
Travail de fin d'études[BR]- Travail de fin d'études: "Analyse quantitative des variables influençant l'opinion des riverains liégeois concernant les salles de consommation à moindre risque."[BR]- Séminaire d'accompagnement à l'écriture

Auteur : Greco, Alexandra

Promoteur(s) : André, Sophie

Faculté : Faculté de Droit, de Science Politique et de Criminologie

Diplôme : Master en criminologie, à finalité approfondie

Année académique : 2022-2023

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/18567>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

*Travail de fin d'étude en vue de l'obtention du Master en
Criminologie*

ANALYSE QUANTITATIVE DES
VARIABLES INFLUENÇANT L'OPINION
DES RIVERAINS LIÉGEOIS CONCERNANT
LES SALLES DE CONSOMMATION À
MOINDRE RISQUE
MASTER EN CRIMINOLOGIE – FINALITÉ APPROFONDIE

Réalisé par Greco Alexandra

Année académique 2022-2023

Recherche menée sous la direction de Madame André Sophie

Remerciements

Tout d'abord, je souhaiterai remercier chacun des participants à cette étude. La récolte fut longue et chaque personne y ayant contribué m'a, sans s'en rendre compte, grandement aidé.

Par la suite, j'aimerais remercier mes parents pour m'avoir soutenue durant ces cinq années d'étude, mais aussi, et surtout, durant la réalisation de ce mémoire. Je les remercie d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir accompagné dans mes projets.

Enfin, je souhaite adresser un remerciement particulier à Madame André Sophie, ma promotrice pour son accompagnement et ses bons conseils tout au long de cette année.

Table des matières

Introduction	3
<i>Résumé</i>	3
<i>Abstract</i>	3
Etat de l'art	4
<i>Nuisances liées à la prise de drogue.</i>	4
<i>Dispositifs de réduction des risques : les salles de consommation à moindre risque.</i>	4
<i>Opinion scientifique et publique au sujet des salles de consommation</i>	5
<i>Attitude et opinion envers les consommateurs de substances</i>	7
Méthodologie	8
<i>Objectif de l'étude</i>	8
<i>Présentation de la variable d'intérêt (VD)</i>	8
<i>Présentation des variables indépendantes (VI)</i>	8
a) <i>Variables personnelles</i>	8
b) <i>Appréciation générale du quartier</i>	9
c) <i>Connaissances et expérimentations</i>	9
d) <i>Attitudes et mesures à l'égard des consommateurs</i>	10
e) <i>Prise en charge et traitement</i>	11
f) <i>Connaissance, opinion, perception et acceptabilité des salles de consommation à moindre risque</i>	12
<i>Échantillon</i>	13
<i>Recrutement des participants</i>	13
Résultats	15
<i>Analyses descriptives</i>	15
<i>Opinion des sujets concernant les salles de consommation à moindre risque</i>	15
<i>Analyses des variables indépendantes</i>	17
Discussion	24
<i>Limites de l'étude</i>	28
Conclusion	30

Introduction

Résumé

De nombreuses études ont mis en avant la mauvaise opinion de la population à l'égard des individus souffrant de dépendance aux substances illicites. Cette opinion négative est grandement influencée par la visibilité de la consommation de drogue qui se fait de plus en plus en milieu urbain (Jauffret-Roustide, 2011, Cusick & Kimber, 2007). Pour pallier cela, les politiques s'orientent de plus en plus vers des dispositifs de réduction des dangers tel que les salles de consommation à moindre risque. Malgré un consensus scientifique établi quant à l'utilité des salles de consommation, l'opinion publique reste, quant à elle, assez réticente à la venue d'un tel dispositif (Barry et al., 2014, Salmon et al, 2007, Davidson et Howe, 2014). La présente étude a pour ambition de déceler une série de variables qui pourraient influencer l'opinion des salles de consommation. À cette fin, un questionnaire quantitatif a été diffusé auprès des riverains de douze quartiers liégeois. Les résultats de cette étude ont mis en avant que dix variables sur les douze étudiées ont une influence sur l'opinion des salles de consommation. C'est le cas de la consommation de drogue passée, des attributions causales aux addictions, de la prise en charge des toxicomanies, de l'impact de l'implantation d'une salle de consommation, des expériences rencontrées au centre-ville liées à la drogue, du NIMBYisme, des phénomènes jugés problématiques dans le quartier, de la gravité de la discrimination envers les consommateurs, l'attitude envers les toxicomanes et des sanctions appropriées pour une possession de substances. En revanche, les variables évaluant l'appréciation générale du quartier ainsi que les connaissances au sujet des drogues semblent n'avoir, dans notre échantillon, aucune influence sur l'opinion des salles de consommation à moindre risque.

Abstract

Many studies have highlighted the poor public opinion of individuals suffering from illicit substance dependence. This negative opinion is greatly influenced by the increasing visibility of drug use in urban areas (Jauffret-Roustide, 2011, Cusick & Kimber, 2007). To overcome this, policies are increasingly moving towards harm reduction devices such as drug consumption rooms. Despite an established scientific consensus on the usefulness of consumption rooms, public opinion remains, for its part, quite reluctant to the arrival of such a device (Barry et al., 2014, Salmon et al, 2007, Davidson et Howe, 2014). The present study aims to identify a series of variables that could influence the opinion of consumption rooms. To this end, a quantitative questionnaire was distributed to residents of twelve Liège neighbourhoods. The results of this study highlighted that ten variables out of the twelve studied have an influence on the opinion of consumption rooms. This is the case of past drug use, causal attributions to addictions, the management of drug addiction, the impact of the establishment of a consumption room, experiences encountered in the city center related to drugs, NIMBYism, phenomena considered problematic in the neighborhood, the seriousness of discrimination against consumers, the attitude towards drug addicts and appropriate sanctions for substance possession. On the other hand, the variables assessing the general appreciation of the neighbourhood as well as the knowledge about drugs seem to have no influence on the opinion of the lower-risk consumption rooms in our sample.

État de l'art

La thématique des drogues s'est ancrée dans la population au fil des années, si bien que ces substances autrefois plus discrètes prennent, à l'heure actuelle, une place beaucoup plus visible aux yeux de la population générale. Selon l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2022), dans l'Union européenne, environ 83,4 millions d'adultes, soit 29 % des personnes âgées de 15 à 64 ans, auraient déjà consommé des drogues illicites au cours de leur vie. Ce chiffre doit être considéré comme une estimation minimale en raison des biais de déclaration.

Nuisances liées à la prise de drogue.

Des problèmes découlent évidemment d'une consommation excessive de substances illicites et parmi ces problèmes, nous retrouvons notamment l'injection de drogues dans les lieux publics. Cette consommation urbaine impacte grandement la communauté au sens large. Même si nous ne sommes pas en possession de chiffres révélant la prévalence du phénomène en Belgique, nous savons qu'en Angleterre, ce ne sont pas moins d'une dizaine de milliers d'injections de drogue qui se produisent chaque jour dans des lieux publics (IWG, 2006).

Cette étude précise également que les consommateurs urbains ne sont pas tous sans domicile et qu'en 2006, 25% des personnes vivant dans un logement s'étaient déjà injectée dans un lieu public. La prise de drogue urbaine constitue également une source de nuisance publique pour la population (Jauffret-Roustide, 2011). En effet, elle est souvent assimilée au trafic de drogue et à la présence de détritrus dans les rues (Cusick & Kimber, 2007), ce qui conduit notamment à une méfiance de la population. Il faut également prendre en compte qu'une partie de la criminalité urbaine est liée à la consommation de drogue (Kolla et al, 2017). Une fois rassemblés, ces points renforcent la réticence et l'inquiétude de la population générale au sujet des consommateurs de substances.

En plus d'impacter la population générale, nous ne sommes pas sans savoir que l'injection de drogues urbaines comporte de grands dangers pour les consommateurs. En effet, la consommation urbaine accroît le risque de partager ses seringues avec d'autres utilisateurs et, par conséquent, d'augmenter la propagation du VIH (Latkin et al., 1994). Le risque de surdose liée à l'injection isolée est également accru (Latkin et al., 1994). L'observatoire européen des drogues mentionne dans son rapport de 2022 qu'au sein de l'Union européenne ce ne sont pas moins de 5796 personnes qui sont décédées des suites d'une surconsommation de drogue. Enfin, la rue n'offre pas des conditions d'hygiène suffisantes pour la consommation de substances par injection (Rhodes et al, 2006).

Dispositifs de réduction des risques : les salles de consommation à moindre risque.

Ces divers points ont conduit certains pays européens ainsi que l'Australie et le Canada à modifier les politiques de prises en charge des toxicomanies (Butler et al, 2016, Kola et al, 2017). En effet, aujourd'hui, plusieurs gouvernements ont mis fin à une politique cherchant uniquement à sortir les individus de leurs addictions. C'est alors que l'on voit apparaître des politiques plus axées sur la réduction des risques que sur l'abstinence totale des consommateurs (Jauffret-Roustide et Cailbault, 2018). Il est de moins en moins rare que les gouvernements admettent l'existence du problème et que, s'il est utopique de croire en son éradication, il existe tout de même des possibilités d'actions sur celui-ci.

