



# Expérimentation d'une salle de consommation supervisée à Marseille : enjeux éthiques et politiques

E. Hoareau\*

En septembre 2010, la ville de Marseille a engagé une concertation dans un contexte de débat national sur l'expérimentation de salles de consommation supervisée (SCS) en France, au regard de l'expertise Inserm sur la politique française de réduction des risques (RdR). But de la démarche : actualiser les dispositifs et outils à destination des usagers de substances psychoactives sur son territoire. L'un des axes étant l'éventuelle inscription de la ville dans une expérimentation nationale des SCS.

## UNE ÉTHIQUE DE LA PROXIMITÉ

Comme l'a souligné le comité d'experts constitué dans ce cadre, si la mise en place de SCS peut améliorer la réponse aux besoins de santé et d'accès aux droits des personnes usagères, et aux besoins de tranquillité et de sécurité publique de la population, pas question de négliger la complexité des enjeux éthiques et politiques qu'elle soulève (1).

Cette mise en place relève d'abord d'une "éthique de la proximité", celle-ci "caractérisant une façon d'être et de se positionner vis-à-vis de l'autre" (2). Le choix de sa localisation ne répond pas seulement à une double exigence d'efficacité et d'adaptation à la géographie locale des usages et des nuisances publiques. Il s'inscrit également dans une démarche d'aller vers les usagers, de s'ajuster à leur style de vie, de soutenir l'adoption de techniques de réduction des risques (RdR) là où ils se trouvent, plutôt qu'espérer qu'ils veuillent bien venir là où le professionnel les attend.

Cela implique aussi de considérer la prédilection des personnes pour des structures différentes et leur attachement au maintien de leurs spécificités (boutique/réduction des risques/soins spécialisés ; autosupport/médicosocial ; associatif/hospitalier). Comme si cela leur permettait de mettre de l'ordre dans un quotidien rendu flou par le mode de vie et les effets des produits. De distinguer les temporalités de la journée et de scander leur trajectoire. De ne pas être seulement dans une "logique des sensations" (3) mais de garder, malgré tout, un positionnement symbolique. Il est donc préférable, lorsque la taille de la population cible le justifie, de privilégier une multiplicité de lieux, aux identités distinctes, et répartis dans la ville.

\*Doctorante en sociologie, Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS), chargée de mission sur la concertation conduite à Marseille.  
Cet article n'est pas une commande de la Ville de Marseille.

La proximité se joue, surtout, dans la posture professionnelle : il ne suffit point d'offrir des lieux "hygiénistes" (4) de consommation en proposant une supervision exclusivement médicale, de sécurisation de l'usage. Mais de concevoir celle-ci comme un moment privilégié, permettant au professionnel de personnaliser l'information de RdR, au plus près de la pratique et non, seulement, de ce qu'en dit l'usager. Celui-ci ne cherche pas systématiquement à minimiser ses prises de risques, ou à montrer qu'il a bien "appris sa leçon" de préservation de soi... Mais il ne réalise pas toujours la somme des actes qu'il fait pour consommer, il ne fait pas toujours, ou pas vraiment, ce qu'il croit faire, il prend des risques là où il ne se voit pas en prendre. Et il ne saisit pas toujours comment intégrer, dans sa pratique singulière, des conseils de portée générale, pour tous types de personnes, pratiques et circonstances de consommation.

Conditionner l'accueil dans la SCS à la supervision rend la personne objet du savoir du professionnel et alimente une relation passive à sa pratique. Or, "la proximité se définit par le regard que l'on pose sur l'autre (...) en le reconnaissant hors de tout misérabilisme et, surtout peut-être, en pariant sur ce dont il sera, demain, capable" (2). Considérons plutôt la personne usagère comme sujet et expert de sa pratique, capable de faire des choix de mieux-être mais libre aussi de ne pas les faire. La supervision lui permettra de s'approprier des savoirs et des savoir-faire de préservation de soi et de restaurer de la distance dans sa relation aux produits, si elle favorise sa réflexivité. Cela implique un échange entre savoirs du professionnel et du sujet-usager, connaissant son corps, sa façon d'utiliser le matériel, ses forces et ses faiblesses dans la réduction des dommages et des risques, et dans la gestion du désir de consommer.

Ici, la proximité ne se confond ni avec un contrôle social des conduites, ni avec un enfermement des personnes dans leur situation. Il ne s'agit pas de créer un "centre" visant la réhabi-

litation médicosociale (abandon de l'injection, abstinence, protocole de substitution, insertion professionnelle) au risque de faire fuir une partie du public-cible, ni un "ghetto" permettant de consommer en toute discrétion et sécurité des produits *ad vitam aeternam*. L'idée est de concevoir un lieu ouvert sur la cité qui met en lien – ou améliore ce lien – des personnes avec l'ensemble du dispositif médicosocial, dans un équilibre délicat entre accueil à bas seuil d'exigence et accompagnement vers la régulation d'un usage mortifère, voire vers l'abstinence et/ou les traitements de substitution ou encore l'usage occasionnel.

