €	389 500 €	224 500 €
	T4	298 000 €	260 000 €	305 000 €	200 000 €
2012	T1	302 000 €	286 500 €	288 000 €	220 000 €
	T2	395 000 €	370 000 €	350 000 €	300 000 €
	T3	345 000 €	415 000 €	335 000 €	330 000 €
	T4	297 300 €	400 000 €	340 000 €	248 000 €
2013	T1	335 000 €	296 600 €	348 000 €	245 000 €
	T2	365 000 €	350 000 €	318 000 €	285 000 €
	T3	339 000 €	375 000 €	355 000 €	276 000 €
	T4	394 500 €	372 000 €	310 000 €	259 700 €
2014	T1	365 500 €	493 100 €	395 000 €	282 000 €
	T2	410 000 €	390 000 €	300 000 €	283 000 €
	T3	360 100 €	400 000 €	294 000 €	240 000 €
	T4	382 000 €	290 300 €	277 000 €	299 000 €
2015	T1	346 300 €	415 000 €	361 900 €	244 400 €
	T2	385 700 €	415 000 €	290 000 €	250 000 €
	T3	404 600 €	418 600 €	340 000 €	269 200 €
	T4	324 000 €	364 000 €	384 000 €	300 000 €
2016	T1	410 000 €	315 000 €	456 500 €	306 600 €
	T2	370 000 €	339 000 €	376 500 €	267 100 €
	T3	430 000 €	420 000 €	400 000 €	252 000 €
	T4	313 000 €	405 000 €	330 000 €	270 000 €
2017	T1	370 000 €	361 500 €	442 600 €	252 000 €
	T2	373 000 €	418 500 €	310 000 €	243 500 €
	T3	489 000 €	485 000 €	473 000 €	300 000 €
	T4	400 000 €	498 000 €	400 000 €	290 000 €
2018	T1	425 000 €	581 000 €	326 400 €	317 000 €
	T2	425 000 €	463 900 €	373 300 €	295 000 €
	T3	480 000 €	477 000 €	400 000 €	302 000 €
	T4	455 000 €	420 000 €	345 000 €	312 600 €
2019	T1	452 000 €	480 000 €	450 000 €	375 000 €
	T2	475 000 €	437 100 €	500 300 €	324 500 €
	T3	500 000 €	465 700 €	476 600 €	368 900 €
	T4	515 000 €	660 000 €	501 500 €	309 100 €

2020	T1	482 000 €	461 000 €	415 000 €	435 000 €
	T2	586 100 €	488 400 €	482 000 €	431 000 €
	T3	612 900 €	540 000 €	465 000 €	387 300 €
	T4	500 000 €	379 600 €	390 000 €	413 100 €

Source : chambre des notaires de Paris.