Prenons le cas de la Belgique, notre gouvernement ne statue pas en faveur d'une dépénalisation des drogues (Bruxelles-j, 2023). Ces dernières ne peuvent alors pas être légalement commercialisées ou en possession d'individus. Le système judiciaire belge incrimine tout comportement entourant la drogue, néanmoins, notre pays reconnaît que la répression régnant autour des substances illicites n'empêche pas

la procréation et la consommation de celles-ci (Bruxelles-j, 2023). En effet, pour prendre l'exemple de la ville de Liège, sa proximité avec Maastricht, ville des Pays-Bas où la vente de cannabis à petite dose est tolérée, rend la ville particulièrement exposée au phénomène. La Belgique a donc fini par opter pour des solutions orientées, non pas vers l'éradication du problème, mais plutôt vers la diminution des incidences et nuisances liées à la consommation urbaine, tout en gardant prohibés le deal, la possession et la consommation des drogues toujours considérées comme illicites.

Une des applications les plus parlantes de ce changement d'orientation politique est la mise en place de salles de consommation à moindre risque (SCMR). Ces salles sont définies comme « des installations supervisées par la loi conçues pour réduire les problèmes de santé et d'ordre public associés à l'utilisation illégale de drogues injectables...qui permettent la consommation de médicaments préobtenus dans une atmosphère sans anxiété et sans stress, dans des conditions d'hygiène et à faible risque » (Kimber et al., 2005).

Deux temps sont présents dans cette définition : premièrement, un axe orienté vers la réduction des problèmes de santé. Dans ce cadre, nous retrouvons un objectif de diminution des risques pour le consommateur en lui fournissant du matériel stérile et un cadre sécurisé à sa consommation. Plus précisément, sont visées notamment une réduction du risque d'infections et de propagation du VIH et une diminution du taux de mortalité lié à l'injection de substance isolée.

Le deuxième temps de cette définition vise les problèmes d'ordre public et cette fois, le dispositif a pour objectif de servir les intérêts de la population générale en réduisant les nuisances liées à la prise de drogue urbaine. En effet, les salles de consommation permettraient de réduire le nombre d'injections urbaines, mais également de diminuer dans les rues le déjettement de seringues, de cotons, d'aluminium ou tout autre matériel lié à une prise de drogue (Jauffret-Roustide et Cailbault, 2018, Latkin et al., 1994).

Opinion scientifique et publique au sujet des salles de consommation

Concernant le point de vue professionnel à ce sujet, il semblerait que les avantages des salles de consommation à moindre risque ne soient plus à débattre. En effet, un large consensus est convaincu de la nécessité d'un tel dispositif (Jauffret-Roustide et Cailbault, 2018).

De nombreux établissements de ce genre ont été instaurés depuis les années 80 dans divers pays du monde avec pour objectif de permettre un meilleur encadrement de la consommation de drogue. On voit alors apparaître dans certains pays, comme l'Australie par exemple, une conviction profonde que le pays a un besoin réel de ce dispositif (Kolla et al, 2017). Pour prendre le cas de la Belgique, deux salles y ont été implantées, une première à Liège en 2018 et une seconde à Bruxelles, plus récemment, en 2022 (Infor-drogues, 2022). A noter que la salle de consommation liégeoise se situe dans la zone 3 de notre étude. (Annexe 1).

Les premières évaluations de ces salles démontrent qu'elles parviennent à toucher les consommateurs de drogues qui en ont le plus besoin et qu'elles permettent une réduction de la criminalité liée à la drogue (Kirwan et al., 2022). Une étude menée en Allemagne (Jacod et al, 1999) a permis de dégager que parmi les utilisateurs de la salle de consommation de Hanovre, 98% déclarent ne pas avoir eu d'altercations avec les riverains du quartier et 94% disent n'avoir eu aucune rencontre négative avec la police de quartier (Dolan et al, 2000).

D'autres résultats indiquent que la supervision mise en place au sein de ces centres permet de réduire le risque de mortalité et de morbidité associé aux surdoses chez les personnes qui consomment des drogues de manière isolée (Kolla et al., 2017, Kirwan et al., 2022). Mais également que la mise à disposition du matériel stérile a permis de minimiser la consommation urbaine, de diminuer le risque d'infection et de

maladie dû à la précarité du matériel et également de réduire le nombre de seringues usagées déjetées en rue (Salmon et al., 2007 ; Dolan et al, 2000).

Toutefois, malgré les nombreuses preuves de l'efficacité de ce dispositif, l'opinion publique ne se montre pas toujours en accord avec la sphère scientifique. En effet, il a été étudié que les salles de consommations pourraient renvoyer le mauvais message en laissant penser que la société tolère la consommation de drogue. Mais qu'elles risquent aussi d'anéantir les efforts déjà mis en place pour éradiquer le phénomène. Enfin, elles pourraient également faciliter le regroupement des toxicomanes et des trafiquants de drogues et retarder l'entrée dans le traitement de la toxicomanie (Kimber et al., 2005). Afin de pallier cela, les dispositifs offrent une orientation vers un large éventail de services et d'assistance, y compris le traitement de substitution aux drogues, la désintoxication, la thérapie, les soins médicaux, la réadaptation, des conseils en matière de logement d'emploi et de formations et des aides juridiques. (Kimber et al., 2005).

Malgré ces mesures, le vagabondage des toxicomanes dans les rues reste un problème pour un grand nombre de riverains qui se plaignent des rassemblements de toxicomanes en bas de leurs domiciles et du climat peu sûr que ces derniers peuvent y instaurer. Ils déplorent également l'image néfaste associée à leur quartier dû à la présence d'une population toxicomane (Salmon et al., 2007). Il ressort également de cela que depuis l'implantation des salles de consommation à moindres risques, la fréquentation des toxicomanes s'est concentrée dans les rues arborant l'endroit et que le tapage nocturne s'y fait alors assez fréquemment (Salmon et al., 2007).

Lorsque l'on demande à des riverains s'ils seraient d'accord de voir implanter une salle de consommation dans leur quartier, les principales réticences s'articulaient autour de quatre grands thèmes : le refus de voir la dégradation de leur quartier qui, auparavant, était paisible, l'augmentation de l'insécurité du quartier pour les enfants, l'assiègement de leur quartier par des vagabonds et, dernièrement, l'énorme probabilité que ce centre soit un échec (Davidson et Howe, 2014). Ces résultats démontrent une certaine stigmatisation de cette catégorie d'individus en raison de l'étiquette qui leur colle à la peau. De plus, les conclusions tirées concordent avec les recherches menées par Salmon et ses collaborateurs (2007).

Concernant cette inefficacité des salles perçue par la population locale, Davidson et Howe (2014) ne sont pas les seuls à avoir obtenu ses résultats puisqu'au Canada, plusieurs focus groups ont été menés afin de recueillir l'opinion publique sur ce sujet et les participants ont remis en cause la crédibilité des preuves disponibles. Beaucoup ont perçu que les preuves sur l'impact des installations de consommation supervisée sur les communautés manquaient et ont exprimé le souhait d'avoir davantage de preuves impartiales concernant les risques pour les communautés et les impacts au niveau communautaire (Kolla et al., 2017). Lors de cette étude, les participants se sont montrés nettement favorables à un traitement traditionnel de la toxicomanie plutôt qu'à l'installation d'une salle de consommation supervisée.

Le phénomène de NIMBYisme a également fortement retenu notre attention. « NIMBY » est en réalité l'acronyme de l'expression « Not In My Back Yard » qui se traduit littéralement par l'expression « Pas dans mon jardin ». Cette variable recouvre la volonté de reconnaître l'utilité d'un dispositif, mais de souhaiter installer une distance avec lui, autrement dit, c'est dans notre cas, ne pas vouloir d'une salle de consommation à proximité de son lieu de résidence. Cette variable est assez intéressante et rejoint cette dimension discriminante déjà identifiée. Plusieurs chercheurs ont noté que la résistance aux services proposés augmente à mesure que « l'acceptabilité sociale » des clients du service diminue (Colon & Marston, 1999 ; Cher, 1992; Cher & Gleeson, 1991). Les toxicomanes sont classés au bas de l'échelle d'acceptabilité sociale, ce qui rend ce phénomène de NIMBYisme encore plus présent lorsque leur prise

en charge est évoquée. Cette dimension discriminatoire était également présente dans les recherches menées par Barry et ses collaborateurs (2014).

Attitude et opinion envers les consommateurs de substances

Pour s'écarter un peu des salles de consommation, d'autres recherches ont pu mettre en avant une attitude plus généralement négative de la population à l'égard des personnes souffrant d'addiction aux substances. Parmi les domaines étudiés, la littérature recense des attitudes négatives de la population concernant l'accès au logement et au travail, l'efficacité d'un traitement chez ces personnes et une opposition plus grande à l'apport d'aide aux personnes souffrant d'addictions (Barry et al., 2014).

Par ailleurs, la question de la réhabilitation des personnes toxicomanes a longtemps, et continue de faire débat. Même s'il a été mis en évidence qu'en comparaison à l'installation d'une salle de consommation, les riverains seraient favorables à un traitement de la toxicomanie (Kolla et al., 2017). En réalité, les avis sont fortement nuancés et penchent vers le négatif, puisque, rappelons-le, la population se montre très réticente à la prise en charge des assuétudes de manière générale (Barry et al., 2014). Certains allant même jusqu'à penser que les possibilités de soins et de réhabilitations des toxicomanies sont inexistantes ou qu'il ne faut pas allouer de budget à la prise en charge de ces personnes (Barry et al., 2014 ; Matheson et al., 2014).

