



Évaluation des « Haltes Soins Addictions » (HSA) – Rapport

Mai 2025

Évaluateur : Pôle Santé Publique des Hospices Civils de Lyon

Évaluation des « Haltes Soins Addictions » (HSA) -- Rapport

Mai 2025

Évaluateurs (conception et mise en œuvre de l'étude, collecte et analyse des données, rédaction du rapport) :

Asma Fares, médecin de santé publique

Jessica Chryssomalis, chargée d'études en sociologie

Adèle Perrin, chargée d'études en santé publique

Melvin Salignat, chargé d'études en sociologie et psychologue

Affiliation : Pôle Santé Publique des Hospices Civils de Lyon

Expert associé : Professeur Benjamin Rolland, responsable du Service Universitaire d'Addictologie de Lyon (SUAL), Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalier Le Vinatier

Table des matières

Liste des abréviations	5
Synthèse/résumé	6
Remerciements	8
Introduction.....	9
Démarche évaluative – Méthodes	12
Résultats et discussion	15
A. Descriptions des usages et des usagers	15
a. Évolution des usages et du recours aux HSA.....	15
b. Caractéristiques socioéconomiques des usagers fréquentant les HSA.....	16
c. Besoins en santé des usagers des HSA.....	17
B. Parcours de santé	20
a. Une évolution de terminologie de « SCMR » à « HSA » pour intégrer cette « logique parcours »	20
b. Les HSA comme dispositif d'accès aux soins : initiation d'un parcours de santé pour des usagers de drogues.....	21
c. La poursuite des parcours après l'initiation : quelles pratiques et quelles opportunités ?..	29
d. Conclusion et préconisations sur l'axe parcours de santé	42
C. Tranquillité publique	45
a. Contexte d'implémentation	45
b. Un espace sécurisé pour des publics vulnérables	48
c. Consommations et déchets dans l'espace public.....	48
d. Evolution des incivilités et de la délinquance	52
e. Conditions de l'acceptabilité sociale des HSA	60
D. Conclusion	65
Bibliographie.....	67
Annexes	69
Annexe 1 : Descriptif des entretiens réalisés et caractéristiques des usagers interrogés	70
Annexe 2 : Monographie de la HSA de Paris (Espace Jean-Pierre Lhomme)	76
a. Organisation de l'espace	76
b. Equipe.....	76
c. Organisation de l'activité.....	77
d. Coordination des professionnels.....	78
e. Partenariats principaux	79
f. Activité.....	79

Annexe 3 : Monographie de la HSA de Strasbourg (Argos 1).....	81
a. Organisation de l'espace	81
b. Equipe.....	81
c. Organisation de l'activité.....	82
d. Coordination des professionnels.....	83
e. Partenariats principaux	84
f. Activité.....	84

Liste des abréviations

AME	Aide Médicale d'Etat
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
ASUD	Auto-Support des Usagers de Drogues
C2S (ou CSS)	Complémentaire Santé Solidaire
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAA	Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CSAPA	Centre de soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST	Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes
DASRI	Déchets d'Activités de Soins et Risques Infectieux
DEETS	Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
GPO	Groupe de Partenariat Opérationnels
HCL	Hospices Civils de Lyon
HSA	Haltes Soins Addictions
HUS	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MG	Médecin Généraliste
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
NHC	Nouvel Hôpital Civil (Strasbourg)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PES	Programme d'Echange de Seringues
PLU	Plan Local d'Urbanisme
PreP	Prophylaxie Pré-Exposition
PUMa	Protection Universelle Maladie
RA	Rapport d'Activité
RdRD	Réduction des Risques et des Dommages
RSA	Revenu de Solidarité Active
SCMR	Salle de Consommation à Moindre Risque
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
TS	Travailleur Social
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
UDI	Usagers de Drogues Injectables
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Synthèse/résumé

Le présent rapport détaille les résultats de l'étude qualitative conduite par les Hospices Civils de Lyon et visant à répondre à deux questions évaluatives :

1. Dans quelle mesure les Haltes Soins Addictions (HSA) facilitent-elles l'initiation et/ou le maintien d'un parcours de santé des usagers qui y ont recours ? Quels sont les leviers et les freins à cela ?
2. Quelle est l'évolution de la perception de la tranquillité publique aux abords des HSA en activité depuis 2021 ?

Afin de répondre à ces questions, des méthodes qualitatives ont été mobilisées : 95 entretiens semi-dirigés, 9 journées d'observations de terrain et une analyse documentaire ont été réalisés.

L'ensemble des données collectées a mis en évidence que l'expérimentation des HSA a permis de structurer une offre médico-sociale spécifique à destination de publics consommateurs de drogues en grande précarité. Reposant sur un modèle de bas seuil d'exigence et de réduction des risques, les HSA ont démontré leur capacité à capter des usagers en rupture avec les dispositifs traditionnels et à initier des parcours de soins adaptés à leurs réalités. Ces parcours reposent sur une logique partenariale et une coordination forte avec les acteurs de l'écosystème des HSA.

Les HSA constituent en effet un dispositif d'accès aux soins destiné à des usagers de drogues particulièrement éloignés du système de santé. Dans les faits, ce public est bien atteint. En abaissant les barrières d'accès (administratives, linguistiques, psychologiques), elles facilitent l'initiation d'un parcours de santé. L'entrée en HSA s'opère principalement via le bouche-à-oreille, les dispositifs de réduction des risques, ou des orientations ciblées par des acteurs sociaux et médicaux. Une fois accueillis, les usagers peuvent exprimer ou faire émerger une demande de soin grâce à un cadre souple, non jugeant, et à des interactions informelles avec les professionnels. Les HSA proposent des services médicaux et sociaux, intégrant soins somatiques de première intention, accompagnement vers les droits, accès à un hébergement ou à un soutien psychologique et psychiatrique. Les équipes s'appuient sur des pratiques de réduction des risques pour identifier les besoins, renforcer le lien de confiance, et enclencher un suivi adapté. La coordination des parcours est assurée par des outils partagés, des temps d'équipe réguliers et des partenariats locaux formalisés. Bien que centrées sur des soins ponctuels et non chroniques, les HSA jouent un rôle essentiel d'intermédiation, assurant le lien entre les usagers et le système de soins, dans une approche souple et progressive. Elles permettent l'initiation et la poursuite de soins addictologiques et psychiatriques, en lien très étroit avec leurs partenaires (CSAPA, services hospitaliers de psychiatrie et d'addictologie).

Dans la perspective d'une pérennisation du dispositif, plusieurs pistes de réflexion peuvent être envisagées pour renforcer son impact sur la santé globale des usagers :

- **Clarification stratégique** : en cas de poursuite du dispositif, il conviendra de statuer sur le modèle de référence à retenir, en précisant le niveau de médicalisation des HSA ou en laissant la flexibilité permise actuellement par le cahier des charges. Cette décision permettrait d'orienter l'organisation interne, les partenariats, ainsi que les objectifs cliniques et sociaux de ces structures. Il est également possible de laisser la flexibilité permise par le cahier des charges actuel, pour une meilleure adaptation aux besoins locaux et aux possibilités de partenariat sur le territoire.
- **Modélisation des parcours** : un premier travail d'explicitation permettrait d'objectiver les profils d'usagers, les typologies de parcours, les dynamiques d'entrée et de sortie de parcours, leur temporalité, les critères de succès ou de rupture, et de rendre visibles les pratiques d'accompagnement aujourd'hui majoritairement implicites.

- **Renforcement du lien avec les soins primaires** : au-delà de la seule question du médecin traitant, il est essentiel d'élargir la réflexion à d'autres disciplines du premier recours (dentisterie, gynécologie, podologie, ophtalmologie). La généralisation d'initiatives locales (telle que la consultation de podologie à Strasbourg, la permanence de santé de la femme à Paris) constitue un levier pertinent.
- **Mobilisation des acteurs de territoire** : l'implication déjà existante des professionnels de santé de la HSA dans les instances locales de coordination des acteurs de la grande précarité, l'ouverture de collaborations avec les CPTS ou autres acteurs de soins primaires et la valorisation des microstructures médicales addictions en cours de passage dans le droit commun (avec à terme, un financement dédié et pérenne pour les prises en charge qui s'y feront) permettront de densifier les filets de soins autour des usagers les plus désinsérés.
- **Innovation organisationnelle** : l'expérimentation de dispositifs mobiles telles que des consultations dentaires/ophtalmo mobiles, guichets santé avancés pourrait répondre à des besoins non couverts et ouvrir de nouvelles modalités d'accès.
- **Suivi renforcé des parcours** : la mise en place d'indicateurs de suivi transversaux interstructures et l'élaboration de plans de soins simplifiés, adaptés aux spécificités des publics accueillis, sont des conditions pour mieux documenter et piloter l'action des HSA.

Ces recommandations visent à soutenir une dynamique de soins souple, progressive et ancrée dans le réel des usagers, sans renoncer à l'exigence d'un parcours coordonné et lisible. Elles impliquent un renforcement du maillage territorial, une meilleure articulation interstructures, ainsi qu'un investissement continu dans la coordination.

L'évaluation de la perception de la tranquillité publique autour des HSA a mis en lumière des dynamiques contrastées entre les villes de Paris et Strasbourg. Les HSA ont été conçues pour réduire les nuisances liées à la consommation de drogues en milieu urbain, en créant un espace sécurisé et réglementé pour les usagers. Les résultats principaux sont les suivants :

- **Un contexte local différencié** : À Paris, la HSA a été implantée dans un environnement urbain dense et socialement fragmenté, générant des tensions autour de la cohabitation entre usagers et riverains. En revanche, la HSA de Strasbourg, située en périphérie hospitalière, bénéficie d'une plus grande acceptabilité sociale, étant à l'écart des zones résidentielles.
- **Une réduction des nuisances observée** : Dans les deux villes, les données quantitatives et qualitatives attestent d'une diminution significative des déchets liés à l'usage de drogues dans l'espace public. Des maraudes régulières, des actions de médiation et des partenariats avec les services techniques et de sécurité permettent une amélioration nette de la propreté urbaine.
- **Un impact sur la sécurité** : Les forces de l'ordre reconnaissent une baisse des scènes de consommation publique et une amélioration de la gestion des situations d'urgence. Toutefois, la HSA de Paris reste source de débats, certains riverains attribuant les problèmes sociaux existants à la présence de la structure, bien que d'autres saluent son rôle régulateur.
- **Une acceptabilité sociale qui dépend fortement du lieu d'implantation, de la visibilité des usagers, et de la compréhension par le public des missions des HSA.** Le dialogue local, les actions pédagogiques et la concertation régulière avec les acteurs locaux sont essentiels pour maintenir un équilibre territorial et favoriser l'intégration du dispositif.

En termes de perspectives, l'élargissement des horaires d'ouverture, la création de nouvelles HSA pour désengorger les structures existantes, et l'amélioration de la prise en charge des troubles psychiques sont identifiés comme des leviers pour renforcer l'efficacité et l'acceptabilité des HSA.

En somme, les HSA apparaissent comme un outil pertinent pour répondre aux enjeux de santé publique et de tranquillité urbaine, à condition d'être adossées à une gouvernance locale transparente et coopérative.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des professionnels rencontrés pour leur réactivité, leur disponibilité et leur accueil au sein de leurs structures, ainsi que les usagers qui ont pris le temps de partager leurs expériences avec notre équipe d'évaluation.

Introduction

La réduction des risques et des dommages (RdRD) liés à l'usage de drogues en France s'est développée dans un contexte historique marqué par la coexistence de deux logiques institutionnelles : une approche sanitaire qui s'est progressivement développée depuis les années 1980 et une réglementation pénale héritée de la loi du 31 décembre 1970.

La loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses¹ constitue le socle de la politique française en matière de drogues. Elle pénalise l'usage de stupéfiants, tout en prévoyant une exemption des poursuites pénales si la personne accepte de suivre des soins addictologiques. D'où la mention fréquemment utilisée que la loi considère ainsi l'usager de drogues à la fois comme un délinquant à punir et comme un malade à soigner.

Dans les années 1980, face à la montée des contaminations au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) parmi les usagers de drogues injectables (UDI), des initiatives locales de réduction des risques ont émergé, souvent portées par des professionnels de santé, des acteurs associatifs et des collectifs d'usagers (Bergeron, 1999). La vente libre de seringues a ainsi été autorisée en 1987, et la distribution à but préventif s'est progressivement organisée à travers des associations comme Auto-Support des Usagers de Drogues (ASUD) créée en 1992. Les premiers programmes de substitution aux opiacés se sont mis en place dès 1994 avec l'accès à la méthadone en centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), puis à la buprénorphine haut dosage (Subutex®) délivrée en médecine de ville à partir de 1996. En 2002, les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont créés par fusion des CSST et des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a constitué une étape majeure en inscrivant la RdRD dans le Code de la Santé publique.² Cette reconnaissance juridique s'est accompagnée de la création en 2006, des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), structures spécifiques financées par l'Assurance maladie, avec des missions d'accueil, de distribution de matériel, d'accompagnement social, et de réduction des risques. L'intégration de ces dispositifs dans le droit commun de la santé a marqué un changement de paradigme. Dès lors, la RdRD est apparu comme un outil de santé publique à part entière.

Cependant, malgré l'évolution des politiques de santé publique vers une approche davantage centrée sur la RdRD, la persistance du cadre pénal instauré par la loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 peut engendrer des tensions et des difficultés dans le déploiement et le fonctionnement des dispositifs. Cette « dualité » entre logique sanitaire et logique répressive complexifie notamment l'action des professionnels. Ainsi, pour les professionnels de santé et de la RdRD, cette situation peut générer des conflits de normes : accompagner des usagers vers une amélioration de leur état de santé tout en étant confrontés à un cadre légal qui pénalise leurs pratiques.

Parmi les pays d'Europe occidentale, la France s'est singularisée par un accès précoce aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) via la médecine de ville. Toutefois, plusieurs des dispositifs de RdRD déployés en Europe ont connu une mise en place plus tardive en France, et notamment celui des salles de consommation supervisée, également appelées salles de consommation à moindre risque (SCMR). Elles ont été introduites dès les années 1980 en Suisse, puis en Allemagne et aux Pays-Bas. Puis en Australie et au Canada dans les années 2000, avant extension à d'autres pays européens (Espagne, Luxembourg et Norvège). Ces salles offrent aux usagers de drogues illicites, en particulier aux usagers injecteurs, un espace de consommation propre et sécurisé, supervisé par des professionnels du champ

¹ Disponible au lien <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000321402/>

² Disponible au lien <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000787078/>

médico-social. Les objectifs principaux et initiaux de ces salles étaient de réduire les risques sanitaires associés à la consommation de drogues, ainsi que les troubles à l'ordre public (Schatz et Nougier, 2012). En 2023, on dénombrait 78 offres de dispositif de consommation supervisée dans les pays de l'Union européenne³ et 12 en Suisse. En France, l'expérimentation des SCMR a été autorisée en 2016 par la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et a permis l'ouverture de deux structures adossées à des CAARUD à Paris et Strasbourg.

Ces structures ont fait l'objet de plusieurs évaluations scientifiques, le Canada et l'Australie étaient souvent surreprésentés (Kennedy et al., 2017). Ces études montrent l'effet de ces dispositifs sur la réduction des risques liée à l'usager illicite de ces drogues (les morbidité et mortalité associées aux surdoses, traitement de substitution, autres services de santé etc.). Une étude scientifique pluridisciplinaire a été conduite en France par quatre équipes de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) à l'issue des cinq premières années d'expérimentation et restitué aux pouvoirs publics en 2021 (Auriacombe et al., 2021). Globalement, les méthodes mobilisées par les scientifiques ne sont pas homogènes et limitent l'interprétation des résultats.

Concernant la réduction des troubles à l'ordre public, des études ont montré que l'implantation des SCMR était associée à une réduction significative de la consommation visible de drogues dans les espaces publics, améliorant ainsi l'ordre public et réduisant la quantité de déchets liés à la drogue, tels que les seringues usagées (Zurhold et al., 2003, Tran et al., 2021). Le rapport de l'Inserm a également rapporté une diminution des seringues abandonnées dans l'espace public après l'ouverture de la structure parisienne (Jauffret-Roustide et al., 2021). En offrant un espace sécurisé pour la consommation de drogues, ces espaces de consommation supervisée contribueraient à réduire certaines nuisances publiques, telles que les pratiques de consommation dans les espaces publics et l'abandon de matériel usagé. La question de l'acceptabilité sociale de ces structures a également été rapidement soulevée, tant en France qu'à l'étranger. Le rapport Inserm (2021) donne à voir une diversité de perceptions chez les riverains vis-à-vis de la SCMR parisienne, avec des positions favorables et défavorables qui se sont renforcées avec le temps. Une partie des riverains expriment ainsi un sentiment de relégation, lié à la présence d'usagers dans l'espace public, ou à des actes d'incivilité perçus comme dégradant le quartier. À l'inverse, d'autres soulignent une amélioration du cadre de vie depuis l'installation de la HSA.

Sur le plan sanitaire et médico-économique, les études de cohorte Cosinus et son volet Cosinus-éco conduites par l'Inserm ont avancé des impacts positifs sur la santé des personnes concernées (baisse des contaminations par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC), baisse des complications cutanées dues aux infections, des surdoses non fatales et des passages aux urgences) et un rapport coût-efficacité acceptable pour la société. Cette étude proposait aussi des voies d'amélioration du dispositif en faveur de la réinsertion des usagers dans un parcours de soins.

A la suite de cette étude, le cahier des charges a été republié en début d'année 2022 afin de prolonger de 3 ans l'expérimentation des SCMR, renommées Haltes Soins Addictions (HSA) en précisant leurs objectifs.⁴ Cette nouvelle dénomination visait à renforcer la dimension d'accès à un parcours de santé de ces dispositifs via 4 composantes (cf. tableau comparatif ci-dessous) : réduction des risques et des dommages, suivi psychiatrique, addictologique et soins primaires avec l'accès à un médecin traitant. Les autres objectifs des HSA ont également été remaniés afin d'intégrer explicitement l'accès au logement/hébergement comme une de leurs missions, et leur contribution à la « tranquillité publique » au-delà de la réduction des nuisances dans l'espace public.

³ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. PERSPECTIVES SUR LES DROGUES. Salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités. Disponible au lien <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms>

⁴ Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions" » disponible au lien <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045207066>

SCMR	HSA
Contribuer à réduire, chez les usagers actifs, les risques de surdose, d'infection et d'autres complications liées à la consommation de drogues, en fournissant des conditions de consommation et d'injection sécurisées et du matériel stérile.	Contribuer à réduire, chez les usagers actifs, les risques de surdose, d'infection et d'autres complications liées à la consommation de drogues, en fournissant des conditions de consommation et d'injection sécurisées et du matériel stérile et/ou à usage unique ou personnel.
Contribuer à faire les usagers de drogues actifs dans un processus de réduction des risques et de soins, et un nouveau parcours de vie , afin de lutter contre les addictions. Contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans des processus de sevrage ou de substitution.	Contribuer à faire entrer les usagers de drogues ou de médicaments détournés de leur usage dans un parcours de santé incluant notamment : - La connaissance et l'adoption de pratiques de réduction des risques et des dommages ; - La possibilité de bénéficier d'un suivi psychiatrique ; - La possibilité d'entrer dans un processus de sevrage et/ou de substitution ; - L'aide à la recherche d'un médecin traitant.
Contribuer à améliorer l'accès des usagers aux droits et aux services sociaux.	Contribuer à améliorer l'accès des usagers aux droits, aux services sociaux et à l'hébergement ou au logement.
Réduire les nuisances dans l'espace public.	Contribuer à réduire les atteintes à la tranquillité publique, dont la présence de matériel d'injection sur la voie publique.

Objectifs généraux des SCMR et des HSA issus des cahiers des charges autorisant leurs expérimentations

Si les impacts sanitaires et l'acceptabilité sociale des deux HSA françaises ont ainsi été documentés, aucune évaluation scientifique de n'a été publiée à ce jour et à notre connaissance sur leur positionnement et interactions au sein de leur écosystème, tant sur les parcours de santé que sur la tranquillité publique en France et à l'étranger. Alors que de multiples acteurs institutionnels, sanitaires, médico-sociaux et sociaux gravitent en interne et externe de ces HSA, que les publics qui y sont accueillis sont dans des situations complexes médicales et sociales, nécessitant des réponses mobilisant des compétences spécifiques. Et alors qu'il est primordial de comprendre les effets des contextes d'implantation sur les impacts des programmes de santé publique, afin d'aider la décision publique de transférer et étendre ces HSA à d'autres contextes. Les impacts des HSA peuvent en effet varier selon le système et le contexte considéré.

Les méthodes qualitatives sont particulièrement adaptées pour l'étude des contextes d'implantation et des parcours de santé qu'ils permettent ou limitent. De même pour la tranquillité publique. Ces approches qualitatives ont été peu mobilisées en France et à l'international. Le rapport Inserm les a mobilisées sur le volet de l'acceptabilité sociale uniquement. Le volet sanitaire du rapport Inserm s'appuyait sur des méthodes quantitatives comparatives.

Les objectifs de ce travail ont donc été de répondre aux deux questions suivantes par une étude qualitative :

- Dans quelle mesure les Haltes Soins Addictions (HSA) facilitent-elles l'initiation et/ou le maintien d'un parcours de santé des usagers qui y ont recours ? Quels sont les leviers et les freins à cela ?
- Quelle est l'évolution de la perception de la tranquillité publique aux abords des HSA en activité depuis 2021 ?

Démarche évaluative – Méthodes

Design

Pour répondre à ces deux objectifs, nous avons conduit une étude observationnelle qualitative au sein des deux HSA françaises de Paris et de Strasbourg et dans leur écosystème, de novembre 2024 à fin avril 2025.

Aspects réglementaires

Cette étude (et le traitement des données collectées associé) est inscrite au registre CNIL des Hospices Civils de Lyon (HCL) sous le numéro 25-011, et a bénéficié d'un avis favorable du comité d'éthique des HCL (N°IRB 0014232).

Populations

Nous avons constitué un échantillon raisonné d'usagers des HSA, de professionnels représentatifs des fonctions au sein des HSA. Leurs caractéristiques et les modalités d'entretien sont détaillées en Annexe 1.

Pour la question des parcours de santé : nous avons en complément interrogé les partenaires et relais principaux des HSA auprès de qui les professionnels infirmiers et médecins orientent leurs usagers, des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

Pour la question de la tranquillité publique : nous avons en complément interrogé des représentants de plusieurs collectifs de riverains qui se sont constitués dans le quartier de la HSA parisienne. Et également des représentants d'entreprises privées ou de services de l'État impliqués dans le suivi de l'expérimentation de la HSA : services de police, de la ville de Paris et de Strasbourg, RATP, JC Decaux.

Le collectif Riverains-Lariboisière gare du Nord a décliné par courrier la proposition de participer à cette étude. Ce courrier de refus a été mobilisé pour l'analyse documentaire décrite ci-dessous.

3 sources de données mobilisées

1) Entretiens semi-dirigés

95 entretiens semi-directifs ont été réalisés : 50 en lien avec la HSA de Paris et 45 avec celle de Strasbourg. En présentiel au sein des HSA pour les usagers et la plupart des professionnels, et en visioconférence pour les acteurs externes à la HSA (cf. Annexe 1). Une grille d'entretien a été élaborée pour chaque type d'acteur, selon son périmètre d'intervention relatif à la HSA.

Les usagers volontaires et en capacité de participer à un entretien ont été inclus dans cette étude (compréhension du français et capacités cognitives notamment). Les professionnels de la HSA les informaient de l'étude, à l'accueil ou en salle de repos. Ils étaient ensuite informés par les chargés d'évaluation des objectifs de l'étude et de la durée de l'entretien. Les usagers étaient généralement rencontrés après leur session de consommation. Afin de favoriser l'acceptabilité de l'entretien, un dédommagement financier était prévu en fin d'entretien, sous la forme de chèques de services (Filipe et Jauffret-Roustide, 2024).

2) Observations sur site

9 journées d'observations ont été assurées au total, réparties entre temps d'observation de l'activité interne des HSA et maraudes en externe des HSA :

HSA de Paris :

- Activité interne : visite des locaux ; Observations des différents postes du roulement (entrée, accueil et programme d'échange de seringues, salle de consommation, repos, préau) ; observations d'entretiens d'inclusion ; observations de consultations infirmières, médicales et de consultations sociales ; observations des réunions de transmission pluriquotidiennes (brief/débrief) ; Observation d'une réunion d'équipe hebdomadaire.
- Maraudes : Visite de résidents hébergés par le dispositif Assore ; Maraude du CAARUD Gaïa ; passage sur la permanence au sein du Bus méthadone lors d'une maraude ; Maraude de voisinage ; Maraude en gare SNCF ; Maraude à Aulnay-sous-Bois (Gaïa – Oppelia) sur un site sans HSA ; Maraude de ramassage de seringues.

HSA de Strasbourg :

- Activité interne : observations du roulement (accueil, PES, salle de consommation, repos, parvis de la HSA) ; observations des réunions de transmission pluriquotidiennes (brief/débrief) ; observation de deux réunions d'équipe hebdomadaires ; visite de l'hébergement adossé à la HSA (dispositif Argos 2) ; observation d'une réunion d'équipe.
- Maraudes : visite et observations au sein du CSAPA et du CAARUD d'Ithaque (Rue Khun), maraude du CAARUD, observation d'un comité de pilotage de la HSA.

3) Etude documentaire

Les documents suivants relatifs au fonctionnement interne et à l'activité des HSA ont été analysés pour chaque HSA afin de contribuer à répondre aux deux questions évaluatives soulevées :

- Le livret d'accueil dédié aux usagers
- Le contrat d'inclusion et règlement intérieur de la HSA (pour signature à l'usager lors d'inclusion)
- Le règlement de fonctionnement simplifié et les engagements de l'équipe envers les usagers (affichage)
- Le protocole d'accueil et d'intervention
- Les rapports d'activité (RA) standardisés pour les années 2017 à 2023 (versions intégrales, données d'activité, et supports de présentation), et les données des RA de 2024, dans une forme non standardisée (données préliminaires, fournies par les HSA, non publiées à ce jour)
- Les comptes-rendus des comités de voisinage à Paris
- Un projet de modification du cahier des charges

L'ensemble des données collectées ont été analysées selon la méthode d'analyse thématique de contenu.

Avantages et limites méthodologiques

L'originalité de cette étude réside dans l'adoption d'une approche systémique mobilisant plusieurs perspectives et sources de données variées, permettant une compréhension globale des dynamiques à l'œuvre. Deux limites principales peuvent être soulevées :

- L'échantillonnage assuré a identifié les acteurs les plus engagés et concernés par les HSA.

Les personnes rencontrées étaient souvent engagées dans des collectifs ou mobilisées par des dynamiques participatives, ce qui a pu influencer la teneur des discours recueillis. Concernant les usagers, seuls ceux en confiance et en état pour participer à un entretien ont accepté un échange. Un usager allophone a pu être interrogé. Les usagers les plus en difficulté et éloignés des services de santé ont pu décliner de participer à cette étude. L'interrogation des professionnels des HSA et des services de santé externes a été privilégié dans ce cas pour reconstituer leurs besoins et parcours.

- Les discours recueillis auprès de professionnels et d’usagers ont pu être influencés par une volonté de se montrer sous un jour favorable, et par des difficultés de mémorisation (oubli, confusion temporelle).

Les usagers rencontrés s’inscrivaient par exemple pour la grande majorité dans des parcours longs et complexes de consommation et de vie, avec un recours ancien à la HSA. La temporalité des faits était parfois floue, d’autant plus que les entretiens ont pu être menés dans un contexte de consommation récente de substances psychoactives, altérant le repérage chronologique. Les professionnels des HSA et les partenaires rencontrés se repéraient principalement par rapport à la période de pandémie Covid, et très peu par rapport à la republication du cahier des charges des HSA en 2022. Une contextualisation systématique des récits a donc été nécessaire pour mieux interpréter les données recueillies.

Résultats et discussion

Afin de faciliter la lecture des résultats de cette étude, des monographies des deux HSA détaillant et décrivant leurs fonctionnements respectifs sont jointes en Annexe 2 et Annexe 3.

A. Descriptions des usages et des usagers

La description qui suit des usagers et des activités des deux HSA françaises vise à mieux cerner les besoins, voire demandes, de santé qui permettent de décliner une offre de services et éventuellement des parcours. Les données chiffrées rapportées se basent sur les derniers rapports d'activité des HSA pour l'année 2024 et le premier trimestre 2025, ce travail de recherche n'ayant pas eu pour objectif de produire une analyse épidémiologique ou descriptive des usagers. Ces données préliminaires n'ont pas été diffusées à ce jour et ont été communiquées par les HSA.

a. Évolution des usages et du recours aux HSA

Concernant leur activité, les deux HSA ouvertes en France, à Paris et à Strasbourg ont depuis le lancement de leur expérimentation en 2016 **un nombre similaire de personnes suivies**, mais un nombre de sessions de consommation supervisée considérablement différent.

La HSA de Paris fait face à une fréquentation croissante. En 2024, la file active annuelle (soit le nombre de personnes ayant fréquenté au moins une fois la HSA au cours de l'année) était **de 821 usagers** (781 personnes en 2023, 753 en 2022). Cependant, la file mensuelle moyenne était contenue et stable à 394 usagers différents en 2024 versus 390 en moyenne en 2023. Le nombre de **consommations par jour était en moyenne de 217** (194 en 2023 et 162 en 2022) représentant ainsi un recours à l'espace de consommation correspondant à **79 244 sessions de consommation** sur l'année 2024. La HSA enregistre également 25 771 entrées pour l'espace de repos pour l'année 2024 soit environ 71 passages supplémentaires par jour. La HSA de Paris fonctionne en quasi pleine capacité et connaît régulièrement des périodes, de saturation du dispositif (en fin d'après-midi jusqu'en début de soirée). D'après le personnel d'encadrement, ces périodes mettent en difficulté la capacité d'attente des usagers et l'organisation des équipes.

La HSA de Strasbourg a enregistré quant à elle **9 044 sessions de consommations en 2024**. La file active était **de 739 personnes différentes** en 2024, contre 824 personnes en 2023 (751, 646 ou encore 580 en 2022, 2021 et 2019 respectivement). Parmi ces personnes, 210 étaient nouvellement incluses cette même année 2024, ce qui est légèrement en deçà des données des années précédentes (285 en 2023, 281 en 2022 ou 232 en 2021).

La HSA de Strasbourg a comme particularité de superviser des sessions d'inhalation, en plus des sessions d'injection de produits. La HSA de Paris se limite actuellement aux sessions d'injection. Ces modalités de consommation sont permises dans le texte législatif, les HSA s'adressant « à un public d'usagers de substances psychoactives par voie d'injection, par voie nasale ou par inhalation, âgés de plus de 18 ans, vulnérables et cumulant les risques ».

Bien que ces deux modes de consommations soient possibles, à Strasbourg l'injection reste majoritaire et représente 68,3 % des consommations. **Pour autant, l'injection diminue au fil des années au profit de l'inhalation : en 2021, l'inhalation représentait 14 % des consommations, et elle est montée à 27,8 % des consommations en 2024.** L'inhalation concerne principalement la cocaïne. Les produits consommés majoritairement à la HSA de Strasbourg sont la cocaïne (47,9 %) puis, dans un ordre décroissant, le fentanyl (34,1 %), la buprénorphine, l'héroïne ou encore le sulfate de morphine, etc. **La HSA de Strasbourg se distingue aussi par la consommation importante de fentanyl (2^e produit consommé)**, unique en France et en Europe et à ce jour, observée uniquement aux États-Unis.

Quelques postes d'inhalation avaient été ouverts à la HSA de Paris afin notamment d'accueillir des usagers de crack. Ces postes de consommation ont été fermés à la suite de la crise sanitaire liée à la COVID-19 et à l'afflux massif d'usagers au sein de la HSA lié au contexte parisien de consommation de crack. Ils n'ont pas été réouverts depuis.

En 2024, les injections d'opiacés étaient majoritaires au sein de la HSA de Paris. **Les injections de cocaïne étaient en hausse avec 15 %** (12 % des consommations en 2023). **L'usage de sulfate de morphine (Skénan®)** est en recul depuis l'émergence croissante de la consommation cocaïne depuis l'été 2023. **En février 2025 et d'après les premières données d'activité émises par la HSA, cet usage de Skénan® représentait 51,8 % du total des injections** (3 106 injections), contre 58,4 % en février 2024 (3 998 injections) et entre 65 % et 70 % en 2022 et début 2023.

