N° 463428
Union parisienne

1ère et 4ème chambres réunies

Séance du 18 septembre 2023
Décision du 2 octobre 2023

CONCLUSIONS

M. Thomas JANICOT, Rapporteur public

1. La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue a débuté dans les années 1990 avec la distribution de matériel d'injection stérile à usage unique ainsi qu'avec l'autorisation de traitement de substitution aux opiacés afin d'endiguer l'épidémie de sida affectant les toxicomanes utilisant des seringues. Institutionnalisée par la loi du 9 août 2004[1], elle a été complétée par la mise en place en 2005 d'un référentiel national des actions de réduction des risques, qui définit ses objectifs et ses modalités d'intervention, et par la création en 2006 des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour des usagers de drogues (Caarud), qui reçoivent de façon inconditionnelle, gratuite et anonyme environ 92 000 toxicomanes par an[2].

La présente affaire vous conduira à examiner une nouvelle étape de cette politique de prévention. A l'image des dispositifs mis en place en Suisse, aux Pays-Bas ou encore en Allemagne[3], l'article 43 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé[4] a créé, à titre expérimental et pour une durée maximale de six ans, des « *salles de consommation à moindre risques* », dont l'objectif est de réduire, notamment par la délivrance d'un matériel d'injection stérile, les risques liés à l'injection de drogue comme la contamination par le VIH ou l'hépatite C, l'apparition d'infections ou la survenance d'overdoses.

[1] Loi n° 2004-806. v. aussi art. L. 3411-7 et L. 3411-8 du code de la santé publique.
[2] Nous reprenons l'historique dressé par Marion Chapouton, dans « Les salles de shoot, un nouveau service public », RDSS 2022, p. 881 et l'étude « Drogues et Addictions : les chiffres clés », OEDT, 2022. v. aussi art. L. 3411-9 du CSP.
[3] La première SCMR a ouvert en 1986 à Berne en Suisse, puis en Allemagne et aux Pays-Bas. Depuis, douze pays, dont dix en Europe occidentale ainsi que le Canada et l'Australie, ont expérimenté une SCMR pour un total de plus de 130 SCMR en 2021.
[4] Loi n° 2016-41

Ces conclusions ne sont pas libres de droits. Leur citation et leur exploitation commerciale éventuelles doivent respecter les règles fixées par le code de la propriété intellectuelle. Par ailleurs, toute rediffusion, commerciale ou non, est subordonnée à l'accord du rapporteur public qui en est l'auteur.

Cette disposition a ouvert la possibilité pour les Caarud désignés par un arrêté chargé de la santé, après avis du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) et une concertation avec les maires des communes concernées, d'accueillir dans ces salles les personnes majeures « *usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés* ». Les usagers sont autorisés à y détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans des conditions fixées par un cahier des charges national. Cette consommation est réalisée sous la supervision de professionnels de santé et d'intervenants médico-sociaux, qui bénéficient à ce titre, comme les consommateurs, d'une immunité pénale au regard de la législation sur les stupéfiants.

Dans le cadre de l'expérimentation, deux salles de consommation à moindre risque ont été créées par deux arrêtés du 22 mars 2016 : le centre « Gaïa », situé dans le 10ème arrondissement de Paris dans l'enceinte de l'hôpital Lariboisière, qui a accueilli 900 usagers dont environ 300 par jour, et le centre « Ithaque », situé au sein des locaux de l'ancien hôpital civil de Strasbourg et accueillant 662 usagers pour environ 50 à 80 passages par jour[5]. Conformément à ce qu'avait prévu le législateur, une évaluation de l'expérimentation a été publiée par l'Inserm en mai 2021[6]. Elle a révélé des résultats encourageants, avec notamment une réduction de l'incidence de personnes contaminées au VIH et à l'hépatite C ainsi qu'une forte diminution des risques d'abcès et d'overdoses non fatales. Selon cette étude, les deux salles auraient ainsi fait économiser 11 millions d'euros de frais médicaux sur dix ans.

Le législateur n'a toutefois pas pérennisé l'expérimentation mais l'a prolongée jusqu'au 31 décembre 2025 par l'article 83 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022[7] afin de tester des nouvelles modalités de prise en charge des consommateurs, davantage axées vers l'accès aux soins et l'entrée dans un parcours de traitement médical de l'addictologie. Cette ambition s'est traduite par une évolution du dispositif initial sur quatre points : l'abandon du terme de « *salle de consommation à moindre risque* » pour celui de « *halte soins addictions* » (HSA) ; la possibilité pour les Caarud d'installer les salles concernées, non plus seulement dans un espace distinct de ceux où ils exercent leurs missions habituelles mais également au sein de ces espaces ; la possibilité d'accueillir également ces haltes au sein de structures mobiles ou de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) ; enfin l'extension de l'objet de ces différentes structures d'accueil à « *l'accès aux soins* » des consommateurs qui y sont accueillis.