Les recherches ont également montré qu'il n'était pas d'usage, dans l'imaginaire collectif, de considérer la toxicomanie comme une maladie et que par conséquent les attitudes sont systématiquement plus négatives envers les personnes toxicomanes qu'envers les malades mentaux. Dans la toxicomanie, il y a cette dimension de « choix » qui ne s'impose pas dans une maladie mentale. En effet, la maladie mentale sera considérée comme s'imposant aux individus, tandis que pour les toxicomanes, un choix s'opère. Ces individus choisissent de consommer. Cette dimension va conditionner l'opinion publique puisque comme déjà mentionné les attitudes sont majoritairement plus négatives à l'égard des consommateurs de drogues. Si bien que lorsqu'il s'agit du budget à accorder à la prise en charge, un fossé se crée avec des budgets bien plus élevés pour le traitement des maladies mentales et une vision de réhabilitation également supérieure (Barry et al., 2014).

Enfin, malgré une opinion largement négative de la population, certains facteurs ont toutefois été identifiés comme précurseur d'une opinion plus positive des consommateurs, notamment le fait d'avoir une expérience personnelle d'addiction aux substances, une meilleure connaissance de ces substances et un revenu plus élevé. (Matheson et al., 2014).

Méthodologie

Objectif de l'étude

La problématique des toxicomanies suscite énormément l'intérêt des riverains, principalement lorsque les nuisances liées à la consommation de substances se font ressentir dans leurs quartiers. Les salles de consommation à moindre risque ont été mises en place avec, notamment, pour objectif de réduire les nuisances publiques.

Cinq ans après l'inauguration de la salle de consommation « Saf'ti », dans notre quartier liégeois, nous avons cherché à élargir notre panel de connaissance sur cette problématique et plus particulièrement sur l'opinion riveraine liégeoise au sujet des salles de consommation à moindre risque. L'objectif de cette recherche sera donc d'étudier quels sont les facteurs pouvant influencer l'opinion des riverains liégeois concernant les salles de consommations à moindre risque. Pour ce faire, nous avons, au cours de cette étude, sollicité les riverains de douze quartiers liégeois afin d'analyser et de comprendre largement cette thématique. Dans cet objectif, nous avons lancé et diffusé un questionnaire comprenant 27 questions/échelles visant à étudier un éventail de variables pouvant influencer l'opinion riveraine au sujet de ce dispositif. Au sein de cet outil, sept parties peuvent être identifiées.

Présentation de la variable d'intérêt (VD)

Mais avant d'aborder les sept parties, nous commencerons par présenter notre variable d'intérêt principal. Il était essentiel pour nous de définir l'opinion riveraine au sujet des salles de consommation à moindre risque comme variable centrale pour cette étude. Pour rappel, il était ressorti de la littérature que la perception des risques pouvant résulter de l'installation d'une SCMR pouvait être double : les individus peuvent percevoir ce type de dispositif comme participant à la réduction des risques ou à l'inverse, à la création de nouveaux risques. Ces deux visions ont été développées par Kolla et al. (2017) dans leur étude qualitative sur les perceptions communautaires à l'égard de ce type de dispositif.

Dans le cadre de cette enquête, nous avons proposé d'opérationnaliser cette perception de manière quantitative en créant 4 items renvoyant pour trois d'entre eux à la « création de risques » tels que l'anéantissement des actions précédentes en matière de lutte contre la toxicomanie, l'envoi d'un mauvais message (de banalisation de l'usage des drogues) à la population et le rassemblement de davantage de toxicomanes dans un même quartier. Un item inversé (« réduction des risques ») est, quant à lui, relatif quant à lui au fait que la présence d'un tel dispositif permettrait de réduire les désordres publics liés à la drogue. Pour chaque item, nous proposons aux répondants de se positionner sur une échelle de Likert en 3 points : « absolument pas d'accord » à « absolument d'accord ». Le score maximal pouvant être atteint pour cette échelle est alors de 12 points et le score minimal de 0 point.

Présentation des variables indépendantes (VI)

a) Variables personnelles

La première partie du questionnaire compte une série de variables sociodémographiques (Q1 à Q5 et Q23 à Q27) en vue de dégager les caractéristiques principales de notre échantillon. Au sein de cette première partie, ont été mesurés, l'âge, le genre, la nationalité, l'origine ethnique, le niveau d'éducation, l'occupation professionnelle principale, le statut matrimonial, la composition du foyer, le quartier de résidence, le type de logement, la durée de résidence et le lieu de travail par une série de questions simples.

La deuxième partie a permis d'identifier les situations personnellement vécues et rencontrées par les répondants dans le centre de Liège en lien avec les consommateurs de drogue (Q6.1 à Q6.6). Six questions générales ont été formulées afin de mesurer l'observation directe par les répondants d'un ensemble de situations liées à l'usage des drogues dans le centre-ville de Liège. La formulation des questions s'inspire des situations investiguées dans l'étude de Bancroft et Houborg (2020). Elles se rapportent au fait d'avoir observé des détritiques liés à la drogue, un trafic de drogue, d'avoir dû expulser des consommateurs d'espaces semi-privés, d'être témoins de bruits, cris et rassemblements de consommateurs de drogues dans le quartier, d'observer de la consommation, ou encore de s'être vu proposer de la drogue dans l'espace public. Les participants devaient indiquer la fréquence à laquelle ils ont pu observer ces situations au cours des 2 derniers mois selon quatre modalités de réponses : « Jamais » ; « 1 fois » ; « 2 fois » ; « Plus de 3 fois ». Le total pour chaque participant a été calculé et a permis d'obtenir des scores de 0 à 18. Des scores extrêmes pour cette échelle signifient que le sujet a été fréquemment confronté à des situations liées aux substances.

b) Appréciation générale du quartier

L'appréciation générale du quartier a constitué la troisième partie de l'enquête (Q7 et Q8). Cette dimension a été illustrée grâce à deux échelles ; une échelle de perception de l'entretien du quartier ainsi qu'une échelle de perception des problèmes présents dans le quartier.

L'échelle de perception de l'entretien du quartier comprend 12 items (6 positifs et 6 négatifs) et a été développée et traduite par Fornara et ses collaborateurs (2006). Les items positifs traduisent la façon dont les résidents contribuent à l'entretien de leur quartier, au bon entretien des panneaux routiers, des rues et du ramassage des déchets. Tandis que les items de sens négatif prennent en considération le manque de politesse des résidents, la présence de lieux abandonnés, de murs sales, de l'entretien des bâtiments défectueux et d'un éclairage insuffisant. Les répondants devaient se positionner sur une échelle de type Likert en sept points, allant de « totalement pas d'accord » (1) à « totalement d'accord » (7). Après reconversion des items inversés, les scores des participants allaient de 12 à 84. Les scores élevés traduisant un quartier perçu comme bien entretenu.

Pour la perception des problèmes de quartier, un questionnaire issu de l'enquête population du quartier cathédrale Nord (ville de Liège, 2022) a été repris. L'évaluation des problématiques porte sur 21 phénomènes urbains distincts allant du tapage, aux déjections ou encore à la mendicité. Il est à noter que l'enquête initiale demande aux participants de qualifier le problème suivant 4 propositions : « tout à fait un problème » ; « plutôt un problème » ; « pas un problème » ; « je ne sais pas ». La réponse « je ne sais pas » ne sera pas utilisée dans la présente enquête, mais les trois autres modalités ont été conservées. Les scores des participants pouvaient ici varier entre 0 et 63 points avec des scores extrêmes traduisant un nombre élevé de phénomènes urbains jugés problématiques.

c) Connaissances et expérimentations

La quatrième partie est chargée d'évaluer les connaissances et expériences des personnes en matière de drogue (Q9 à Q11 ter). La connaissance des drogues a été mesurée à l'aide d'une échelle de 11 items développée par Matheson et al. (2014). Chaque item se réfère à une affirmation relative à l'usage de drogue telle que « le cannabis détend vos muscles », ou « le crack est une forme de cocaïne », pour lesquels les participants doivent indiquer si l'affirmation est vraie ou fausse ou s'ils ne savent pas. Le codage a été le suivant, le participant s'est vu attribué un point lorsque sa réponse était correcte, zéro point si elle était fausse et dans le cas où le participant ne savait simplement pas la réponse, cet item a été retiré du calcul de sa moyenne pour cette échelle.

Deux questions ont ensuite été formulées pour connaître les éventuelles expériences personnelles de consommation ou de dépendance à la drogue des participants. La première question portait sur le fait d'avoir consommé au cours du dernier mois une substance psychoactive. Les substances psychoactives proposées se basent sur celles reprises dans le tableau de bord 2021 d'Eurotex sur « *l'usage de drogues et ses conséquences socio sanitaires en Wallonie* » et comprenaient notamment le cannabis ou le crack. Pour chacune des douze substances proposées, le participant avait la possibilité de répondre « Oui » ou « Non » et ses réponses étaient codées en 1 point pour « Oui » et zéro point pour « Non ». Permettant ainsi pour une personne ayant consommé diverses substances d'avoir un score s'approchant des douze points.