« En juin 2023, seulement 1,3 % des consommations réalisées dans la salle concernaient la cocaïne chlorhydrate. En février 2025, cette proportion atteint 24,6 %, soit le taux le plus élevé depuis l'ouverture de la salle. Par ailleurs, alors qu'en début d'année 2023, 30 à 40 usagers différents utilisaient de la cocaïne dans la salle chaque mois, ils étaient 172 en février 2025. » - Encadrement, HSA Paris (courriel adressé à l'équipe d'évaluation)

L'évolution des consommations au sein des HSA amène les professionnels à gérer les flux d'usagers en interne différemment, à adapter les surveillances et met davantage en avant certains besoins de santé.

b. Caractéristiques socioéconomiques des usagers fréquentant les HSA

Les usagers de la HSA Argos 1 à Strasbourg avaient en moyenne d'âge 42,5 ans en 2024 et étaient majoritairement des hommes (84,6 % et 15 % de femmes dans la file active annuelle). Bien que la part des femmes soit moins importante que celle des hommes, elle est tout de même en augmentation par rapport aux années précédentes (14,2 % en 2023 et 11,4 % en 2022). Au moment de l'inclusion dans le dispositif, les usagers déclaraient se trouver en situation de précarité vis-à-vis du logement, vivant pour 24 % d'entre eux dans la rue, 40,3 % en hébergement précaire alors que 35,7 % déclaraient vivre dans un logement indépendant. En termes de ressources, 23,9 % déclaraient avoir un revenu issu d'un emploi, 41,8 % bénéficiaient de prestations sociales et 24,7 % déclaraient n'avoir aucune ressource. Plus de la moitié (68,3 % en 2024) bénéficiaient des droits complets en termes de couverture sociale alors que 16,6 % n'en avait pas du tout.

A la HSA de Paris, les usagers de la HSA étaient en grande majorité des hommes (87,9%) et la moyenne d'âge tout genre confondu était de 43,5 ans. A l'inclusion, 42% des 96 répondants déclaraient vivre à la rue et 59 % étaient seuls. En termes de droits ouverts à l'assurance maladie, 41% n'en avaient pas de protection maladie à l'inclusion, 30% étaient affiliés à la sécurité sociale et 17% bénéficiaient de l'aide médicale d'état (AME). En termes de ressources, 9 % déclaraient avoir un revenu d'un emploi, 9 % étaient bénéficiaires du RSA, 2 % touchaient une allocation chômage, et 46 % n'avaient aucune ressource. 28 % des usagers inclus ont également déclaré compter sur d'autres ressources, y compris illégales ou non officielles.

Ces deux HSA sont également fréquentées par une population masculine géorgienne ou russophone injectrice d'opiacés, dont le profil évolue et demeure peu établi à ce jour, et avec un besoin plus important de traitement de l'hépatite C.

« Le profil des Géorgiens et des russophones reste assez nébuleux, car c'est une population peu captive. On a plus de jeunes ces derniers temps, et c'est plus compliqué de leur parler : beaucoup de jeunes sont nés après l'effondrement de l'URSS et ne parlent pas russe... » - Travailleur social, HSA Paris

Les usagers qui fréquentent la HSA sont reconnus comme étant dans des situations complexes médicales et sociales par tous les professionnels rencontrés de la HSA et en dehors, pouvant être qualifiés de « grands marginaux » par certains. La marginalité ici peut faire référence à des personnes en situation de pauvreté, perçues en marge du réseau public, qu'il s'agirait de réintégrer (Godrie et al, 2017). Les caractéristiques des usagers qui fréquentent les deux HSA évaluées confirment ce lien avec la pauvreté d'une part et les caractéristiques des usagers des autres salles présentes à l'étranger dont au Canada d'autre part (Levengood et al, 2021).

Les HSA étant un dispositif d'accueil inconditionnel, confidentiel et gratuit, elles sont adaptées à ces profils d'usagers. En effet, ce type de dispositif s'adresse aux groupes d'usagers de drogues les plus vulnérables (Schatz, Nougier, 2012).

« Ceux qui fréquentent la salle de shoot sont plutôt dans ce style de besoin, de haut besoin et grande précarisation globale, physique, psychique, psychosociale » - Urgences psychiatriques, Strasbourg

« Finalement, on a le très bas seuil, c'est vrai que le terme n'est pas beau, mais on a vraiment les usagers les plus exclus socialement, parce que ceux qui ont la possibilité d'avoir un logement, un endroit un peu plus cool pour s'injecter, ils sont au PES [programme d'échange de seringue], on leur donne le matos, et ils se débrouillent. » - Médecin, HSA Paris

c. Besoins en santé des usagers des HSA

Globalement, les besoins en santé correspondants identifiés par les professionnels interrogés et les usagers sont liés à plusieurs éléments en interaction :

- L'usage de produits bien évidemment (affections aiguës et chroniques, plus ou moins spécifiques à la nature des produits consommés) : dommages associés à la consommation tels que les abcès, les infections avec porte d'entrée cutanée, les contaminations VIH et hépatites, les comorbidités psychiatriques telles que des troubles de l'humeur et des états psychotiques, les troubles cardiovasculaires (liés à la consommation de stimulants notamment) ...
- La vie à la rue : hygiène dégradée, plaies liées à des violences, santé mentale dégradée, état de stress post-traumatique...
- Au vieillissement : il s'agit d'une problématique émergente depuis plusieurs années rapportée par les professionnels.

Les usagers des HSA sont généralement polyconsommateurs (drogues injectables, mais aussi tabac, cannabis ou alcool). Les évolutions des consommations, notamment l'augmentation des usagers de cocaïne ayant recours à la HSA de Paris, amènent les professionnels à observer des évolutions d'utilisation de leurs services (l'espace de consommation, mais aussi les services sociaux et de santé proposés en HSA) pour des besoins accrus liés notamment à une augmentation du risque d'abcès et d'infection, une santé mentale dégradée, des troubles du sommeil ou encore un accès aux soins plus compliqué.

« Nous observons que les personnes injectant de la cocaïne dans notre espace ont tendance à multiplier les injections et à perdre en technicité au fil de leur consommation, ce qui entraîne de nombreux abcès ainsi qu'un risque accru d'infections graves. (...) Leur sommeil est fortement perturbé, et certains enchaînent plusieurs nuits sans dormir, tout en consommant et en s'alimentant très peu. Nous observons une dégradation significative de la santé mentale et physique chez les usagers pratiquant l'injection régulière de cocaïne. Cette consommation constitue un facteur supplémentaire de vulnérabilité pour des personnes aux parcours déjà marqués par une grande précarité, une santé mentale dégradée, des expériences traumatiques et la poly-consommation de produits psychoactifs dans la rue. Nous voyons certains usagers se

replier sur eux-mêmes, être moins dans le contact, plus difficiles à aborder et plus rarement, nous avons pu être témoins de l'apparition chez une partie des usagers, de symptômes psychotiques liés à la consommation de cocaïne tels que des hallucinations accoustico-verbales, cénesthésiques et paranoïaques que les personnes ne présentaient pas avant d'augmenter ainsi leurs consommations. [...] Une attention particulière est portée par l'équipe aux besoins désormais accrus de ces usagers que ce soit en matière de surveillance des malaises et des overdoses, de réassurance après un épisode de consommation ou de travail sur les pratiques d'injection et les comportements de consommation » - Encadrement, HSA Paris (courriel adressé à l'équipe d'évaluation)

A Strasbourg, une attention particulière est accordée aux risques associés **au dosage du fentanyl** ou encore au résidu de colle, récupéré dans des patchs (pratique émergente préoccupante pour les professionnels).

« Par exemple pour le fentanyl, faut faire attention au dosage. Ils découpent un patch et pas forcément la même dose partout sur le patch donc faut vraiment cadrer la première prise de patch, car l'overdose peut aller très vite, il faut aussi utiliser le filtre, car une partie de la colle reste. Avant que j'arrive, mes collègues avaient fait analyser les seringues pour savoir le dosage » - IDE, HSA Strasbourg

A Strasbourg aussi, **la préparation des produits inhalés** est un point d'attention pour les professionnels qui ont pu préciser que les usagers restaient plus longtemps en salle quand ils fument.

Les comorbidités associées sont reconnues et sont identifiées aussi par les partenaires comme spécifiques selon les drogues consommées et entravant la prise en charge.

L'augmentation de la consommation de stimulants fait émerger plus de besoins psychiatriques. Les usages de psychostimulants sont davantage pourvoyeurs de complications psychiatriques que les usages d'opioïdes, en particulier des troubles psychotiques, avec crises de paranoïa, hallucinations, agitation incoercible, troubles majeurs du sommeil. Ces troubles peuvent nécessiter des hospitalisations aux urgences, avec prise en charge combinée par des équipes d'urgentistes et de psychiatres. Elles peuvent nécessiter, au sein des salles de consommation, des interventions de gestion comportementale et administration de traitements sédatifs, ce qui requiert une formation adéquate des équipes. En outre, les usages chroniques psychostimulants majorent certains troubles psychiatriques, notamment, troubles du sommeil, troubles de l'humeur, ce qui nécessite des interventions psychiatriques en dehors de situation d'urgence (Haasen et al., 2005; Mullen et al., 2023).

En fonction du produit consommé, les professionnels soulignent la différence des types de décompensation, que ce soit à Paris ou Strasbourg.

« Pour la coke déjà basée au bicarbonate par rapport à l'ammoniac, car plus dangereux pour les poumons. Il faut connaître les effets attendus et les effets indésirables comme la paranoïa avec la cocaïne qui est un effet assez récurrent. » - IDE, HSA Strasbourg

« On aime croire que la pharmaco-psychose est quelque chose de très circonscrit et très lié exclusivement au produit. Mais bon, il y a la question du déficit qui s'installe après l'épisode, il y a la question de toutes ces formes d'évolution entre, même si une symptomatologie hyper, hyper, comment dire, importante, un truc délirant, par exemple, très, très évident, on peut le circonscire avec le lien avec le produit. Mais ce n'est pas aussi simple que ça. Oui, il y a des formes de fragilité psychotique qui sont carrément des psychoses. Donc, c'est des formes de psychose qui mènent après à des décompensations en lien avec le produit. [...] Le travail des professionnels n'est pas le même quand vous avez des héroïnomanes ou des gens qui prennent des opiacés et des gens qui prennent des psychostimulants parce que les décompensations ne sont pas les mêmes. » - Urgences psychiatriques, Strasbourg

B. Parcours de santé

Rappel de la question évaluative : Dans quelle mesure les Haltes Soins Addictions (HSA) facilitent-elles l'initiation et/ou le maintien d'un parcours de santé des usagers qui y ont recours ? Quels sont les leviers et les freins à cela ?

a. Une évolution de terminologie de « SCMR » à « HSA » pour intégrer cette « logique parcours »

Les HSA en activité sont des dispositifs faisant intervenir des professionnels du secteur médico-social et intégrés dans des structures de type CAARUD. Elles sont médicalisées, avec des temps infirmiers et médicaux financés. Les travailleurs sociaux qui y exercent sont également formés aux enjeux de santé. Les deux HSA Françaises sont comme prévu, basées sur un modèle d'accueil de bas seuil d'exigence comme la majorité des 70 salles existantes en Europe, en Australie ou encore au Canada.

L'évolution de terminologie de « SCMR » à « HSA » devait intégrer cette notion de parcours, visibiliser les activités d'accompagnement des HSA au-delà de l'encadrement des consommations et permettre la diversification des organisations d'autre part (avec le lancement de HSA mobiles par exemple). L'interprétation du cahier des charges actuel peut se traduire par des approches différentes, influençant le niveau de médicalisation des HSA. Les objectifs du cahier des charges peuvent en effet donner lieu à un positionnement axé sur l'encadrement de la consommation et la réduction des risques, avec l'intégration d'une offre médico-soignante centrée sur la gestion ponctuelle de problématiques de santé et une fonction de sas vers un parcours de soins. Ou bien, à des structures plus médicalisées, intégrant des équipes médicales et infirmières capables d'assurer le premier recours, voire des suivis spécialisés en addictologie ou en psychiatrie. Les deux HSA actuellement en fonctionnement s'inscrivent dans la première approche, afin d'atteindre des publics très éloignés du système de soins.

Le cahier des charges précisait également que la « *logique parcours* » devait porter notamment sur les traitements de substitution, le sevrage, les soins psychiatriques et la médecine générale ; en mobilisant des partenariats avec des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social. Laissant ainsi une certaine flexibilité et des possibilités d'adaptation à l'écosystème des HSA.

Sur ce point, les équipes des structures en activité à ce jour proposent des prises en charge personnalisées en réinterrogeant individuellement les besoins et les préférences évolutives de l'utilisateur, sans s'appuyer sur des modélisations de parcours explicites. Seul le parcours au sein de la HSA permettant la session de consommation est modélisé et explicité. Pour répondre aux besoins de santé de leurs usagers, un ensemble de déterminants est alors pris en compte pour que le parcours de santé initié se déroule au mieux pour cette population cachée qui rencontre des barrières d'accès aux soins conventionnel (Small et al, 2009). Ainsi, les structures en activité à ce jour ne proposent pas des processus d'initiation ou de maintien dans un parcours de santé standardisés ou homogènes à l'image de parcours déployés pour des affections chroniques et/ou des situations complexes nécessitant une coordination importante et un recours à plusieurs professionnels et/ou structures aux expertises complémentaires. Bien que la population accueillie en HSA ait des besoins importants avec une difficulté importante d'initiation et de maintien en soin, les professionnels interrogés (des HSA, mais aussi des structures partenaires accueillant des populations en situation de précarité et/ou usagers de drogues) distinguent généralement plusieurs profils d'utilisateurs avec des parcours distincts. Ce qui laisse entrevoir des possibilités de modéliser à minima les besoins de santé des usagers des HSA et des typologies de parcours correspondants, à une granularité à déterminer.

Tous les professionnels des HSA rencontrés n'ont par ailleurs pas rapporté d'impacts de l'évolution de terminologie sur leurs pratiques (en dehors de protocoles plus stabilisés de prise en charge des overdoses) qui intégraient déjà une dimension médico-soignante. Le terme « halte » s'est par ailleurs

révélé peu lisible en interne et en externe, voire source de confusion avec le dispositif de « lits halte soins santé ». De même, de nouvelles modalités organisationnelles n'ont pas été expérimentées, tel que le portage par des CSAPA ou le déploiement d'entités mobiles. Ces modalités auraient abouti à des parcours de santé distincts.

Ainsi, les deux HSA expérimentales françaises évaluées présentent une organisation s'inscrivant davantage dans un modèle d'accompagnement, avec une médicalisation ciblée et suffisante pour assurer le repérage de besoins de santé, l'évaluation et la réorientation des usagers les plus éloignés des soins. Elles atteignent globalement leurs objectifs en termes de réduction des risques, d'addictologie et d'offre psychiatrique en lien fort avec les acteurs de leurs écosystèmes.

Les parties qui suivent déclinent les modalités d'initiation des parcours en HSA, ainsi que les modalités de la poursuite des accompagnements initiés sur les plans somatique, addictologique et psychiatrique. Ces dimensions étaient avancées par le cahier des charges des HSA comme structurantes des parcours de santé des usagers. La coordination est également développée dans la mesure où elle constitue un support essentiel des parcours déclinés.

b. Les HSA comme dispositif d'accès aux soins : initiation d'un parcours de santé pour des usagers de drogues

i. Initier le parcours en franchissant la porte d'une HSA

La HSA joue un rôle de facilitation d'accès aux soins auprès du public qu'elle reçoit, à savoir des usagers marginalisés et désaffiliés. Public qui rencontre de multiples barrières d'accès au système de santé à l'origine de renoncements aux soins et de difficultés à initier des parcours :

- Des freins financiers et administratifs, en cas d'absence de droits à la Sécurité sociale, de domiciliation, etc.
- Une offre en inadéquation avec les besoins de consommation des usagers et leurs difficultés à les limiter : consommations non autorisées dans les structures sanitaires, médicosociales et sociales ; temps d'attente longs...
- Une méconnaissance de ce public usager de drogues et précaire en dehors de dispositifs dédiés, qui peut générer des situations conflictuelles et/ou discriminantes vis-à-vis des usagers.
- Des difficultés pour les professionnels qui accueillent ces usagers à reconstituer leurs antécédents et leurs trajectoires. Ces difficultés coexistent avec celles des usagers à conserver leurs documents de santé les concernant (pertes d'ordonnances, de comptes-rendus, de convocations, etc. en raison de la vie à la rue, d'un fonctionnement altéré lié aux consommations ou d'autres troubles).
- Une adhérence aux soins très variable, dépendante de facteurs externes et intrinsèques à l'utilisateur (présence de comorbidités psychiatriques par exemple).
- Une barrière linguistique pour les personnes allophones.
- Une demande de soin pouvant être exprimée de façon déstructurée.

Ces difficultés d'accès aux soins se cumulent avec celles non spécifiques à ces usagers, à savoir des services de santé avec une réactivité variable (délais d'attente plus ou moins longs) et une disponibilité des ressources expertes limitée en nombre sur un territoire donné (en psychiatrie par exemple).

Le premier enjeu sera alors d'accéder à la HSA. Trois modalités principales de primo-accès à ces lieux de consommation supervisés ont été identifiées.

- **Le bouche-à-oreille entre usagers**

Les HSA sont **bien identifiées sur leurs territoires d'implantation par les usagers eux-mêmes**. Des orientations vers les HSA sont conseillées par des usagers pairs sur évocation d'y trouver un lieu de repos ou d'y récupérer du matériel d'injection propre.

Certains usagers interrogés se sont rappelés avoir craint leur première visite. Cette crainte faisait écho à des réticences face aux espaces collectifs ou des peurs d'insécurité en venant consommer dans un lieu de regroupement d'usagers, une crainte d'être rendu visible auprès de pairs, ou encore, une crainte d'importuner les professionnels une fois sous substance. Ces craintes semblent ensuite s'être estompées, car la majorité des usagers rencontrés lors des observations ou des entretiens, fréquentait les HSA depuis plusieurs mois ou années. Enfin, bien qu'identifiée par les usagers, la HSA est de prime abord, peu connue pour l'ensemble des services sociaux ou sanitaires et **la porte d'entrée est souvent l'injection**.

« C'est des gens autour de moi, j'entendais des échos « ouais la salle, elle est bien, c'est bien, tu verras par toi-même, tu découvriras d'autres choses » et oui effectivement j'ai découvert d'autres choses que je ne faisais pas auparavant. [...] La première fois que j'ai découvert ce lieu, j'avais une appréhension, je me disais comment les autres personnes vont me voir, est ce que je vais découvrir d'autres personnes, est ce que ça va être une embrouille, est ce que ça va être si, ça va être ça, je savais pas comment découvrir la chose » - Usager, HSA Strasbourg

« La première fois, on m'en a parlé parce que j'avais plus de matériel pour me droguer, on m'a orienté ici. Arrivé ici, on m'a demandé de m'inscrire et ça s'est fait de fil en aiguille. Y'a 8 mois. » - Usager, HSA Strasbourg

Le **bouche-à-oreille est aussi répandu parmi les populations de communautés étrangères** comme cela est le cas pour la population géorgienne par exemple. Ce type d'orientation par et entre usagers est reconnu par les professionnels des HSA qui confirment quantitativement cela grâce aux données recueillies lors de l'entretien d'accueil et rapportées dans leurs rapports d'activité.

« Y'a des Géorgiens qui ne sont jamais venus en France, mais tout le monde est au courant, c'est comme le virus cette information... Gaia, salle de consommation, c'est du bouche-à-oreille plus, plus. » - Travailleur social, HSA Paris

- **L'articulation avec d'autres programmes de réductions des risques**

Les orientations dans ces HSA sont également souvent initiées par les autres offreurs de RdRD. **Les interventions de proximité à l'extérieur de la HSA**, telles que des maraudes d'aller-vers réalisées par les professionnels de la HSA ou des structures partenaires permettent également d'établir un contact avec les usagers et d'accompagner des usagers vers ces espaces de consommation supervisés.

« Le travail commence aussi là avec la rue. Le parcours commence aussi là. Pour les ramener à la salle ou ailleurs, les amener ou les raccrocher quand elles ont complètement baissé les bras, quand elles sont dans un état de santé dégradé, quand elles ne veulent pas quitter leur tente parce qu'isolées dans un bois ou que sais-je. Parfois le boulot commence là. Je parlais de la salle comme dispositif de première ligne qui trouve son extension dans le travail de rue. » - Encadrement, HSA Strasbourg

Les établissements médico-sociaux tels que les CAARUD, portés ou non par les associations porteuses des HSA, reçoivent un public similaire (personnes dépendantes aux drogues et pas forcément engagées dans une démarche de soins ou d'arrêt de leurs consommations) et orientent également vers la HSA. **Leurs usagers peuvent alors bénéficier de l'espace de consommation supervisée, de matériel stérile de consommation et d'une prise en charge sanitaire afin de limiter ces contaminations et infections.**

Enfin, les programmes d'échange de seringues (PES) présents au sein des HSA peuvent aussi être des guichets d'entrée pour les usagers, qu'ils soient connus ou non d'autres structures (CSAPA ou CAARUD).

- **Un relai perçu par les acteurs locaux pour leurs usagers à haut risque**

L'orientation par des structures partenaires au contact d'usagers injecteurs de drogues à risque est également observée, plus à la marge. Un professionnel de la HSA de Strasbourg a pu qualifier la HSA comme « *des béquilles, un soutien ou un relai* » pour ces partenaires adresseurs. A l'image du dispositif Assore d'hébergement hôtelier destiné aux usagers de crack sans-abri des scènes ouvertes parisiennes, (co-porté majoritairement par l'association Aurore qui bénéficie du plus grand nombre de places avec l'association Gaïa), qui s'appuie sur l'expertise des professionnels de la HSA :

« Selon les consommations, on peut dire à certaines personnes hébergées que ce serait bien d'aller à la salle, qu'ils puissent aussi t'apporter des conseils. La salle est vraiment une équipe spécialisée. Même si nos équipes d'éducateurs ou autres vont faire le premier lien sur ces sujets avec les usagers, malgré tout on n'est pas des experts comme sur ces questions-là donc parfois, c'est vraiment extrêmement pertinent d'avoir ce lieu dans lequel on peut orienter les personnes et savoir qu'elles sont très correctement accompagnées et prises en charge. » - Partenaire, Paris

« On a encore beaucoup de patients avec des problématiques addicto sans droits qu'on oriente vers la salle de consommation. » - PASS, Strasbourg

Les orientations à la HSA sont priorisées pour les usagers identifiés comme ayant des pratiques de consommation à risque ou anarchiques (au sein des CSAPA notamment). Les structures qui adressent indiquent rarement apprendre l'existence de cette HSA à leurs usagers qui sont décrits comme ayant un temps d'avance dans la connaissance des dispositifs. Elles ont conscience de ce qu'elle leur apporte et de ce qu'ils vont y chercher : un lieu de consommation sécurisée et encadrée par des professionnels, la recherche de services annexes (accès à un téléphone, à une douche, des vêtements propres, etc.)

Enfin, et contrairement à l'expérience d'autres pays où des sites de consommation supervisée sont implantés, **les acteurs impliqués dans la lutte contre les drogues à l'instar des magistrats ou de la police n'ont pas été identifiés comme adresseurs pour les deux HSA expérimentales françaises.** Cela n'a pas été identifié comme un frein dans la pratique française. De même, **les HSA n'ont pas été identifiés comme lieu de protection ou de refuge contre les interventions policières** comme cela a pu être développé dans d'autres études (Renney et al, 2021).

ii. Initier le parcours nécessite de faire émerger une demande de santé

Une fois les usagers connus des HSA, cette dernière est perçue de tous les acteurs interrogés tant comme une porte d'entrée que comme un maillon complémentaire pour les amener vers le soin.

« Pour nous, c'est un premier lien avec du soin pour des usagers [...] pour pouvoir mettre ce premier maillon dans la chaîne du soin. » - Professionnel, Ville de Paris

« On intercepte un moment dans le parcours de la personne, la personne vient avec son parcours. On est le premier contact de personnes qui n'ont plus de contact. Parler plus de reprise, redémarrage du parcours. » - Encadrement, HSA Strasbourg

« On a une place un peu centrale, car souvent ce sont des personnes qui n'ont pas accès aux soins par ailleurs. Si c'est des personnes à la rue, prendre des rendez-vous médicaux, on ne sait pas où on va manger, dormir donc prendre soin de soi c'est le dernier truc auquel ils vont penser. » - IDE, HSA Strasbourg

Les équipes sont confrontées à **des difficultés à faire émerger une demande de santé** et à initier un parcours de santé pour des personnes pour qui les besoins fondamentaux sont souvent insatisfaits (alimentation, sommeil...) et pour qui les conditions de vie solitaires et difficiles, sont souvent associés à des situations administratives précaires. Parfois, la demande peut être exprimée de façon incohérente, déstructurée, voire inappropriée. Les professionnels des HSA y sont sensibilisés, et déploient alors des approches alternatives pour repérer ces besoins de santé plus ou moins exprimés.

« Ça dépend. Y'en a qui viennent spontanément, surtout ici. « Oui, est-ce qu'il y'a une infirmière, ça va, j'ai besoin de ça, de ça, j'ai pris des risques » et après y'en a qui sont plus renfermés sur eux-mêmes et qui viennent pas chercher de l'aide. Après nous cliniquement en observant, on voit si quelque chose ne va pas, [...]. Souvent des gens qui n'ont pas du tout accès aux soins, ne savent pas comment rentrer dans le soin » - IDE, HSA Strasbourg

Des expériences antérieures de stigmatisation vécues par les usagers sont également rapportées par les professionnels comme des freins d'engagement dans un processus de soin. Rétablir une confiance dans un dispositif de soin devient alors un but à atteindre pour ces usagers-là, ce que permet les HSA (Kerman et al, 2020).

« On est confronté à des problèmes de confiance initiaux : les personnes sont à 90% très désaffiliées, n'ont plus aucune confiance dans les institutions publiques, dans l'hôpital. Elles se sentent jugées en permanence, elles ont des comportements éloignés de la norme, souffrent d'isolement et du jugement. Cet isolement dure depuis la naissance pour certains.⁵ Depuis petit, ils subissent des jugements, connaissent la précarité. Cela entraîne de la méfiance envers les associations et les institutions qui ne font rien pour eux selon eux. Ils ont souvent un positionnement radical, on a des difficultés à les réorienter vers autres structures peu adaptées en position de patience et de non-jugement. Les autres structures sont peu armées pour accueillir ces usagers. » - Travailleur social, HSA Paris

iii. Les différents services, espaces et temporalités au sein des HSA pour identifier et exprimer les besoins en santé des usagers

La première venue à la HSA constitue une opportunité d'engager l'utilisateur dans un parcours. L'entretien d'inclusion permet d'enregistrer le nouvel usager et sa pratique⁶ selon un protocole établi, sous un pseudonyme de son choix, mais aussi de lui indiquer les services disponibles au sein de la structure (services infirmiers et médicaux par exemple) et le cadre à respecter.

« Un peu tout imbriqué, en fonction de ce qu'elles ont besoin, ce qu'elles nous amènent et sont prêtes à travailler. En fonction de leurs demandes. Si les personnes viennent ici c'est qu'il y a déjà peut-être déjà une demande. En présentant le lieu, la structure etc., tous les services, ça peut donner envie de mettre au travail quelque chose. Parfois je le sens dès l'entretien d'accueil. Des fois il faut saisir le truc tout de suite pendant que la personne est là. Je fais souvent ça avec [...] la psychologue. Et c'est arrivé 2-3 fois que direct BAM ça a marché... D'avoir eu la carte en main de [la psychologue] direct ». - Travailleur social, HSA Strasbourg

« J'ai l'impression que tous les usagers, au moment de l'admission, le service social leur est présenté au même titre que le service médical. Et du coup, ils savent qu'on existe et ils s'en saisissent quand ils en ont besoin. Ou nous, on peut aller venir les chercher. » - Travailleur social, HSA Paris

⁵ Pour l'interrogé, au moins 60 % des usagers de HSA qui ont bénéficié de l'aide sociale à l'enfance (ASE).

⁶ Des critères d'inclusion sont à respecter tels qu'être usagers réguliers de substances psychoactives illégales par voie d'injection, par voie nasale ou par inhalation, être âgé de plus de 18 ans

L'accueil physique à l'entrée de la HSA, le suivi au sein de la salle de consommation et de l'espace de repos ou de convivialité à chaque venue constituent ensuite des opportunités d'évaluation des besoins de santé et d'expression d'une demande de soin. En interrogeant la raison de la venue ou la consommation du jour et de manière plus générale, le moral du jour, les professionnels poursuivent le tissage du lien de confiance avec l'utilisateur et créent un cadre propice à l'émergence d'une demande.

La présence d'interprètes, sur des plages horaires définies, permet aussi aux usagers non francophones de pouvoir déposer un sujet lié à la santé. Ces acteurs sont formés et habilités à répondre à ces demandes à Strasbourg alors qu'à Paris, des professionnels éducateurs allophones en poste incarnent plus un rôle de pair ou de traducteur.

« On a travaillé avec Argos pour savoir comment faire, car c'est une demande un peu particulière, qui sort de notre cadre professionnel. On est aussi soumis au secret professionnel [...] parfois les échanges, c'est juste de parler du beau temps, etc. [...] On est là pour les aider en passant pour effacer la barrière linguistique. On a convaincu au cas par cas, quand un usager nous sollicite et qui commence à poser des questions auxquelles on n'est pas formés pour répondre, on leur dit, vous avez des questions qui sont plus de l'ordre social donc je dis « allons-y, on va poser la question à l'accueil et voir un assistant social ». Notre rôle, c'est de faciliter pour que la personne puisse s'exprimer et ne pas rester stricte ou fermée. » - Migration santé Alsace

iv. Les services sociaux proposés à la HSA comme leviers d'initiation ou de maintien dans un parcours de santé

Les consommations de produits de ces usagers, souvent polyconsommateurs, couplées à des conditions de vie difficiles les placent dans des situations sociales complexes marquées par une accumulation de ruptures dans l'accès au logement, à l'emploi ou aux droits. L'initiation ou le maintien d'un parcours de santé en HSA passe par une stabilisation minimale préalable de la situation sociale de l'utilisateur, à l'image des autres dispositifs accompagnant des populations vulnérables exclus socialement. Des services et des accompagnements sociaux sont alors proposés par les travailleurs sociaux des HSA.

- **L'ouverture de droits à l'assurance maladie (Protection universelle maladie ou PUMa, Complémentaire santé solidaire ou C2S, Aide Médicale d'Etat ou AME...) comme premier levier indispensable à la mise en œuvre d'un parcours de santé**

Les professionnels des HSA se mobilisent pour favoriser une prise en charge financière des soins en accompagnant les usagers dans l'ouverture de leurs droits à l'assurance maladie en proposant des consultations sociales (sur créneaux fixes dans la semaine à Paris ou par un professionnel qui se détache du roulement à Strasbourg). Ces différents fonctionnements ont fait preuve d'adaptabilité en fonction des besoins des usagers des HSA en cours d'expérimentation.

« Au démarrage d'Argos, y'avait une permanence sociale une fois par semaine. L'idée, c'était que s'il y avait des demandes administratives, on orientait vers la collègue assistante sociale. Mais ça fonctionnait pas très bien, c'était pas vraiment repéré et c'était difficile pour les usagers de venir. Donc maintenant tous les travailleurs sociaux peuvent faire de l'accompagnement social. On ne fait pas de référence. » - Travailleur social, HSA Strasbourg

Certains travailleurs sociaux ont admis **une certaine limite dans leurs accompagnements** notamment **sur la spécificité que nécessitent les droits d'asile et les recours pour les personnes étrangères en particulier**. Un appui technique et des orientations ont alors été recherchés auprès de partenaires externes, tels que les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ou les CSAPA, dotés également

de travailleurs sociaux. En revanche, les sollicitations des services de la PASS à Strasbourg étaient moins fréquentes ces dernières années et des échanges de pratiques avaient pu être réalisés par téléphone.