2. Par un arrêté du 26 janvier 2022, le ministre des solidarités et de la santé a approuvé le nouveau cahier des charges national de l'expérimentation. Huit associations de riverains et deux particuliers ont formé devant vous un recours pour excès de pouvoir contre cet arrêté,

[5] Chiffres Mission « Flash » AN – 30 juin 2021.
[6] « Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique », Institut de santé publique de l'Inserm, mai 2021.
[7] Loi n° 2021-1754.

Ces conclusions ne sont pas libres de droits. Leur citation et leur exploitation commerciale éventuelles doivent respecter les règles fixées par le code de la propriété intellectuelle. Par ailleurs, toute rediffusion, commerciale ou non, est subordonnée à l'accord du rapporteur public qui en est l'auteur.

qu'il vous appartient aujourd'hui d'examiner. Rappelons qu'ils ont soulevé à cette occasion une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) contre les dispositions de l'article 43 de la loi du 26 janvier 2016 modifiées en 2022, que vous avez rejetée dans une décision du 14 avril 2023 (n° 463428).

2.1. La requête est bien recevable et nous vous proposons d'admettre l'intervention de l'association « *La copropriété du 28 boulevard de Bonne-Nouvelle* », qui justifie d'un intérêt suffisant à l'annulation de l'arrêté (sur ce critère, v. CE, Section, 25 juillet 2013, *OFPRA c/Mme F…*, n° 350661, Rec.).

3. Les requérants critiquent dans leur premier moyen, par la voie de l'exception, la conformité de l'article 43 de la loi du 26 janvier 2016 modifié, sur la base duquel a été pris le cahier des charges attaqué, à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, au motif que le législateur aurait autorisé la supervision par l'administration à un public fragile de substances psychoactives toxiques ou de stupéfiants sans prévoir de dispositif de sevrage permettant aux intéressés de sortir de leur addiction.

Il est vrai que la Cour européenne des droits de l'Homme déduit de l'interdiction de la torture et des traitements inhumains ou dégradants à la fois l'existence d'obligations négatives pesant sur les Etats (CEDH, 13 novembre 2012, *Hristozov et autres c. Bulgarie*, n° 47039/11, §111) mais aussi positives, comme la mise en place d'un cadre législatif et réglementaire de protection et, « *dans certaines circonstances bien définies* », l'obligation de prendre des mesures opérationnelles pour protéger des individus précis face à un risque de traitements contraires à cette disposition (CEDH, 2 février 2021, *X et autres c. Bulgarie*, n° 22457/16, § 178). Nous n'avons toutefois aucun doute pour écarter la critique des requérants pour deux raisons.

D'une part, ceux-ci ne démontrent pas en quoi les usagers des « *haltes soins addictions* » seraient dans l'une des « *circonstances bien définies* » justifiant l'intervention de mesures « *positives* » destinées à les préserver d'un traitement inhumain ou dégradant au sens de la jurisprudence conventionnelle. Et les usagers s'y rendant le font uniquement sur la base du volontariat, ce qui ferme la voie à un traitement dégradant imposé aux usagers (v. sur l'existence d'un traitement auquel doit être « *soumis* » l'individu, CEDH, 25 juin 2019, *Nicolae Virgiliu Tănase c. Roumanie*, §§ 121 et 123).

D'autre part et surtout, comme vous l'avez relevé dans votre décision du 14 avril 2023, une « halte soins addictions » a pour objet de « *réduire les risques sanitaires liés à la consommation de substances psychoactives ou stupéfiantes, d'inciter les usagers de drogues à s'orienter vers des modes de consommation à moindre risque et de les mener vers des traitements de substitution ou de sevrage* » ainsi que « *d'ouvrir aux usagers de drogue un accès aux soins, que l'équipe pluridisciplinaire assurant la supervision est chargée de leur faciliter* ». Il se présente donc comme un dispositif de prévention, destiné justement à

Ces conclusions ne sont pas libres de droits. Leur citation et leur exploitation commerciale éventuelles doivent respecter les règles fixées par le code de la propriété intellectuelle. Par ailleurs, toute rediffusion, commerciale ou non, est subordonnée à l'accord du rapporteur public qui en est l'auteur.

préserver la santé et la dignité des usagers, dont le volet sanitaire a été au demeurant renforcé par la LFSS pour 2022. Vous rejetterez donc ce premier moyen.