La seconde question concernait simplement le fait d'avoir déjà expérimenté une dépendance à une de ces substances au cours de la vie avec comme choix de réponse « Oui » ou « Non » et si oui, laquelle ou lesquelles de ces substances étaient concernées par l'addiction.

d) *Attitudes et mesures à l'égard des consommateurs*

La cinquième partie a permis de comprendre l'attitude générale de la population envers les substances et les consommateurs (Q12 à Q15). À cette fin, trois échelles ont permis de mesurer trois dimensions : l'attitude envers la prise de drogues, la discrimination envers les consommateurs de substances illicites et enfin les attributions causales des toxicomanies.

Dans un premier temps, l'attitude envers la prise de drogues a été mesurée à l'aide d'une échelle de 22 items développée et validée par Matheson et al. (2014). Deux items ont été supprimés de l'échelle initiale et parmi les items restants on retrouve notamment : « Pour la plupart des toxicomanes, la drogue n'est qu'un problème parmi d'autres » ; « Je pense que les toxicomanes peuvent être de bons parents » ou encore « La méthadone devrait être fournie à tous ceux qui en ont besoin ». Les participants ont dû se positionner sur une échelle de Likert de 5 points allant de « Absolument pas d'accord » (0) à « Absolument d'accord » (4). Le score maximal pour cette échelle était donc de 88 points et le score minimal de 0 point, avec des scores maximaux associés à une attitude positive envers la prise de drogue. Il est à noter qu'une définition concise de la méthadone a été ajoutée à l'échelle¹ afin de permettre aux participants de bien cibler et comprendre les questions associées à cette notion.

Le degré de discrimination à l'égard des usagers des drogues a ensuite été mesuré à l'aide de 3 items provenant de l'étude de Barry et al. (2014). Les items développés sont les suivants : « La discrimination à l'égard des personnes souffrantes de toxicomanie est un problème grave », « Les employeurs devraient être autorisés à refuser un emploi à une personne souffrant de toxicomanie » ainsi que « Les propriétaires devraient pouvoir refuser un logement à une personne souffrant de toxicomanie ». Pour chaque item, les participants ont dû indiquer leur degré d'accord sur une échelle à 6 points : « Absolument pas d'accord » (0) à « Absolument d'accord » (6). Pour cette échelle comprenant uniquement trois items, le score maximal pouvant être atteint était 18 et le score minimal 0.

En dernier lieu pour cette dimension, nous avons pu évaluer l'attribution causale de l'addiction aux drogues à l'aide d'une échelle de 19 items provenant d'une étude de Philippot et Galand sur le sans-abrisme en Belgique (2003). L'échelle initiale propose une catégorisation des causes liées au sans-abrisme selon cinq dimensions : *interne* (la paresse, l'abus de drogues et/ou d'alcool, le comportement irresponsable...), *problème de santé* (les maladies mentales, une mauvaise santé et/ou un handicap physique), le *fonctionnement de la société* (le manque de logement bon marché, le manque d'emploi,

¹ « La méthadone est une substance de synthèse utilisée comme produit de substitution dans le traitement de certains toxicomanes ».

l'échec du système éducatif...), les *problèmes judiciaires* (la sortie de prison, la sortie d'un long placement en institution, l'expulsion du logement), et les *événements personnels* (la malchance, la perte d'un emploi, la faillite...).

Sur cette base, cinq items, non transposables à la thématique de la toxicomanie, ont été supprimés et douze nouveaux items ont été développés. Nous avons ajouté deux items dans la catégorie « *interne* » (le manque de volonté, l'incapacité à trouver sa place dans la société). Ensuite, nous avons développé deux autres items dans la catégorie « *événements personnels* » (rupture amoureuse, décès et perte d'un proche). Il a été également nécessaire d'ajouter deux nouveaux items dans la catégorie *fonctionnement de la société* (banalisation de la prise de drogue, manque de répression). Dans la catégorie des *problèmes judiciaires*, il a été opportun d'introduire deux nouveaux items (passage en prison, implication dans des activités criminelles). En outre, une nouvelle catégorie *environnement social et familial* a été créée (mauvaises rencontres, milieu socioéconomique précaire, milieu familial avec antécédents de délinquance, milieu précaire). Pour chaque cause, les participants devaient manifester leur degré d'accord sur une échelle en cinq points allant de « Pas du tout d'accord » (0) à « Tout à fait d'accord » (6). La catégorisation de cette variable s'est faite différemment, ici, nous n'avons pas calculé de score total pour l'échelle, mais bien un score total moyen pour chacune des six attributions causales proposées. Suite à cela, il a été défini pour chaque participant l'attribution causale principale donnée.

e) *Prise en charge et traitement*

La sixième partie a finalement permis d'évaluer l'opinion des répondants vis-à-vis des moyens de prise en charge des personnes concernées par ces conduites addictives (Q16 et Q17). Cette sixième partie comprend deux dimensions ; l'évaluation des moyens mis en place pour prendre en charge les toxicomanies et la punitivité de la possession de drogues.

L'échelle mesurant la prise en charge des assuétudes est une échelle qui nous est propre et qui comprend 13 items mesurant trois dimensions; la perception de récupérabilité des consommateurs, les moyens accordés à la prise en charge des toxicomanies et la demande d'aide émanant du consommateur. Cette échelle découle de l'étude menée par Barry et ses collaborateurs (2014) dans laquelle il ressort que la volonté d'investir des budgets dans la prise en charge des assuétudes est généralement mince et que la vision de réhabilitation des consommateurs est généralement mauvaise.

Pour la première dimension à savoir la perception de récupérabilité des personnes addictes aux substances, cinq items ont été proposés aux participants. Parmi ceux-ci, nous retrouvons par exemple des intitulés tels que : « Une fois que l'on devient toxicomane, on le reste à vie » ou encore « Les toxicomanes sont condamnés à l'être toute leur vie ».

La seconde dimension qui concernait les moyens accordés à la prise en charge des toxicomanies comprenait quant à elle quatre items. Parmi les items, nous retrouvons notamment des intitulés tels que : « On ne vient pas assez en aide aux personnes toxicomanes » ou encore « De nombreux services sont mis en place pour aider les toxicomanes ».

Finalement, la troisième et dernière dimension concernait la demande d'aide émanant des consommateurs de substances. Pour cette catégorie, trois items étaient inclus et nous y retrouvons des formulations telles que : « Les toxicomanes ne cherchent pas à aller mieux » ou encore « Les personnes toxicomanes sont en demande d'être aidés ».

Pour chacun des douze items totaux, le participant avait la possibilité de situer son opinion sur une échelle en quatre points dans laquelle 0 correspondait à « Absolument pas d'accord » et 3 « Absolument d'accord ». Nous n'avons, pour cette échelle, pas calculé de score global. En revanche, un score moyen

pour chacune des trois dimensions a été calculé afin de permettre une comparaison entre les trois dimensions.

Ensuite, l'attitude répressive à l'égard des personnes retrouvée en possession de drogue a été évaluée à l'aide d'une liste de mesures répressives. Cette liste est basée sur celle proposée par Weatherburn et al. (2021) qui classent un ensemble de 10 mesures en trois catégories allant de la moins sévère à la plus sévère. La liste initiale a été adaptée aux mesures pouvant être prises en Belgique. La catégorie relative à l'absence de sanction contient des propositions telles que « un avertissement », « le suivi d'un programme d'éducation » ou « Aucune sanction ». La catégorie des sanctions mineures comprend des propositions telles que « une obligation de suivi de traitement » ; une « petite » amende. La dernière catégorie comprend les mesures les plus sévères telles qu'une amende pouvant aller jusqu'à 2500€ ou encore une peine d'emprisonnement. Les participants ont été invités à cocher la sanction qu'ils estimaient la plus adéquate dans le cas où une personne serait trouvée en possession de substances illicites. Deux alternatives ont été prévues dans les choix de réponses (« un autre arrangement » ; « je ne sais pas »).

f) Connaissance, opinion, perception et acceptabilité des salles de consommation à moindre risque

Enfin la septième et dernière partie s'est consacrée à la compréhension de l'opinion riveraine concernant les salles de consommation à moindre risque (Q18 à Q22) au travers de plusieurs dimensions : la connaissance de l'existence des salles de consommation à moindre risque, l'opinion au sujet des salles de consommation, la perception des risques liés aux salles de consommation, la perception de l'efficacité des salles de consommation et l'impact de leurs présences.

Premièrement, nous avons évalué la connaissance de l'existence de salles de consommation à moindre risque à l'aide de deux questions visant à savoir si le dispositif était connu de manière générale, des résidents liégeois (oui, non, je ne sais pas), et s'ils avaient connaissance d'un tel dispositif dans leur ville (oui, non, je ne sais pas).

Suite à cela, la mesure de la perception de l'efficacité du dispositif nous a paru être une dimension pertinente. Elle a donc été évaluée à l'aide de deux indicateurs distincts : la fiabilité des preuves et l'utilité du dispositif. Pour mesurer ces deux dimensions, nous avons créé deux questions demandant aux participants s'ils pensent que les preuves et résultats concernant l'efficacité des salles étaient fiables (oui, non, je ne sais pas) et s'ils pensent que ce dispositif est utile pour la population toxicomane présente à Liège (oui, non, je ne sais pas).