« Je pense le premier, parce que pour entreprendre des démarches en France, il faut avoir une domiciliation. Donc notre premier partenaire, c'est le service de domiciliation de la ville de Paris, qui domicilie les gens, parce que c'est notre porte d'entrée. » - Travailleur social, HSA Paris

« On n'est pas directement à côté, on a quelques patients en commun, mais peu finalement. [...] Nous on accueille un public principalement sans droit ce qui est peut-être moins le cas à la HSA [...]. J'ai fait le point avec l'équipe ça peut être à tous les niveaux, l'an dernier c'était plus des échanges téléphoniques sur des ouvertures de droits, des sorties d'hospitalisation, etc. Échanges au niveau de nos travailleurs sociaux. » - PASS, Strasbourg

Des conventions avec la Caisse primaires d'Assurance maladie départementale ont été établies par les deux HSA afin d'accélérer la mise en place des droits avec une réponse plus rapide aux usagers dans le besoin. Une permanence assurée par un agent de la CPAM se tient hebdomadairement dans les locaux de la HSA de Paris.

« Plusieurs années qu'on l'a au niveau de tout l'Ithaque, l'idée c'est de faciliter l'accès aux droits et du coup aux soins. Ça porte spécifiquement sur la C2S et l'AME. On a une adresse générique destinée aux partenaires conventionnés pour adresser les demandes et adresser des situations complexes. Et ouvrir des droits rapidement. Dans la convention, ils s'engagent à donner une réponse sous 7 jours. » - Encadrement, HSA Strasbourg

- **Des demandes ou des renouvellements de papiers d'identité ou de prestations sociales accompagnés par les professionnels de la HSA comme levier pour initier ou maintenir un parcours de santé**

L'accompagnement proposé à la HSA permet **de procéder à une demande et renouvellement de certaines démarches indispensables à la réinsertion** en lien avec la domiciliation, l'obtention de documents d'identités ou encore l'obtention de ressources financières.

Les HSA n'ont pas vocation à se substituer aux structures de droit commun, mais peuvent en tant que structures de premiers recours, initier des démarches. Elles accompagnent ensuite les usagers vers des relais et des structures de l'écosystème local qui ont vocation à assurer un suivi. Si un suivi social est déjà en cours via un autre dispositif, la HSA n'intervient alors pas ou alors uniquement dans l'intérêt de l'utilisateur. Ce qui peut nécessiter un travail de coordination avec les structures partenaires pour obtenir ou transmettre l'information. Les HSA privilégient l'orientation vers les dispositifs de droit commun pour deux raisons : afin qu'il n'y ait pas de rupture de parcours en cas de fermeture de la HSA ou d'arrêt des injections d'une part d'une part, et pour ne pas nuire à l'accompagnement des usagers très désinsérés d'autre part. Les professionnels ont souligné que certaines demandes venant de la HSA pouvaient être sujettes à discrimination. Des accompagnements physiques peuvent alors soutenir les orientations, pour maximiser les chances de réussite de la démarche.

« On l'argumente aussi en disant que, pour certains services, une demande qui part de la salle, elle est plus stigmatisée qu'une demande qui part d'un CSAPA. Et du coup, ça a plus de sens de faire ces démarches au sein d'un CSAPA. Ou dans du droit commun auprès d'un service social d'une ville ou d'une mairie, ou de Paris ou d'une autre mairie. » - Travailleur social, HSA Paris

« Si nous, on fait des orientations, est-ce que ça peut pas desservir ? Argos ? « Oula les toxicos ! ». Un peu sensible. Des fois, je dis plutôt Ithaque, car Ithaque c'est aussi un lieu de soin, les personnes peuvent avoir un traitement, être stabilisé et tout ça. Ça peut dire aussi que quelqu'un déjà dans une démarche de soins. » - Travailleur social, HSA Strasbourg

Un usager interrogé mobilisait par exemple 3 services sociaux de façon concomitante : celui de son CAARUD pour sa domiciliation et la protection de ses documents personnels, celui de son service hospitalier de psychiatrie pour le soutenir dans la constitution de son dossier de retraite et d'accès à un logement, et plus à la marge celui de la HSA pour la permanence CPAM et les droits à la sécurité sociale. Au sein de la HSA, sa demande sociale se résumait désormais à demander ponctuellement des impressions d'attestations de droits à l'assurance maladie.

- **L'orientation vers des dispositifs d'accès à un hébergement ou à un logement⁷, un déterminant de santé majeur**

Comme les démarches sociales et administratives constituent des leviers identifiés pour se maintenir en bonne santé, le logement est un droit fondamental et un déterminant de santé majeur, reconnu comme tel par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 25.1).

« En soi la salle de consommation, c'est un vrai plus, mais somme toute limité quand on n'a pas de solution d'hébergement. » - Encadrement, HSA Strasbourg

Pour soutenir leurs usagers sans domicile et ne pouvant pas accéder aux dispositifs d'hébergement pour traiter des pathologies aiguës (dispositifs existants non compatibles avec les consommations de produits généralement), l'association Ithaque à Strasbourg a proposé un dispositif d'hébergement temporaire (ARGOS 2) connexe à la HSA (ARGOS 1). Les usagers hébergés ont accès à la HSA en continu (ARGOS 2 dans les mêmes locaux que la HSA), même en dehors des heures d'ouverture au grand public. Ils bénéficient d'un accompagnement médico-social et d'un suivi médical. Ce dispositif est expérimenté dans le cadre de l'Innovation en santé (expérimentation relevant de l'article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, autorisée par l'arrêté n°2021-2338 de l'Agence Régionale de Santé Grand Est). L'expérimentation de cette innovation organisationnelle prendra fin en décembre 2025, et a fait l'objet d'une évaluation indépendante dont les résultats n'ont pas encore été rendus publics.

Cette solution est perçue par les professionnels interrogés comme un nouveau dispositif essentiel dans le parcours de ces usagers consommateurs précaires, bien qu'elle ne soit pas suffisante pour répondre à tous les besoins d'hébergement. La saturation actuelle des dispositifs d'hébergement préoccupe les professionnels de la HSA et les partenaires interrogés, notamment sur la question de la stabilisation de la santé mentale pour les personnes sans hébergement.

« Les hébergements qui ne suivent pas derrière dans la réinsertion. Car cela fait partie du travail de psychiatre dans le social. Comment les sortir de la rue ? Pas mal de dispositifs ont ouvert (résidences pour patients psy à la rue, Un chez-soi d'abord...). Ils ont pu caser des usagers, mais pas les nouveaux. » - Médecin, HSA Strasbourg

À Paris, cette offre d'hébergement pour les usagers de la HSA n'existe pas, mais d'autres espaces existent dans l'écosystème parisien pour les usagers de drogues comme le « Sleep in » dans le quartier

⁷ **L'accueil en hébergement** est destiné à répondre aux besoins immédiats des personnes privées de domicile et en situation de détresse sociale, médicale ou psychique. L'hébergement est provisoire, voire précaire, dans l'attente d'une solution de logement durable et adaptée ?

Dans le logement, le locataire dispose d'un titre d'occupation (bail relevant de la loi du 6 juillet 1989 ou contrat de résidence) avec garantie de maintien dans les lieux. Que ce soit dans le parc social ou dans le parc privé, le locataire s'acquitte d'un loyer ou d'une redevance et est éligible aux aides au logement et à d'autres aides comme celles du fonds de solidarité pour le logement. Le logement est un repère permettant l'appropriation d'un chez-soi.

Le logement accompagné (résidences sociales, pensions de famille, intermédiation locative...) regroupe un ensemble de formules et de services destinés à répondre aux besoins de ménages qui ne remplissent pas, temporairement ou durablement, les conditions pour accéder à du logement autonome. Ces réponses ne relèvent ni de l'hébergement, ni du logement ordinaire, mais se situent au carrefour des deux. Définition de la Direction de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DEETS), Préfet de Mayotte.

de La Chapelle, hébergement d'urgence pour les consommateurs de substances psychoactives, ou encore le programme ASSORE, destiné aux consommateurs de crack.

Certains liens et coordination sont plus forts sur ces questions d'hébergement comme avec les équipes d'Un chez-soi d'abord, les centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et des canaux privilégiés ont pu être mis en place.

Un travail social de coordination est établi, à Paris comme à Strasbourg, à travers **une coordination territoriale sur les problématiques sociales et les besoins d'hébergement**. Permettant de maintenir un maillage territorial des acteurs, de faire remonter les besoins d'une part, mais aussi de ne pas multiplier les suivis déjà initiés par un autre partenaire.

« Plusieurs acteurs font du travail de rue, de maraude aussi. Maraude de plus en plus en soirée. Dans la réunion de partenariat, rien qui se décide, mais pour échanger sur la réalité et les enjeux du moment. Le SIAO⁸ coanime cette réunion avec le CCAS⁹ de l'Eurométropole de Strasbourg. L'idée est de faire un point sur les problématiques d'accès liées à l'hébergement, échanger à nos fonctionnements des accueils de jour... beaucoup de problèmes de santé mentale, les innombrables campements. La DDETS¹⁰ participe aussi et peut-être interpellée. Plus pour faire du lien ces réunions et réfléchir ensemble, car par ailleurs le lien est fait sur des interventions de rue. » - Encadrement, HSA Strasbourg

« L'air de rien, on a un petit volume de personnes que tout le monde connaît et arrive toujours par le biais d'un appel téléphonique. Quand on a des perdus de vue aussi, on appelle très souvent la salle parce que les personnes vont plus facilement repasser une tête à la salle que de revenir dans l'hôtel ou l'appartement, où parfois il y a eu des débordements donc très souvent, on appelle la salle pour demande si on croise X ou Y. » - Partenaire, Aurore

- **Les HSA vues comme lieux d'accueil et de recherche de lien sociaux, déterminants sociaux de santé.**

Au-delà des accompagnements sanitaire et social, d'autres services sont fournis par les HSA. Ces services permettent d'avoir un impact sur les déterminants sociaux de santé comme la connexion social et communautaire, la réduction du stress et le support émotionnel, la sécurité ou encore la recherche d'hébergement (Kerman et al, 2020). Ces éléments ont été retrouvés dans le discours de différents acteurs interrogés. Via l'offre d'une boisson chaude (de façon plus ou moins constante au fil de la journée selon les sites), le partage d'un espace pour manger ou cuisiner ou un espace de repos accessible sans obligation de consommation de produits au préalable, les usagers des HSA viennent y chercher des liens, **des rencontres voire l'appartenance à un groupe (besoin d'appartenance de Maslow)**.

« Je suis tellement seul d'habitude que je viens chercher... pas du réconfort mais... parce que je suis seul d'habitude... Je viens chercher du lien. Dans tous les moments, c'est toujours la même ambiance, la bonne ambiance, personne ne se croit au-dessus de l'autre. Les autres usagers, [...] ça se passe bien » - Usager, HSA Strasbourg

« Et le volet occupationnel, qui est extrêmement important. Mais voilà, l'espace de repos, ça permet aussi de faire du communautaire et donc de répondre à, c'est un autre, on parlait de la substitution, la substitution la plus importante pour moi c'est pas celle du produit, c'est celle de la communauté. Les gens restent sur les scènes de consommation parce que c'est leur famille,

⁸ SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

⁹ CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

¹⁰ DDETS : Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

c'est qu'on parlait du psychotrauma. C'est quelque chose qu'on sait depuis longtemps. » - Professionnel, Ville de Paris

Ces services sont par ailleurs perçus par des partenaires comme **un moyen de médiation pour maintenir un lien et un parcours**.

« En passant par la salle et en demandant à pouvoir contacter l'équipe, et ben, ils se réassurent d'une reprise en lien avec notre équipe médico-sociale et ça, c'est peut-être le motif le plus régulier de notre lien avec les professionnels de la HSA. » - Un chez-soi d'abord, Strasbourg

Enfin et plus à la marge, **des activités de réinsertion vers l'emploi (programme TAPAJ) ou des activités culturelles ou de loisir peuvent être proposées par les HSA**.

La littérature scientifique indique que les dispositifs de consommation supervisée augmentent le recours aux services sociaux. Il n'est pas possible à l'aide de notre méthodologie qualitative d'approcher l'efficacité globale des démarches sociales assurées au sein des deux HSA françaises. La majorité des 40 usagers rencontrés avait bénéficié d'un accompagnement social au sein de la HSA et disposait à minima d'une situation administrative actualisée (papiers d'identité, droits ouverts à la sécurité sociale). La situation vis-à-vis du logement était plus variable, avec des démarches plus ou moins abouties.

c. La poursuite des parcours après l'initiation : quelles pratiques et quelles opportunités ?

Les HSA sont donc des entités médicalisées, dotées de ressources humaines qualifiées, notamment des infirmiers, des psychiatres et addictologues, ainsi qu'un médecin généraliste addictologue à Strasbourg. Les éducateurs y sont également formés aux enjeux de santé. Tous les professionnels, en interne comme en externe, partagent une vision unanime : la RdRD pratiquée au sein des HSA représente une véritable opportunité pour capter un public éloigné des soins, en offrant une porte d'entrée singulière dans un parcours de santé, sans opposition perçue entre soins addictologiques et RdRD. Ainsi, les équipes s'inscrivent dans une double logique : d'une part, l'initiation d'un parcours de santé pour les personnes les plus éloignées du soin, avec relais ou orientation vers des structures plus spécialisées une fois le parcours stabilisé ; d'autre part, une prise en charge ciblée des problématiques aiguës, sans ambition de suivi chronique, une position partagée par les deux HSA et l'ensemble de leurs professionnels. Pour les usagers disposant déjà d'un suivi, les HSA veillent à éviter toute rupture sans se substituer au dispositif existant. Cette organisation repose sur une forte dynamique partenariale, plus ou moins formalisée par des conventions, et sur une connaissance approfondie de l'écosystème local de santé, permettant aux équipes d'orienter efficacement les usagers vers les structures les plus adaptées — en tenant compte notamment de leur lieu de résidence, des modalités d'accueil et, si besoin, en les accompagnant. Dans cette perspective, les HSA s'intègrent dans l'offre existante en complémentarité, ciblant en priorité les besoins de santé non couverts. Si les deux HSA sont en activité à ce jour sont toutes deux implantées au sein de centres hospitalo-universitaires et bénéficient donc d'une bonne accessibilité géographique à une offre globale de services de santé. Si cette proximité est jugée essentielle pour la gestion des urgences (notamment les surdoses), elle ne l'est pas forcément pour le suivi des parcours de santé. Comme cela a été décrit précédemment, les freins d'accès aux soins se situent à d'autres niveaux.

Bien que quelques indicateurs d'orientation soient collectés, en particulier avec les CSAPA, il n'existe pas encore de données permettant une vision transversale des parcours inter-structures des usagers des HSA. Les sections suivantes détailleront les dimensions structurantes de ces parcours, qu'elles soient somatiques, addictologiques (incluant la RdRD) ou psychiatriques, en distinguant ce qui est assuré en interne par les HSA et en externe par leurs collaborateurs.

i. Les conduites addictives

1) En interne des HSA

Les Haltes Soins Addiction (HSA) disposent de ressources humaines particulièrement étoffées dans le champ de la santé mentale et de l'addictologie, avec le recrutement de psychiatres addictologues, d'un médecin généraliste spécialisé en addictologie à Strasbourg ainsi que de psychologues. Ces professionnels assurent des permanences dédiées, reposant majoritairement sur des consultations non programmées, afin de s'adapter aux modalités de recours aux soins des usagers, souvent peu enclins ou en difficulté pour s'inscrire dans un parcours programmé. Un levier structurant et particulièrement efficient repose sur la multi-appartenance de plusieurs professionnels, partagés entre les HSA, les CSAPA et les établissements hospitaliers. Ces postes partagés, dans le cadre par exemple de mises à disposition au service d'une mission d'intérêt général, renforcent la fluidité des parcours et la cohérence de la prise en charge. À Strasbourg, ce dispositif se traduit par la mobilisation de médecins psychiatres hospitaliers, d'un médecin généraliste expérimenté en addictologie, intervenant également au CSAPA d'Ithaque pour la plupart, d'un psychiatre exerçant en équipe mobile grande précarité, et pour l'un également en centre médico-psychologique (CMP). À Paris, deux médecins psychiatres exercent à mi-temps en HSA et à mi-temps dans des CSAPA : l'un au sein du CSAPA de l'association Gaïa, l'autre au sein du CSAPA hospitalier de Fernand-Widal. Ce modèle de fonctionnement favorise significativement les orientations vers d'autres services spécialisés en psychiatrie et en addictologie, en raison d'une interconnaissance fine des pratiques, des fonctionnements et des professionnels des structures partenaires. Il en résulte une capacité accrue à mobiliser les ressources adéquates dans une logique de continuité et d'efficacité des parcours de santé. Même si cela se confronte régulièrement à une capacité de réponse et une réactivité plus limitée chez les partenaires des HSA, en raison de la saturation de leurs services.

- La RdRD au cœur de l'activité des HSA, levier des parcours de santé

Conformément à leur cahier des charges, les HSA ont été conçues pour permettre la consommation supervisée de produits par injection, sniff ou inhalation. Toutefois, dans un objectif de régulation des files actives, la HSA de Paris a restreint cet accès à la seule pratique d'injection. Les professionnels interrogés qui étaient déjà engagés auprès de ce public avant l'ouverture des HSA, indiquent que leur action se limitait jusqu'alors à la distribution de matériel stérile et à des échanges en amont ou en aval de la consommation. Or, la possibilité d'interagir pendant l'acte de consommation, désormais permise dans le cadre des HSA, constitue un levier majeur d'intervention : ce moment offre un accès direct aux pratiques, permettant un travail ciblé sur les techniques de consommation, les risques associés et les leviers de prévention. Dès leur entrée dans la salle de consommation, les usagers sont invités à un premier geste d'hygiène (lavage des mains), avant la remise de matériel stérile. Ce protocole constitue également un point d'accroche propice à l'échange : il permet aux professionnels d'aborder avec les usagers les modalités de consommation (fréquence, perte de contrôle, *craving*, préparation des produits), ainsi que les facteurs psychosociaux sous-jacents (vulnérabilités sociales, détresse émotionnelle, etc.) et les facteurs déclencheurs de la consommation (difficultés interpersonnelles, sociales, etc.). Les HSA jouent également un rôle d'observatoire en temps réel des pratiques d'injection : elles permettent de détecter précocement les évolutions des modes de consommation et la nature des substances utilisées — données inaccessibles via les seuls programmes de distribution de matériel stérile (PES). Par ailleurs, la salle de consommation supervisée est perçue par les professionnels comme un espace de formation continue. Les interactions quotidiennes avec les usagers, experts de leurs pratiques, favorisent une dynamique de transmission réciproque : les professionnels accompagnent, informent et préviennent, tout en enrichissant leur propre compréhension des réalités de terrain, ce qui contribue à renforcer la qualité et la pertinence des interventions en matière de RdRD.

« Le plus de la salle c'est de voir qu'est-ce qu'ils font de ce matériel quand ils l'utilisent. La salle permet ça et les personnes nous permettent d'être là quand... Permet aussi de faire essayer du nouveau matériel, d'essayer autres choses, les alternatives... les discussions aussi autour des produits, des effets, du rythme de consommation, etc. [...] c'est elles qui nous expliquent comment ça fonctionne même si nous on a nos connaissances pratiques. De voir les personnes défiler, il y a aussi un fil conducteur, mais autant de pratiques d'injections que d'injecteurs, chacun à son rythme. Je n'avais pas conscience de tout ça (pas le même corps, les mêmes veines). » - Travailleur social, Strasbourg

En cas de difficulté observée (abcès, état psychique dégradé par exemple), les professionnels proposent aux usagers de rencontrer l'infirmier ou le médecin s'il est présent. A l'entrée sont également affichées les permanences du jour, les professionnels remobilisent alors cette information durant la session de consommation ou après en salle de repos.

- **La gestion des urgences et des surdoses**

Les HSA sont dotées de protocoles d'urgence spécifiquement élaborés pour encadrer la gestion des situations critiques, notamment les surdoses, avec des équipements dédiés tels que des sacs d'urgence disponibles au sein de la structure. Les professionnels bénéficient d'un lien opérationnel avec les services de réanimation médicale et le SAMU à proximité immédiate de leurs locaux au sein du CHU de référence, dans le cadre d'échanges réguliers qui participent à l'amélioration continue des pratiques. À ce titre, les professionnels ont souligné les progrès réalisés dans la prise en charge des surdoses aux opiacés, bien que certains points restent à clarifier, notamment les modalités d'intervention en présence de signes annonciateurs d'une surdose, le moment optimal de sollicitation du SAMU ou encore le contenu normatif du sac d'urgence. En cas de forte somnolence consécutive à une consommation d'opiacés, un protocole de surveillance renforcée peut être activé dans la salle de repos : l'usager est alors soumis à des stimulations régulières, destinées à évaluer sa réactivité, sous la supervision du professionnel présent. En cas d'altération de l'état de conscience ou d'aggravation des signes cliniques, une alerte est immédiatement transmise à l'infirmier ou au médecin, qui évaluent la situation et contactent, si nécessaire, les services d'urgence appropriés (SAMU, réanimation, urgences hospitalières).

« Je trouve qu'on s'est amélioré en termes de parcours pour les overdoses. On a fait une journée de travail sur le protocole des overdoses pour que ce soit un peu plus cadré et en même y'a une part de on peut pas suivre un protocole à la lettre car y'a la situation, le professionnel, l'usager. Mais ça s'est vraiment amélioré. » - IDE, HSA Strasbourg

Par ailleurs, les équipes, en particulier à Paris, soulignent l'émergence de nouveaux enjeux liés à la recrudescence des consommations de stimulants, notamment la cocaïne, qui rendent nécessaire une réflexion collective en vue de l'élaboration ou de l'actualisation de protocoles de prise en charge des surdoses spécifiques à ces substances.

• **Possibilité d'entrer dans un processus de sevrage et/ou de substitution**

L'articulation entre les HSA et les CSAPA constitue un axe structurant de leur fonctionnement. Cette articulation repose notamment sur des ressources humaines médicales partagées — plusieurs professionnels exerçant à mi-temps en HSA et à mi-temps en CSAPA — ainsi que sur l'utilisation d'un système d'information commun, avec un dossier patient informatisé (DPI) partagé via l'outil Éo, tant à Paris qu'à Strasbourg. Cette coopération bidirectionnelle est particulièrement mobilisée pour la prescription et délivrance des traitements de substitution aux opiacés (TSO), notamment chez les usagers de la HSA les plus insérés, bénéficiant d'une couverture sociale stabilisée. Les HSA ne se positionnent ni sur l'initiation ni sur le suivi de TSO, ces dimensions relevant préférentiellement des compétences des CSAPA, qui assurent un maintien en soins plus structuré et pérenne dans le droit

commun pour des usagers plus en capacité de s'inscrire dans un parcours fait de consultations programmées principalement (même si les CSAPA peuvent assurer des permanences également).

Des interrogations subsistent toutefois quant au périmètre des prescriptions pertinentes à assurer au sein des HSA. Par exemple, la prescription ponctuelle de benzodiazépines à visée de "dépannage", bien que pratiquée initialement, a rapidement suscité une forte demande, obligeant les équipes à établir des limites strictes. À Strasbourg, les médecins ne délivrent pas d'ordonnances sécurisées et rappellent systématiquement aux usagers que ce type de prescription relève du CSAPA.

Une vigilance particulière est également portée au risque de confusion ou d'appréhension chez les usagers, certains craignant de perdre leur accès au TSO en CSAPA s'ils sont identifiés comme usagers de la HSA et injecteurs ; un besoin de réassurance et de clarification a donc été identifié.

Concernant les demandes de cures et de post-cures, celles-ci peuvent émaner des HSA si la motivation de l'utilisateur paraît adaptée et si ce dernier n'a que peu de recours à des structures externes, même si les médecins des HSA préfèrent que ces demandes soient élaborées par les CSAPA. La disponibilité de l'ensemble des informations nécessaire pour soumettre une demande peut constituer par ailleurs une limite pour les HSA (antécédents et traitements en cours à lister de façon exhaustive par exemple).

Au-delà de l'approche centrée sur la consommation de produits, développer un accompagnement global de l'utilisateur en interrogeant les dimensions du quotidien, de l'autonomie et de l'hygiène de vie peut s'avérer difficile auprès des publics très désaffiliés bien que ces indicateurs soient essentiels à la reconstruction d'un équilibre personnel. Si l'activité physique est reconnue par exemple pour ses effets bénéfiques, notamment anxiolytiques, sa mise en place via des séances d'activité physique adaptée reste difficile avec ce public, tant le travail de stabilisation et de resocialisation en amont demeure prioritaire.

2) En externe des HSA

Les HSA s'intègrent au maillage territorial de services de santé dédiés aux usagers de drogues (de prise en charge addictologiques et de RdRD), en lien tant avec les structures médico-sociales qu'hospitalières. L'articulation avec les professionnels infirmiers et médicaux des dispositifs partenaires est tout à fait envisageable, dans le respect des compétences de chacun. Toutefois, il apparaît souhaitable d'éviter les chevauchements de prise en charge, en particulier dans des contextes cliniques complexes. Ces dispositifs reposent généralement sur des équipes pluridisciplinaires étoffées, ce qui peut entraîner une multiplication des intervenants auprès d'un même usager. Afin de garantir la lisibilité des parcours et la continuité des soins, il est préférable de concentrer le suivi sur des équipes référentes stabilisées, et de veiller à une coordination rigoureuse entre les différents professionnels mobilisés (médecin de la HSA, médecin rattaché au dispositif d'hébergement, etc.), afin de limiter les risques de dilution de l'information ou de rupture dans la prise en charge.

Pour commencer, les HSA entretiennent naturellement des liens étroits avec les CSAPA et les CAARUD comme déjà explicité dans les parties précédentes. En particulier avec ceux portés par les associations gestionnaires des HSA, Gaïa et Ithaque. Sur la question du processus de sevrage et/ou de substitution, et au-delà. À Paris, par exemple, des actes techniques spécifiques, tels que les prélèvements sanguins complexes chez des usagers au capital veineux très dégradé, ont pu être confiés à la HSA à la demande des CSAPA, en raison de l'expertise développée par l'équipe infirmière de la HSA, illustrant ainsi la complémentarité fonctionnelle des dispositifs et une volonté commune d'optimisation des parcours. Dans ces situations, les analyses prescrites sont de nature générale (coagulation, numération, bilan hépatique), sans que le motif ne soit toujours connu des équipes de la HSA.

Les autres dispositifs portés par les CAARUD bénéficient également indirectement aux HSA : ces structures jouent un rôle clé dans l'orientation initiale, mais également dans le suivi, le repérage d'utilisateurs perdus de vue par exemple. Les liens de confiance tissés avec leurs usagers lors des

maraudes des CAARUD par exemple bénéficient aux professionnels des HSA également lorsqu'ils ont à accompagner les mêmes usagers. De même, les relations construites avec des professionnels partenaires via d'autres dispositifs des CAARUD (les pharmaciens d'officine par exemple) constituent des opportunités de communiquer sur les HSA et leurs missions.

Les coopérations et collaborations avec les services hospitaliers d'addictologie sont également bien établies, avec les services d'addictologie des CHU de Paris et Strasbourg, y compris les unités de sevrage complexe (telle celle de Strasbourg) et les programmes de soins addictologiques déployés par l'hôpital Fernand-Widal de l'AP-HP. À cela s'ajoutent les liens avec les équipes de liaison en addictologie (ELSA) et, à Strasbourg, avec les services de santé pénitentiaire. Ces collaborations s'appuient sur un réseau professionnel étendu et très réactif, renforcé par une interconnaissance de longue date : les ELSA, par exemple, contactent systématiquement les HSA lorsqu'un usager est hospitalisé au CHU, garantissant une continuité de l'information et de la coordination. À Strasbourg, l'hospitalisation en addictologie peut également faire suite à un accompagnement en HSA pour des cures, sous réserve que l'usager soit clairement informé des exigences posées en matière d'abstinence et de capacité à tenir un discours critique vis-à-vis de ses consommations en cas de rechute durant son hospitalisation.

En ce qui concerne l'articulation avec les soins addictologiques en ville de proximité assurés notamment par les médecins généralistes, elle demeure encore limitée. À Strasbourg, la HSA entretient toutefois quelques liens avec le réseau de microstructures médicales addictions, coordonné par l'association Ithaque dans la région Grand Est. La microstructure médicale addictions est une organisation souple, en appui au médecin traitant sur son lieu d'exercice, permettant une prise en charge pluriprofessionnelle pour les patients présentant des parcours complexes liés aux addictions. Elle est constituée d'un médecin généraliste libéral exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle ou salarié en centre de santé ; d'un travailleur social salarié détaché d'un établissement médico-social spécialisé en addictologie (CSAPA généralement) ; et d'un psychologue libéral ou salarié détaché d'un établissement médico-social. Le travailleur social et le psychologue réalisent des permanences au sein du lieu d'exercice du médecin généraliste (une par semaine ou tous les 15 jours pour chacun) durant lesquelles ils reçoivent des patients adressés par le médecin. Ce réseau, bien implanté dans cette région, constitue une ressource précieuse, bien que sous tension, du fait de la rareté des médecins généralistes impliqués dans ces microstructures.

À Paris, en revanche, ce type de maillage n'existe pas à ce jour dans le secteur de la HSA. Les microstructures ont été principalement expérimentées dans le département de Seine-Saint-Denis qui dispose d'un noyau historique de microstructures, et ont été étendu aux différents départements de la région Ile-de-France. Ce dispositif a bénéficié d'un financement dérogatoire dans le cadre d'une expérimentation interrégionale relevant du dispositif de soutien à l'innovation en santé (article 51 de la LFSS pour 2018). Il est actuellement en cours de passage dans le droit commun, selon des modalités organisationnelles et de financement à préciser.

Enfin, il convient de souligner le rôle actif des usagers dans la définition du positionnement de la HSA dans leur propre parcours de soins. Certains choisissent de cloisonner les prises en charge selon les espaces et les interlocuteurs. Ainsi, un usager rencontré, hébergé temporairement dans un dispositif médicalisé de Lits halte soins santé pour une convalescence post-opératoire, poursuivait son suivi addictologique en libéral tout en continuant à fréquenter la salle de consommation de la HSA. Bien que son équipe médicale référente au foyer soit informée de sa situation (de façon très restreinte pour éviter toute stigmatisation de l'équipe soignante), l'usager préfère séparer les lieux et préserver un espace où il ne se sent ni jugé ni stigmatisé. La HSA lui offre cette possibilité, en tant qu'espace perçu comme accueillant, respectueux et compréhensif vis-à-vis de ses pratiques. Cet usager bénéficiait par ailleurs d'un suivi tant en soins primaires, que spécialisés addictologiques et somatiques. Bien que marginal, ce cas illustre la **plus-value potentielle de la HSA auprès de ses usagers**

les plus insérés dans les dispositifs de droit commun et capables de se saisir et d'articuler différentes prises en charge.

ii. La santé mentale

1) En interne des HSA

L'ensemble des professionnels des HSA est très mobilisé au quotidien sur les problématiques de santé mentale, dans le repérage des besoins et dans la réponse apportée. Pour les infirmiers interrogés, tant à Paris qu'à Strasbourg, le volet relationnel est décrit comme aussi important que les soins techniques pratiqués en HSA.

« Tout ce qui est la santé mentale aussi, qui est très présent ici. Déjà prendre le temps d'écouter la personne, "OK, vient on va dans un bureau", ça peut prendre trente minutes, une heure, écouter les gens. Et après l'orientation chez notre psychologue, psychiatre, accompagnement aux urgences psy aussi, si la personne est vraiment en détresse. Je suis déjà resté jusqu'au bout à la demande de la personne » - IDE, HSA Strasbourg

L'activité médicale psychiatrique en HSA repose quant à elle sur des permanences, avec ou sans rendez-vous. L'usager peut s'inscrire le jour même. Dès la conception du dispositif, les différentes parties prenantes (dont les financeurs) ont validé cette approche singulière de la pratique psychiatrique, centrée non pas sur une succession de consultations planifiées, mais sur une présence attentive, destinée à renouer un lien avec des usagers souvent en rupture de soin, méfiants vis-à-vis de l'hôpital et de la psychiatrie institutionnelle. Il est fréquent que les usagers n'aient connu que des hospitalisations en période de crise aiguë, renforçant cette méfiance vis à vis du psychiatre.