4. Il en va de même du deuxième moyen, tiré de ce que le législateur aurait méconnu l'article 2 de la Convention consacrant le droit à la vie, en ne prévoyant aucun mécanisme contraignant de sortie de l'addiction des usagers. Le moyen est bien opérant, puisque cette stipulation astreint l'État non seulement à s'abstenir de provoquer la mort de manière volontaire et irrégulière, mais aussi à prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction (CEDH, 17 juillet 2014, *Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu c. Roumanie*, § 130). Mais il s'agit de la même critique que celle développée précédemment et vous pourrez la rejeter pour les mêmes motifs.

5. Un troisième moyen critique directement la conformité de l'arrêté aux articles 2 et 3 de la Convention. Il est divisé en trois branches.

Premièrement, le cahier des charges les méconnaîtrait en autorisant l'administration à superviser l'injection de produits toxiques à des personnes vulnérables, sans organiser une prise en charge effective de leur addiction. Il s'agit de la même critique que celle dirigée par la voie de l'exception contre les dispositions législatives prolongeant l'expérimentation. Elle pourra être écartée pour les mêmes motifs.

Deuxièmement, la requête critique l'absence de prise en charge des usagers à la suite immédiate de leur consommation et à leur sortie de la halte, alors qu'ils seraient généralement dans un « *état second* ». Mais bien que cette exigence ne découle pas de ces stipulations, elles ont été envisagées dans le cahier des charges, celui-ci prévoyant notamment la création d'une « *salle de repos* » dans laquelle les usagers sont « *encouragés à rester un moment avant de quitter la structure* ».

Troisièmement, le cahier des charges serait inconventionnel en ce qu'il interdit aux équipes des haltes de s'assurer de « *la qualité* » des produits apportés par l'usager avant leur consommation. Cette affirmation est exacte, le point 7 du cahier des charges indiquant que leur personnel « *ne peut pas réaliser d'analyse de produits sur place pour le compte de l'usager avant sa consommation* ».

Mais cette critique ne vous retiendra pas. Non seulement l'instauration d'un tel contrôle excède les mesures devant être prises au titre des articles 2 et 3 mais surtout un examen sécurisé et précis de l'état et de la composition des substances consommées ne peut être techniquement réalisé dans la temporalité d'un passage à la « *halte soins addictions* » comme le fait valoir le ministre[8]. Le législateur a d'ailleurs implicitement pris position contre la pratique du *testing*, plusieurs amendements visant à l'instaurer pour anticiper l'existence de

[8] Cette préconisation est d'ailleurs issue du référentiel national, qui n'est pas entaché d'erreur manifeste d'appréciation (CE, 15 mai 2006, n°281558, C).

Ces conclusions ne sont pas libres de droits. Leur citation et leur exploitation commerciale éventuelles doivent respecter les règles fixées par le code de la propriété intellectuelle. Par ailleurs, toute rediffusion, commerciale ou non, est subordonnée à l'accord du rapporteur public qui en est l'auteur.

nouveaux produits de synthèse ou s'assurer du risque d'overdose ayant été rejetés lors de la discussion parlementaire préalable à l'adoption de la loi de 2016[9].

6. Dans un quatrième moyen, les requérants soutiennent que le cahier des charges serait illégal faute de déterminer de façon suffisamment précise les missions assignées aux HSA en matière de soins à apporter aux consommateurs et de sortie de l'addiction, alors que le législateur leur a expressément assigné cet objectif.

Nous concédons que le cahier des charges se contente de rappeler en des termes généraux cet objectif. Il ne prévoit ainsi aucun mécanisme contraignant de traitement de l'addiction mais renvoie à la conclusion de partenariats locaux entre la halte et des structures sociales, médico-sociales ou sanitaires qui ont, elles, vocation à prodiguer aux usagers des soins somatiques, addictologiques et psychiatriques.

Cependant, l'article 43 de la loi de 2016 prévoit qu'une halte est un espace « *d'accès aux soins* », sans en dire davantage. Le législateur n'attendait donc pas d'une halte qu'elle prodigue elle-même ces soins mais qu'elle offre seulement un accès à ceux-ci. Cette mission est à notre sens assurée par la conclusion des partenariats noués avec des structures médicales de proximité et le renvoi des usagers vers celles-ci. La distinction entre la consommation de drogue supervisée et la prise en charge médicale des patients par des structures dédiées nous paraît conforme donc à l'intention du législateur et correspond à la mission assignée aux haltes, qui sont avant tout des instruments de prévention des risques et non de traitement médical de l'addictologie. Et contrairement aux requérants, nous ne voyons aucune subdélégation illégale à avoir renvoyé à ces partenariats les modalités de prise en charge des usagers concernés.