Pour compléter la compréhension de cette dimension, nous avons mesuré l'impact de la présence d'une SCMR dans le quartier grâce aux résultats issus de la recherche qualitative menée par Davidson et Howe (2014) concernant les attitudes de la population à l'égard de dispositifs de réduction des risques. À partir des éléments mis en évidence par les auteurs, nous avons créé une échelle relative à l'évaluation des impacts (négatifs) qu'entraînerait la présence d'une SCMR en cinq items. Les impacts visés ont trait à la diminution de la tranquillité du quartier, aux risques d'agressions de personnes vulnérables, à l'augmentation d'incivilités, à l'arrivée d'une nouvelle population (non désirée) dans le quartier et enfin à la désertion de commerces. Pour chacune de ces propositions, les répondants sont invités à marquer leur degré d'accord sur une échelle de Likert à 4 points allant de « absolument pas d'accord » (0) à « absolument d'accord » (3). Le score maximal pouvant être atteint est de 20 points pour cette échelle, et le score minimal de 0 point.

Enfin, une variable NIMBY a été ajoutée comme dernier élément de cette partie. Ce terme constitue l'acronyme de l'expression « Not In My BackYard » qui se traduit littéralement par « Pas dans mon

jardin ». Pour expliquer cette variable dans le cadre de notre étude, elle reflète simplement le fait qu'une personne reconnaisse l'utilité d'une salle de consommation de drogue, mais qu'il/elle ne souhaite pas que ce dispositif soit implanté dans un lieu qu'il affectionne ou qu'il fréquente. En nous basant à nouveau sur l'étude de Davidson et Howe (2014), nous avons créé une variable spécifique au phénomène NIMBY en y incluant deux items afin d'évaluer dans quelle mesure les riverains du centre-ville refusent l'implantation dans leur environnement proche d'un tel dispositif malgré la reconnaissance de sa nécessité. Nous avons premièrement questionné la volonté que ce dispositif reconnu comme utile s'installe plutôt en dehors du quartier de résidence du sujet et deuxièmement qu'il s'implante plutôt en dehors des centres-villes. Pour ce faire, les répondants sont invités à marquer leur degré d'accord sur une échelle de Likert de 4 points allant de « absolument pas d'accord » (0) à « absolument d'accord » (3). Le score maximal pouvant être atteint pour cette variable est de 8 points et le score minimal de 0.

Échantillon

L'enquête comprenant les diverses échelles présentées antérieurement a été lancée fin janvier 2023 et a été clôturée début juillet 2023. Au cours de cette période, 275 personnes ont eu l'amabilité d'accorder leur temps au remplissage du questionnaire. Néanmoins, notre échantillon final ne se compose que de 264 participants.

Ce nombre de participants a été déterminé par un test de puissance statistique concluant que sur la population totale étudiée (N=23726), un échantillon de 264 participants permettrait d'obtenir des résultats fiables et représentatifs de l'avis de la population avec un intervalle de confiance de 95% et une marge d'erreur de 6%. L'objectif initial était de n'atteindre une marge d'erreur que de 5%, ce qui nécessitait un recrutement de 379 sujets, malheureusement, le temps étant limité, nous n'avons pas pu atteindre cet objectif. Pour la construction de notre échantillon, nous nous sommes référés à la méthode de l'échantillonnage par quota. C'est-à-dire que notre échantillon final constitue une représentation réduite à l'échelle de la population générale. Il respecte les proportions de genre, de secteurs de résidence et d'âge de la population globale.

Plus précisément, nous avons identifié, grâce au Géoportail des institutions fédérales belges, dans le centre-ville de Liège, 12 quartiers sur lesquels se focaliseront nos recherches ; Maghin (Z1), Feronstrée (Z2), Saint-Lambert (Z3 et zone d'implantation de la salle de consommation), Saint-Jean (Z4), Cathédrale (Z5), Saint-Jacques (Z6), Terrasses (Z7), Boverie (Z8), Mean (Z9), Yser (Z10), Congrès (Z11), Dos-Fanchon (Z12) (Annexe 1). Toujours grâce à ce Géoportail, nous avons pu identifier le nombre de personnes de plus de 14 ans résidants dans ces différents quartiers et transposer ces chiffres en pourcentage par rapport à la population totale (N=23726). Ces différents pourcentages ont alors permis de calculer le taux de représentation de chaque quartier dans l'échantillon final (Annexe 2). Nous avons également effectué un croisement entre l'âge et le sexe afin de définir le nombre de participants hommes et femmes nécessaire dans chaque tranche d'âge établie pour être en accord avec le schéma de population global (Annexe 3).

Recrutement des participants

Le recrutement des participants s'est fait par l'intermédiaire de diverses méthodes. Premièrement, une version informatisée du questionnaire a circulé grâce aux réseaux sociaux et a permis de recruter une centaine de répondants. Cette méthode s'est propagée grâce à un effet « boule de neige », les premiers répondants ont transféré le questionnaire à leurs connaissances et les choses se sont enchaînées de cette manière. Des annonces ont été publiées sur les réseaux sociaux afin de toucher un plus large panel de riverains. Pour les personnes les moins à l'aise avec l'informatique, des entretiens en face à face ont été programmés afin qu'ils puissent compléter la version papier du questionnaire.

Des comités de quartier ont également été contactés et ont souhaité soutenir ce projet en diffusant le questionnaire avec leurs réseaux. Nous avons également été invités à une réunion d'un des comités de quartier afin de présenter notre étude et de sensibiliser les riverains. Au sein de cette réunion, nous avons pu échanger avec les riverains sur la présence de la problématique dans leur quartier, des questionnaires en version papier ont également circulé, permettant ainsi aux personnes moins familiarisées avec les réseaux sociaux d'exprimer leur ressenti.

Enfin, notre dernière méthode de récolte s'est effectuée via les boîtes aux lettres des résidents liégeois. Cela aura certainement constitué la stratégie de récolte la plus chronophage de cette étude puisque nous avons pris le temps de réaliser des flyers décrivant l'objectif de l'étude ainsi qu'un QR code renvoyant directement au questionnaire afin d'inviter les riverains à participer à l'étude (Annexe 4). En tout, ce sont plus de 3000 enveloppes étiquetées qui ont été distribuées dans les douze quartiers concernés. Cette méthode nous a permis de recevoir l'opinion de plus d'une centaine de personnes.

Au total, ce ne sont pas moins de 275 riverains qui ont souhaité se joindre au projet et compléter notre questionnaire. Sur cet échantillon total, les 264 participants nécessaires afin de respecter la répartition par quota préétablie ont été sélectionnés (Annexe 2, Annexe 3).

Résultats

Analyses descriptives

En termes d'analyses statistiques, diverses manipulations ont été effectuées avec les résultats obtenus pour les différentes échelles. En premier lieu, des analyses descriptives ont permis de dégager les grandes caractéristiques de notre échantillon. Une part de ses informations était connue par la méthode de l'échantillonnage par quota. Notamment la répartition de genre qui est de 51,2% masculine et 48,8% féminine ainsi que la répartition par tranche d'âge. D'autres informations ont également été identifiées et étudiées telles que l'âge moyen et l'occupation professionnelle principale et l'origine ethnique. (Tab 1)

Tab 1 : données sociodémographiques

	Âge moyen	Femme/Homme au foyer	Travailleur (euse)	Sans emploi	Prépensionné(e)/pensionné(e)	Étudiant(e)
Échantillon	45,03 (N=264) E.T=18,7	0,8% (N=2)	51,89% (N=137)	4,92% (N=13)	23,49% (N=62)	18,94% (N=50)

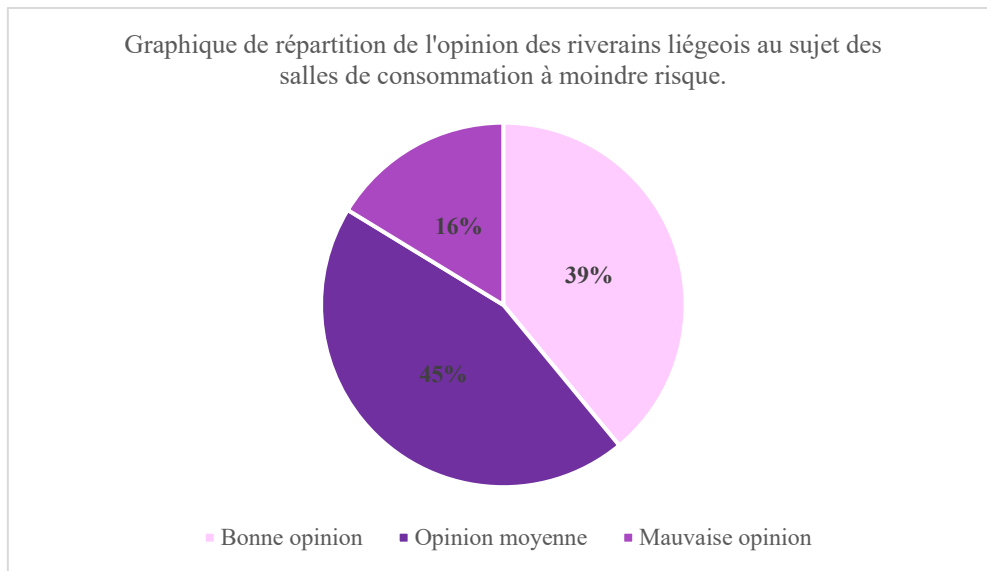
	Population active	Population inactive	Population étudiante	Population belge	Population étrangère
Échantillon	51,89% (N=137)	29,17% (N=77)	18,94% (N=50)	84,03% (N=221)	15,97% (N=42)

Opinion des sujets concernant les salles de consommation à moindre risque

La variable principale d'intérêt, notre variable dépendante est ici, comme précédemment énoncée, liée aux salles de consommation à moindre risque et elle représente l'opinion que les riverains ont de celles-ci. L'échelle utilisée est, pour rappel, composée de quatre items et a donc permis d'obtenir des scores allant de 0 à 12, un score haut représentant une opinion positive des salles de consommation à moindre risque. La moyenne de notre échantillon se situe à 7,35 (E.T= 2,9). Ce qui représente une opinion moyenne de ces dispositifs.