## POUR UNE AMÉLIORATION GLOBALE DU DISPOSITIF SPÉCIALISÉ

L'expérimentation d'une SCS, en effet, n'a de sens que si elle est inscrite dans l'amélioration globale de l'offre de RdR et de soins spécialisés sur un territoire. D'abord, parce que l'outil-miracle pour endiguer l'épidémie de virus de l'hépatite B (VHB) n'existe pas. Bien au contraire, l'efficacité de la politique de RdR et l'accessibilité du dispositif spécialisé reposent sur une palette d'outils diversifiés, dans une logique d'adaptation à une diversité de publics, de pratiques et de contextes d'usage, en constant renouvellement. Or, si rien ne garantit, une fois le projet parisien évalué et validé, que d'autres SCS seront créées en France, il est sûr que certains territoires n'en verront pas le jour (population cible trop faible et/ou éparpillée géographiquement) : il suffit d'examiner la couverture géographique actuelle des dispositifs de RdR. Dès lors, il importe de créer aussi des SCS mobiles dans les zones rurales, les petites villes et quartiers périphériques des grandes villes.

Il importe également de développer rapidement l'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI). Pour faire bref, sous 2 formes : d'une part une supervision individuelle hors les murs d'une SCS ad hoc, mais requérant une sécurisation médicale identique (présence d'un médecin ou infirmier, protocole d'urgence) ; d'autre part des ateliers, tels ceux initiés dans certains Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD), informations peu ou prou personnalisées à partir de la mise en scène de sa pratique par l'usager (sans produit).

Ensuite, l'innovation ne peut se faire au prix des fondamentaux de la RdR. Or, le manque d'accessibilité du matériel d'injection stérile est encore patent dans les zones rurales, dans les petites agglomérations où la crainte de la stigmatisation gêne son approvisionnement. Il l'est pareillement dans certains quartiers où les pharmaciens pratiquent des prix prohibitifs ou refusent de délivrer des Steribox®, dans certains Centres de soins d'accompagnement



et de prévention en addictologie (CSAPA) qui donnent encore le matériel au compte-gouttes, dans certains événements festifs rock ou techno, et, bien sûr, dans les prisons.

Il nous faut encore renouveler le travail de *l'aller vers*, quelque peu négligé avec l'institutionnalisation de la RdR. Notamment en proposant de l'ERLI sur les lieux de vie et d'usage à ceux qui n'iront pas dans les SCS: squats, domiciles privés, camions des *travellers* en *free-parties*... Enfin, le besoin de formation des professionnels au *counselling* est d'autant plus prégnant que les générations se renouvellent. Prolongeant le travail réalisé dans les futures SCS, ce sont eux qui aideront les usagers à ne pas rompre le lien avec le dispositif médico-social, à observer leurs traitements de substitution et des hépatites, à réduire dommages sanitaires et risques d'overdose, en soutenant par exemple le passage de la voie injectable à la voie fumée.

## CONCILIER LA RDR ET LES ENJEUX POLITIQUES ET SCIENTIFIQUES

Les tensions lors des réunions de concertation sur l'expérimentation de **la SCS dans le 10<sup>e</sup> arrondissement à Paris (mars et juin 2013)** témoignent de la violence, pour certains riverains, de la décision politique de créer une structure pour des personnes souvent perçues exclusivement à travers le prisme de la dangerosité sociale et des nuisances publiques. Les crispations idéologiques (*malade/déviant/citoyen*) et affectives (*compassion/mépris/peurs*) que suscite la personne usagère de "drogues" (5) et les expériences passées illustrent qu'il n'existe pas de mode d'emploi d'une "bonne" concertation de la population quant à l'implantation de dispositifs de RdR. Néanmoins, ces tensions appellent plusieurs remarques. Cette concertation s'est d'abord trouvée coincée dans une temporalité qui n'est pas la sienne: il a fallu attendre le feu vert du gouvernement (février 2013) et la lancer avant le démarrage de la campagne électorale des municipales (juin 2013).