« C'est des gens qui ont pu avoir des symptômes psy, très certainement qui ont dû faire des crises suicidaires ou qui ont dû avoir des épisodes délirants, mais aussi liés à leur conso. Et ce n'était pas non plus des très bonnes indications, à mon avis, d'hospitalisation. » - Médecin, HSA Paris

Quant aux médecins psychiatres, ils ont dû, dès l'ouverture des dispositifs, relever un double défi : se faire connaître des usagers et déconstruire les représentations négatives associées à la psychiatrie. Dans les deux HSA, les professionnels ont rapporté avoir volontairement adopté une posture de proximité, sortant de leur bureau pour aller à la rencontre des usagers dans les différents espaces des HSA, dans une démarche de présentation, de discussion informelle et de mise en confiance. Cette première approche, en dehors du cadre formel de la consultation, visait à incarner une image bienveillante et accessible du psychiatre, et à établir un lien préalable avant d'inviter les usagers à franchir le seuil d'un espace de consultation. **L'intégration d'un psychologue dans l'équipe peut alors constituer une porte d'entrée moins intimidante pour les usagers** réfractaires à la psychiatrie, facilitant un premier engagement.

La temporalité de l'intervention constitue là-aussi un enjeu central : Les psychiatres s'efforcent de répondre avec réactivité aux sollicitations des usagers, en ayant pleinement conscience que la demande peut être ponctuelle et difficilement reproductible. Selon un professionnel interrogé, cette organisation souple, sans rendez-vous préalable, peut favoriser un sentiment de maîtrise de l'interaction chez certains usagers, renforçant ainsi leur engagement dans le soin. Pour d'autres, en situation de grande désorganisation – notamment ceux vivant à la rue – l'incapacité à honorer un rendez-vous programmé en centre médico-psychologique (CMP) rend l'accès aux soins psychiatriques quasi impossible en dehors de dispositifs fondés sur l'accueil inconditionnel. À cet égard, la flexibilité des HSA constitue un levier précieux pour contourner ces obstacles structurels.

Les problématiques psychiatriques rencontrées en HSA relèvent de la sphère addictologique : troubles de l'humeur (souvent masqués par la consommation de produits), épisodes psychotiques non traités,

états anxio-dépressifs, ou encore crises psychiques étroitement liées à des situations de grande précarité.

Toutefois, lorsque les troubles deviennent plus sévères — hallucinations, délires, désorganisation importante —, la possibilité d'instaurer un échange thérapeutique structuré au sein même de la HSA s'en trouve limitée, l'individu étant moins accessible. En réponse à cette difficulté, la HSA de Strasbourg développe actuellement un espace de repos dédié, permettant d'isoler temporairement les usagers en début de décompensation. Cet aménagement vise à limiter les perturbations au sein du collectif, tout en rendant possible une évaluation clinique plus calme.

À l'instar des prises en charge addictologiques et somatiques, les psychiatres intervenant en HSA peuvent initier un accompagnement thérapeutique en interne et assurer, de manière transitoire, la prescription de traitements psychotropes. Cette prise en soin s'inscrit dans une logique de relais, avec orientation ultérieure vers des structures spécialisées dès lors que la situation le permet. En cas d'absence de droits à l'assurance maladie, une orientation vers une PASS psychiatrique peut être envisagée. **Selon les professionnels interrogés, la principale difficulté ne réside pas dans l'établissement du diagnostic — souvent relativement accessible — mais dans l'amorce effective d'un parcours de soins structuré et son acceptabilité par l'utilisateur,** souvent marqué par une histoire de ruptures ou de défiance vis-à-vis des dispositifs de santé mentale.

Par ailleurs, l'évolution des pratiques de consommation, notamment l'augmentation significative des usages de stimulants, contribue à l'augmentation des besoins en santé mentale. Dans ce contexte, l'analyse de produits s'est avérée un levier pertinent d'action auprès des usagers. À Paris, un travail spécifique a été mené autour de l'injection de cocaïne, permettant à plusieurs usagers de prendre conscience de l'impact délétère de cette modalité de consommation sur leur équilibre psychique. Ce processus, inscrit dans une dynamique de réduction des risques à moyen terme, a conduit certains d'entre eux à opter pour l'inhalation, voire à interrompre totalement l'injection.

2) En externe des HSA

Les HSA entretiennent des liens de coopération étroits avec plusieurs services hospitaliers de santé mentale. De façon globale, les partenaires ont exprimé une appréciation positive du dispositif des HSA dans les prises en charge des troubles psychiatriques.

A Paris, la collaboration se fait avec les programmes addictologiques de l'hôpital Fernand-Widal. Ce lien est jugé particulièrement structurant. Un des deux psychiatres addictologues de la HSA exerce par ailleurs à mi-temps au CSAPA de cet hôpital. Ce CSAPA hospitalier est en lien avec les services assurant les sevrages, et avec une unité permettant la prise en charge concomitante de troubles somatiques, addictologiques et psychiatriques.

A Strasbourg, la HSA a pour habitude de collaborer avec les urgences psychiatriques du CHU et avec le CMP (selon la logique de sectorisation). Les professionnels de la HSA peuvent directement contacter le service afin de signaler la venue d'un usager nécessitant une évaluation en urgence. Cette procédure contribue à sécuriser l'adressage et à préparer l'accueil, même si la disponibilité des lits reste un facteur structurel pouvant limiter la capacité de prise en charge.

« En dermatologie en général, on travaille un petit peu ensemble, à côté. Sinon les urgences psy, on travaille beaucoup avec eux aussi et on s'appelle quand on a des personnes... Je peux appeler, "Je viens avec telle personne", ou eux peuvent nous appeler si on a une personne qui vient aussi chez nous. » - IDE, HSA Strasbourg

« Pour les soins, avec les urgences psys, on demande à la psychiatre de prévenir ses collègues. Parfois on est déçu car pour l'hospitalisation, y'a plus de place. Le moment où la personne est prête n'est pas forcément le moment où il y a de la place. » - Travailleur social, HSA Strasbourg

La proximité géographique de la HSA de Strasbourg avec les services hospitaliers représente un atout opérationnel indéniable, facilitant l'accompagnement physique des usagers vers les urgences, ainsi que les échanges informels avec les professionnels hospitaliers. Toutefois, les équipes soulignent que, si cette implantation facilite certaines démarches, la localisation au sein même de l'hôpital n'est pas indispensable pour garantir la qualité de la prise en charge psychiatrique.

Malgré des coopérations bien établies entre les HSA et les structures de psychiatrie hospitalière ou ambulatoire, plusieurs freins subsistent : Les délais d'accès aux consultations restent parfois longs, et la disponibilité des psychiatres — en ville comme à l'hôpital — est particulièrement restreinte. À Strasbourg, il n'est par exemple pas envisageable à ce jour d'étendre les permanences psychiatriques au sein de la HSA, en raison des ressources limitées. Ces difficultés se posent avec d'autant plus d'acuité face aux besoins croissants d'usagers présentant des pathologies complexes, notamment des troubles psychiatriques associés à la consommation de stimulants.

La coopération avec certains services de psychiatrie hospitalière fonctionne globalement de manière satisfaisante, en dépit de la forte pression exercée sur la disponibilité des lits. Les équipes relèvent que, lorsque cette pression est moindre, des hospitalisations dites de "rupture d'environnement" peuvent être envisagées, offrant un temps de mise à distance du contexte de vie et constituant un levier thérapeutique précieux. Toutefois, ces séjours sont aujourd'hui devenus exceptionnels, compte tenu des tensions sur les capacités d'hospitalisation. En conséquence, les hospitalisations psychiatriques tendent à être de courte durée, centrées sur la stabilisation immédiate, sans possibilité de travailler avec l'utilisateur sur l'expérimentation progressive d'un mieux-être en l'absence de traitement médicamenteux. Or, ce temps d'observation et d'appropriation d'un état psychique apaisé constitue, selon les professionnels, un élément déterminant pour renforcer l'adhésion au soin dans le champ de la santé mentale. L'intensité des files d'attente compromet ainsi une approche plus progressive et engageante du soin psychiatrique.

Plusieurs professionnels ont fait état d'une autre difficulté actuelle à Strasbourg : le manque de psychiatres sur les secteurs ajoutant une difficulté à orienter les usagers en raison de la logique de sectorisation.

« Après, les secteurs de psychiatrie sont mal pourvus actuellement. Et donc là où on a une grosse souffrance, c'est dans l'adressage des gens qu'on repère comme ayant un trouble psychiatrique et dont on pense qu'ils nécessitent un suivi sur le long cours. Et dans l'adressage pour ce suivi sur le long cours, on est en difficulté, si vous voulez. » - Partenaire, Strasbourg

En conclusion, les difficultés rencontrées dans le suivi psychiatrique ne relèvent pas du fonctionnement interne des HSA, mais de dynamiques systémiques, marquées par une fragmentation croissante du système de soins et une saturation généralisée des structures. Les personnes en grande vulnérabilité psychosociale — notamment celles ayant des troubles de santé mentale ou des troubles addictifs, avec une faible capacité à formuler une demande explicite et cohérente — sont les premières exclues de ce système. D'où la nécessité d'une approche intégrée des soins, de l'accompagnement social, du logement et de l'emploi.

iii. Les affections somatiques

1) En interne des HSA

Les professionnels interrogés décrivent les HSA comme des lieux occupant une position singulière dans le parcours des usagers : elles représentent souvent « le premier » ou « le dernier » recours pour des personnes en grande précarité sanitaire et sociale, ayant perdu confiance dans les institutions classiques. Dans ce contexte, les équipes doivent adopter une posture spécifique, marquée par un "pas de côté" nécessaire pour accueillir, sans jugement, des **demandes de soins**

fréquemment différées ou évitées ailleurs. La sollicitation pour des soins infirmiers ou des avis médicaux est quotidienne, en particulier pour des plaies, des abcès ou d'autres complications somatiques, qu'elles soient ou non directement liées à la consommation de produits. La RdRD constitue là-aussi un levier important d'identification de problématiques somatiques (abcès, douleurs, fatigue), de dialogue sur la santé, et pour prodiguer des conseils d'hygiène, du matériel stérile, et proposer un avis infirmier ou médical en interne, ainsi que des dépistages (VIH, VHC, fibrose hépatique).

Les médecins assurent, à la marge, des actes relevant de la médecine d'urgence : évaluation de douleurs, de pneumopathies, suspicion d'endocardites, etc. Toutefois, dans la continuité du paradigme des HSA, il ne s'agit ni de se substituer aux urgences hospitalières ni aux dispositifs de premier recours. Les actes médicaux et prescriptions sont ainsi réalisés avec parcimonie. Les médecins, principalement psychiatres addictologues, assurent néanmoins des bilans initiaux (biologiques, imagerie) et amorcent des prises en soin, sans toutefois engager un suivi de médecine générale, considéré comme hors périmètre des activités des HSA. L'objectif reste l'orientation vers les structures compétentes, en accord avec le cahier des charges des HSA, notamment pour la prise en charge de pathologies chroniques.

Sur le plan infirmier, les soins s'articulent autour d'actes de première intention : soins de plaies et d'abcès (pansements), dépistages rapides, évaluation de la douleur, prises de sang... À Paris, une permanence infirmière avec consultations non programmées est assurée, tandis qu'à Strasbourg, les infirmiers peuvent être détachés ponctuellement du roulement si la situation le nécessite (pas de permanence en place). Les soins peuvent être demandés spontanément par les usagers ou repérés par les autres membres de l'équipe, notamment en cas de signes inhabituels (marche instable, comportement inadapté et/ou incohérent). Par ailleurs, les infirmiers jouent un rôle clé de coordination des soins : prise de rendez-vous en externe, accompagnement physique, récupération de documents tels que des comptes rendus hospitaliers afin d'alimenter le dossier patient informatisé. Les médecins et infirmiers interviennent parfois en binôme, notamment pour les situations complexes (évaluation d'un abcès par exemple interrogeant la nécessité d'orienter ou non l'utilisateur aux urgences).

Tous les professionnels identifient également, à travers ces soins, des problématiques plus vastes — comme celle de l'hébergement. Plusieurs situations ont démontré que l'accès au soin devient illusoire sans une solution de logement stable, soulignant la nécessité d'une approche globale intégrant les déterminants sociaux de santé.

Les deux HSA disposent d'une pharmacie interne à visée multifonctionnelle, répondant aux besoins spécifiques des publics qu'elles accueillent. Cette pharmacie de proximité permet d'assurer la dispensation de médicaments de première nécessité, tels que des antipyrétiques ou des antibiotiques, dans des situations cliniques exceptionnelles justifiant une prise en charge immédiate. Elle permet également le stockage sécurisé de traitements médicaux appartenant aux usagers, notamment pour ceux vivant à la rue ou dans des conditions précaires exposant à la perte, au vol ou à l'impossibilité de conserver correctement leurs médicaments. Dans ce cadre, la HSA assure une délivrance progressive des traitements, adaptée au rythme de fréquentation et à la situation de l'utilisateur, comme cela peut être le cas pour les traitements contre l'hépatite C. La pharmacie peut également être mobilisée à titre "humanitaire" afin de délivrer quelques médicaments de premier recours, principalement des antibiotiques, à destination des personnes dépourvues de droits ouverts. Cette dispensation se fait exclusivement sur prescription médicale et dans le cadre d'un usage ciblé, garantissant à la fois l'accès aux soins pour les plus précaires et la maîtrise du risque lié à une délivrance non encadrée.

« On a une pharmacie pour dépanner mais en général on donne pas trop, à part si vraiment la personne vient avec une grosse chique à la bouche mais on donne rien d'autre que le doliprane. A part le médecin qui peut délivrer d'autres médicaments, donc on oriente quand il est là. » - IDE, HSA Strasbourg

Dans une logique d'adaptation continue aux besoins spécifiques de leur public, les HSA ont progressivement élargi leur offre interne de services en s'appuyant sur des partenariats avec des intervenants extérieurs. Cette stratégie permet de mobiliser des compétences complémentaires que les équipes des HSA ne peuvent pas toujours internaliser. À Paris, une collaboration a ainsi été instaurée avec une association de sages-femmes, qui assure des permanences au sein même de la HSA pour proposer des évaluations et un accompagnement spécifique en santé des femmes, répondant à une demande insuffisamment couverte jusque-là. À Strasbourg, une consultation de podologie a été expérimentée grâce à un financement de la CPAM, afin de traiter des problématiques fréquentes liées à la vie en rue — notamment les douleurs, lésions ou inconforts dus à la marche prolongée, à un chaussage inadapté ou à une hygiène difficilement maintenue. Cette initiative, saluée par les usagers, a donné lieu à des retours très positifs et fait aujourd'hui l'objet d'un souhait de reconduction. À Paris également, plusieurs usagers ont spontanément exprimé leur satisfaction quant à la possibilité, simple mais significative, de pouvoir bénéficier de soins de confort comme des bains de pieds lors de leur passage.

Ces dispositifs illustrent la capacité des HSA à ajuster leur réponse sanitaire et organisationnelle en fonction des réalités du terrain, en mobilisant des expertises extérieures pour compléter une offre de soins de proximité centrée sur les besoins concrets et immédiats des personnes les plus vulnérables.

D'autres réponses aux besoins en soins primaires mériteraient d'être explorées, notamment en matière de santé dentaire et ophtalmologique, afin de favoriser un accès plus systématique à ces soins pour les usagers. Si la spécificité technique et la dimension spécialisée de ces disciplines rendent peu transposable le modèle de la consultation avancée tel que pratiqué au sein des HSA, des initiatives menées dans d'autres secteurs montrent toutefois des pistes d'adaptation possibles. Ainsi, certains professionnels de santé bucco-dentaire ont développé des dispositifs d'intervention hors les murs, notamment auprès de publics en établissements médico-sociaux (personnes âgées dépendantes, personnes en situation de handicap), en s'appuyant sur du matériel mobile ou miniaturisé, ou via l'utilisation de véhicules sanitaires aménagés, leur permettant d'assurer des consultations individuelles de proximité. Compte tenu du rôle déterminant de la santé bucco-dentaire dans la prévention des infections, une telle offre apparaîtrait pleinement pertinente au sein du panel de services proposés aux usagers des HSA.

L'intégration d'un médecin généraliste au sein de la HSA a également été avancée par les professionnels pour compléter les compétences des médecins déjà en exercice en HSA (pour la HSA de Paris dotée de médecins psychiatres). Tout en soulignant la tension entre le souhait de couvrir des besoins de santé importants et de ne pas ancrer les usagers dans la HSA en termes de suivi médico-soignant.

« Je ne sais pas à quel niveau, mais peut-être c'est déjà un petit peu fait, je ne sais pas trop. Parce que les faire voir un médecin généraliste, déjà que les personnes qui ne sont pas usagères ont des fois du mal à trouver un généraliste parce qu'il n'y en a aucun qui a des places, donc peut-être c'est pas mal si ça peut être fait sur la structure. Après, peut-être faire un petit check-up, comme font les médecins généralistes une fois de temps en temps et revoir s'il y a des pathologies. » - Partenaire, Strasbourg

2) En externe des HSA, en articulation avec les services hospitaliers

Avec les services d'urgences somatiques, de réanimation médicale et le SAMU, les HSA s'inscrivent dans une dynamique de coopération. Les responsables de ces services au sein des CHU d'implantation des HSA sont en lien avec ces dernières. Les HSA sollicitent les urgences principalement en fin de journée, à leur fermeture, lorsqu'un usager nécessite une surveillance continue (sommolence post-consommation), ou pour des soins dépassant leur champ de compétence (abcès sévères, syndromes infectieux, blessures complexes). Toutefois, l'accueil réservé aux usagers des HSA au sein des services d'urgence demeure hétérogène. La taille importante des équipes et leur fort turnover représentent

des freins à une sensibilisation collective durable. En cas de comportements discriminants ou d'accueil inadéquat, la HSA de Paris sollicite par exemple directement les chefs de service ou les cadres de santé pour y remédier. Une session de formation destinée aux professionnels paramédicaux des urgences est prévue prochainement afin de leur présenter les missions de la HSA, son fonctionnement et les réalités liées à la grande précarité.

Lorsqu'une orientation vers les urgences s'avère nécessaire, les professionnels des HSA déterminent, en concertation avec l'usager et au regard de son lieu de vie, l'établissement hospitalier le plus adapté afin de maximiser les chances de l'usager d'une prise en charge cohérente et non discriminante.

À l'inverse, les liens avec les services de maladies infectieuses, les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) et d'hépatologie sont bien établis et fluides, ces derniers étant habitués à prendre en charge des patients vulnérables ou en difficulté avec des consommations de produits. Ces collaborations permettent la réalisation de bilans initiaux, la mise en route des traitements et le suivi des activités de sérologie virale. Une fois dans ces circuits de suivi des contaminations au VIH ou VHC, les usagers bénéficient d'avis spécialisés au sein de l'enceinte hospitalières via les services de maladies infectieuses (avis cardiologique, néphrologique par exemple). Ces services disposent pour certains de psychologues et de travailleurs sociaux, et rencontrent les mêmes difficultés que d'autres structures à inscrire les suivis de populations vulnérables dans une temporalité longue.

Les ELSA constituent des relais précieux permettant d'informer les professionnels des HSA de l'hospitalisation d'un de leurs usagers dans tous les services du CHU.

3) En externe des HSA, en articulation avec les soins ambulatoire et de la médecine de ville

Les médecins intervenant au sein des HSA assurent, de fait, une forme de médecine de premier recours somatique, bien que cela ne constitue pas leur mission principale. Ils interviennent principalement sur des situations aiguës — telles que des abcès, douleurs localisées ou signes infectieux — sans assurer le suivi de pathologies chroniques, pour lequel la HSA n'est pas conçue ni équipée. À Strasbourg, une réflexion est engagée pour favoriser l'inscription des usagers dans un parcours de soins de droit commun, notamment en travaillant à ce qu'ils puissent disposer d'un médecin traitant. Ce sujet, complexe, est traité dans le cadre d'une commission de décroisement de l'addictologie, en lien avec le diagnostic en cours mené par l'Observatoire Régional de la Santé. Le réseau des microstructures médicales addictions constitue une piste d'appui potentielle dans ce domaine, tant pour le suivi addictologique (évoqué précédemment) que somatique de première ligne. Toutefois, ces perspectives soulèvent des enjeux logistiques et organisationnels, notamment en matière d'accompagnement physique des usagers, de soutien dans les démarches et d'interprétariat pour les publics non francophones, sans lesquels l'accès au médecin traitant reste souvent théorique.

« Après, je pense, la problématique, c'est plus quand les gens ne se plaignent pas, comment, dans une optique un peu de dépistage, je pense qu'il y en a pas mal qui fument aussi beaucoup, qu'il doit y avoir peut-être des BPCO qui pourraient être dépistés du cancer du poumon, peut-être, ou ce genre de choses, certains qui ont un certain âge. Comment faire pour faciliter ? En fait, oui, il faudrait les amener à consulter un médecin généraliste, quoi, idéalement. » - Partenaire, Strasbourg

À ce jour, aucun partenariat formalisé n'a été établi entre les HSA et des structures de soins primaires telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles ou les centres de santé, ni avec les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui s'inscrivent dans une démarche de responsabilité populationnelle. Ces dernières ont des degrés de maturité très variables selon les territoires, et ont le choix des thématiques qu'elles souhaitent travailler en termes d'accès aux soins. Toutefois, des signaux d'intérêt émergent localement : une CPTS parisienne aurait manifesté son souhait de s'impliquer dans

le comité de pilotage dédié à la grande précarité, comité coordonné par l'hôpital Lariboisière, dans le but de contribuer à la réflexion commune sur la prise en charge des publics en grande précarité. La HSA étant partie prenante de ce comité, elles se rendront visibles de cette CPTS dans un premier temps. Cette dynamique pourrait ouvrir la voie à de nouvelles coopérations territoriales entre la HSA et des structures de soins primaires, encore à construire (population cible, nature de l'intervention), afin de faciliter l'accès aux soins primaires des usagers des HSA.

Concernant les consultations spécialisées somatiques extra-hospitalières, tant médicales que paramédicales, elles ont été peu évoquées par les professionnels et les usagers lors des entretiens. Ce qui témoigne probablement d'un recours limité en dehors des filières hospitalières. Lorsqu'une rupture de suivi est identifiée pour une pathologie somatique chronique, les médecins des HSA abordent la situation avec l'utilisateur de manière progressive, à l'occasion de plusieurs passages, dans une logique de sensibilisation et de réengagement dans le soin. Comme pour l'ensemble des orientations réalisées au sein des HSA, le principe reste celui d'une mobilisation du spécialiste jugé le plus pertinent au regard des besoins cliniques exprimés ou observés.

Les HSA ne disposent à ce jour d'aucun conventionnement spécifique avec les pharmacies de ville. Les usagers disposant de droits ouverts à l'assurance maladie se rendent eux-mêmes en officine munis de leur ordonnance, selon les modalités habituelles. Pour les situations où cette orientation n'est pas possible — notamment en cas d'absence de couverture sociale ou de ressources — la pharmacie interne des HSA, comme évoqué précédemment, permet de délivrer ponctuellement des médicaments de premier recours, dans le respect d'une prescription médicale encadrée.

Enfin, chaque HSA a établi un partenariat conventionné avec un laboratoire d'analyses médicales de proximité. Les prélèvements sanguins acheminés répondent à des indications précises, bien que **cette activité demeure quantitativement limitée** (à titre d'exemple, la HSA parisienne réalise environ une dizaine de bilans biologiques par mois) et concerne exclusivement des usagers disposant de droits à l'assurance maladie (PUMa ou AME), les structures ne disposant pas des ressources financières pour couvrir le coût des analyses. En l'absence de droits, les usagers sont réorientés vers les services d'urgence pour la réalisation de ces examens. **La quasi-totalité des prélèvements est effectuée dans le cadre du suivi ou du diagnostic de l'hépatite C.** A Paris, le laboratoire partenaire a été sensibilisé à la complexité du prélèvement chez les usagers de la HSA : difficultés à ponctionner, à remplir les tubes, nécessité de garantir une traçabilité optimale pour éviter toute perte d'échantillon. En effet, le risque de démobilité de l'utilisateur est important en cas d'échec de prélèvement. En raison des enjeux (prélèvement difficile, bilan VHC), ces laboratoires font preuve de souplesse, en acceptant les prélèvements sur de faibles volumes et en adaptant leurs pratiques pour soutenir les actions des HSA, dans une logique de coopération engagée. Ce partenariat participe à l'intégration des HSA dans une logique de premier recours ciblé, tout en s'inscrivant dans une coordination plus large avec les structures partenaires.

iv. La coordination des parcours

La coordination des parcours constitue un axe central du fonctionnement des HSA par son intensité. Elle s'avère essentielle pour maintenir les usagers dans une dynamique de soins et éviter les nombreuses ruptures auxquelles ils sont exposés.

« Ceux qui fréquentent la salle de shoot sont plutôt dans ce style de besoin, de haut besoin et grande précarisation globale, physique, psychique, psychosociale et épuisement des structures et difficultés qui existent de coordination entre des structures dites entre guillemets de droits communs et des structures ou des points de structuration à haute tolérance. » - Partenaire, Strasbourg

1) En interne des HSA

Globalement la coordination des parcours déployée par les HSA est de qualité et d'intensité importante, et adapté aux objectifs poursuivis et au positionnement adopté par ces structures. Cette coordination repose sur plusieurs leviers internes. Chaque HSA dispose d'un système d'information structuré, propre à l'organisme gestionnaire, mais conçu de manière à garantir un partage sécurisé des données et une coordination fluide des prises en charge en interne. Des temps d'équipe pluriquotidiens et hebdomadaires permettent de revenir collectivement sur les situations en cours, d'harmoniser les postures professionnelles et d'ajuster les accompagnements. Des ressources humaines dédiées à la coordination sont également mobilisées : chaque site dispose d'un coordinateur médical ou infirmier – à Strasbourg, ce rôle est intégré à l'organisation plus large d'Ithaque – ainsi que d'un infirmier référent parcours, chargé de structurer les liens avec les partenaires extérieurs et d'assurer la continuité des soins. Par ailleurs, des protocoles d'intervention pluriprofessionnels précisent les différentes étapes du parcours de l'utilisateur au sein de la HSA : déroulement de l'entretien d'admission, règles d'hygiène, conduite à tenir en cas de surdose, etc. De façon moins formalisée, les relais internes entre professionnels permettant le suivi des situations des usagers fonctionnent.

Toutefois, à l'échelle individuelle, **les usagers ne peuvent être inscrits dans un plan personnalisé de soins formel, tel que défini pour les maladies chroniques** ou un plan d'actions. Ce type d'outil n'est pas transposable aux publics accueillis, en raison de parcours de santé non linéaires, d'une capacité d'adhésion fluctuante, et de la difficulté à faire émerger une demande explicite de soins dès les premières rencontres. **D'autre part, les HSA ne s'inscrivant pas une logique de suivi au long cours des pathologies chroniques, ce type d'outil n'est alors pas pertinent.**

Malgré la précarité et l'instabilité qui caractérisent une large partie du public accueilli, les équipes des HSA parviennent, dans de nombreux cas, à engager les usagers dans des démarches structurées autour de leur santé. Cela peut se traduire par la réalisation de bilans de santé, la proposition de dépistages ciblés ou encore la mise en place de traitements spécifiques, notamment pour l'hépatite C. **Ces projets de soins, construits de manière progressive et adaptée au rythme de l'utilisateur, témoignent de la capacité des HSA à mobiliser une adhésion sur des enjeux de santé à moyen terme, malgré un contexte marqué par la rupture, la défiance et l'urgence sociale.**

2) En externe des HSA

La coordination des parcours au sein des HSA permettant l'articulation avec les services de santé externe se heurte à trois principaux freins systémiques : la difficulté à structurer une demande de soins explicite chez les usagers, la saturation chronique des structures de droit commun, et des paradigmes institutionnels parfois peu adaptés aux publics en grande précarité ou usager de drogues.

Ces difficultés ne sont pas spécifiques, ni générées par la nature des HSA. Elles sont communes à d'autres dispositifs dédiés aux usagers de drogues, à la grande précarité, voire aux maladies chroniques de façon générale pour certaines.

Dans ce contexte, les HSA déploient un ensemble d'actions pour fluidifier les parcours et limiter les risques de rupture, notamment aux interfaces critiques entre la ville et l'hôpital. Cela se traduit par la récupération proactive des comptes rendus d'hospitalisation et autres documents de suivi, la collaboration avec les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (ELSA), comme prévu dans les cahiers des charges, ainsi que par l'accompagnement physique des usagers lors d'orientations vers d'autres structures, incluant si nécessaire un soutien à la médiation, la traduction pour les usagers allophones, ou encore un appui relationnel pour sécuriser la rencontre avec l'équipe d'accueil.

Certaines dynamiques convergent : à Paris comme à Strasbourg, des temps de coordination formalisés existent, tels que la réunion précarité de l'hôpital Lariboisière ou les réunions de veille sociale, auxquels participent les coordinateurs ou chefs de service des HSA. Par ailleurs, des conventions partenariales sont régulièrement établies afin d'organiser les flux et sécuriser les relais. Les ARS jouent ici un rôle structurant de facilitation et de soutien à la construction de ces partenariats territoriaux. Le système

d'information partagé avec les CSAPA, de même qu'une organisation interne stabilisée, facilitent la continuité des soins et l'échange d'informations.

L'accompagnement physique des usagers vers d'autres structures reste, malgré son efficacité, difficile à systématiser faute de ressources humaines suffisantes. Il répond pourtant à des besoins clairement identifiés, notamment pour soutenir les usagers les plus désorganisés et/ou désaffiliés, renforcer leur engagement, et favoriser la tenue des rendez-vous. Ce type d'accompagnement est particulièrement crucial lorsque les structures partenaires ne sont pas spécialisées dans l'accueil de publics à besoins complexes.

En effet, les efforts de coordination déployés par les HSA varient en fonction du type de structure partenaire mobilisée :

- Les dispositifs médico-sociaux et à haute tolérance sont généralement mieux préparés à accueillir des publics très désorganisés, aux besoins multiples et difficilement intégrables dans les dispositifs de droit commun. Ces structures disposent le plus souvent de professionnels formés — travailleurs sociaux, psychologues, interprètes — ainsi que d'une organisation souple, tolérant notamment les rendez-vous non honorés. Dans ce cadre, l'enjeu principal pour les HSA est d'éviter les redondances dans les prises en charge et d'assurer, lorsque nécessaire, un accompagnement physique afin de faciliter la continuité du parcours.
- En revanche, d'autres structures, dont ce n'est pas la vocation première, peuvent ponctuellement adapter leur fonctionnement pour accueillir un usager aux besoins spécifiques. Ces ajustements sont souvent le fruit de réflexions partagées avec les équipes des HSA, permettant d'élaborer des réponses sur mesure. Dans ce cas, le rôle des HSA est essentiel pour accompagner la structuration d'une demande parfois diffuse ou perçue comme incohérente, soutenir les professionnels partenaires déjà fortement sollicités, et assurer une médiation constante entre les attentes des structures et les capacités réelles des usagers à s'y inscrire.

Enfin, les HSA accueillent une proportion significative d'usagers non francophones, en particulier russophones, et ont mis en place des dispositifs d'interprétariat. À Paris, ce service est assuré en interne par des professionnels bilingues, notamment des travailleurs sociaux. À Strasbourg, une contractualisation avec Migration Santé Alsace permet la présence régulière d'interprètes professionnels sur des plages horaires définies. Ce fonctionnement, affiné par des échanges réguliers avec les équipes, reste cependant à renforcer : les interprètes ne sont pas encore intégrés aux réunions d'équipe, ce qui limite parfois la cohérence d'ensemble de l'accompagnement.

d. Conclusion et préconisations sur l'axe parcours de santé

Les HSA, issues de l'évolution des SCMR, ont pour objectif d'intégrer une logique de parcours de santé pour des publics en grande précarité. Ces dispositifs médicalisés intègrent des professionnels formés aux enjeux de santé et reposent sur une articulation forte avec les structures de réduction des risques, les CSAPA, les CAARUD et les services hospitaliers. Leur modèle, de bas seuil, vise à offrir un accès à des soins somatiques, psychiatriques et addictologiques à des personnes très éloignées des dispositifs de droit commun.