Les résultats des participants ont par la suite été catégorisés en trois groupes ; une mauvaise opinion des salles de consommation, une opinion moyenne et enfin une bonne opinion afin d'obtenir des résultats plus lisibles. Ces catégories se répartissent comme suit ; 103 personnes (39,02%) témoignent d'une bonne opinion au sujet du dispositif, 118 personnes (44,7%) d'une opinion moyenne et 43 personnes (16,28%) seulement d'une mauvaise opinion. Ici, le mode pour cette catégorisation se situe également du côté d'une opinion moyenne concernant le dispositif.

Graph 1 : répartition de l'opinion riveraine liégeoise au sujet des salles de consommation à moindre risque (VD)



Avant de passer à l'analyse de l'influence des variables complexes, quelques renseignements au sujet des salles de consommation à moindre risque ont été récoltés par le biais de simples questions comprenant trois modalités de réponses ; « Oui », « Non » et « Je ne sais pas ».

Sur notre échantillon total de 267 répondants, 81,82% (N=216) avaient connaissance de l'existence du dispositif concerné tandis qu'il était inconnu pour 15,91% de l'échantillon (N=42). Le reste, 2,27% (N=6), ont répondu ne pas savoir s'ils le connaissaient avant cette étude. On observe quand même que pour une grosse majorité de l'échantillon le dispositif n'est pas inconnu.

Nous avons ensuite demandé au public ciblé s'ils avaient connaissance de l'existence d'un tel dispositif dans leur ville. Pour 65,91% (N=174), la réponse a été positive. Quatre personnes ont affirmé qu'il n'en existait pas (1,52%) et 32,58% (N=86) n'en savaient rien. Cela démontre qu'une part quand même non négligeable de l'échantillon (34,1%) n'est pas au courant des dispositifs mis en place pour prendre en charge les assuétudes alors que ce dispositif se situe aux alentours de leur quartier.

Suite à cela, la mesure de la perception de l'efficacité des SCMR nous a paru être une dimension pertinente. Elle a donc été évaluée à l'aide de deux indicateurs distincts : la fiabilité et l'utilité des salles de consommation à moindre risque.

Concernant à présent la perception de l'efficacité du dispositif, pour 95 sujets (35,99%) les preuves de l'efficacité des salles de consommation à moindre risque ont été jugées suffisantes, pour 41 personnes (15,53%) en revanche, elles ne le sont pas. Les 128 sujets restants (48,49%), soit une majorité de l'échantillon, n'ont pas souhaité se positionner sur la question.

Enfin, l'utilité du dispositif a également été questionnée et il est ressorti que pour une majeure partie de l'échantillon, 60,61% (N=160) les salles de consommation à moindre risque seraient utiles pour la population toxicomane liégeoise. 11,74% (N=31) ont en revanche jugé le dispositif inutile et les 27,65% restants (N=73) ne se sont pas positionnés. Ici encore, on retrouve une part importante d'omission chez les répondants. Toutefois, on observe que chez une majorité des répondants, le dispositif est jugé utile.

Analyses des variables indépendantes

Pour en venir maintenant à l'analyse des variables complexes, une série de variables ont été introduites dans le questionnaire. Nous entamons ces analyses par les variables liées aux salles de consommation afin d'étudier leur influence potentielle sur l'opinion générale du dispositif. Deux variables étaient ici étudiées ; l'impact de l'implantation d'une salle de consommation à moindre risque et une variable NIMBY.

L'impact de l'implantation d'une salle de consommation a été mesuré par le biais de cinq items (Davidson et Howe, 2014). Parmi ces items, nous avons notamment questionné l'impact en termes de paisibilité du quartier, d'augmentation des désordres publics ou encore de dévalorisation sociale du quartier. Pour cette échelle, les scores variaient entre 0 et 20 points, en sachant que les scores élevés traduisent une présence accrue des impacts négatifs liés à la salle de consommation. La moyenne de l'échantillon se situe à 10,37 (E.T= 5,52), soit à presque l'exact milieu. Il est alors difficile de conclure à une tendance particulière de l'échantillon, si ce n'est, une tendance moyenne.

En termes d'analyses statistiques, nous avons étudié l'influence de cette variable sur l'opinion que les riverains liégeois ont des salles de consommation. Les conditions de normalité étant violées, $W=0,93$, $p=0,005$, un test sur une corrélation de Spearman a été réalisé. Il en est ressorti une corrélation négativement significative, $r_s(262) = -0,63$, $p<.001$. En d'autres mots, une perception négative des impacts liés à l'implantation d'une salle de consommation est chez les riverains liégeois associée à une mauvaise opinion des salles de consommation de manière plus générale. L'ampleur de la corrélation est dans ce cas assez conséquente puisqu'une corrélation de $-0,63$ se situe aux alentours d'une corrélation moyenne. (Cohen, 1988).

La variable NIMBY comportait quant à elle deux items avec quatre possibilités de réponse. Les scores s'étalent donc de 0 à 8 points et la moyenne de notre échantillon se situe à 2,92 (E.T=1,98). Cette moyenne reflète quelque chose d'assez positif puisqu'on observe que les répondants ne manifestent pas forcément une volonté d'installer une distance avec les salles de consommation à moindre risque.

Statistiquement, les résultats se distribuent encore anormalement, $W=0,97$, $p<.001$. Un test sur une corrélation de Spearman a donc aussi été utilisé afin de tester l'influence de cette variable sur l'opinion des riverains concernant les salles de consommation à moindre risque. Les résultats ont conclu à une corrélation négative statistiquement significative, $r_s(262) = -0,29$, $p<.001$ qui signifie que des scores hauts obtenus pour cette variable sont associés à une mauvaise opinion des salles de consommation à moindre risque. La taille d'effet de cette corrélation est jugée comme faible, toujours selon les normes établies par Cohen (1988).

La deuxième catégorie de variables rencontrée concerne les expériences passées et personnelles des sujets avec la prise de drogue et la population toxicomane dans le centre-ville de Liège. Pour rappel, au long de cette échelle, il a été demandé aux sujets de jauger le nombre de fois où ils ont, par exemple, constaté des débris liés à la drogue ou des rassemblements de consommateurs,... Les scores obtenus pour cette variable variaient entre 0 et 18. 0 représentant une absence de rencontre des divers phénomènes et 18 une confrontation fréquente avec les situations énoncées. La moyenne de l'échantillon se situe ici à 9,79 (E.T=4,14) soit à une rencontre moyenne des différents phénomènes.

Au point de vue statistique, nous avons dans un premier temps vérifié les présupposés théoriques. La normalité étant respectée, $W=0,99$, $p=0,1$, un test sur une corrélation de Pearson classique a été réalisé et a permis de déceler une relation statistiquement significative entre les expériences des sujets dans le centre-ville de Liège et l'opinion de ces mêmes sujets à propos des salles de consommation à moindre

risque. Nous avons conclu à une relation significativement négative entre les expériences passées et l'opinion des riverains au sujet des salles de consommation, $r(262) = -0,19$, $p < 0,001$. Si certes la corrélation est significative, il n'en reste pas moins qu'une corrélation de $-0,19$ reflète une taille d'effet quasi absent (Cohen, 1988).

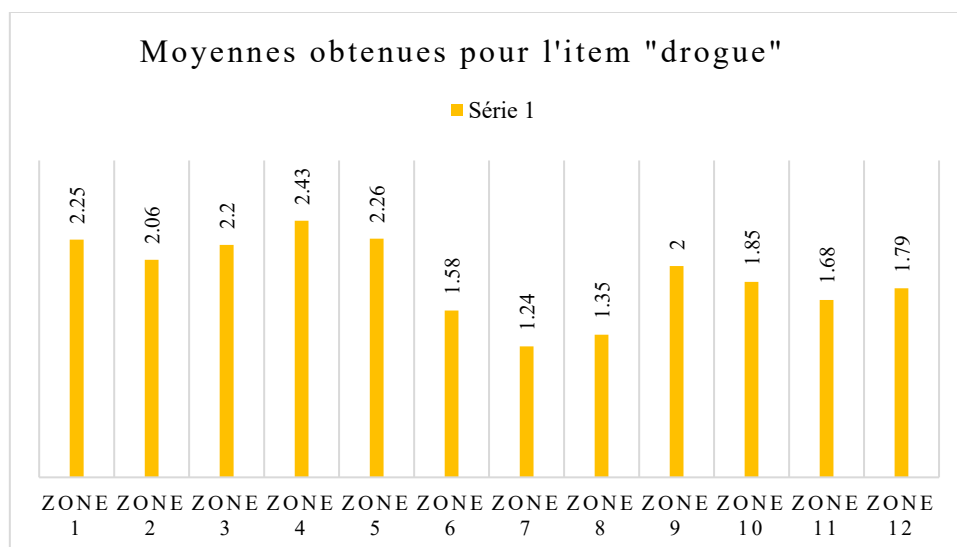
La troisième catégorie de variables énoncées mesurait l'appréciation générale du quartier et comportait deux échelles : une échelle de perception de l'entretien du quartier ainsi qu'une échelle de perception des problèmes présents dans le quartier.