Ensuite, si "*elle n'est pas un droit de veto sur une proposition, (mais la prise) en compte des remarques*" (6), elle n'a pas enrichi mais clôturé le processus de prise de décision. Or, la concertation ne peut être une coquetterie politique, une formalité venant légitimer a minima une décision déjà prise par les décideurs publics et les professionnels du champ, au risque de radicaliser, plutôt que juguler, la levée de boucliers des riverains. Ni se réduire à ces outils de communication, aussi nécessaires soient-ils, qui gênent l'émergence d'un véritable débat: le colloque, où s'expriment surtout les acteurs de terrain et les décideurs auprès d'un auditoire qui serait plutôt acquis à la cause, ou la tribune publique où se diraient plus volontiers les craintes, les

## LA SCS EN BREF

La salle de consommation supervisée (SCS) offre des conditions d'injection ou d'inhalation sécurisées avec du matériel stérile. Toutefois, superviser ne se réduit pas à assister physiquement le geste d'injection, mais à donner des conseils techniques de RdR pour prévenir les surdoses mortelles et les pratiques non autorisées via la présence d'un professionnel dans la salle, et à dispenser des soins infirmiers le cas échéant. C'est un lieu de consultation médicale et sociale, et d'orientation vers d'autres services de soins spécialisés et d'aide sociale.

**La concertation à Marseille** a été engagée à l'initiative du **Dr Padovani**, adjoint au maire, et du Service de la santé publique et des handicapés (SSPH). Selon une méthode de recherche action, elle a réuni, pendant 2 ans (septembre 2010-septembre 2012), un comité d'experts composé de professionnels de CAARUD, de CSAPA et d'associations d'auto-support, de praticiens hospitaliers, de chercheurs en épidémiologie et en sociologie.

À cette occasion, on a réalisé 2 états des lieux des usages de produits, des besoins de santé des usagers, et des ressources du dispositif spécialisé marseillais. On a ensuite élaboré les recommandations pour finaliser le cahier des charges de la SCS. Les documents sont disponibles sur [www.grvs06.org](http://www.grvs06.org) et [www.dadd-paca.org](http://www.dadd-paca.org)

fantasmes, le refus, l'intolérance. Par exemple, si, comme le suggère un riverain du projet, la proposition d'une répartition dans la ville (création d'espaces dans les structures spécialisées existantes) avait été entendue, elle eût été sans doute mieux acceptée.

Ceci révèle *in fine* l'ampleur du temps à consacrer à l'explication de la réalité sociale des personnes usagères en grande précarité (4) et de l'utilité des SCS pour celles-ci et le quartier d'implantation. C'est ce qui permet l'appropriation de leurs enjeux, sinon éthiques, du moins de santé, de sécurité et de tranquillité publiques par la population. Désormais, tout l'enjeu de la création d'un comité de suivi de la SCS impliquant les riverains réside dans cette appropriation citoyenne. Encore faut-il qu'il ne soit pas simple caisse de résonance des colères et des satisfecit, mais garantisse à tous la co-construction et l'amélioration du fonctionnement de la structure.

Enfin, si la multiplicité des lieux de consommation supervisée et son couplage avec le développement de l'ERLI sont plus pertinents en termes de réponse aux besoins des personnes usagères et d'acceptabilité sociale, ils compliquent l'évaluation et supposent un consensus des élus. Ainsi, l'innovation dans la politique de RdR est

porteuse d'enjeux d'affichage politique et de notoriété scientifique pour ses alliés que sont les chercheurs et les politiques. Aussi légitimes soient-ils, le risque qu'ils puissent différer la réponse aux besoins des personnes usagères (SCS ou ERLI + SCS) invite à y être vigilant.

## Références bibliographiques

1. Hoareau E. *Démarche de concertation sur l'expérimentation d'une salle de consommation supervisée à Marseille. Synthèse des travaux du comité d'experts (octobre 2010 – Janvier 2011)*. GRVS, SSPH, Ville de Marseille, 2011.
2. Roche P. *Les défis de la proximité dans le champ professionnel*. *Nouvelle revue de psychosociologie* 2007;1(3):63-82.
3. Bouhnik P, Touzé S, Vallette Vialard C. *Sous le signe du "matos", contexte, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psychoactifs*. Paris: OFDT, 2002.
4. Carrier N. *Une dépolitisation hygiénique: les lieux d'injection de drogues illicites comme stratégie de réduction des méfaits*. *Déviance et Société* 2003;27:59-76.
5. *Observatoire français des drogues et toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles*. Paris: OFDT, 2013.
6. Féraud M., maire du 10<sup>e</sup> arrondissement de Paris in Clavreul L. *Difficile exercice de pédagogie sur la future salle de shoot à Paris*. *Le Monde.fr*, 12 juin 2013.

## Breve

### LE RAPPORT CSAPA 2010 EST PARU

Ce rapport de synthèse sur les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) décrit de façon distincte l'activité des structures ambulatoires, des dispositifs d'hébergement qu'ils gèrent, et celle des CSAPA en milieu pénitentiaire.

Palle C, Rattanatrany M. *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010*. Focus 2013. Disponible en ligne: [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)