Les HSA facilitent l'accès aux soins par un accueil inconditionnel, des consultations non programmées, des permanences infirmières, et des interactions facilitées avec les professionnels. La première entrée dans le dispositif se fait souvent par bouche-à-oreille, les CAARUD, ou des maraudes. L'équipe pluridisciplinaire initie une prise en charge adaptée à la temporalité de l'utilisateur, à ses demandes parfois déstructurées, et à ses besoins, souvent multiples. Mais toujours dans une logique d'accompagnement individualisé, afin d'engager au maximum l'utilisateur dans un parcours.

Les soins prodigués incluent la gestion des plaies, des surdoses, la prescription de traitements (notamment pour le VHC), la RdRD en lien direct avec les pratiques de consommation, et des actions de prévention et d'éducation à la santé. L'activité psychiatrique se déploie dans une logique de lien et de confiance, avec des consultations flexibles et un accompagnement orienté sur l'initiation du soin et du parcours. La coopération avec les urgences, le SAMU, les services de maladies infectieuses ou psychiatriques permet de garantir la continuité des soins, malgré des tensions structurelles (disponibilité des lits, saturation des services).

En matière de coordination, les HSA se distinguent par leur intensité d'action : système d'information partagé, temps de coordination réguliers, protocoles pluriprofessionnels, récupération des documents médicaux et accompagnement physique des usagers vers les structures partenaires. L'accompagnement social est également central : ouverture de droits à la sécurité sociale, accès à l'hébergement, ou réponses aux besoins fondamentaux. Des partenariats ponctuels avec sages-femmes, podologues ou structures de droit commun enrichissent l'offre.

Enfin, les HSA agissent comme des relais pertinents pour les publics les plus désaffiliés, en leur offrant un espace d'accueil, de repos, de socialisation et de reconnexion à la santé, en mobilisant des dispositifs adaptés et une approche de santé publique inclusive et pragmatique.

Plusieurs pistes de réflexion peuvent être actionnées directement pour renforcer l'impact des HSA sur les parcours de santé des usagers :

- En cas de pérennisation des dispositifs existants : un repositionnement stratégique à clarifier. Il conviendra de déterminer collectivement si l'on souhaite faire évoluer les HSA vers un modèle plus médicalisé, ou si le niveau actuel de médicalisation des HSA est à maintenir dans la mesure où il atteint des populations éloignées du soin malgré certaines limites. Cette décision permettrait d'orienter l'organisation interne, les partenariats, ainsi que les objectifs cliniques et sociaux de ces structures. Il est également possible de laisser la flexibilité permise par le cahier des charges actuel, pour une meilleure adaptation aux besoins locaux et aux possibilités de partenariat sur le territoire.
- Formaliser les profils d'usagers et les dynamiques de parcours : un premier travail de modélisation gagnerait à être mené afin de mieux comprendre les profils des usagers, leurs besoins différenciés, et les trajectoires de santé qu'ils empruntent dans ou via les HSA. Cette démarche permettrait d'explicitier ce qui relève aujourd'hui de l'implicite ou du ressenti professionnel : typologies de parcours, modalités d'entrée ou de sortie, facteurs de réussite ou de rupture, séquences clés, temporalités moyennes, etc. Tous les professionnels rencontrés dans le cadre de ce travail ont formulé spontanément des profils d'usagers et de parcours, des ressentis concernant leurs pratiques. Les HSA et leurs partenaires semblent être à un niveau de maturité aujourd'hui adéquat pour réaliser une première capitalisation de leurs expériences respectives.
- Renforcer l'engagement des soins primaires de proximité au-delà du médecin traitant. En accord avec ce qui a pu être exprimé par certains professionnels, il est préconisé d'élargir la réflexion aux acteurs du premier recours dans leur diversité : dentistes, gynécologues, sages-femmes, ophtalmologues. À ce titre, le transfert de la consultation de podologie expérimentée à Strasbourg vers Paris pourrait être étudié, dans la mesure où le besoin est également présent parmi les usagers de la HSA de Paris.
- Poursuivre l'interconnaissance avec les dispositifs de proximité déjà investis sur la grande précarité. Et initier le lien avec les professionnels de santé de premier recours au sein des instances locales de coordination précarité (réunions interinstitutionnelles, comités de veille, etc.) permettrait de favoriser la connaissance mutuelle, et d'amorcer à moyen-terme une

réflexion collective sur les interventions à minima pouvant être déployées auprès des usagers des HSA.

- Associer les acteurs de la responsabilité populationnelle à moyen-terme aux réflexions sur les parcours des usagers des HSA en soins de premier recours : les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), lorsqu'elles existent et s'organisent, pourraient être sollicitées pour co-construire une réponse adaptée aux besoins de santé des usagers de HSA, en cohérence avec leur mandat de coordination et d'amélioration de l'accès aux soins. Des premières manifestations d'intérêt pour le sujet de la grande précarité semble avoir été exprimé à Paris dans l'environnement immédiat des HSA. En cas de passage dans le droit commun, ou de lancement de nouvelles HSA, cette première réflexion pourrait être structurante et modélisante.
- S'appuyer sur le maillage des microstructures médicales addictions pour faciliter l'accès aux soins addictologiques dans les organisations de premier recours : le suivi de l'évolution réglementaire et opérationnelle en cours des microstructures médicales addictions pourrait permettre de consolider leur mobilisation à Strasbourg, et de soutenir l'émergence de dispositifs similaires dans les secteurs d'implantation des HSA (à Paris notamment). L'implication des CSAPA et CAARUD gestionnaires serait ici un levier essentiel pour favoriser l'implication des médecins généralistes.
- Expérimenter de nouvelles modalités de soins mobiles éventuellement pour renforcer l'accès aux soins primaires. Deux pistes pourraient être testées :
 - Le lancement de consultations bucco-dentaires ou ophtalmologiques mobiles au sein de la HSA, sur le modèle des dispositifs existants en EHPAD ou établissements médico-sociaux.
 - La mise en place d'un guichet santé avancé en lien avec un centre de santé, sur des créneaux réguliers (par exemple, bimensuels), permettant d'assurer un suivi somatique de premier recours.
- Améliorer le suivi des parcours de santé : il serait pertinent d'une part d'élaborer des indicateurs de suivi transversaux interstructures en nombre limité, au-delà du seul suivi des orientations vers les CSAPA, pour mieux documenter les trajectoires de soins et identifier les points de rupture. D'autre part, l'expérimentation d'outils simplifiés de plan de soins individualisé, spécifiquement adaptés aux parcours non linéaires et à l'expression fragmentée de la demande, permettrait un meilleur ancrage du suivi tout en respectant les spécificités de cette population.

C. Tranquillité publique

Rappel de la question évaluative : Quelle est l'évolution de la perception de la tranquillité publique aux abords des HSA en activité depuis 2021 ?

La problématique de la gestion de la tranquillité publique constitue une dimension essentielle du dispositif des HSA. Dans ce cadre, le cahier des charges national relatif aux HSA¹¹, rappelle la nécessité de prendre en compte les réalités sociales et territoriales dans lesquelles chaque structure s'inscrit.

Le choix du lieu d'implantation doit ainsi s'appuyer sur des données locales spécifiques, telles que le nombre d'utilisateurs actifs, les produits consommés, les modes de consommation et leur fréquence, tout en tenant compte de l'environnement social immédiat. La finalité est de rapprocher la HSA des lieux de consommation afin de limiter les nuisances publiques là où elles sont les plus tangibles. Le cahier des charges précise également un ensemble de missions en lien avec cette question de la tranquillité publique. Ainsi les HSA sont tenues d'organiser des maraudes afin d'aller à la rencontre des utilisateurs, de participer à des actions de médiations avec les riverains et les commerçants, ainsi que de mettre en œuvre des actions de ramassages des déchets liés à la consommation de drogues – tels les seringues usagées-, et de préventions des possibles nuisances, en coordination avec les services de voirie et les forces de l'ordre. Au sein de chaque structure, un protocole d'accompagnement des utilisateurs doit être élaboré de manière concertée, incluant des modalités de coopération avec les services de police, de gendarmerie, les autorités judiciaires et les services municipaux. Enfin, il est également prévu qu'un poste spécifique d'agent de sécurité et de médiation soit créé pour assurer la prise en charge de ces enjeux au sein du dispositif.

a. Contexte d'implémentation

i. Paris

1) Situation géographique et cadre urbain immédiat

La HSA de Paris a été ouverte, dans le 10^e arrondissement, au sein de l'hôpital Lariboisière et à proximité de deux grandes gares : Gare du Nord et Gare de l'Est. Le quartier se caractérise par une densité urbaine élevée. Le 10^e arrondissement a l'une des plus fortes densités de population de France, avec 28 907 habitants au km² en 2021 (INSEE, 2025), et est également un centre de transit, traversé quotidiennement par plusieurs centaines de milliers de personnes via le métro, le RER, et les trains nationaux/internationaux.

L'environnement urbain de la HSA est marqué par une superposition de différents flux de déplacements (professionnels, résidents, touristes, sans-abris, migrants). La localisation de la HSA au sein d'un quartier densément peuplé, et socialement fragmenté, conduit à une coexistence de multiples publics au sein de l'espace urbain. Cette situation présentée comme complexe par une majorité des acteurs interrogés, peut être source de tensions occasionnelles dans les usages de l'espace public, qui dépassent le cadre de la seule problématique de la HSA.

2) Profils socioéconomiques du quartier

La population du 10^e arrondissement de Paris se caractérise par une proportion légèrement plus élevée de cadres et de professions intellectuelles supérieures que la moyenne parisienne (35,4 % contre 30,5 %). En revanche, la part d'ouvriers et d'employés y est quasiment équivalente à celle observée à l'échelle de la capitale (15,4 % dans le 10^e arrondissement, contre 15,5 % pour l'ensemble de Paris) (INSEE, 2025). Des dynamiques de gentrification ont été observées dans certaines parties de

¹¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045207066>

l'arrondissement, avec l'arrivée ces dernières années d'une population plus aisée, des investissements et des valeurs immobilières à la hausse. Les riverains que nous avons interrogés ont également fait part d'une augmentation selon eux des investissements locatifs et notamment des locations à court terme.

L'arrondissement se distingue néanmoins par de forts contrastes sociaux. Le taux de chômage y atteint 12,7 % des actifs âgés de 15 à 64 ans, contre 11,9 % en moyenne à Paris, et 17,4 % des ménages vivent sous le seuil de pauvreté, contre 15% pour l'ensemble de la capitale (Pan local d'urbanisme de la Ville de Paris (PLU) 2021).

Le quartier est également historiquement un point de convergence pour les populations les plus précaires, sans-abris et sans-papiers : certains lieux constituent ainsi des premiers points de fixation sur le territoire Français pour certaines populations de migrants (PLU de la Ville de Paris, 2021).

3) Sécurité publique, trafic et usage de drogues dans le quartier

Le secteur dans lequel est implanté la HSA est historiquement connu pour abriter des scènes ouvertes de consommation de drogues. Les injections/consommations et les trafics de drogues illicites sont documentés (Auriacombe et al., 2021 ; Marchant, 2021) dans ce quartier, depuis le début des années 1990.

Les chantiers de rénovation urbaine autour des gares ces dernières années, ont contribué à faciliter la circulation et à désenclaver certaines rues et passages. Les entretiens que nous avons effectués donnent à voir que cela a favorisé le sentiment de sécurité chez certains riverains, tout en visibilisant davantage la présence de certaines populations précaires.

Les membres des forces de polices interrogés nous ont fait part que tous les indicateurs de délinquance enregistrés dans le quartier sont en baisse depuis 2019, y compris les agressions, les dommages matériels et les vols. Ils notent toutefois que cette tendance correspond à une dynamique plus large à Paris et à une présence policière accrue liée à l'organisation des Jeux olympiques de 2024 et encore à l'œuvre.

4) Accessibilité de la HSA

Outre les populations usagères historiquement présentes dans le quartier avant l'ouverture de la HSA en 2016, les professionnels de la HSA, certains riverains, ainsi que des acteurs partenaires font état qu'un pourcentage non négligeable d'utilisateurs viennent d'autres arrondissements de la ville voire de zones plus périphériques afin d'accéder aux services offerts par la HSA.

Cette attractivité de la HSA, en grande partie liée au caractère unique du dispositif sur le territoire parisien, a pu apparaître comme source d'inquiétude pour certains riverains, et comme contribuant à exacerber les problématiques d'incivilité, de tranquillité publique et d'insécurité dans le quartier.

ii. Strasbourg

1) Situation géographique et cadre urbain immédiat

La HSA de Strasbourg est située sur le quai Menachem Taffel au sein des HUS, en périphérie de la ville. La HSA a été positionnée pour minimiser les frictions avec les riverains, compte tenu de l'absence de logements dans son environnement immédiat (Auriacombe et al., 2021), et du fait qu'elle est isolée du reste des établissements hospitaliers. L'entrée dans la HSA se fait par un accès spécifique. L'organisation spatiale du site – en retrait de la rue, entouré de clôtures la séparant de l'hôpital, contribue à limiter les conflits et tension autour de la circulation et des usages de l'espace public. Les modalités d'implémentation de la HSA sont décrites par l'ensemble des acteurs interrogés comme ayant contribué à minimiser les controverses autour de l'ouverture du dispositif. La distance physique par rapport aux zones résidentielles denses a contribué à l'acceptabilité sociale de la HSA (Auriacombe et al., 2021). Aucune opposition importante n'a été observée au cours de son déploiement ou ces

dernières années. Le choix du lieu d'installation de la structure a aussi été fait de cette façon car Strasbourg n'avait pas de scène ouverte de drogues connue.

2) Accessibilité de la HSA

Les HUS favorisent une accessibilité de la HSA par les transports publics (tramway et bus), alors même que celle-ci est éloignée des zones résidentielles, en restant à relative proximité du centre-ville (environ 15 minutes à pied). Le rapport de l'Inserm (Auriacombe et al., 2021) fait état que cette configuration géographique, combiné à un espace urbain beaucoup moins important que celui de la ville de Paris, permet aux usagers de venir des différents quartiers de la ville de Strasbourg.

iii. Deux contextes de mise en œuvre contrastés

Les contextes urbains et socio-économiques des deux HSA diffèrent considérablement, et ces différences doivent être prises en compte pour comprendre les dynamiques observées depuis l'ouverture des dispositifs ainsi que leur intégration dans leur environnement local. Ainsi, la HSA de Paris est située dans un quartier à haute densité urbaine, à proximité de deux des gares ferroviaires les plus fréquentées d'Europe, et socialement fragmenté. La HSA de Strasbourg est quant à elle, située à l'écart de tout tissu résidentiel dense. La HSA semble peu connue du grand public, d'après les entretiens menés à Strasbourg.

A Paris, la proximité avec les riverains a conduit à des expériences directes de cohabitation. Les riverains interrogés décrivent des problèmes antérieurs à l'ouverture de la HSA liés à la consommation de drogues dans l'espace public, à la présence de matériel usagés ou en encore au trafic de substances illicites, en reconnaissant des améliorations depuis la création de HSA, nous y reviendrons. Les collectifs de riverains opposés à la pérennisation du dispositif semblent au contraire porter un discours faisant valoir que l'ouverture de la HSA a contribué à accentuer la présence de personnes investissant les espaces publics aux abords de la HSA, dans le cadre de mode d'occupation illicites et parfois source de victimisation pour les riverains.

A Strasbourg, la création de la structure n'a pas été source de tension, ni pour les professionnels des HUS, ni pour les patients ou leurs visiteurs. L'absence de riverains à proximité de la HSA a contribué à favoriser l'acceptabilité sociale du dispositif. Les acteurs interrogés soulignent que le dispositif n'a pas été source de tension.

Caractéristiques	Paris	Strasbourg
Localisation	Quartier urbain dense et mixte	Campus hospitalier en périphérie de la ville
Proximité avec les riverains	Directe	Pas de riverains dans les environs immédiats
Visibilité dans l'espace public	Forte	Faible
Volume d'usagers et attractivité	Volume élevé et attractivité qui semblerait importante	Volume moindre
Controverses	Contestations et forte visibilité dans le discours médiatique	Pas de contestations et une faible publicisation du dispositif

b. Un espace sécurisé pour des publics vulnérables

Les HSA sont spécifiquement conçues pour accueillir des populations très vulnérables, et les données montrent qu'une très grande majorité des usagers sont des personnes sans domicile fixe, dans un logement instable ou bénéficiant de dispositif d'accueil.

De nombreuses recherches montrent que les personnes sans domicile font partie des populations les plus exposées à la violence dans les espaces publics (Hopper et al. 2008), et à la victimisation par d'autres personnes en situation de précarité. Les sans-abri - en particulier ceux qui consomment de la drogue - sont confrontés à des niveaux de violence et d'insécurité extrêmement élevés dans les environnements publics urbains (McNeil et al, 2014). Leur manque d'accès à des espaces privés et protégés les oblige à se réfugier dans des lieux vulnérables tels que les rues, les parcs et les bâtiments abandonnés. La visibilité publique des personnes sans domicile en fait souvent des cibles d'agression physique et de vol. L'étude de McNeil et al. (2014) a révélé que les usagers de drogues sans domicile connaissent des taux plus élevés de violence et d'agression sexuelle, en particulier dans les espaces publics où ils sont obligés de s'injecter sous la pression du temps, dans des conditions insalubres et avec peu de possibilités de protection ou de respect de la vie privée. En outre, les femmes sans domicile qui consomment des drogues sont particulièrement exposées à la violence sexuelle et à l'exploitation sexuelle (Benoit et al, 2015). Enfin, les études montrent que nombre d'usager fréquentent les salles de consommation à moindre risque également pour bénéficier d'un « *refuge temporaire* » (Wood et al, 2006). Les entretiens menés auprès des usagers de la HSA de Paris et de Strasbourg confirment cette fonction des HSA.

Les HSA fonctionnent comme « *points d'entrée à bas seuil* » (Jauffret-Roustide, 2019), offrant souvent le seul espace stable et sécurisé dans la vie quotidienne des personnes à la fois sans-abri et usager de drogues. Ainsi les HSA ont pour fonction d'être des environnements protecteurs, offrant sécurité et répit par rapport à l'exposition à la violence dans l'espace public :

- Ces lieux abritent les individus de la violence, y compris les agressions interpersonnelles et les formes institutionnelles de maintien de l'ordre.
- Les HSA offrent un espace d'accueil inconditionnel faisant l'objet d'une régulation par des professionnels formés, qui réduit considérablement le risque de violence et d'agression lors des temps de consommation.
- Le règlement intérieur permet d'explicitier le cadre aux usagers.
- Les HSA permettent aux individus qui sont régulièrement marginalisés de pouvoir bénéficier sans condition d'un espace propre et sécurisé où ils peuvent se reposer et avoir des interactions sociales.

c. Consommations et déchets dans l'espace public

Avec 350 passages par jour en moyenne dans la HSA de Paris, ce sont autant d'injections qui ne sont potentiellement pas réalisées dans l'espace public, avec pour chacune d'entre elles le risque que le matériel usagé soit abandonné sur la voie publique. Le rapport de l'Inserm (2021) estime ainsi que depuis sa création en 2016, la HSA a permis d'éviter plus de 200 000 injections sur la voie publique.

Les données empiriques communiquées par l'entreprise en charge de la gestion des sanitaires publics à Paris vont dans le sens de ces résultats. En 2023, les professionnels en charge du nettoyage des sanitaires publics situés à proximité de la HSA, rendaient compte d'une moyenne de 1,43 matériels d'injections usagés ramassés quotidiennement pour 67 passages dans le sanitaire par jour en moyenne. En 2024, bien que le nombre moyen de passage ait augmenté, avec 78 personnes par jour, le nombre moyen de matériels d'injections usagés ramassés a diminué à 0,96 par jour. Ces chiffres

traduisent une diminution significative du nombre de matériels abandonnés par les usagers de drogue dans ces lieux, malgré une fréquentation accrue.

Cette réduction est corroborée par les données qualitatives provenant d'entretiens que nous avons menés avec divers acteurs (professionnels de la HSA, riverains, fonctionnaires, policiers...). Tous signalent une diminution notable des déchets liés à la consommation de drogue depuis la création de la HSA. Le HSA de Strasbourg a également démontré des résultats positifs. Les différents acteurs ont tous signalé une diminution du nombre de déchets à proximité de la HSA ces dernières années. La concordance entre les données chiffrées et les observations qualitatives semble confirmer le constat d'amélioration de la propreté urbaine autour des HSA, ainsi que les effets du dispositif sur les pratiques des usagers.

Ces résultats corroborent les nombreuses études qui ont démontré l'efficacité de ce type de dispositif dans la réduction significative de la présence de déchets liés à la consommation de drogue sur la voie publique (Wood et al, 2004 ; Potier et al, 2014 ; Auriacombe et al., 2021). Les études internationales et françaises montrent que les salles de consommation à moindre risque :

- Réduisent la visibilité et la fréquence de la consommation de drogues dans les espaces publics
- Réduisent la présence de seringues et de déchets liés à la drogue dans les espaces publics
- Améliorent la perception de la propreté
- Réduisent la charge de travail des services municipaux et privés de nettoyage

iv. Travail d'hygiène fait par les équipes des HSA

1) Paris

Dans le contexte urbain dense et résidentiel du quartier de la Gare du Nord à Paris, le travail de maraude mis en œuvre par les professionnels de la HSA revêt une grande importance.

Les travailleurs sociaux de la HSA effectuent quotidiennement des rondes dans les rues adjacentes à la structure afin de repérer et de ramasser les déchets liés à la consommation de drogues.

Au-delà de ces actions dans l'environnement immédiat de la HSA, des maraudes sont organisées à une échelle plus large, en lien avec les gares du secteur Nord-Est parisien. Une maraude dans l'enceinte de la Gare du Nord est assurée quotidiennement par les professionnels de la HSA, dans le cadre d'un partenariat avec la SNCF. Ce partenariat permet à l'équipe d'accéder à des zones non accessibles au grand public où peuvent s'accumuler des déchets.

En complément de ces maraudes de terrain, les professionnels de la HSA ont mis en place un dispositif de communication direct à destination des riverains, commerçants et gardiens d'immeuble. Une ligne téléphonique dédiée qui permet à ces acteurs de signaler rapidement la présence de déchets liés à l'usage de drogue dans les halls d'immeubles, les cours privées ou sur l'espace public. Les professionnels de la HSA peuvent ainsi intervenir pour procéder à un ramassage, mais aussi, si nécessaire, pour engager un dialogue de médiation.

2) Strasbourg

À Strasbourg, le travail de maraude réalisé par les professionnels de la HSA, revêt des spécificités directement liées à son lieu d'implantation. Contrairement au site parisien, la HSA de Strasbourg ne se situe pas dans un tissu résidentiel dense, mais dans un périmètre hospitalier sans riverains directs. Cette configuration particulière oriente le travail de maraude vers une gestion de l'environnement hospitalier immédiat, avec une attention particulière portée aux relations avec les différents services hospitaliers et aux enjeux de cohabitation, de coordination et de reconnaissance au sein de l'établissement de santé.

Les maraudes sont organisées régulièrement par l'équipe de la HSA. Elles consistent principalement à circuler dans le périmètre de l'hôpital, notamment sur le parking attenant, afin d'identifier et ramasser les déchets liés à l'usage de drogues, en particulier les seringues usagées. Mais au-delà de cette dimension matérielle, les professionnels investissent ces moments comme des occasions d'échanges avec les autres services de l'hôpital, notamment les équipes de sécurité, d'accueil et de soins spécialisés. Ce travail de médiation est essentiel pour s'assurer que les professionnels des HUS fassent appel à la HSA en cas de déchets liés à la consommation :

« On va rencontrer les services hospitaliers, on se rend visible, on montre qu'on est là. Avec le service de prévention et de sécurité de l'hôpital, on va se rendre visible avec l'accueil de l'hôpital, avec la clinique du sommeil pour prendre le pouls, voir ce qui se passe pour eux et on ramasse des seringues quand on en trouve. » - Encadrement, HSA Strasbourg

Ainsi, un professionnel faisait part de l'importance de maintenir des échanges réguliers avec l'accueil général de l'hôpital, pour qu'ils signalent la présence de matériel abandonné, notamment dans les toilettes ou certains lieux désaffectés, ou de prévenir les professionnels de la HSA en cas d'usagers ayant des comportements inappropriés dans l'enceinte de l'hôpital.

« Quand on fait des maraudes, on passe au NHC¹² à l'accueil, quelques usagers connus aussi vont aussi aux toilettes de l'accueil quand on est fermé. L'accueil nous appelle alors quand il y a des seringues. On garde le contact, on rappelle qu'ils peuvent nous appeler si des usagers font la manche dans l'hôpital. » - IDE, HSA Strasbourg

v. Perceptions de l'évolution de l'hygiène du quartier

3) D'après les professionnels des HSA et leurs partenaires

Dans les deux villes où sont implantées les HSA, l'ensemble des professionnels interrogés – qu'ils soient issus des équipes de HSA, des institutions partenaires, ou de services techniques et de sécurité – s'accordent sur un constat commun : la mise en place des HSA a entraîné une diminution visible des déchets liés à l'usage de drogues dans l'espace public.

Au-delà des actions de ramassage de déchets, ces constats suggèrent une intériorisation progressive par les usagers des normes de sécurité sanitaire, probablement favorisée par les actions de sensibilisation menées par les professionnels.

« La salle a eu un vrai impact sur la présence des usagers dans la gare, la présence de seringues. Avant, j'avais carrément une DASRI¹³ dans mon sac lors des maraudes. Aujourd'hui, si j'en ramasse 3 dans l'année, c'est énorme. » - SNCF, Paris

« Je pense que vu qu'on existe, toutes les seringues qui sont dans nos DASRI en salle, ne se retrouvent pas ailleurs. Les usagers disent qu'ils les jetaient dehors avant et qu'ils voient moins de seringues. Y'en a qui partent avec des DASRI et reviennent quelques semaines après avec des DASRI remplis. Ya pas mal de seringue qui nous reviennent donc moins de risque pour les personnes de se piquer » - IDE, HSA Strasbourg

« Notre gros problème, on trouve, on trouve alors on trouve énormément de matériaux qui sert à la consommation sur le site. Aujourd'hui, dans les bouches d'égout, dans les recoins. Avant, on en trouvait beaucoup plus, mais on leur faisait remonter aussi que et en leur joignant des photos en leur disant voilà, on a encore trouvé sensibiliser peut-être un peu plus à qui les jettent dans des poubelles qui protègent bien les seringues. (...) Nos services techniques ont l'habitude

¹² Nouvel Hôpital Civil : il s'agit des bâtiments des HUS.

¹³ Déchets d'activités de soins à risques infectieux. Il s'agit des boîtes de collecte de ce type de déchets.

à certains endroits d'en retrouver, donc ils prennent des protections avant. Et après, oui, pour parler honnêtement, oui, je pense que ça a quand même diminué. Ils ont quand même fait pas mal d'efforts. Je pense qu'eux en interne, ils ont quand même déjà dû pas mal, pas mal sensibiliser, leurs consommateurs par rapport à ça. » - Service de sécurité, Strasbourg

Ces différentes parties prenantes partagent le ressenti que les actions de sensibilisation menées auprès des usagers sont efficaces.

4) D'après les forces de l'ordre

Les différents membres des forces de l'ordre interrogés s'accordent sur le fait que les HSA ont contribué selon eux à une diminution des pratiques de consommations dans l'espace public. Ils soulignent tout d'abord que la HSA permet d'offrir un espace de consommation à des usagers, qui pour une grande partie d'entre eux sont dans des situations de sans-abrisme.

« C'est sûr que les populations qui sont SDF consommeraient fatalement dans la rue. Et je pense qu'effectivement, ça permet à certaines consommations de ne pas se faire sur la voie publique. Enfin, quand on regarde les registres de fréquentation de la salle, alors que nous sur la voie publique, on en constate assez peu fort heureusement d'ailleurs. Oui, très honnêtement, je pense que ça doit avoir un rôle, puisqu'une partie du public que la salle accueille est désocialisé et pour certains SDF, donc ce public, a minima, consommerait dans la rue. » - Police Nationale, Strasbourg

« Plus de 70000 injections par an dans la salle de consommation. Dites-vous que si ces scènes d'injection, demain, se retrouvent dans l'espace public, ça va générer à nouveau, les effets que l'on connaît. » - Police Nationale, Paris

Les acteurs rendent compte également d'une réduction du nombre de seringues retrouvées dans les espaces publics autour des HSA, tout en reconnaissant que la problématique n'a pas totalement disparu.

« Il y a moins de seringues qu'avant. On en trouvait beaucoup dans les jardins et donc il y a le jardin, le Square. À côté de l'Église dont je vous parlais et il y a en moins. Il y a moins de découvertes de seringues. Alors bon, les jardiniers en trouvent aussi, ça n'a pas disparu, mais il y en a moins. » - Police Municipale, Paris

« Mais globalement. Ça demeure très marginal les seringues aujourd'hui que vous retrouverez dans les rues, aux abords de la salle, vous en retrouverez notamment dans les entrées du parking souterrain qui est à proximité de la salle. Ça, c'est une réalité, mais globalement, c'est plutôt satisfaisant. Il y a des maraudes qui sont réalisées par le personnel de la salle tous les jours aux abords de la salle justement pour aller éventuellement détecter, ramasser tout ce qui est seringues, donc ça, c'est plutôt très positif. » - Police Nationale, Paris

Enfin, les forces de l'ordre décrivent la HSA comme un outil permettant de mieux gérer les pratiques de consommations dans l'espace public. En effet, la possibilité de renvoyer vers un lieu identifié et légitime les personnes en situation de consommation dans l'espace public peut permettre aux policiers de faciliter la gestion de ces situations. Cette fonction de « relais » s'inscrit dans une logique de gestion pragmatique des usages dans l'espace public. La reconnaissance explicite de cette utilité par les agents de terrain témoigne également d'une forme d'appropriation du dispositif par les forces de l'ordre.

« Devant la salle. Nous, ce qu'on constate, c'est qu'en fait, sauf cas vraiment exceptionnel, n'y a pas de scène d'injection hors de la salle aux abords de cette salle et effectivement quand les agents le constatent immédiatement, ils expliquent le fonctionnement de la salle et ils incitent les personnes rencontrées à se présenter à la salle. Donc cette salle, c'est aussi un outil quand même assez pratique pour les agents aussi permettre d'évacuer plus facilement des usagers de drogues qui consommeraient dans l'espace public. » - Police Municipale, Paris

5) D'après les riverains

A Paris, la perception des riverains qui ont pu être interrogés rejoint celle des professionnels de santé et de forces de l'ordre. La HSA est associée à une amélioration notable de la propreté des espaces publics dans les rues à ses abords.

« En revanche, toutes les rues qui sont adjacentes, il y a plus ces déchets qu'on avait avant, c'était vraiment des dizaines et des dizaines de boîtes de néocodion, des seringues, des préservatifs. Ça, on l'a plus là. Je suis encore passée ce matin, je peux vous donner l'horaire précis entre 11h00-11h20 et il y avait pas de déchets dans la rue. La rue, elle est propre. » - Riverain

Même si la présence de déchets lié à l'usage de drogues n'a pas complètement disparue, les riverains expriment une évolution positive de la propreté urbaine. Le sentiment partagé par les acteurs interrogés est que la HSA a contribué à réduire la visibilité des pratiques de consommation, ainsi que les risques sanitaires pour les personnes.

« Problème d'hygiène et surtout ces seringues que l'on voyait un peu partout, mais on en voyait sur les trottoirs, dans les poubelles, dans les jardins. Une mère de famille a été obligée d'amener son enfant, qui s'était fait piquer par une seringue, à l'hôpital Lariboisière pour savoir un petit peu s'il était, comment dirais-je contaminé. Donc, la voilà, alors ça, effectivement, c'est quelque chose qui a disparu. Enfin pas complètement, mais assurément diminué. (..) Donc, de plus en plus, on l'a vu effectivement, un problème d'hygiène diminué, un problème de drogue si vous voulez, de seringues, entre autres. » - Riverain

d. Evolution des incivilités et de la délinquance

Le cahier des charges des HSA ne fixe pas d'objectifs en matière d'impact des HSA sur la tranquillité et la sécurité publiques, mais leur confère deux missions afférentes¹⁴ : la « participation à la médiation avec les riverains et les commerçants » d'une part, et la « participation à la prévention des nuisances aux abords du service, en lien avec les services de voirie et les forces de sécurité » d'autre part. En outre, le cahier des charges précise que dans toute HSA, « un poste spécifique d'agent de sécurité et de médiation doit être créé pour permettre aux autres intervenants de se consacrer aux tâches d'accueil, d'éducation et d'orientation. »

Autour des deux HSA, un périmètre de tolérance est instauré pour permettre aux usagers de venir consommer leur produit à la HSA. Cette « zone de tolérance » concerne uniquement la détention de drogues, dans des quantités limitées. Tout autre type d'infraction reste pénalisé (détention de drogues en trop grande quantité, trafic, consommation, etc.). Les forces de l'ordre peuvent donc procéder à des interpellations et des verbalisations aux abords immédiats des HSA.