Les scores sur l'échelle de perception de l'entretien du quartier étaient compris entre 12 et 84. La moyenne de l'échantillon se situe à 47,29 (E.T=10,33) ce qui reste quand même une appréciation globale assez faible. Ici, d'un point de vue statistique, la normalité est toujours respectée, $W=0,99$, $p=0,14$, nous emploierons donc encore un test sur une corrélation de Pearson classique. Ici, en revanche, la perception du quartier ne semble pas avoir d'influence sur l'opinion des riverains au sujet des salles de consommation. Le test a révélé une corrélation de 0,08 ($df=262$) avec une probabilité de dépassement de 0,21 ($r(262) = 0,08$, $p=0,21$). Au point de vue statistique, ces deux variables ne sont donc pas liées.

La deuxième variable rencontrée pour cette dimension était la perception des phénomènes urbains jugés comme problématiques dans les quartiers. Cette échelle était composée de 21 items et les scores des participants pouvaient aller de 0 à 63. Le score moyen dans l'échantillon est de 29,41 (E.T=13,87) et correspond à des phénomènes moyennement présents dans le quartier. Dans ce cas, les conditions de normalité étant violées ($W=0,99$, $p=0,03$), un test sur une corrélation de Spearman a été effectué et a mis en évidence une corrélation négative statistiquement significative, $r_s(262) = -0,16$, $p=0,006$, traduisant ainsi que la présence des problématiques dans le quartier est inversement proportionnelle à l'opinion de l'échantillon au sujet des salles de consommation à moindre risque. Néanmoins, l'effet de cette corrélation est, par convention, quasi absent (Cohen, 1988).

Au sein de cette échelle, un item est plus important pour nous que les autres, il s'agit de l'item visant à évaluer la problématique des drogues dans le quartier. Nous avons ici observé les moyennes en fonction des quartiers de résidence des répondants (Graph1). Pour certains quartiers, la drogue ne représente presque pas un problème (zone 6, zone 7, zone 8 et zone 11). Pour d'autres quartiers en revanche, les substances posent plus problème (zone 1, zone 4 et zone 5). Pour le reste des zones étudiées, les scores sont un entre deux.

Graph1 : moyennes obtenues pour l'item « drogue »



La quatrième catégorie de variable introduite concernait les connaissances et expérimentations personnelles des sujets avec la drogue. Dans cette catégorie encore, deux échelles ont été administrées. Une première échelle mesurant les connaissances de notre échantillon par rapport à différentes substances illicites et une deuxième échelle mesurant la consommation de substances illicites des participants au cours du dernier mois.

Les connaissances des répondants au sujet des drogues ont été évaluées par le biais d'un vrai ou faux ou chaque bonne réponse attribuait un point à la personne, chaque mauvaise réponse n'attribuait pas de point et où la case « je ne sais pas » constituait une troisième possibilité de réponse. Une moyenne pour cette échelle a été calculée pour chaque participant en excluant les items dont la réponse était « Je ne sais pas ». L'intervalle de réponse se trouvait alors entre 0 et 1 et la moyenne de notre échantillon se situe à 0,77 (E.T=0,16), ce qui correspond à une assez bonne connaissance du phénomène. Les moyennes obtenues ont été mises en parallèle avec notre variable d'intérêt toujours par le biais d'une corrélation. Une violation des conditions de normalité nous ont conduit à utiliser la version non paramétrique du test sur une corrélation, $W=0,94$, $p<.001$. Les résultats se sont, cette fois, montrés non significatifs avec $r_s(262) = 0,08$, $p = 0,22$.

Concernant la consommation de drogue des participants. Il avait été proposé toute une liste de substances et demandé aux participants s'ils en avaient consommé au cours des six derniers mois. Offrant la possibilité d'aller jusqu'à 12 points si les participants avaient consommé toutes les substances qui leur étaient présentées. Toutefois, les résultats ont été standardisés à 1 pour une prise de drogue dans les six mois précédents, peu importe la substance en question, et peu importe le nombre de substances consommées et 0 pour aucune substance consommée dans les six derniers mois. Notre échantillon se compose de 70,46% de personnes n'ayant consommé aucune substance dans les six derniers mois et 29,54% pour qui une substance au moins a été consommée. Pour interpréter les résultats, un test t pour échantillons indépendants a cette fois-ci été employé. Les conditions de normalité n'étant pas respectées pour le groupe n'ayant pas consommé, $W=0,96$, $p<.001$, nous avons opté pour la version non paramétrique du test, appelé test de Mann-Whitney. La procédure a mis en évidence une opinion des salles de consommation significativement meilleure chez les personnes ayant consommé des substances psychoactives au cours des six derniers mois, $U=6206,5$, $p=0,03$.

Nous avons également étudié si le fait d'avoir souffert au préalable d'une addiction à une substance illicite influençait l'opinion des répondants au sujet des salles de consommation. Sur nos 264 participants, 7,95% seulement ($N=21$) ont déjà souffert d'une addiction à une substance illicite tandis que pour 92,05% de l'échantillon ($N=243$), cela n'a pas été le cas. En raison d'une anormalité dans l'échantillon, nous avons eu recours à la version non paramétrique du test T de Student, le test de Mann-Whitney. Les résultats n'indiquent pas de différence entre les échantillons, par conséquent, l'addiction passée des sujets n'est pas un facteur influençant leur opinion au sujet des salles de consommation à moindre risque, $U=2174,5$, $p=0,259$.

La cinquième catégorie de variable avait pour objectif de mesurer l'attitude des répondants et les mesures qui devraient être prises à l'égard des consommateurs de substances illicites. Dans cette catégorie trois échelles ont été administrées ; l'attitude vis-à-vis des consommateurs, la gravité de la discrimination envers les toxicomanes et les attributions causales des toxicomanies.

La première échelle visant à mesurer l'attitude des riverains vis-vis des consommateurs de drogue. Pour cette échelle, la modalité « je ne sais pas » a été proposée aux sujets et a conduit à ne pas calculer un total des points pour chaque participant, mais bien une moyenne incluant uniquement les items pour lesquels les sujets se sont prononcés. La moyenne des sujets pouvait alors aller de 0 à 4 points et notre moyenne d'échantillon se situe à 2,11 (E.T=0,68), soit à une attitude positive, mais non grandement

marquée au sujet des consommateurs. Pour cette échelle, nous avons préalablement réalisé un test de fiabilité. Ce test, appelé Alpha de Cronbach, a permis de tester chacun des items afin de vérifier s'ils étaient tous en accord avec la dimension étudiée. De manière générale, la procédure a démontré un alpha de Cronbach de 0,84, ce qui correspond à une bonne fiabilité et en prenant les items un à un, nous n'avons trouvé aucun souci de fiabilité dans les items.

Nous avons alors ensuite pu tester l'influence de cette variable sur notre variable dépendante initiale. L'attitude envers les consommateurs de substances étant distribuée anormalement, $W=0,99$, $p=0,04$, nous avons eu recours à un test sur une corrélation de Pearson. Les résultats ont mis en évidence une relation significativement positive entre les deux variables étudiées concluant ainsi qu'une attitude positive envers les toxicomanes était liée à une attitude positive envers les salles de consommation à moindre risque, $r_s(262) = 0,53$, $p < .001$. Cette corrélation est jugée comme ayant un effet moyen (Cohen, 1988).

La deuxième échelle de cette dimension évaluait la gravité de la discrimination au sujet des toxicomanes pour notre échantillon. Trois items ont été proposés aux sujets avec un choix de réponse allant de 0 à 6. Les scores maximaux pouvant être atteints étaient 21 et 0 pour les minimas. La moyenne de l'échantillon est ici de 8,91 (E.T=4,47), correspondant à une faible tolérance de la discrimination pour les répondants. Les résultats étant distribués normalement, $W=0,99$, $p=0,16$, une corrélation classique a été réalisée et a conclu à une corrélation négative significative entre les deux variables, $r = -0,48$, $p < .001$. Une gravité élevée de la discrimination est associée à une opinion moins bonne au sujet des salles de consommation. Par convention, cette corrélation reflète un effet faible, mais tout de même à la marge d'un effet moyen.

La dernière échelle administrée pour cette partie mesurait les différentes attributions causales de la toxicomanie, elle est assez intéressante à regarder. Pour rappel, elle faisait intervenir six dimensions ; l'attribution interne, les problèmes de santé, le fonctionnement de la société, les problèmes juridiques, les événements personnels et l'environnement social. Les dimensions n'étaient pas composées du même nombre d'items, dès lors, afin d'avoir des résultats comparables, nous avons calculé les moyennes de chaque sujet et puis la moyenne totale pour la dimension. Parmi les cinq dimensions, ce sont les problèmes juridiques qui se sont révélés être les plus en cause des addictions aux substances pour notre échantillon avec une moyenne de 2,85 (E.T=0,83) (Tab3). Nous avons ensuite pour chaque sujet déterminé quelle était l'attribution causale la plus marquée. Cette manipulation a fait ressortir que l'attribution causale principale la plus énoncée par nos sujets était ici les problèmes de santé (N=53).