7. La requête critique également les développements du cahier des charges relatifs aux lieux d'implantation des haltes soin addiction, qui doivent selon lui dépendre « *de données locales spécifiques relatives au nombre d'usagers actifs, aux produits, aux modes et à la fréquence de consommation ainsi qu'aux habitudes des usagers (...)* » et qu'il conviendrait de situer *« à proximité des lieux de consommation afin d'être proches des usagers et de réduire les nuisances publiques là où elles sont le plus tangibles* ».

L'article 43 de la loi du 26 janvier 2016 prévoyant que les Caarud ou les Csapa ouvrent une halte « *dans le respect d'un cahier des charges national* », il appartenait bien à celui-ci de définir des critères ou des orientations quant à leur implantation. Le moyen tiré de l'incompétence de l'auteur de l'arrêté attaqué pourra être écarté.

Il en va de même du moyen d'erreur de droit, que nous requalifierons volontiers en moyen d'erreur manifeste d'appréciation, tiré de ce que le critère de la proximité de la HSA avec les usagers et les lieux de consommation devait être contrebalancé par d'autres critères, tenant

[9] Amendement n° AS169 et n° AS1225.

Ces conclusions ne sont pas libres de droits. Leur citation et leur exploitation commerciale éventuelles doivent respecter les règles fixées par le code de la propriété intellectuelle. Par ailleurs, toute rediffusion, commerciale ou non, est subordonnée à l'accord du rapporteur public qui en est l'auteur.

par exemple à l'intérêt du voisinage. Nous sentons ici poindre l'agacement (compréhensible) des requérants pour les nuisances que peuvent provoquer l'ouverture d'une halte dans un quartier et l'attraction qu'elle constitue pour les consommateurs de drogue, ce qu'ils définissent sous le terme évocateur « *d'effet pot de miel* ». Les requérants, qui produisent plusieurs témoignages faisant état de ces nuisances, plaident ainsi pour que ces haltes se situent à distance des universités, des crèches, des écoles, des commerces, des zones résidentielles ou des établissements recevant un public fragile.

Reste que la loi laissait au cahier des charges une marge de manœuvre pour fixer ces critères d'implantation et que celui-ci invite d'ailleurs à tenir compte de « *l'environnement social* » de ces haltes. En outre, à supposer que les nuisances liées à leur implantation soient supérieures à leurs bénéfices pour la tranquillité du voisinage, nous rejoignons le ministre pour estimer que la condition de leur fréquentation et donc de leur succès est de les implanter dans des lieux connus et proches des usagers, alors que ceux-ci sont un public fragile et vulnérable, dont on peut penser qu'ils ne se déplaceront pas spécifiquement vers une halte implantée loin de leur lieu de vie. Le moyen des requérants pourra donc être écarté.

Enfin, le ministre de la santé, compétent pour fixer le cahier des charges national, pouvait à ce titre, et sans méconnaître l'article 43 de la loi du 26 janvier 2016, prévoir la mise en place d'un comité de pilotage local chargé de vérifier la conformité du projet au contenu de ce document, préalablement à la mise en place d'une halte et durant toute la durée de l'expérimentation, ce comité ne pouvant au demeurant s'opposer à l'implantation d'une telle halte.

8. Enfin, nous ne voyons ni erreur de droit ni erreur manifeste d'appréciation à n'avoir pas prévu la consultation du public ou du préfet de police préalablement au choix du lieu d'implantation d'une halte, aucun texte ou principe ne l'imposant. Et si la désignation d'une halte doit être précédée d'un avis du directeur général de l'ARS et d'une concertation avec les maires des communes concernées, le moyen tiré de ce que ces consultations devaient intervenir préalablement à la publication de l'arrêté attaqué est inopérant, celui-ci se contentant de prolonger la durée de l'expérimentation des « haltes soins addictions » dans les deux centres l'accueillant sans en désigner de nouveau.

Par ces motifs, nous concluons à l'admission de l'intervention de l'association « La copropriété du 28 boulevard de Bonne Nouvelle » et au rejet de la requête.

***

Ces conclusions ne sont pas libres de droits. Leur citation et leur exploitation commerciale éventuelles doivent respecter les règles fixées par le code de la propriété intellectuelle. Par ailleurs, toute rediffusion, commerciale ou non, est subordonnée à l'accord du rapporteur public qui en est l'auteur.