Les deux HSA ont des médiateurs qui permettent à la fois d'accueillir les usagers et de veiller à la tranquillité des lieux. Les deux situations étant très différentes, l'analyse de l'impact des HSA de Paris et Strasbourg se fait séparément dans cette partie.

¹⁴ Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions" », <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045207066>

i. Strasbourg

En vue d'améliorer la tranquillité publique, les professionnels de la HSA, ainsi que ceux du CAARUD d'Ithaque, effectuent plusieurs types de maraudes dans la ville :

- La maraude faite par l'équipe de la HSA dans le périmètre des HUS, pour aller à la rencontre des personnes en errance et assurer le ramassage de seringues, notamment dans le parking avoisinant la HSA. Lors de ces maraudes, l'équipe va également à la rencontre des professionnels des services hospitaliers, notamment des services de sécurité.
- Une maraude faite en partenariat avec l'équipe du CAARUD de la Rue Khun dans le centre-ville.
- Une maraude auprès des pharmacies, elle aussi effectuée par l'équipe du CAARUD. Le « tour des pharmacies » permet de repérer les officines qui sont en difficulté avec les usagers (qui viennent chercher du matériel d'injection ou leur TSO), mais également de repérer les zones où il y a le plus de délivrance de TSO, ce qui permet d'orienter le travail de rue.

Un travail de rue est également fait, en partenariat avec des structures de prévention spécialisée de l'Elsau, quartier enclavé de Strasbourg, marqué par la précarité et les trafics de stupéfiants. Ce travail permet de faire de la médiation avec les habitants, et avec les trafiquants pouvant entrer en conflit avec des consommateurs. Il permet également de ramasser du matériel d'injection lorsque cela est nécessaire, car le quartier de l'Elsau est plus fréquemment concerné par les consommations dans l'espace public que d'autres zones de la ville.

Aucune des parties prenantes interrogées n'a été en mesure d'identifier une évolution nette de la tranquillité publique depuis l'installation de la HSA, ni depuis 2021 et l'après-crise sanitaire. Pour le parquet strasbourgeois, la HSA ne semble poser aucun problème majeur de tranquillité publique. En effet, interrogée au sujet de l'impact de la HSA sur la tranquillité publique, la procureure de la République du Tribunal judiciaire de Strasbourg répond qu'elle ainsi que ses collègues en poste avant son arrivée « ignorent tout du dispositif [...] et par conséquent de ses effets en matière de tranquillité publique » (Courriel de Mme la procureure de la République du Tribunal Judiciaire de Strasbourg, en date du 1er avril 2025). La police nationale, quant à elle, déclare que la HSA de Strasbourg a un impact négatif très limité sur la tranquillité publique : les interventions aux abords ou au sein de la HSA seraient « résiduelles », et les plaintes liées à la présence de la HSA seraient, elles aussi, anecdotiques :

« En tout cas, nous, d'un point de vue policier, on ne l'a pas identifié comme ça. Et d'un point de vue politique, enfin préfectoral ou dans l'opinion publique, ça n'a jamais été pointé comme ça. Enfin, il y a jamais eu cette expression [...] que c'était la HSA qui aurait été la cause de de telle ou telle problématique. Et nous, on a enfin voilà, on a on ne fait pas de lien particulier entre la HSA qui amènerait à une consommation par exemple ou à des deals à proximité immédiate. » - Police Nationale, Strasbourg

Le service hospitalier le plus proche de la HSA est le Centre des troubles du sommeil. La problématique principale rencontrée par les professionnels du centre est celle de personnes en errance dans les couloirs du service, ainsi que des consommations occasionnelles dans les sous-sols. Cependant, les professionnels ont l'habitude de solliciter leurs services de sécurité pour évacuer ces personnes. Lors de l'entretien avec l'équipe d'évaluation, la cadre du centre n'était pas en mesure d'identifier la provenance de ces personnes en errance, et n'a pas pu affirmer qu'il s'agissait d'usagers de la HSA.

Cela étant, l'ensemble des services hospitaliers voisins de la HSA sont régulièrement interrogés par l'équipe de la HSA à propos d'éventuels soucis avec les usagers. Tout comme pour les problèmes liés aux déchets abandonnés, ils disposent également du numéro de téléphone de la HSA, qui leur permet de signaler un problème avec les usagers, et de demander à l'équipe d'intervenir. La HSA de Strasbourg semble ainsi bien identifiée comme étant en mesure de prendre en charge d'éventuelles perturbations causées par les usagers.

Ce travail en vue de l'amélioration et du maintien de la tranquillité publique est indissociable du travail d'aller-vers opéré par les équipes des différentes structures d'Ithaque. Il a pour but principal de repérer les personnes les plus désinsérées pour les raccrocher à un accompagnement social et la mise en place de parcours de soins.

ii. Paris

1) *Travail de tranquillisation du quartier effectué par la HSA et ses partenaires*

Depuis l'ouverture de la HSA en 2016, un certain nombre de mesures ont été prises pour limiter la stagnation des publics dans le quartier, notamment la condamnation de certaines zones abritées dans le quartier, empêchant les usagers de les investir pour y consommer, ainsi que la rénovation de la Gare du Nord, avec le renforcement des services de sécurité sur place, encourageant la circulation et limitant considérablement la stagnation dans la gare et les pratiques de mendicité.

Le travail effectué par Gaïa dans le quartier Gare du Nord est antérieur à l'installation de la HSA. Toutefois, l'installation de la HSA semble faire partie des mesures qui, prises conjointement, ont favorisé une nette amélioration de la tranquillité publique dans le quartier. On peut rappeler que l'organisation des Jeux Olympiques en 2024 a justifié le renforcement des actions des forces de l'ordre, et a donc provoqué une diminution des problèmes de tranquillité publique dans l'ensemble de la ville. Cette amélioration, d'après le commissaire du 10^e arrondissement, s'est également fait ressentir dans le quartier.

La mesure de l'impact de la HSA sur la tranquillité publique dans le quartier Gare du Nord est donc difficile à mesurer isolément, notamment en raison de l'évolution de la physionomie générale du quartier. Cela étant, cette évolution est aussi le produit d'un travail conjoint entre professionnels de la HSA et d'autres structures médico-sociales de bas seuil, des gares (SNCF et RATP) et des parkings (Indigo), ainsi que des interventions des forces de l'ordre (police nationale et police municipale).

L'association Gaïa a mis en place plusieurs actions autour de la HSA pour favoriser la tranquillité publique : des maraudes quotidiennes qui visent à aller à la rencontre des publics usagers de drogues, et à les inciter à fréquenter la salle pour leurs consommations ; une maraude au sein de la gare du nord.

L'association Gaïa effectue des maraudes dans toutes les gares du secteur Nord-Est parisien ; **ce sont les travailleurs sociaux de la HSA qui sont en charge de la maraude de la Gare du Nord**, qui est effectuée quotidiennement. Servant également au ramassage de matériel usagé, cette maraude fait l'objet d'un partenariat avec la SNCF, afin de permettre à Gaïa d'avoir accès à des lieux non ouverts au public, dans le cas où des usagers auraient investi ces lieux. Cette maraude vient compléter un important dispositif de repérage et d'accompagnement des populations en errance dans la gare :

- Maraudes effectuées par d'autres associations, visant d'autres types de publics (sans-abris non-usagers de drogues, pouvant afficher des profils divers : migrants, mineurs non accompagnés, profils psychiatriques, etc.) ;
- Maraudes effectuées par la référente sociale de la SNCF, visant à repérer les personnes stagnantes dans la gare ou aux abords de la gare, à faire du lien avec elles, et à signaler leurs situations aux associations compétentes (Gaïa est ainsi informée lorsqu'une personne identifiée comme usagère de la HSA est repérée par la référente) ;
- Recrutement et formation des personnels de sécurité de la gare, qui incitent l'ensemble des personnes à circuler et limitent les stagnations dans la gare. Nombre de ces personnels ont également pu visiter la HSA et ont été sensibilisés à l'abord des usagers de la HSA.

La maraude de voisinage a lieu toutes les 4 à 6 semaines. Elle consiste à aller à la rencontre des commerçants et services de l'hôpital (excepté les urgences) situés dans le périmètre de la HSA, qui

seraient susceptibles de rencontrer des problématiques causées par des usagers de la HSA (Rue Ambroise Paré, Rue Saint-Vincent de Paul, Rue de Maubeuge, Boulevard de Magenta). Instaurée dès l'ouverture de la HSA, elle était plus fréquente durant les premières années (les travailleurs sociaux de la HSA effectuaient une maraude de voisinage tous les 10 à 15 jours). D'après les professionnels, la baisse du nombre d'incidents liés aux usagers de la HSA a diminué le besoin de faire des maraudes de voisinage :

« Au début, on faisait le tour des commerces plus souvent, tous les 10, 15 jours. Mais au bout d'un moment, on s'est rendu compte que les gens n'avaient plus rien à nous dire, et ça n'avait plus vraiment de sens de passer aussi souvent » - Travailleur social, HSA Paris (notes d'observation)

Cette maraude de voisinage remplit plusieurs fonctions. Elle permet d'abord de se faire connaître des nouveaux arrivants, qu'il s'agisse de commerçants récemment installés ou de nouveaux employés des commerces. Elle sert également à recueillir des informations concernant d'éventuelles difficultés rencontrées avec les usagers de drogues, en particulier dans l'espace public. Par ailleurs, elle constitue une occasion de rappeler aux commerçants que l'association Gaïa peut intervenir en cas de problème, qu'il s'agisse de comportements inappropriés ou de la présence de matériel d'injection abandonné. Dans ce cadre, les travailleurs sociaux peuvent également distribuer du matériel adapté, notamment des pinces et des contenants DASRI, à ceux qui en font la demande. Ainsi, c'est la HSA qui a fourni les pinces aux agents du service logistique de l'hôpital Lariboisière, dont l'entrée est située Rue de Maubeuge, et qui peut occasionnellement être un lieu de consommation.

Lors de l'observation d'une maraude de médiation en janvier 2025, il a été constaté que peu de commerçants faisaient état de problèmes directement liés à la HSA, ce qui semble confirmer la stabilisation de la situation et la relative efficacité du dispositif tel qu'il est aujourd'hui déployé. Sur les 9 personnes rencontrées lors de cette maraude, 6 n'avaient rien à signaler, 2 ont refusé la discussion avec les professionnels de la HSA, et enfin, 1 commerçante s'est plainte de déchets liés à la consommation dans un sanitaire public proche de son magasin. Cette commerçante n'attribue pas le problème de consommation dans l'espace public à la HSA, mais à la présence du sanitaire. Les commerçants ayant refusé la discussion avec les professionnels effectuant la maraude sont, d'après les professionnels, des commerçants affichant une désapprobation de principe à la HSA, qui refusent systématiquement la discussion avec Gaïa et ne contactent jamais la HSA en cas de problème avec un usager.

D'après les professionnels, il n'y a pas de facteur particulièrement déterminant qui permettrait d'expliquer les périodes de calme et les périodes où les perturbations se font plus nombreuses dans le quartier Gare du Nord. Toutefois, il faut noter que la maraude observée a eu lieu pendant l'hiver, ce qui limite probablement le nombre de consommations résiduelles dans les rues – celles-ci se faisant alors de manière préférentielle dans des zones abritées, notamment dans les zones souterraines (métro, parkings).

La mise en place d'une convention entre Gaïa et les parkings Indigo est en cours. A la suite d'une évolution récente des consommations (augmentation de la consommation de cocaïne, et avec, changement de rythme des consommations), de plus en plus de seringues sont retrouvées dans le parking voisin de la HSA. Indigo a contacté les professionnels de la HSA pour coordonner le travail de la HSA et des employés des parkings, afin de prévenir les consommations dans les parkings, et limiter les déchets liés à la consommation. Ce partenariat est mis en place suite à la demande des parkings Indigo, qui date du premier trimestre 2025.

La participation aux comités de voisinage et au groupe de partenariat opérationnel (GPO) de l'arrondissement a permis, entre autres, de travailler avec la mairie et les riverains pour identifier des lieux à rendre inaccessibles aux usagers de drogues : condamnation de certaines alcôves qui servaient d'abri où des usagers consommaient, etc.

- Les comités de voisinage servent à recueillir les retours d'expérience des riverains, afin que les professionnels de la HSA ajustent leurs pratiques en fonction des problèmes rencontrés aux abords de la HSA. Ces comités de voisinage, très réguliers dans les premières années d'existence de la HSA, ont été très espacés à partir de 2020, suite à la crise sanitaire. Ils sont désormais tenus de manière annuelle, témoignant d'une baisse des besoins.
- Les GPO, mis en place par le commissariat du 10^e arrondissement, servent à identifier des problématiques plus générales dans le quartier Gare du Nord. Un représentant de la HSA y est, et aide à l'élaboration de solutions lorsque la HSA est compétente pour le faire. Les associations et collectifs de riverains sont également présents dans ces GPO.

Pour finir, la présence des médiateurs à l'entrée de la HSA est reconnue par l'ensemble des parties prenantes comme un élément indispensable pour la tranquillité publique, et pour la tranquillité des usagers.

Les médiateurs sont notamment chargés de l'accueil initial des usagers, avant même leur entrée dans la cour et sous le préau de la HSA. Ils sont les premiers à entrer en contact avec les usagers, et peuvent ainsi être amenés à mettre en place des stratégies d'apaisement des usagers dont le comportement, souvent lié à un manque, pourrait perturber le bon fonctionnement de la HSA. Dès l'entrée, mais aussi au sein de la HSA, ils interviennent également pour rappeler à l'ordre toute personne adoptant un comportement agressif, afin de maintenir un climat calme et respectueux. Leur présence devant le portail permet aussi de rassurer les riverains.

Les interactions entre les médiateurs et les riverains, bien que rares, servent à relativiser les préoccupations exprimées par ces derniers concernant l'impact de la HSA :

« Ça arrive, parfois un voisin vient se plaindre de la salle. Une fois, un voisin qui vient, il se plaint d'un type qui n'arrêtait pas de hurler dans sa rue. Sauf que le type ne venait pas de la salle... Alors je lui dis : "On est à côté de Barbès, tous les problèmes ne viennent pas de la salle !" A la fin de la discussion, souvent on arrive à faire relativiser l'impact de la salle. » - Médiateur, HSA Paris

Les médiateurs entretiennent des échanges quotidiens avec la police municipale, qui effectue des contrôles réguliers pour s'assurer du bon déroulement des activités. En règle générale, les médiateurs n'ont rien de particulier à signaler, car leur gestion proactive des usagers suffit à maintenir l'ordre et la sérénité tant à l'entrée qu'à l'intérieur du préau entre le portail d'entrée et l'accueil de la HSA.

2) Retours des professionnels et des forces de l'ordre sur l'évolution des incivilités et de la délinquance

Depuis 2016, d'après les bases statistiques communale, départementale et régionale de la délinquance enregistrée par la police et la gendarmerie nationales,¹⁵ la délinquance reste relativement stable dans le 10^e arrondissement de Paris. Les chiffres de la délinquance restent à manier avec prudence : grandement dépendants de l'activité policière et des déclarations des victimes, la mesure de ceux-ci peut augmenter ou diminuer alors même que les actes délictueux n'auraient pas changé – et inversement. Toutefois, ces données semblent cohérentes avec les retours de l'enquête qualitative auprès des forces de l'ordre, des professionnels de la HSA ainsi que de ses partenaires.

Quartier historiquement touché par le trafic de stupéfiants et de médicaments, le secteur Gare du Nord semble n'avoir pas été impacté par la présence de la HSA. Les professionnels des forces de l'ordre et de la HSA ont fait remarquer, durant les entretiens, que la HSA n'a pas provoqué d'augmentation visible de la délinquance ni des incivilités. Toutefois, il est possible que l'installation de la HSA ait

¹⁵ Bases de données publiques, produites par le Ministère de l'Intérieur, disponibles au lien suivant : [Bases statistiques communale, départementale et régionale de la délinquance enregistrée par la police et la gendarmerie nationales \(base\) - data.gouv.fr](https://data.gouv.fr/statistiques-communale-departementale-et-regionale-de-la-delinquance-enregistree-par-la-police-et-la-gendarmerie-nationales)

provoqué le déplacement d'un certain nombre de problèmes, notamment lorsqu'il y a des attroupements devant l'entrée : d'éventuels éclats de voix, parfois des conflits, peuvent alors avoir lieu devant la HSA. Ces attroupements sont toutefois limités par la présence des médiateurs.

Du point de vue de la police municipale, qui effectue une mission pédestre pluriquotidienne dans le périmètre de la HSA, la structure ne pose pas de difficulté particulière en matière de tranquillité publique. Les domaines d'intervention de la police municipale sont principalement les problématiques d'incivilités et de stationnement, qui n'intervient pas sur les trafics, recels, vols, etc. Les appels reçus pour intervenir devant la HSA sont peu fréquents et concernent essentiellement des troubles ponctuels à l'entrée ou la présence d'usagers dans les rues avoisinantes. La cheffe de division interrogée a d'ailleurs qualifié ces situations d'« anecdotiques » et « très rares », en soulignant que la présence de médiateurs à l'entrée de la HSA contribue efficacement à la prévention des incivilités.

Les observations de la police nationale vont dans le même sens. Le commissaire du 10^e arrondissement de Paris estime que la HSA a eu un impact positif sur la tranquillité publique du quartier. Ses équipes étant présentes tous les jours dans le quartier, et passant quotidiennement devant la HSA, il estime qu'elles ont un effet d'incitation à l'auto-régulation des usagers. Durant les entretiens, plusieurs usagers ont confirmé cet effet incitatif de la présence policière, même si d'autres usagers voient principalement la police comme une menace pour eux.

Pour le commissaire du 10^e arrondissement, la réduction des consommations dans l'espace public va de pair avec la réduction des violences associées à cette consommation illégale : les comportements violents provoqués par le manque sont jugulés par les professionnels de la HSA et le cadre disciplinaire que la HSA impose aux usagers. Il note également que dans le périmètre de la HSA, la délinquance est en baisse – principalement parce que la délinquance est en baisse dans l'ensemble de l'agglomération parisienne, d'après lui. Dans le 10^e arrondissement, les seuls indicateurs en hausse depuis 2024 sont les sujets sur lequel il a choisi d'intensifier la mobilisation de ses équipes (interpellations pour trafic, détention ou consommation de stupéfiants, et verbalisations pour alcoolisation sur la voie publique et nuisances sonores).

La baisse de la délinquance n'a cependant pas fait disparaître l'ensemble des problématiques du quartier. Dans le périmètre de la HSA, certains problèmes subsistent, malgré leur diminution (notamment les outrages sexistes, nuisances sonores, phénomènes de troc non loin de la HSA). Les agents de la police nationale ne rencontrent cependant presque plus de problèmes liés à la consommation de drogues dans la zone. Les principales difficultés qu'ils rencontrent sont liées à la reconstitution régulière de points de trafics après leur démantèlement, car la demande est forte, en particulier pour les psychostimulants (cocaïne, crack).

En définitive, **aucun effet négatif significatif de la HSA parisienne sur la tranquillité publique n'a pu être objectivé.** Si certaines nuisances ont pu être déplacées en lien avec la localisation de la HSA, celles-ci tendent à diminuer avec le temps, témoignant d'une intégration progressive de la structure dans son environnement urbain.

3) Perceptions des habitants et commerçants aux abords de la HSA

Les perceptions de l'impact de la HSA sur l'évolution de la tranquillité publique, telles qu'elles sont exprimées par les riverains, sont fondées sur un comparatif avant / après l'installation de la HSA. Aucun entretien conduit auprès des collectifs et associations de riverains n'a permis d'objectiver une évolution de l'impact de la HSA depuis 2021.

Tous les riverains rencontrés en entretien étaient membre de collectifs ou d'associations de quartier. **Tous ont affirmé une adhésion de principe à la RdRD et aux HSA ; enfin, l'ensemble de ces riverains s'accorde à dire que la HSA a permis l'amélioration de l'hygiène du quartier.** Les discours des riverains divergent cependant sur un point : **l'impact de la HSA sur la délinquance et les incivilités dans le quartier.** Ce point de divergence est à l'origine d'une fracture entre riverains soutenant l'implantation

de la HSA dans le quartier, et d'autres qui sont opposés à présence de la HSA dans ce lieu, jugeant que le 10e arrondissement n'est pas le choix pertinent pour héberger la HSA.

Chez les acteurs soutenant la HSA, plusieurs arguments mêlent à la fois le constat d'une amélioration de la tranquillité publique, et des convictions concernant les modalités d'accueil et d'accompagnement des usagers de drogues précaires.

« Disons bon, dans les cours d'immeuble, il se passe plus rien hein, on voit plus aucun trafic ni aucun toxicomane en principe dans les cours d'immeuble. C'est vraiment que des cas isolés, quand ça arrive encore. Et puis sur la voie publique donc, [...] beaucoup moins de seringues, très peu maintenant. [...] Encore beaucoup moins de de de bagarres, de rixes, [...] mais par contre, de plus en plus de gens paupérisés, SDF etc. » - Riverain

« C'est beaucoup mieux qu'avant, on n'a plus personne dans les cours d'immeubles. Avant la salle, on avait des agressions régulièrement [...]. Maintenant, ça n'arrive plus. » - Commerçant (notes d'observation d'une maraude de voisinage)

Durant les entretiens, il a été observé que les riverains affirmant que la HSA avait permis une amélioration de la tranquillité publique étaient des riverains qui étaient bien informés de l'activité de la HSA : ils identifiaient bien les activités de soin et d'accompagnement social. De plus, ils estiment pouvoir compter sur les professionnels de la HSA en cas de problème rencontré avec un usager ou avec des déchets liés aux consommations dans l'espace public.

« Mais en tout cas pour moi, clairement ce que ça a changé surtout, c'est qu'on a un interlocuteur, Gaïa, qui vraiment a fait beaucoup, beaucoup pour parler avec les riverains, pour être présent, faire les maraudes. [...] Donc si quelqu'un voit une seringue, il peut appeler. Ils vont venir la chercher. » - Riverain

Chez ces riverains, les divers problèmes rencontrés dans le quartier sont attribués au quartier et à son histoire plutôt qu'à la HSA. Dans un contexte urbain singulièrement touché par la pauvreté, l'errance, la délinquance, la HSA est perçue comme un dispositif de réponse à ces problèmes :

« On est toujours un quartier [...] assez emblématique [...] d'une forte densité de population, avec un côtoiement de tous les trafics possibles – et pas seulement les trafics de drogue ou de médicaments, mais toutes sortes d'autres trafics. Et toutes ces populations se croisent, se rencontrent, échangent, discutent, font du commerce ou je ne sais quoi. » - Riverain

« Ce qui a changé c'est que du coup la SNCF et Gaïa ont fait que, enfin Gaïa a ouvert la salle, et quelques mois plus tard ils ont fermé cet espace qui servait de scène [de consommation] à ciel ouvert là. Donc, c'était un truc de la SNCF, ils ont fermé ça, tout ça, c'est plus accessible donc de fait ça n'existe plus à cet endroit. Mieux qu'avant... je dis pas que c'est folichon hein, on est sur l'arrière des gares enfin, et puis c'est en travaux tout le temps maintenant [...] mais voilà ça c'est, c'est d'autres questions. » - Riverain

Enfin, ces perceptions semblent être soutenues par un avis favorable au type de prise en charge proposé dans les HSA :

« Voilà et après moi enfin vraiment très honnêtement j'ai pas, j'ai jamais eu l'impression de vivre un enfer, hein, dans le quartier. Et pour moi, c'est clair que c'est mieux qu'il y ait un lieu où les personnes puissent se poser, être accueillies, etc. » - Riverain

Chez les riverains critiques de la HSA parisienne, on retrouve une adhésion de principe à la prise en charge des publics vulnérables, ainsi qu'à la RdRD, et éventuellement aux HSA. L'opposition porte principalement sur le choix du lieu d'installation de la HSA : pour ces riverains, la HSA attirerait de nouveaux publics en errance et en grande difficulté sociale, qui ne se rendraient pas dans le quartier

si elle n'était pas présente. Ce flux de population entraînerait des problématiques liées aux trafics et aux consommations de drogues (délinquance, incivilités) :

« Si vous voulez, ce quartier de la gare du Nord est un quartier extrêmement difficile où il y a énormément de problèmes sociaux qui s'accumulent. Nous retrouvons dans notre quartier des alcooliques, des sans-abris, des sans-papiers qui convergent [...]. Enfin, ils arrivent tous ici dans un lieu qu'ils ne connaissent pas, dans un climat de, de pauvreté, enfin, de misère sociale et de violence assez préoccupant. [...] Il a donc été décidé il y a une bonne dizaine d'années de mettre cette salle de shoot, donc dans notre quartier. Et nous nous sommes extrêmement préoccupés par le fait que cet endroit est déjà un point de convergence de misère sociale que en fait, la présence de cette salle de shoot aggrave car cette salle de shoot devient un lieu de convergence fait venir chez nous, dans notre quartier, des gens qui, si la salle n'était pas, là n'y viendraient pas. » - Riverain

Ce problème pourrait de plus être exacerbé par le développement du réseau de RER, qui relie la Seine-Saint-Denis aux gares du Nord et de l'Est, et qui rend plus facile l'arrivée de nouveaux usagers (ainsi que de nouveaux trafiquants, qui seraient attirés par la clientèle) dans le quartier. La HSA n'est donc pas perçue comme un élément de réponse aux problématiques depuis longtemps présentes dans cette zone, mais comme un facteur d'aggravation.

En outre, il est parfois difficile, pour les riverains (habitants et commerçants), de distinguer les nuisances directement causées par des usagers de la HSA, de celles issues d'autres problématiques du quartier. Chez certains riverains, la confusion entre les différentes sources de nuisance dans le quartier peut être telle qu'ils attribuent l'ensemble des nuisances du quartier à la HSA. Ces riverains ont l'impression d'une hausse des nuisances depuis son ouverture en 2016, malgré les chiffres de la police nationale contredisant ces impressions :

« Tous les jours, habitants et commerçants subissent, en dépit des efforts de la police : trafic et consommation de stupéfiants sur la voie publique ; bagarres ; agressions verbales et hurlements ; intrusion par effraction dans les immeubles ; captation de l'espace public par des groupes d'hommes bruyants et alcoolisés consommant le mélange dangereux de drogues et d'alcool ; épandements d'urine et défécations, exhibitionnisme, jets de canettes et de bouteilles sur les trottoirs et dans les caniveaux ; seringues par centaines sous la grille de la pente du parking Indigo (située sous les fenêtres de la même salle), vandalisme du mobilier urbain... Sans parler du deal permanent qui est consubstantiel à l'existence de cette salle. Toutes ces nuisances n'ont fait qu'augmenter depuis 2016. » - Extrait du courrier adressé par le collectif Riverains Lariboisière-Gare du Nord à l'équipe d'évaluation

Toutefois, tout comme les riverains soutenant l'implantation de la HSA, certains « opposants » concèdent que le quartier de la Gare du Nord concentre des problématiques diverses (trafic et usage de drogues illicites, errance de populations dites « migrantes », etc.). Ces opposants plus « modérés » font également la distinction entre les usagers de la HSA, injecteurs et qui consomment principalement des opiacés, et d'autres usagers de drogues, consommateurs de psychostimulants, en particulier de crack. Ils estiment principalement que malgré le travail fait par les professionnels de la HSA pour limiter les nuisances dues aux usagers, les résultats sont insuffisants. D'après eux, un quartier d'habitation ne devrait pas abriter un tel lieu, car cela expose les habitants à des nuisances inacceptables, ainsi qu'à la vision de personnes ayant des comportements incohérents, qui peuvent faire peur.

Par ailleurs, la HSA n'étant pas en mesure de contenir les comportements les plus problématiques, celle-ci peut exclure certains usagers. La durée de la sanction est décidée par l'équipe de la HSA. Ce protocole existe dans les deux dispositifs. A Paris, certains riverains estiment que cela revient à laisser circuler les usagers les plus violents :

« D'autant que la SCMR, on nous a déclaré qu'effectivement, quelqu'un qui devient tout à fait incontrôlable et comme ça arrive assez souvent, cette personne est littéralement interdite de séjour dans la salle de consommation, donc cette personne se retrouve à l'extérieur et c'est... Il fait partie de ces gens qui ont des comportements anormaux. » - Riverain

L'argument ne porte pas sur la fréquence de ces nuisances, dans la mesure où toute nuisance est jugée inacceptable. Pour ces riverains, la HSA n'est pas perçue comme un moyen de contenir les problèmes liés aux consommations de drogues dans le quartier, mais comme un lieu venant y pérenniser la consommation et le trafic.

Enfin, les riverains « opposants » à la HSA démontrent une compréhension erronée de l'activité des HSA, et dans leur discours, minimisent la place des soins et des accompagnements sociaux qui y sont prodigués. Ainsi, un riverain décrivant l'activité qu'il jugerait nécessaire à faire dans les HSA, décrit un travail qui s'y fait déjà en réalité :

« Nous sommes bien conscients qu'il faut absolument prendre en charge et ça, je crois que c'est essentiel qu'il y ait une prise en charge de ces gens addicts, mais d'une façon intelligente, et je crois, complète. L'idéal serait qu'effectivement, il y ait éventuellement une salle de consommation mais attenante à cette salle, effectivement, c'est une véritable prise en charge ensuite de cette addiction et de véritablement essayer de traiter, [...] de les désengager de cette addiction. Mais qui ne peut se faire que dans le temps, mais avec aussi des lieux particuliers et adaptés à ce genre de choses. Alors actuellement la salle de shoot, c'est genre, [...] je crois qu'on les laisse un petit peu vivre, pour des résultats d'ailleurs, en général presque proche du 0 puisque ces personnes qui sortent ensuite de ces périodes de, de, dans les hôpitaux enfin, justement, pour faire qu'ils se désengagent de cette addiction, elles reviennent ostensiblement vers la salle de shoot pour se shooter à nouveau. Donc c'est un circuit assez épouvantable, et que l'on peut pas régler comme ça. Je crois que, il faut que ça soit une véritable politique adaptée. [...] [Prend l'exemple de Toronto] Où il y a cette salle de consommation [...] mais aussi les ateliers. Et ces ateliers sont là pour effectivement les extraire un petit peu de leurs habitudes, en leur réapprenant éventuellement à vivre autrement, [...] et en les logeant. Et voilà, je crois, il y a tout un accompagnement très long, très très long, qui ne peut pas se faire comme ça du jour au lendemain, bien sûr. Ce sont presque des années qu'il faut, hein. » - Riverain

Les perceptions de l'impact de la HSA parisienne sur la tranquillité publique semblent finalement dépendre en grande partie de l'appréciation morale et politique qu'ont les riverains sur les HSA. **La HSA est perçue comme un facteur d'amélioration de la tranquillité publique lorsque les nuisances associées aux publics qui la fréquentent sont jugées acceptables, au regard des solutions qu'elle apporte.** Lorsque les riverains estiment que la prise en charge des publics précaires, souffrant d'addictions, en errance, etc., ne justifie pas les nuisances dans le voisinage, l'impact de la HSA sur la tranquillité publique est perçu comme négatif. Les perceptions de l'impact des HSA sur la tranquillité publique semblent donc dépendre principalement de l'acceptabilité sociale du dispositif.

e. Conditions de l'acceptabilité sociale des HSA

La cinquième édition de l'Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes (EROPP), conduite en 2018 par l'OFDT, comportait un volet sur l'opinion de la population française à l'égard des HSA, à l'époque dénommées SCMR. Cette enquête a montré une adhésion forte aux principes de la RdRD de manière générale, et particulièrement à l'existence des HSA (Spilka et al., 2019) : 80 % des répondants à l'enquête estiment l'existence des HSA parisienne et strasbourgeoise est une bonne chose, et 76 % des enquêtés pensent « qu'il serait nécessaire aujourd'hui d'ouvrir des salles de ce type dans d'autres villes de France ».

En principe, l'existence et le fonctionnement des HSA ne semblent donc pas rencontrer d'opposition majeure dans l'opinion publique française. Ajoutons que les collectifs et associations de riverains affichant une opposition à la HSA parisienne se déclarent « *pleinement favorables à la prise en charge des consommateurs de stupéfiants et à la réduction des risques* » (Courrier du Collectif Riverains Lariboisière-Gare du Nord). A Strasbourg, l'implantation de la HSA n'est pas perçue comme un problème – les riverains opposants à l'implantation de la HSA parisienne la citent d'ailleurs comme un modèle à suivre. A Paris, les principaux griefs à l'égard de la HSA émanent d'habitants et de commerçants opposés non pas aux HSA elles-mêmes, mais à la localisation de la HSA, à proximité d'habitations et de commerces. Chez les riverains (habitants et commerçants), il faut cependant noter que la HSA bénéficie également de soutiens importants.

Les retours des différentes parties prenantes des HSA parisienne et strasbourgeoise permettent d'identifier des déterminants de l'acceptabilité sociale pour la pérennisation des HSA. Ceux-ci se résument dans deux catégories d'action pour les HSA et les autorités : d'une part, un travail de communication et de pédagogie reste nécessaire pour mieux faire connaître les activités de soin et d'accompagnement des usagers au sein des HSA. D'autre part, un certain nombre de perspectives de développement des HSA, soulignées tant par les usagers, professionnels des HSA, partenaires, peuvent constituer des amorces de réponses aux plaintes de certains riverains de la HSA de Paris. Les espaces de concertation déjà en place dans le quartier et dans le 10^e arrondissement peuvent permettre de mettre en avant des convergences d'intérêts, tout en permettant aux difficultés d'être entendues.

i. Faire un travail de pédagogie sur la place centrale des soins et de l'accompagnement social au sein des HSA

À Paris comme à Strasbourg, plusieurs démarches pédagogiques ont été mises en œuvre dans l'optique de démystifier les HSA et le travail qui y est fait. A Strasbourg, des visites de la HSA ont été proposées aux professionnels des HUS et à l'ensemble des partenaires dès l'ouverture de la HSA. Le travail de partenariat a aussi été l'occasion d'entreprendre un travail de sensibilisation auprès des professionnels partenaires (pompiers, professionnels des soins, etc.). L'absence de contestation de l'implantation de la HSA a limité la nécessité d'un travail de communication à l'égard du grand public. La HSA de Strasbourg jouit en effet d'une bonne acceptabilité sociale, principalement en raison de l'absence de voisinage à ses abords immédiats.

Le choix de la localisation de la HSA était justifié par les spécificités de la consommation à Strasbourg, où il n'existait pas de scène ouverte de consommation, contrairement à Paris. Toutefois, certains professionnels peuvent regretter que la HSA ne soit pas plus proche des lieux de vie de Strasbourg, estimant que la mission d'une telle structure peut aussi résider dans le fait de faire du lien entre les publics les plus précaires et les populations intégrées :

« Si on n'allait pas vers les autres, ils resteraient avec leurs idées ou leurs préjugés – en tout cas, des idées reçues sur ce qu'on fait ou ce qu'on fait là. [Nos interlocuteurs les plus fréquents] sont des professionnels de santé, donc ils sont peut-être plus souples que le mec qui va juste chercher sa baguette de pain [...]. Donc je me dis, dommage qu'on soit pas plus central. » -
Professionnel de la HSA de Strasbourg

A Paris, des actions de sensibilisation ont été menées auprès des agents de sécurité des gares. Ces actions consistent à faire visiter la HSA aux agents, ainsi qu'à leur proposer un temps de discussion autour de l'abord des personnes usagères de drogues. Les visites sont organisées par la HSA, et la référente sociale de la SCNF, qui planifie, en lien avec la HSA, les temps de visite des agents. Des efforts de pédagogie du même ordre ont été faits à l'égard des services de l'hôpital Lariboisière, ainsi que de l'ensemble des riverains.

En outre, la participation à différents espaces de dialogue, comme le comité de voisinage et le GPO mis en place par le commissariat du 10^e arrondissement de Paris, permettent à la HSA de faire

connaître son activité et de discuter de réponses à apporter aux problématiques de tranquillité publique.

Ces efforts ont produit des effets concrets, tels que l'amélioration des relations entre les travailleurs sociaux et les services d'urgence de l'hôpital Lariboisière. Le travail de déstigmatisation des usagers, associé à une logique de soutien et d'accompagnement, a permis de faciliter l'accueil des usagers de la HSA, d'après les professionnels de la HSA. De même, les relations entre les usagers et les personnels de sécurité des gares se sont améliorées.

La visibilité accrue du travail effectué au sein des HSA reste néanmoins inégale, certaines associations de riverains exprimant encore une méconnaissance du contenu réel des missions assurées par ces structures.

ii. Faire converger les intérêts des différentes parties prenantes

Au-delà de l'effort pédagogique déjà effectué par les professionnels des HSA, **l'acceptabilité sociale des HSA et de leur implantation peut également être favorisée en mettant en avant une convergence des intérêts entre les différentes parties prenantes**, y compris lorsque certaines positions de principe divergent. Dans les entretiens effectués auprès des usagers, des professionnels, des partenaires, des riverains des HSA, ainsi que des institutions publiques, plusieurs pistes d'évolution des HSA ont été mentionnées. Parmi ces évolutions souhaitées, un certain nombre répondent à des besoins convergents entre professionnels des HSA, usagers et riverains (notamment pour Paris).

L'élargissement des horaires d'ouverture des HSA, en particulier de la HSA de Paris, est une demande récurrente exprimée tant par les usagers que par certains riverains. Pour les usagers, les horaires actuels ne couvrent pas l'ensemble de leurs besoins de consommation. En dehors des périodes d'ouverture, les consommations ont lieu dans l'espace public, ce qui engendre plusieurs risques : conditions d'hygiène dégradées (absence d'espace propre, usage de matériel d'injection sur la voie publique), impossibilité d'une intervention médicale en cas de surdose, exposition à des interpellations policières, et risque accru de violences. Du côté des riverains, la fermeture de la HSA crée également des tensions. Selon plusieurs témoignages, ce moment de la journée est particulièrement sensible : des regroupements se forment devant la structure, et les scènes de consommation se déplacent alors dans l'espace public.

Le manque de solutions d'hébergement adaptées contribue également à ces situations de présence prolongée dans l'espace public. Le renforcement des moyens alloués à l'hébergement permettrait non seulement de limiter les déambulations signalées par les riverains, mais aussi d'assurer un ancrage essentiel pour accompagner les usagers dans des parcours de soins et d'insertion. Ce besoin est régulièrement mentionné par les acteurs de terrain comme un prérequis à une prise en charge globale.

L'obligation qu'ont les usagers à partager leurs produits en dehors de la HSA génère une visibilité accrue de ces pratiques dans l'espace public, ce qui constitue une nuisance pour les riverains. De plus, plusieurs professionnels évoquent le besoin d'autoriser le partage de produits à l'intérieur des HSA. Ils estiment que cette interdiction les empêche de développer certaines actions de RdRD, en reléguant le partage de produits à l'extérieur de la HSA :

« Ce qui serait intéressant, il y a le partage de produit qu'on ne peut pas autoriser à la salle. On les envoie dehors pour diviser leur produit. La RdR c'est pragmatique et là c'est pas très pragmatique car on les envoie dehors. » - Encadrement, HSA Paris

Les professionnels évoquent également la difficulté à établir une limite claire dans certains cas, notamment les co-injections ou les consommations entre partenaires, où la frontière entre usage personnel et partage devient difficile à définir.

Enfin, l'ouverture de nouvelles HSA sur le territoire parisien est identifiée comme une condition essentielle pour désengorger la seule structure actuellement en fonctionnement. Plusieurs professionnels soulignent que cette concentration entraîne une saturation du dispositif et limite la qualité de l'accueil :

« Vous avez dans ce secteur historiquement problématique un flux quotidien, une file active [...] qui est estimée entre 300 et 350 passages par jour, ce qui est énorme, et qui peut aussi s'expliquer par le fait que c'est la seule salle aujourd'hui qui existe de la sorte pour toute la région Île-de-France. [...] Il est évident que si demain il devait y avoir reconduction du dispositif ou alors de multiples petites salles ouvertes à l'échelle du territoire parisien, il est fort à parier que les impacts pour nous [...] seraient beaucoup plus faibles puisqu'en fait, à partir du moment où vous diluez les flux de toxicomanes dans l'espace public, vous recréez pas [...] un point d'ancrage avec ce point de consommation, ce point de passage de toxicomanes tous les jours. [...] Vous pourriez tout simplement avoir de multiples petites salles dans l'espace public, ce qui permettrait à mon sens de rendre davantage acceptable [la salle]. [...] Moi je pense sincèrement que cette acceptabilité sociale, elle serait d'autant plus forte de la part des habitants si on arrivait d'une part à avoir des salles de plus petite taille et si on avait, si on avait un dispositif suffisamment outillé pour accueillir toutes ces personnes dans l'espace public, ce qui, aujourd'hui, n'est pas le cas. » - Police Nationale, Paris

Cette idée est également relayée par des collectifs de riverains favorables à une évolution du dispositif :

« Depuis toujours on dit, il en faut d'autres. En fait, c'est absurde, ça peut pas fonctionner tout seul [...]. Enfin, Strasbourg, c'est peut-être moins criant mais en région parisienne c'est délirant d'avoir qu'un endroit alors [que] la quantité de drogues ne cesse d'augmenter. » - Riverain

L'ouverture de nouvelles structures permettrait de répondre à la diversité des besoins (par exemple, en intégrant les usagers par inhalation), d'élargir l'accès aux soins, et de mieux répartir les flux sur l'ensemble du territoire urbain.

Enfin, la prise en charge des troubles psychiatriques constitue un point fréquemment mentionné par les professionnels des HSA, et correspond également à une demande des riverains de la HSA parisienne.

Cette problématique s'inscrit dans un contexte national plus large, marqué par une crise structurelle de la psychiatrie en France. La réduction du nombre de lits hospitaliers en psychiatrie – amorcée dans les années 1980 dans le cadre du mouvement de désinstitutionalisation – s'est poursuivie sans que des alternatives ambulatoires suffisamment solides aient été développées de manière homogène sur le territoire (Drogoul, Coupechoux, 2019). Ce déficit se traduit aujourd'hui par une saturation des services, des délais d'attente importants pour les consultations, et une grande difficulté à assurer un suivi régulier pour les personnes en situation de précarité ou sans domicile fixe. Ainsi, la mission d'information de l'Assemblée Nationale sur la prise en charge des urgences psychiatriques (Dubré-Chirat, Rousseau, 2024), rappelant que les urgences psychiatriques constituent aujourd'hui le principal point d'entrée dans les parcours de soin, fait le constat que depuis 2019, les passages aux urgences pour motifs psychiatriques ont augmenté de 21 %, atteignant 566 000 en 2023. Environ 75 % des prises en charge ont lieu dans les services d'accueil des urgences (SAU), souvent inadaptés aux besoins spécifiques des patients en crise psychique. La mission souligne également une organisation des soins psychiatriques peu lisible et fragmentée, reposant sur le principe de sectorisation depuis 1960. Les patients peuvent être orientés vers divers services (CMP, CAC, SAU) sans garantie de continuité des soins. Cette désorganisation serait aggravée par un manque de coordination entre les acteurs, des inégalités d'accès aux soins et une pénurie de moyens humains et matériels, notamment dans les établissements publics.

Dans ce contexte, les professionnels intervenant dans les HSA soulignent leur difficulté à produire de la continuité des soins pour les usagers souffrant de troubles psychiques. Le manque de places disponibles, conjugué à l'insuffisance de professionnels de santé (notamment de médecins), rend difficile la construction de parcours de soins psychiatriques adaptés. Les coordinations inter-institutionnelles – entre structures de réduction des risques, hôpitaux psychiatriques, services sociaux et structures d'hébergement – sont fragilisées par l'ampleur des besoins non couverts et le cloisonnement des dispositifs. Cette situation expose de nombreux usagers à une errance médicale et sociale, renforçant leur vulnérabilité et leur isolement, et limitant les possibilités de stabilisation de leur état de santé (Consoli et al., 2025).

Certains riverains, quant à eux, expriment une inquiétude persistante face à la présence dans l'espace public de personnes en situation manifeste de souffrance psychique, présentant des comportements désordonnés, parfois en rupture de soins. Ces riverains insistent sur la nécessité de renforcer la prise en charge psychiatrique, à la fois pour permettre aux personnes concernées de bénéficier d'un accompagnement approprié, et pour préserver la tranquillité de l'environnement urbain. Leur position repose sur une logique de cohabitation sécurisée et de régulation de l'espace public, ainsi que sur le souci de la bonne prise en charge des usagers de la HSA.

Ce constat local fait écho aux priorités affichées récemment par les pouvoirs publics en matière de santé mentale. En réponse à la montée des troubles psychiques dans la population générale et à l'usure du système psychiatrique, plusieurs initiatives ont été lancées, notamment dans le cadre du Ségur de la santé et des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie organisées en 2021. Ces démarches ont mis en lumière la nécessité d'un investissement dans la psychiatrie, en termes de moyens humains, de structures intermédiaires, et de décroisement entre les secteurs sanitaire, médico-social et social. Toutefois, sur le terrain, les effets de ces politiques peinent encore à se matérialiser, et les structures comme les SCMR se retrouvent en première ligne face à des besoins non couverts.

Dès lors, la question de la santé mentale des usagers de drogues ne peut être dissociée des enjeux plus larges de réforme du système psychiatrique en France. L'intégration de professionnels en santé mentale au sein des équipes de SCMR, la création de dispositifs de liaison avec les services psychiatriques, et le développement de solutions d'hébergement médico-social adaptées aux troubles psychiques, apparaissent comme des leviers nécessaires pour répondre à cette double exigence : mieux accompagner les usagers dans leur parcours de soin, tout en répondant aux attentes des riverains en matière de tranquillité publique et de cohésion sociale.

D. Conclusion

Au-delà d'un simple focus sur les HSA, cette recherche visait à comprendre leur inscription dans un écosystème plus large, à la croisée des champs du soin et de la tranquillité publique. Cette reconstitution des écosystèmes a permis d'évaluer non pas un impact quantifié – aucune approche quantitative n'étant mobilisée – mais les processus qui y conduisent : les leviers et freins identifiés dans l'amélioration des parcours de santé ainsi que dans la contribution à la tranquillité publique.

Les HSA s'imposent aujourd'hui comme des dispositifs de santé publique à double vocation : d'une part, répondre aux besoins sanitaires et sociaux des usagers de drogues en grande précarité ; d'autre part, agir concrètement sur les nuisances générées dans l'espace public par des pratiques de consommation visibles et souvent mal comprises. À travers leur inscription dans une logique de « bas seuil », les HSA constituent un point d'ancrage essentiel dans des parcours de soins souvent fragmentés, marqués par des ruptures multiples. Elles permettent à des publics très marginalisés d'accéder à un espace sécurisé, encadré par des professionnels, où peut débuter une relation de confiance préalable à toute forme d'accompagnement médical, social ou psychologique.

Les HSA constituent ainsi désormais un maillon essentiel dans les parcours de santé des usagers de drogues en grande précarité. Au-delà du lieu de consommation encadrée, les HSA sont des espaces sécurisés, stabilisant, où un travail de reconstruction du lien avec les institutions peut s'opérer.

Les professionnels y assurent une prise en charge globale et progressive, en fonction du rythme et des capacités de chaque usager. Ils orientent vers les soins somatiques, les consultations spécialisées (addictologie, psychiatrie), les dispositifs sociaux ou d'hébergement, jouant un rôle pivot dans des parcours souvent marqués par l'instabilité et l'errance. Cette capacité d'aller-vers, d'adapter les outils aux réalités de vie des usagers, permet de construire des réponses individualisées et durables.

Les HSA offrent aussi un lieu de répit, réduisant l'exposition aux violences et à la stigmatisation dans l'espace public. Elles créent ainsi les conditions nécessaires à l'émergence d'une demande de soins, souvent absente dans un premier temps. Intégrées à un écosystème de partenaires (services hospitaliers, CSAPA, hébergement, soins de premier recours de façon plus limitée), elles facilitent la mise en réseau des acteurs autour des usagers. À ce titre, les HSA s'inscrivent pleinement dans une logique de santé publique, en favorisant des parcours plus cohérents, continus et accessibles pour les publics les plus éloignés du soin.

Les HSA jouent donc un rôle fondamental dans l'accès aux soins pour des personnes en grande précarité, mais elles présentent plusieurs limites dans l'accompagnement de parcours de santé complets. Tout d'abord, elles ne peuvent, à elles seules, compenser les insuffisances du système de droit commun, notamment en matière de santé mentale, de soins spécialisés ou d'hébergement. De nombreux usagers présentent des troubles psychiatriques sévères, pour lesquels les parcours restent discontinus, en raison du manque de professionnels, de lits disponibles ou de coordination avec les structures psychiatriques. L'articulation avec le premier recours reste également moins avancée que celle avec le secteur de l'addictologie ou de la santé mentale.

L'épidémiologie des usagers de drogues et des consommations font émerger des besoins de santé auxquels les professionnels des HSA et de son écosystème tentent de répondre, de façon réactive. Les enjeux actuels liés aux parcours de santé tendent actuellement à intégrer de plus en plus la question du vieillissement et le poids croissant des troubles psychiatriques d'après les acteurs interrogés. Cette tendance devrait s'accroître dans les années à venir.

Sur le plan de la tranquillité publique, les dispositifs mis en place par les HSA visent plusieurs objectifs complémentaires qui s'inscrivent dans une logique de réduction des nuisances urbaines : amélioration de l'hygiène de l'espace public, développement de la médiation sociale avec les riverains et commerçants, et mise en œuvre d'actions d'« aller-vers » les usagers les plus marginalisés. Ces actions

s'ancrent dans le cadre du cahier des charges national des HSA, qui prévoit explicitement des missions de veille, de dialogue avec l'environnement local et de ramassage des déchets liés à la consommation de drogues.

Dans les deux contextes étudiés (Paris et Strasbourg), la perception de l'impact des HSA sur la tranquillité publique est globalement positive. À Paris, la HSA située près de la Gare du Nord est perçue par une majorité d'acteurs institutionnels (forces de l'ordre, professionnels de santé, partenaires locaux) comme un outil utile de régulation des usages de drogues dans l'espace public. Elle est identifiée comme un acteur qui contribue activement à la diminution des nuisances visibles, notamment par la réduction des injections dans l'espace public, la baisse du nombre de seringues abandonnées, et la médiation directe avec les usagers et les riverains.

Les critiques exprimées par certains riverains opposés à la présence de la HSA dans le quartier ne remettent pas en cause le principe même de la réduction des risques ou la nécessité d'une prise en charge des publics précaires. Leur opposition est davantage d'ordre moral et politique : ils estiment que la proximité de la HSA avec des habitations, des commerces et des établissements scolaires n'est pas appropriée, malgré les efforts entrepris. Pour ces habitants, les bénéfices observés ne suffisent pas à compenser la gêne occasionnée par la présence visible de publics vulnérables dans leur quartier.

Enfin, les effets positifs des HSA sur l'hygiène urbaine sont bien documentés. À Paris, les données disponibles (Inserm, services de nettoyage, témoignages) montrent une nette réduction du nombre de déchets liés à la consommation (seringues, emballages, etc.) depuis l'ouverture de la HSA. À Strasbourg également, les maraudes régulières et le travail de coordination avec les services hospitaliers permettent un meilleur contrôle de l'environnement immédiat. L'amélioration de la propreté de l'espace public est reconnue comme un des apports les plus concrets et visibles des HSA.

Bibliographie

- Auriacombe, M., Jauffret-Roustide, M., Briand-Madrid, L., Donadille, C., Dupont de Dinechin, S., Lalanne, L., & Roux, P. (2021). Cosinus. Cohorte pour les facteurs structurels et individuels de l'usage de drogues. In Salles de consommation à moindre risque. Institut de Santé Publique, Inserm.
- Benoit, C., Jansson, M., Millar, A., & Phillips, R. (2015). Community-academic partnerships in action: Addressing health determinants in Canada's sex industry. *Research for Sex Work*, 14, 22–24.
- Bergeron H. (1999). L'État et la toxicomanie: Histoire d'une singularité française [The State and Drug Addiction: History of a French Singularity]. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Chloé Potier, Vincent Laprèvote, Françoise Dubois-Arber, Olivier Cottencin, Benjamin Rolland (2014). Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review, *Drug and Alcohol Dependence*, Vol.145, 48-68.
- Consoli, A., Crozier, S., Gzil, F., Bacquet, L. et Delfraissy, J.-F. (2025). Crise de la psychiatrie en France : enjeux éthiques et urgence d'une réponse. *Les Tribunes de la santé*, 83(1), 105-112.
- Drogoul, F. et Coupechoux, P. (2019). La psychiatrie en crise, victime de la crise ? *Institutions*, 64(2), 73-83.
- Dubré-Chirat, N., Rousseau, S. (2024), Mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques. Dossier de Presse de l'Assemblée Nationale, 10 décembre 2024.
- Filipe, E., Jauffret-Roustide, M. (2024). Rétribuer des personnes consommatrices de drogues dans des enquêtes sociologiques. *Généalogie, mise en pratique et effet. Enquête. Terrains & Travaux -- N°45 [2024/2]*
- Godrie, B., Fournier, A., McAll, C. (2017). Repenser la marginalité sociale L'accompagnement de personnes dites « marginalisées » par une équipe hors les murs. *Sciences & Actions Sociales*, 7(2), 24-43.
- Haasen C, Prinzleve M, Gossop M, Fischer G, Casas M. (2005). Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users. *World Psychiatry*. 4(3):173-6.
- Hopper, K., Jost, J., Hay, T., Welber, S., & Haugland, G. (2008). Homelessness, severe mental illness, and the institutional circuit. *Psychiatric Services*, 49(5), 659–665.
- INSEE. (2025). Recensement de la population – Dossier complet, arrondissement de Paris 10e (75110). Institut national de la statistique et des études économiques.
- Jauffret-Roustide, M. (2019). La réduction des risques : une politique de santé publique à l'épreuve des résistances sociales et politiques. *Déviance et société*, 43(1), 27–50.
- 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.
- Kenney, S. R., Anderson, B. J., Bailey, G. L., Herman, D. S., Conti, M. T., Stein, M. D. (2021). Examining Overdose and Homelessness as Predictors of Willingness to Use Supervised Injection Facilities by Services Provided Among Persons Who Inject Drugs. *The American journal on addictions*, 30(1), 21–25.
- 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.

- Levensgood, T. W., Yoon, G. H., Davoust, M. J., Ogden, S. N., Marshall, B. D. L., Cahill, S. R., Bazzi, A. R. (2021). Supervised Injection Facilities as Harm Reduction: A Systematic Review. *American journal of preventive medicine*, 61(5), 738–749.
- Marchant, F. (2021). L'émergence des scènes ouvertes de la drogue à Paris dans les années 1980-1990. *SWAPS*, (100).
- McNeil, R., Cooper, H., Small, W., Kerr, T. (2014). Area restrictions, risk, harm, and health care access among people who use drugs in Vancouver, Canada: A spatially oriented qualitative study. *Health & Place*, 27, 104–112.
- Mullen, J. M., Richards, J. R., Crawford, A. T. (2023). Amphetamine-Related Psychiatric Disorders. *StatPearls*. 2023 Amphetamine-Related Psychiatric Disorders - StatPearls - NCBI Bookshelf.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2018). Perspectives sur les drogues. Salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités. Office des publications de l'Union Européenne, Luxembourg.
- Pachoud, B. (2018). La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 7(1), 165-180.
- Paumier R. (2022). Between zero risk and harm reduction: An ethnography of Montreal supervised injection services as a public policy instrument. *The International journal on drug policy*, 104, 103694.
- Schatz, E., Nougier, M. (2012). *Drug Consumption Rooms: Evidence and Practice* (IDPC Briefing Paper). International Drug Policy Consortium.
- Small, W., Van Borek, N., Fairbairn, N., Wood, E., & Kerr, T. (2009). Access to health and social services for IDU: the impact of a medically supervised injection facility. *Drug and alcohol review*, 28(4), 341–346.
- Spilka, S., Le Nézet, O., Janssen, E., Brissot, A., Philippon, A., Chyderiotis, S. (2019). « Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers » in *Tendances n°131 – Avril 2019*, Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives.
- Tran, V., Reid, S. E., Roxburgh, A., Day, C. A. (2021). Assessing Drug Consumption Rooms and Longer Term (5 Year) Impacts on Community and Clients. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 4639–4647.
- Ville de Paris. (2021). Révision du Plan local d'urbanisme de Paris – Synthèse du diagnostic territorial : 10^e arrondissement. Direction de l'urbanisme.
- Wood, E., Kerr, T., Small, W., Li, K., Marsh, D. C., Montaner, J. S., & Tyndall, M. 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), 731–734.
- Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U., & Haasen, C. (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), 663–688.

Annexes

Annexe 1 : Descriptif des entretiens réalisés et caractéristiques des usagers interrogés

Annexe 2 : Monographie de la HSA de Paris

Annexe 3 : Monographie de la HSA de Strasbourg (Argos 1)

Annexe 1 : Descriptif des entretiens réalisés et caractéristiques des usagers interrogés

Tableau 1 : Descriptif des entretiens réalisés

Date	Durée	Personne interrogée	Ville concernée	Modalité de réalisation de l'entretien
Usagers				
27 et 28 janvier 2025	40 minutes en moyenne	20 usagers	HSA Paris	Présentiel
26 et 27 février 2025	40 minutes en moyenne	20 usagers	HSA Strasbourg	Présentiel
Professionnels				
03/03/2025	1h10	Chef de service CARUUD	HSA Paris	Distanciel
03/03/2025	1h	Infirmière coordinatrice	HSA Paris	Distanciel
03/03/2025	1h	Travailleur social	HSA Paris	Distanciel
07/03/2025	1h	Travailleur social	HSA Paris	Distanciel
10/03/2025	1h40	Chef de service HSA	HSA Paris	Distanciel
10/03/2025	45 min	Coordinateur CAARUD	HSA Paris	Distanciel
10/03/2025	45 min	Travailleur social	HSA Paris	Distanciel
26/03/2025	50 min	Médecin psychiatre	HSA Paris	Distanciel
01/03/2025	1 h	Infirmier	HSA Paris	Présentiel
01/03/2025	45 min	Travailleur social	HSA Paris	Présentiel
01/03/2025	1h	Médecin psychiatre	HSA Paris	Présentiel
01/08/2025	20 min	Médecin psychiatre	HSA Strasbourg	Présentiel
09/01/2025	1h	Travailleur social	HSA Strasbourg	Présentiel
09/01/2025	45 min	Médecin généraliste	HSA Strasbourg	Présentiel
09/01/2025	1h	Médecin, directrice médicale Ithaque	HSA Strasbourg	Présentiel
09/01/2025	45 min	Directeur Ithaque	HSA Strasbourg	Présentiel
10/01/2025	30 min	Médiateur	HSA Strasbourg	Présentiel

27/02/2025	50 min	Infirmier	HSA Strasbourg	Présentiel
27/02/2025	50 min	Travailleur social	HSA Strasbourg	Présentiel
27/02/2025	30 min	Infirmier	HSA Strasbourg	Présentiel
28/02/2025	30 min	Travailleur social	HSA Strasbourg	Présentiel
20/03/2025	1h30	Chef de service	HSA Strasbourg	Distanciel
27/02/2025	1h30	Coordinateur	HSA Strasbourg	Présentiel
Partenaires				
03/03/2025	40min	Association AURORE	Paris	Distanciel
07/03/2025	45min	Association AURORE	Paris	Distanciel
20/03/2025	1h	CPAM	Paris	Distanciel
21/03/2025	1h	ARS	Paris	Distanciel
26/03/2025	1h10	SNCF	Paris	Distanciel
26/03/2025	1h	Urgences Lariboisière	Paris	Distanciel
28/03/2025	1h	Service de réanimation Lariboisière	Paris	Distanciel
25/03/2025	1h	Commissariat 10e - Police Nationale	Paris	Distanciel
03/04/2025	1h20	Ville de Paris	Paris	Distanciel
10/04/2025	40min	Police Municipale 10e	Paris	Distanciel
16/04/2025	1h	Psychiatrie Lariboisière	Paris	Distanciel
15/04/2025	1h	Psychiatrie Lariboisière	Paris	Distanciel
08/04/2025	1h	Collectif Lariboisière Saint Vincent Saint Paul	Paris	Distanciel
09/04/2025	1h	Collectif la traverse du 10ème	Paris	Distanciel
09/04/2025	1h	Collectif Action Barbès	Paris	Distanciel
15/04/2025	1h	Collectif parents SCMR 75	Paris	Distanciel
17/04/2025	1h10	Collectif VGNE	Paris	Distanciel

16/04/2025	1h	JCDecaux	Paris	Distanciel
08/04/2025	1h	Migration santé Alsace	Strasbourg	Distanciel
18/03/2025	1h	CeGIDD des HUS	Strasbourg	Distanciel
20/03/2025	50min	PASS, HUS	Strasbourg	Distanciel
17/03/2025	1h	Service addictologie des HUS	Strasbourg	Distanciel
20/03/2025	40min	SAMU, HUS	Strasbourg	Distanciel
20/03/2025	30min	ACT GALA (CATTP)	Strasbourg	Distanciel
17/03/2025	1h10	Un Chez Soi d'Abord	Strasbourg	Distanciel
17/03/2025	1h	Service d'addictologie, HUS	Strasbourg	Distanciel
20/03/2025	50 min	Service de sécurité, HUS	Strasbourg	Distanciel
20/03/2025	1h	Urgences psychiatriques, HUS	Strasbourg	Distanciel
19/03/2025	30min	Centre du Sommeil, HUS	Strasbourg	Distanciel
01/04/2025	30min	Police Nationale	Strasbourg	Distanciel
20/03/2025	1h	Médecine interne, HUS	Strasbourg	Distanciel
Entretiens non réalisés				
NC	NC	Direction APHP	Paris	Non réalisé (changement, pas interlocuteur au fait du sujet)
NC	NC	Parking Indigo	Paris	Non réalisé (pas de réponse après relances)

NC	NC	RATP	Paris	Non réalisé (pas de réponse après relances)
NC	NC	Riverains Lariboisière gare du Nord	Paris	Non réalisé (refus via courrier)
NC	NC	Equipe de soins palliatifs	Strasbourg	Non réalisé (non pertinent, peu de lien)
NC	NC	SESAME	Strasbourg	Non réalisé (pas de réponse après relances)
NC	NC	ARS	Strasbourg	Non réalisé (retour résumé par mail)
NC	NC	Procureur de la république	Strasbourg	Non réalisé (réponse mail, non connaissance du dispositif)

Tableau 2 : Caractéristiques (déclarées) des usagers interrogés

Sexe	Age (en années)	Nationalité	Logement	Ressources financières	Droits de santé	Ville concernée
H	35	Français	Hospitalisé	AAH + travail	CMU-C + ALD	Strasbourg
H	60	Français	Appartement association	AAH + APL	CV	Strasbourg
H	60	Français	Appartement en collocation via association	RSA	CV	Strasbourg
H	32	Français	Hospitalisé	RMI	CMU-C	Strasbourg
H	37	Français	Appartement association	AAH + APL	CV	Strasbourg
H	62	Français	Hébergement Argos 2	Retraite	CV	Strasbourg
F	30	Française	Chambre association	AAH + APL (curatelle)	C2S + CMU	Strasbourg
H	28	Français	Squat	Aucune	NA	Strasbourg
H	35	Français	Rue	RSA	NA	Strasbourg
H	44	Français	Rue	Chômage	C2S + CMU	Strasbourg

H	41	Français	Rue	RSA	CMU	Strasbourg
H	27	Français	Squat Cabanon Jardin des grands- parents	Actif	CV	Strasbourg
H	38	Français	Rue	RSA	CV	Strasbourg
H	58	Français	Hébergement Argos 2	RSA	CMU	Strasbourg
H	43	Français	Hébergement Argos 2	RSA	CV	Strasbourg
F	47	Française	Hébergement Argos 2	Radiée du RSA	CV	Strasbourg
H	44	Français	Rue	Chômage	CV	Strasbourg
H	35	Français	Squat	RSA	CV	Strasbourg
H	39	Soudanais	A la rue	Aucun revenu	CMU-C	Strasbourg
H	38	Géorgien	Appartement association	Actif	CMU-C	Strasbourg
H	40	Français	Hébergement	NA	Carte vitale en cours	Paris
H	35	NC	Hébergement	Mendicité, deal, AAH, aide de sa famille	NA	Paris
H	42	Français	Appartement (hébergé par sa sœur)	RSA	CMU-C	Paris
F	47	Française	Appartement diffus	Plus rien depuis usurpation d'identité	Plus rien depuis usurpation d'identité	Paris
H	50	Français	Appartement (chez lui)	Chômage	C2S en cours	Paris
H	37	Français	Hébergement (appartement diffus)	Non (ouverture de droits en cours)	Non (ouverture de droits en cours)	Paris
F	32	Française	Hébergement / Rue (n'arrive pas à se servir de sa chambre)	Aucun revenu	Aucun droit ouvert	Paris
H	60	Franco- Marocain	Appartement HLM	AAH	CMU-C + ALD	Paris
H	42	Français	Rue (tente)	Aucun revenu	Aucun droit ouvert	Paris
H	56	Algérien	Hébergé	Démarches en cours	AME	Paris

H	48	Franco-Algérien	Appartement HLM	AAH	CMU-C + ALD	Paris
H	56	Français	Hébergement	Sans revenus (en cours pour accès au RSA)	CMU-C	Paris
H	54	Français	Hébergement	AAH + Chèques Assore	C2S	Paris
H	44	Marocain	Hébergement	Famille, vols	AME	Paris
H	45	Français	Rue	"Débrouille"	Aucun droit ouvert	Paris
H	43	Français	Appartement diffus	Travail à mi-temps + RSA	C2S	Paris
H	45	Franco-comorien	Hébergement	RSA + deal	C2S	Paris
H	50	Espagnol	Hébergement Assore	NC	C2S	Paris
H	62	Français	Hébergement Samu social	AAH	NA	Paris
H	43	Français	Foyer médicalisé	RSA	C2S	Paris

Age moyen : 44 ans / Age médian : 43 ans / 90% (n=36) hommes interrogés et 10% de femmes (n=4)

AAH : Allocation Adulte Handicapé

APL : Aide personnalisée au logement

RMI : Revenu minimum d'insertion

RSA : Revenu e solidarité active

CSS ou C2S : Complémentaire santé solidaire

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire, actuelle complémentaire santé solidaire (CSS ou C2S)

ALD : Affection longue durée

AME : Aide médicale d'Etat

CV : Carte vitale (sans précision)

NA : Non application (ou non connu)

Annexe 2 : Monographie de la HSA de Paris (Espace Jean-Pierre Lhomme)

Adresse : 14, Rue Ambroise Paré dans le 10^{ème} arrondissement de Paris.

La structure est située dans un pavillon de l'AP-HP de l'hôpital Lariboisière à proximité du service des urgences, avec une entrée distincte et dédiée qui donne directement sur la rue. Les usagers n'ont pas besoin de traverser l'hôpital pour y accéder.

Structure gestionnaire : La HSA est portée par le CAARUD de l'association Gaïa.

a. Organisation de l'espace

Les locaux de la HSA sont tous situés au rez-de-chaussée du 14, rue Ambroise Paré. Une partie est accessible au public, on y entre par le portail qui donne sur la rue. Une autre partie, réservée aux professionnels, est accessible par l'intérieur de l'hôpital Lariboisière.

Les locaux sont organisés de sorte à constituer un circuit en marche avant : l'utilisateur entre par le portail qui donne sur une petite cour, puis un préau. Il attend sous le préau qu'un professionnel le fasse rentrer à l'accueil, puis en salle de consommation. La salle de consommation est organisée en 17 postes de consommation, dont 1 dédié à la co-injection. Au centre de ces 17 postes, un îlot central est dédié à la distribution du matériel et à la supervision des consommations. Après la salle de consommation, il sort par une autre porte, donnant sur l'espace de repos. Pour quitter la HSA, l'utilisateur emprunte un couloir passant derrière l'espace de consommation et l'accueil, qui le mène au préau. Il ressort par le portail par lequel il est entré.

Le guichet du programme d'échange de seringues (PES) est localisé dans la HSA, mais relève de l'activité du CAARUD. Il est accessible aux usagers via une petite fenêtre de l'accueil de la HSA donnant sur le préau, les usagers du PES n'ont donc pas besoin d'entrer dans la HSA pour ramener du matériel usagé ou demander du matériel propre.

Pour les consultations avec des médecins, IDE ou TS, des bureaux et 2 boxs infirmiers sont disponibles. Les box infirmiers communiquent entre eux. Ils disposent d'une armoire de stockage de matériel et de produits de soins, d'une petite pharmacie murale (fermée à clef), et d'un sac contenant les équipements nécessaires pour la gestion des urgences (surdoses notamment). Tous les bureaux et box sont fermés à clef.

La HSA propose également aux usagers des services accessoires : les usagers peuvent demander à faire recharger leur téléphone dans un casier sécurisé. Pour l'accueil des animaux, il est possible de prêter une muselière si l'utilisateur n'en a pas. Aucun chien ne peut entrer sans muselière.

b. Equipe

D'après le rapport d'activité 2024 (RA 2024), le personnel de la HSA se compose des profils suivants :

- Directeur, chef de service (2 Equivalent temps plein ou ETP)
- Secrétaire et personnel administratif (1,42 ETP)
- Educateurs spécialisés (7,91 ETP)
- Accueillants moniteurs éducateurs (7,55 ETP)
- Infirmiers (8,3 ETP), avec une professionnelle en charge de la coordination de l'équipe infirmière.
- Médecins (0,48 ETP) : 2 médecins psychiatres addictologues (0,5 ETP en 2023, 1 ETP environ depuis novembre 2024 avec l'arrivée d'un second médecin). L'un des deux médecins exerce au CSAPA hospitalier de Fernand Widal, dans le cadre d'une convention permettant le partage de son poste entre ce CSAPA et la HSA.
- Assistants de service social (1,03 ETP)

Une des infirmières de l'équipe mobile de Gaïa qui intervient au sein de structures d'hébergement social (CHRS par exemple) assure une permanence hebdomadaire au sein de la HSA dédiée aux dépistages (VIH par TROD, hépatites, fibroscan). Elle assure également une mission de formation et d'accompagnement des professionnels de la HSA sur ces thématiques (sur le risque infectieux notamment).

Tous sont salariés de Gaïa et partagent généralement leur temps de travail entre les différents dispositifs portés par Gaïa :

- Maraudes,
- L'équipe mobile qui assure des visites au domicile auprès des bénéficiaires d'Assore (dispositif d'hébergement hôtelier destiné aux usagers de crack), sur les 60-70 places gérées par Gaïa (sur un total de 600 places environ, dont le reste est géré par l'association Aurore).
- Antenne mobile du CAARUD de Gaïa, « le Camion », qui circule quotidiennement près de la gare du nord et dans le nord-est parisien.

Des agents de sécurité prestataires (3,3 ETP) sont également intégrés à l'équipe sur les horaires d'ouverture de la HSA. Ils sont localisés à l'entrée, à l'interface de la structure et de la rue.

Enfin, la HSA accueille également des stagiaires et des bénévoles.

c. Organisation de l'activité

La HSA est ouverte aux usagers 7 jours sur 7, y compris les jours fériés, de 9h30 à 20h30 (les professionnels de la HSA y sont présents de 9h à 21h).

L'accueil des usagers se fait par « roulement » des professionnels sur les différents postes du parcours de consommation. Ainsi, une équipe d'infirmiers et de travailleurs sociaux se relaient toutes les heures entre le préau, l'accueil, la zone de consommation supervisée, et le repos. Lorsque cela est possible, l'équipe du « roulement » est renforcée par un professionnel « volant » qui peut intervenir en renfort à tous les postes en cas de besoin.

- Au préau, les usagers sont accueillis par les médiateurs et un IDE / travailleur social. Deux professionnels sont présents à l'accueil, où l'utilisateur déclare son pseudonyme, le produit qu'il vient consommer et la quantité ; il est alors invité à se laver les mains avant d'entrer dans la zone de consommation. Les professionnels de l'accueil lui ouvrent alors la porte par une commande à distance, pour qu'il puisse aller consommer.
- Dans la zone de consommation, 2 à 3 professionnels, dont au moins 1 IDE, distribuent le matériel stérile aux usagers. Ceux-ci peuvent choisir entre différentes pompes, différentes aiguilles, différents garrots, filtres, etc. Ils peuvent également demander de l'eau, des lingettes et des crèmes. L'utilisateur peut ensuite aller à un poste propre pour consommer. Les professionnels qui supervisent la consommation, surveillent le temps de passage des usagers, ainsi que leurs difficultés éventuelles à l'injection. Ils peuvent être amenés à conseiller les usagers, leur proposer un paravent ou un miroir pour aider l'utilisateur dans son geste. Une fois la consommation terminée, l'utilisateur jette son matériel usagé dans des poubelles prévues à cet effet, et un professionnel nettoie son poste d'injection.
- Au repos, 2 professionnels sont présents. Des sanitaires sont accessibles pour les usagers, ainsi qu'une fontaine à eau. De 9h30 à 13h30, les usagers peuvent y demander du café ou du thé. Toute la journée, ils peuvent s'asseoir ou s'allonger, manger à table, lire, dormir, demander une bassine pour rincer leurs pieds, etc. Ils peuvent également demander aux professionnels de rechercher des informations pour eux sur l'ordinateur. Enfin, ils peuvent aussi solliciter les professionnels pour avoir accès à une consultation infirmière, médicale ou sociale.

- Ils peuvent ensuite quitter la HSA en passant par un couloir qui les fait revenir au préau.

Dans l'espace de repos, l'équipe organise périodiquement des semaines thématiques consacrées à la RdRD. Organisées en ateliers, elles ont pour but d'aborder divers sujets afférents aux risques liés à l'injection.

Les usagers peuvent également demander à accéder à l'offre de soins et d'accompagnement social interne. En effet, les professionnels de la HSA sont en mesure de proposer diverses consultations :

- Consultations sociales : les permanences ont lieu 5 jours semaine, de 10h à 18h.
- Consultations infirmières : permanences 5 après-midi par semaine, et 2 matinées par semaine.
- Consultations médicales : les permanences ont lieu 5 jours sur 7, de 10h à 18h. Ces consultations permettent de prodiguer des consultations en santé mentale, ainsi que d'orienter les usagers vers un service de soins. La HSA dispose d'un petit stock de médicaments (paracétamol, antibiotiques), mais aucun traitement n'y est mis en place. Les ordonnances de TSO se font en dehors de la HSA également.

En outre, des partenaires se rendent à la HSA pour proposer des services spécialisés : consultation de podologie, permanence de proximité de la CPAM.

La HSA assure également des maraudes quotidiennes dans le périmètre de la HSA, ainsi qu'au sein de la Gare du Nord (convention avec la SNCF et la RATP), et une maraude de voisinage toutes les 6 semaines environ.

d. Coordination des professionnels

Cette équipe pluriprofessionnelle se coordonne sur différents temps, lors :

- Des réunions de transmission pluriquotidiennes, en début et fin de chaque roulement et qui réunissent tous les professionnels du roulement. Elles se tiennent donc le matin avant l'ouverture, à mi-journée pour passer le relai à l'équipe du soir, et le soir à la fermeture de la HSA.
- Des réunions d'équipe hebdomadaires
- Des réunions médicales/paramédicales hebdomadaires réunissant médecins et infirmiers

Les professionnels déposent les informations concernant les usagers sur plusieurs outils partagés :

- « **Traxilo** », utilisé pour l'accueil des usagers à l'entrée de la HSA, afin de tracer tous les passages dans la structure (date et produits consommés). L'utilisateur peut communiquer un pseudo pour y être identifié. Des messages peuvent y être saisis par tous les professionnels de la structure, en cas de besoin de relayer des informations et/ou des rappels entre professionnels ou à destination des usagers (exemple : « passer voir le médecin »).
- **Dossier Patient Informatisé « Éo »**, dossier médical partagé avec le CSAPA de Gaïa.
- **Fichier Excel des transmissions infirmières** avec les onglets suivants :
 - Ordre du jour de la réunion paramédicale/médicale hebdomadaire : y sont saisies les problématiques actuelles d'usagers, les décisions collectives prises ;
 - Coordination des soins ;
 - Réunion Précarité de Lariboisière : onglet recensant les usagers dont la situation a été discutée au Copil précarité pilotée par l'hôpital Lariboisière. Il s'agit d'un copil réunissant tous les 2 mois les acteurs au contact d'usagers en grande précarité. Notamment les maraudes de plusieurs associations (Emmaüs, Croix-Rouge, Samu social, espace de repos de La Chapelle, etc.), des représentants de la HSA, de la SNCF, de la RATP, du service d'accueil des urgences de Lariboisière, du service social du service de réanimation de Lariboisière...Une vingtaine de cas y sont

évoqués avec des difficultés majeures médicales et/ou sociales, avec quelques cas concernant des usagers de la HSA.

- Commande de matériel infirmier : pour la gestion des commandes ;
- Suivi permanence VHC : onglet complété par l'infirmière de l'équipe mobile de Gaïa en charge des dépistages VIH-hépatites, afin de relayer aux professionnels de la HSA l'activité de sa permanence hebdomadaire en HSA et les usagers suivis ;
- Contacts / codes utiles
- Psychiatre : pour le suivi des demandes psychiatriques.
- **Fichier Excel de briefing/débriefing** des équipes avant/après permanence : Parmi les sujets discutés, 4 rubriques dédiés aux soins sont discutées : RdRD Addictologique, Soins somatiques, Soins psychiatriques, Dépistages-Suivi infectieux

e. Partenariats principaux

Pour les parcours de soins :

- Hôpital Fernand Widal (poste partagé de médecin entre la HSA et leur CSAPA hospitalier)
- Association *Gamelles pleines* pour aider à garder les animaux des usagers et à prendre soin (garde durant une hospitalisation d'un usager par exemple)
- Association Agir pour la santé des femmes avec la mise en place d'une permanence au sein des murs de la HSA pour la santé des femmes usagères accueillies (consultations individuelles).
- Laboratoire d'analyses médicales à proximité de la HSA.

Pour la tranquillité publique :

- SNCF et RATP pour les maraudes au sein de la Gare du Nord ;
- Parkings Indigo, pour des actions communes afin de limiter les consommations dans les parkings avoisinant la HSA.

A ces partenariats, s'ajoute la participation à plusieurs espaces de dialogues, et notamment :

- Le comité de voisinage, ou « comité opérationnel ». Organisé par la mairie, il rassemble un collège « Habitants », un collège « Police, institutions et entreprises locales », un collège « Elus », et enfin un collège « Associations et institutions toxicomanie/santé ».
- Le Groupe de Partenariat Opérationnel (GPO) organisé par le commissariat du 10^e arrondissement.
- Le « COPIL précarité », organisé par le service des urgences de l'hôpital Lariboisière, qui rassemble plusieurs acteurs locaux du soin et du médico-social, et qui sert à repérer les situations préoccupantes dans le quartier, ainsi qu'à faire de la coordination des prises en charge.

f. Activité

D'après son rapport d'activité de l'année 2024 (RA 2024), en 2024, la HSA de Paris comptait 821 usagers dans sa file active. Ces usagers avaient en moyenne 43,5 ans, et étaient majoritairement des hommes (88 % d'hommes, contre 12 % de femmes).

Sur ces 821 usagers, 133 étaient nouvellement inclus.

Au moment de l'inclusion dans la HSA, les usagers ont majoritairement déclaré se trouver en situation de précarité vis-à-vis du logement, vivant pour 42 % d'entre eux à la rue. 12 % ont déclaré vivre en institution (CHRS, CHU, foyer, etc.) ou à l'hôtel, et 11 % en squat. 17 % ont déclaré vivre dans un logement indépendant, et enfin 11 % sont hébergés par des proches.

En termes de ressources, 9 % déclaraient avoir un revenu d'un emploi, 9 % étaient bénéficiaires du RSA, 2 % touchaient une allocation chômage, et 46 % n'avaient aucune ressource.

En matière de protection sociale, 30 % étaient affiliés à la Sécurité Sociale, 17 % étaient bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME), et 41 % ne bénéficiaient d'aucune couverture maladie.

Toujours d'après le RA, en 2024, les professionnels de santé de la HSA de Paris ont prodigué 2 177 soins infirmiers, 558 consultations médicales, et ont fait 45 Fibroscan, 127 vaccinations, 45 TROD VIH, 37 TROD VHC et 22 TROD VHB. 1 094 orientations vers un service de soins externe ont été faites, ainsi que 131 accompagnements physiques dans lesdits services de soins.

Les travailleurs sociaux ont assuré 1 266 consultations, et 67 accompagnements dans des structures extérieures (justice, hébergement, droits sociaux et administratifs). La permanence de la CPAM a permis de faire 313 consultations (121 pour la CSS, 81 pour l'AME, et 11 pour d'autres motifs).

Enfin, en 2024, la HSA de Paris a permis 79 244 sessions de consommation. L'injection est le seul mode de consommation autorisé dans la salle. 82,5 % des produits consommés sont des opiacés, le sulfate de morphine arrivant en tête des produits les plus consommés (58 % des consommations). La méthadone représente 14,3 % des consommations, et la buprénorphine compte pour 9,8 % des consommations.

Malgré qu'elle soit encore minoritaire, la consommation de psychostimulants, en particulier de cocaïne, progresse rapidement. Au total, les psychostimulants représentent 16,6 % des consommations (cocaïne chlorhydrate, cocaïne basée, speedball, amphétamines) sur l'année 2024. D'après des données complémentaires fournies par l'encadrement de la HSA, la consommation de cocaïne chlorhydrate est passée de 1,3 % en juin 2023, à 24,6 % en février 2025, soit le taux le plus élevé depuis l'ouverture de la HSA.

Annexe 3 : Monographie de la HSA de Strasbourg (Argos 1)

Adresse : Quai Menachem-Taffel.

Bien que la HSA se situe dans l'enceinte des hôpitaux universitaires de Strasbourg, l'entrée est piétonne pour les usagers et se fait par le portail le long du quai. Les professionnels eux rentrent par une entrée au sein des HUS.

Structure gestionnaire : La HSA est portée par le CARUUD de l'association Ithaque.

a. Organisation de l'espace

Les locaux de la HSA de Strasbourg sont tous situés au rez-de-chaussée du bâtiment partagé avec Argos 2 (le dispositif d'hébergement adossé à la HSA), dont les locaux sont aux étages. L'accès des usagers à la HSA de Strasbourg s'effectue depuis l'extérieur du périmètre principal de l'hôpital. Un portail dédié donne accès à une parcelle spécifique, entièrement clôturée par une barrière grillagée qui isole la structure du reste des bâtiments hospitaliers.

La HSA dispose d'un pavillon devant son entrée. Sur ce pavillon, durant la période estivale, des tables et des chaises sont disposées pour permettre aux usagers de s'asseoir ou de se reposer à l'extérieur. Le franchissement de la porte d'entrée mène à hall d'accueil, avec un accès, directement sur la gauche, à un bureau du PES. Au fond du hall, se trouve un poste d'accueil, un couloir gauche menant à l'espace de consommation, et à un box infirmier, un couloir droit menant aux bureaux de l'encadrement, ainsi qu'à un bureau pour les consultations médicales. L'espace de repos est situé juste derrière le poste d'accueil. Un couloir centre-gauche mène à un espace de repos isolé, où sont amenés les usagers lorsqu'ils ont besoin de calme, et un autre bureau.

La HSA est également équipée de douches, d'un casier sécurisé où les usagers peuvent faire recharger leur téléphone, et de machines à laver. Dans les placards de la HSA, les professionnels stockent également du matériel de dépannage, qui provient de dons (vêtements, chaussures). Les chiens peuvent être attachés soit dans le hall, soit à l'extérieur, à l'entrée de la HSA.

Le PES est à l'intérieur de la HSA, mais comme pour Paris, relève de l'activité du CAARUD.

b. Equipe

Le personnel de la HSA se compose des profils suivants (d'après le RA 2024) :

- Directeur (qui est également le directeur d'Ithaque)
- Chef de service et coordinateur, tous deux à temps plein
- Un directeur médical, transverse à toutes les structures de l'association Ithaque
- Un secrétaire (0,5 ETP)
- Des agents d'entretien (0,9 ETP)
- Médecins (2 psychiatres, 1 médecin généraliste, pour un total de 0,31 équivalent temps plein ou ETP)
- Psychologue (0,7 ETP)
- IDE (6,13 ETP)
- Travailleurs sociaux (assistants de service social, éducateurs spécialisés, moniteurs-éducateurs) (6,49 ETP)
- Médiateur social (1 ETP)

Un lien étroit avec le chef de service de l'hébergement Argos 2 est également établi et les échanges entre Argos 1 (la HSA) et Argos 2 sont quotidiens.

Un poste en équivalent temps plein (ETP) d'infirmier manquait au début de l'année 2025 (moment des travaux d'enquête qualitative) et l'équipe était en difficulté dans ce recrutement. Un nouveau profil, étudiant en psychologie, qui a pu déjà travailler en remplacement sur l'été en tant que traductrice-éducatrice a été récemment intégrée à l'équipe et fera partie du roulement.

Tous ces professionnels sont salariés d'Ithaque. La HSA compte également sur des prestataires :

- Plusieurs fois par semaine, l'association Migration Santé intervient à Argos pour permettre d'échanger avec les personnes parlant le russe ou le géorgien.
- Une entreprise de sécurité permettant de remplacer le médiateur en dehors de ses horaires de travail (le temps de ces agents de médiation est partagé avec Argos 2).

Via l'association Ithaque, la HSA accueille également des stagiaires, notamment des externes et des internes de médecine.

C. Organisation de l'activité

La HSA est ouverte aux usagers 7 jours sur 7, y compris les jours fériés, de 13h à 19h. Après 18h30, les passages dans l'espace de consommation ne seront plus autorisés. Les professionnels sont présents de 12h30 à 19h30 à la HSA, ainsi que lors des temps de réunion qui sont organisés sur les matinées.

L'accueil des usagers se fait par « roulement ». Les postes de la HSA sont organisés en 4 postes : accueil, PES, espace de repos, espace de consommation.

- A l'accueil, les professionnels (dont le médiateur, toujours présent) accueillent les usagers et leur demandent les raisons de leur venue (consommation, repos, accès au matériel de réduction des risques, etc.). Chaque passage est enregistré avec l'identifiant propre à l'utilisateur, permettant un suivi des flux et garantissant que les usagers respectent un délai minimum entre deux consommations. En fonction des besoins exprimés, l'utilisateur est ensuite orienté vers l'espace de la HSA correspondant (PES, espace de repos, espace de consommation, sanitaires, douche, bureau de consultation, etc.).
- Au PES (échange de matériel d'injection et d'inhalation) : 1 professionnel, IDE ou TS, délivre du matériel de consommation stérile ou sécurisé (injection, inhalation, sniff), à la demande des usagers, ainsi que des DASRI dédiés à la récupération du matériel d'injection usagé.
- L'espace de repos est une salle de vie commune équipée d'une cuisine, de tables, d'un ordinateur en libre accès, de livres. Un professionnel au minimum y est présent. Les usagers sont libres de circuler entre l'espace de repos, le hall et le pavillon de la HSA.
- Pour entrer en salle de consommation, l'utilisateur doit se présenter à un poste devant la salle de consommation, où sont enregistrés le produit consommé, la quantité et le mode de consommation (injection, inhalation). Il est ensuite autorisé à entrer, et doit se rendre à l'îlot au fond de la salle de consommation, où 2 professionnels (dont au moins 1 IDE) vérifient son produit et son mode de consommation, et lui délivrent le matériel adapté. Le temps de consommation est limité à 30 minutes par passage ; pendant ce temps, les professionnels surveillent l'ensemble des usagers aux postes de consommation, et délivrent des conseils de RdRD lorsque cela est nécessaire.

Les professionnels changent de poste toutes les heures. Ils peuvent se détacher d'un poste pour réaliser une consultation infirmière ou un rendez-vous social. Les usagers peuvent demander l'accès à des consultations de soins infirmiers, médicales ou sociales :

- Permanences médicales : 2 demi-journées de permanence de médecine générale ; 2 demi-journées de permanence de psychiatrie.
- Une psychologue assure 2 demi-journées de permanence.

Il n'existe ni permanence infirmière, ni permanence sociale. Les IDE et les travailleurs sociaux se détachent du roulement à la demande des usagers, lorsque ceux-ci expriment un besoin. Les professionnels étant habitués à fonctionner sans la présence permanente d'un médecin, ils sont en outre habitués à orienter les usagers vers d'autres services lorsque ceux-ci ont des demandes de soins ou de consultations, ou à différer la demande sur le jour de présence d'un soignant.

Enfin, les professionnels de la HSA (IDE, travailleurs sociaux) consacrent également leur temps aux maraudes :

- Maraude d'aller-vers hebdomadaire, en partenariat avec le CAARUD d'Ithaque.
- Maraude autour de la HSA (parcs, hôpital) pour ramasser des déchets liés à la consommation dans l'espace public. Régulièrement, 2 personnes se détachent du roulement à la HSA, lorsque les effectifs sont suffisants (minimum 5 professionnels dans la HSA).
- Maraude dans le quartier de l'Elsau (quartier enclavé de Strasbourg, marqué par la précarité, qui connaît beaucoup de trafics de drogues) : cette maraude a été mise en place en partenariat avec des structures de prévention spécialisées présentes sur le quartier. Elle vise à faire de la médiation avec les habitants du quartier, car beaucoup d'usagers vont s'y fournir. Des conflits peuvent survenir entre trafiquants et consommateurs, ainsi que des problématiques liées aux déchets de consommation dans l'espace public.

d. Coordination des professionnels

Cette équipe pluriprofessionnelle se coordonne sur différents temps, lors :

- Des réunions de transmission pluriquotidiennes, en début et fin de chaque roulement et qui réunissent tous les professionnels du roulement. Elles se tiennent donc le midi avant l'ouverture, et le soir à la fermeture de la HSA. Un professionnel de l'hébergement se joint à ces temps pour suivre les actualités de la HSA. En parallèle, un professionnel de la HSA se rend aux temps de transmission de l'hébergement qui ont lieu à la suite de celle de la HSA, à 13h.
- Des réunions d'équipe hebdomadaires (le vendredi matin). Afin de coordonner leur action (et orientations), des membres de l'hébergement Argos 2 ainsi que les chefs de services, des 2 structures, sont présents à cette réunion.
- Des réunions paramédicales portant sur le stock de médicament, l'échange de pratique pour améliorer les pansements, etc., a lieu, sans rythme régulier. Elle est organisée par le coordinateur, et intègre les IDE de l'hébergement, afin d'harmoniser les pratiques. De la même façon, des réunions spécifiques aux travailleurs sociaux peuvent être organisées, selon les mêmes modalités.
- Des réunions spécifiques, au besoin, peuvent être organisées avec Migration Santé pour ajuster les pratiques. Les interprètes ne font pas partie de l'équipe et ne sont pas présents aux transmissions (bien que présents plusieurs créneaux par semaine soient définis et que différents professionnels interviennent).

Il existe peu de coordination entre les médecins intervenant à la HSA (qui généralement ne font que se croiser, car leurs temps à la HSA sont réduits). Un directeur médical à Ithaque est chargé de coordonner les activités médicales entre les différentes activités d'Ithaque.

Les professionnels déposent les informations concernant les usagers sur plusieurs outils partagés :

- **Dossier patient informatisé (DPI) « Eo »** : l'usage est strictement interne à la HSA. Le DPI est utilisé par les médecins et les IDE pour enregistrer les consultations, les soins prodigués et les

demandes de soins des usagers. L'information n'est pas communiquée en dehors (sauf avec aval de l'utilisateur).

- « **Traxilo** » : ce logiciel permet d'enregistrer les allées et venues des usagers, ainsi que leurs demandes et leurs consommations (produit, quantité et mode de consommation par prise). L'utilisateur est identifié par un pseudonyme, en principe composé de ses initiales, du mois et de l'année de naissance (pas de vérification, l'utilisateur est libre de donner l'identifiant qu'il veut). Le logiciel est utilisé :
 - A l'accueil pour enregistrement de leur arrivée dans la HSA. Si demandes particulières (douche, lessive, prêt ou don de vêtements), elles sont également enregistrées.
 - A l'entrée de la salle de consommation (produit consommé, heure d'arrivée, modalité de consommation).
 - Au PES : enregistrement du matériel déposé et du matériel récupéré par l'utilisateur.
- « **Médimail** » (messagerie électronique sécurisée, spécialisée pour les professionnels de santé) est en cours de déploiement au sein d'Ithaque. L'accès des professionnels de santé à Médimail leur permettra d'envoyer de l'information médicale à l'extérieur de l'hôpital, et de faciliter la prise de rendez-vous avec les structures de santé.
- **Les transmissions** sont enregistrées sur un document partagé de type Google Sheet. Elles concernent les événements importants de la journée précédente ou de la journée (nouvelles inclusions, problématiques de comportement, problématiques de santé psy / somatique, suivi social, problématiques organisationnelles propres à l'équipe).

e. Partenariats principaux

Pour les parcours de soins :

- Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS)
- CAARUD Les Wads pour l'analyse de produits
- CPAM du Bas-Rhin
- Un chez-soi d'abord pour l'accès à l'hébergement et au logement

Pour la tranquillité publique :

- Police nationale et police municipale de Strasbourg
- Service de sécurité des HUS

f. Activité

D'après le RA 2024, en 2024, la HSA de Strasbourg comptait 739 usagers dans sa file active. Ces usagers avaient en moyenne 42,5 ans, et étaient majoritairement des hommes (84,6 % contre 15 % de femmes). Bien que la part des femmes reste moins importante que celle des hommes, elle est tout de même en augmentation par rapport aux années précédentes (14,2 % en 2023 et 11,4 % en 2022).

Durant l'année 2024, 7 637 entretiens ont été réalisés, dont 244 entretiens médicaux, 176 entretiens psychiatriques, 248 entretiens infirmiers, 689 entretiens sociaux, et 138 entretiens avec un psychologue. Les autres entretiens avaient trait à l'écoute et la réassurance, la RdRD, et enfin la consommation supervisée.

Sur les 739 usagers de la HSA, 210 étaient nouvellement inclus.

Au moment de l'inclusion dans la HSA, les usagers ont majoritairement déclaré se trouver en situation de précarité vis-à-vis du logement, vivant pour 24 % d'entre eux dans la rue, 40,3 % en hébergement précaire alors que 35,7 % déclaraient vivre dans un logement indépendant. Certains sont hébergés par des proches, en institution ou en squat.

En termes de ressources, 23,9 % déclaraient avoir un revenu d'un emploi, 41,8 % bénéficiaient de prestations sociales alors que 24,7 % n'avaient aucune ressource.

Plus de la moitié (68,3 % en 2024) bénéficiaient des droits complets en termes de couverture sociale alors que 16,6 % n'en avaient pas du tout.

En 2024, parmi les usagers inscrits à la HSA, 563 ont utilisé l'espace de consommation. Cette année-là, la HSA de Strasbourg a permis 9044 sessions de consommation (8 958 en 2023, 9 987 en 2022), ce qui signifie que le recours à l'espace de consommation augmente, proportionnellement à la file active qui a baissé.

L'injection reste majoritaire, représentant 68,3 % des consommations (72,8 % en 2023, 76,4 % en 2022) - mais elle continue de diminuer au profit de l'inhalation (27,8 % des consommations en 2024, contre 24,6 % en 2023 et 14 % en 2021). Le produit majoritairement consommé est la cocaïne (47,9 %), même si les opioïdes sont majoritaires dans leur ensemble (54,9 %) : le fentanyl représente 34,1 % des consommations, la buprénorphine 8,7 %, l'héroïne 8,1 %, et le sulfate de morphine 3,9 %. Parmi les autres produits consommés, qui représentent environ 1 % des consommations, on retrouve les amphétamines, la méthadone, et les benzodiazépines.