Tab3 : moyenne de l'échantillon pour les six attributions causales présentées.

	Attribution interne	Problèmes de santé	Fonctionnement de la société	Problèmes juridiques	Évènements personnels	Environnement social
Moyenne	$\bar{X}=1,97$	$\bar{X}=2,7$	$\bar{X}=2,31$	$\bar{X}=2,85$	$\bar{X}=2,5$	$\bar{X}=2,8$
	E.T= 0,88	E.T= 1,17	E.T= 0,9	E.T= 0,83	E.T= 1,06	E.T= 0,86

Nous avons ensuite pu comparer statistiquement si l'attribution causale donnée par le sujet influençait son opinion sur les salles de consommation à moindre risque. Dans les cas où des sujets obtenaient des ex æquo, leurs réponses n'ont pas été prises en compte. Cela a été le cas pour 80 répondants, c'est donc ici, un total de 184 participants qui ont été retenus pour les analyses. Un test ANOVA servant à comparer les moyennes des répondants en fonction de l'attribution causale principale donnée a permis de tirer une

conclusion de significativité de la variable. Après vérification de l'égalité des variances par le biais du test de Levene ($F(5,178) = 0,7, p=0,62$), le test d'ANOVA a permis de mettre en avant qu'il existait bien une influence de l'attribution causale sur l'opinion des sujets à propos des salles de consommation, $F(5,178) = 3,25, p=0,008$. L'influence de l'attribution causale est jugée moyenne ($\eta^2=0,08$), cependant, la significativité du test veut dire qu'une des moyennes d'un des groupes au moins est différente significativement de la moyenne d'au moins un des autres groupes. Si l'on s'arrête à cela, on ne peut pas dire quel(s) groupe(s) a(ont) des moyennes différentes. Pour cette raison, nous avons eu recours à un test posthoc de Bonferroni, permettant de comparer les moyennes deux à deux (Tab4). Ce test a révélé qu'en réalité, les résultats n'étaient significativement différents qu'entre deux groupes : le groupe attribuant majoritairement le fonctionnement de la société pour cause des toxicomanies et le groupe considérant que les problèmes juridiques jouent un rôle majeur, $t=-3,53, p=0,008$. Par conséquent, il faut rester très vigilant quant à l'interprétation de ce test.

Tab 4 : test posthoc de Bonferroni sur les attributions causales des toxicomanies

Groupe de référence	Groupe de comparaison	Valeur t	P
Attribution interne	Problèmes de santé	-1,03	1
	Fonctionnement de la société	0,48	1
	Évènements personnels	-1,62	1
	Environnement social	-0,63	1
	Problèmes juridiques	-2,06	0,62
Problèmes de santé	Fonctionnement de la société	2,19	0,45
	Évènements personnels	-1,06	1
	Environnement social	0,7	1
	Problèmes juridiques	-1,85	0,99
Fonctionnement de la société	Évènements personnels	-2,59	0,16
	Environnement social	-1,6	1
	Problèmes juridiques	-3,53	0,008
Évènements personnels	Environnement social	1,72	1
	Problèmes juridiques	-0,26	1
Environnement social	Problèmes juridiques	-2,45	0,232

La sixième et dernière dimension avait pour but d'évaluer les prises en charge et traitement des toxicomanies. Ici, deux échelles : une échelle mesurant l'opinion générale au sujet de la prise en charge des toxicomanes et une deuxième échelle mesurant la sanction la plus appropriée pour les personnes étant trouvées en possession de drogue.

L'échelle d'opinion au sujet de la prise en charge des toxicomanes mesurait trois dimensions ; la récupérabilité des toxicomanes, les moyens mis en place pour aider les toxicomanes et la demande d'aide des toxicomanes. La fiabilité de chacune de ces trois dimensions a été testée par le biais d'un Alpha de Cronbach. Les résultats ont démontré une haute fiabilité pour les dimensions des moyens de prise en charge ($\alpha=0,75$) et de récupérabilité des toxicomanes ($\alpha=0,85$). Concernant la dernière dimension, un item a posé problème et a dû être retiré parce qu'il biaisait la fiabilité de la dimension. Sans l'item « Si les consommateurs manifestaient une volonté d'être aidé, il serait facile de résoudre leurs addictions », la fiabilité de la dimension est jugée comme bonne avec un alpha de Cronbach de $\alpha=0,62$.

Par la suite, des tests sur une corrélation de Spearman pour échantillons anormalement distribués ($W=0,963, p<.001$) ont permis de déceler des relations significatives pour les trois dimensions et notre

variable dépendante. Sur les trois corrélations calculées, toutes sont significatives avec des probabilités de dépassement inférieures à .001 (Tab5). Deux des trois corrélations sont positives et la dernière est négative. La perception de récupérabilité des toxicomanes et la perception d'une demande d'aide émanant de cette population sont corrélées positivement avec l'opinion des salles de consommation à moindre risque de nos sujets. En revanche, une perception élevée des moyens mis en place pour aider la population toxicomane est corrélée négativement avec cette même opinion riveraine. Même si statistiquement significatives, les trois corrélations reflètent tout de même des effets faibles (Cohen, 1988).

Tab5 : corrélation sur les trois dimensions de l'échelle d'opinion au sujet des toxicomanies

Spearman's Correlations		TOT.OPINION.SALLE	TOT.RECUP	TOT.MOY	TOT.AIDE
1. TOT.OPINION.SALLE	Spearman's rho	—			
	p-value	—			
2. TOT.RECUP	Spearman's rho	0.364	—		
	p-value	< .001	—		
3. TOT.MOY	Spearman's rho	-0.305	-0.256	—	
	p-value	< .001	< .001	—	
4. TOT.AIDE	Spearman's rho	0.476	0.505	-0.477	—
	p-value	< .001	< .001	< .001	—

Enfin, pour cette dimension, il avait également été demandé aux répondants la sanction qui leur paraissait la plus appropriée pour une personne trouvée en possession de substances illicites. La liste proposée regroupait quatre catégories de mesures ; l'absence de sanction, les sanctions mineures, les sanctions sévères et les autres arrangements. La réponse la plus donnée pour cette échelle était l'obligation de suivre un traitement et la catégorie de sanction la plus représentée était celle des sanctions mineures. Afin d'étudier l'influence de cette variable sur notre variable indépendante d'intérêt, nous avons eu recours à une procédure d'ANOVA. Ce test a démontré, $F(3)=5,97$, $p<.001$, que le type de sanctions choisies par les participants influençait également leur perception des salles de consommation à moindre risque. Comme précédemment, un test posthoc de Bonferroni a permis de tester les différences des moyennes deux à deux (Tab6). Le groupe optant pour une absence de sanctions présente une moyenne significativement différente des groupes optant pour des sanctions mineures et des sanctions sévères.

Tab6 : test posthoc de Bonferroni sur les différents types de sanctions accordées à une personne trouvée en possession de substances illicites.

Groupe de référence	Groupe de comparaison	Valeur de t	P
Absence de sanctions	Sanctions mineures	2,95	0,02
	Un autre arrangement	1,78	0,46
	Sanctions sévères	3,86	<.001
Sanctions mineures	Un autre arrangement	0,25	1
	Sanctions sévères	2,14	0,2
Un autre arrangement	Sanctions sévères	1,27	1

Tab7 : tableau récapitulatif des différentes corrélations obtenues

	Opinion sur les SCMR
Impact de l'implantation d'une salle de consommation	$r_s(262) = -0,63$ <.001
Phénomène « NIMBY »	$r_s(262) = -0,29$ <.001
Rencontre de situations liées à la prise de drogue	$r(262) = -0,19$ <.001
Appréciation générale du quartier	$r(262) = 0,08$ 0,21
Perception des phénomènes urbains problématiques	$r_s(262) = -0,16$ 0,006
Connaissance au sujet des substances illicites	$r_s(262) = 0,08$ 0,22
Attitude envers la consommation de drogue	$r_s(262) = 0,53$ <.001
Gravité de la discrimination des consommateurs de drogues	$r(262) = -0,48$ <.001
Perception de récupérabilité des consommateurs de drogues	$r_s(262) = 0,36$ <.001
Perception des moyens mis en place pour gérer les assuétudes	$r_s(262) = -0,31$ <.001
Perception de la demande d'aide émanant des consommateurs	$r_s(262) = 0,48$ <.001

Discussion

Pour rappel, l'objectif de cette étude était de mettre en lumière les divers facteurs pouvant influencer l'opinion des riverains au sujet des salles de consommation de drogue. Nous entamons cette discussion par un bref état des lieux des résultats obtenus lors des analyses statistiques. Au total, ce sont douze procédures statistiques qui ont été effectuées : six corrélations de Spearman, trois corrélations de Pearson, une procédure de Mann-Whitney ainsi que deux ANOVA.

Sur les douze manipulations statistiques réalisées, dix variables se sont trouvées être statistiquement significatives. Il s'agit de ; l'impact de l'implantation d'une salle de consommation à moindre risque ($r_s(262) = -0,63, p < .001$), la variable NIMBY ($r_s(262) = -0,29, p < .001$), les expériences avec la drogue rencontrée dans le centre-ville ($r(262) = -0,19, p < .001$), la perception des phénomènes urbains jugés problématiques pour les riverains ($r_s(262) = -0,16, p = 0,006$), la consommation de drogue passée des répondants ($W=6206,5, p=0,03$), l'attitude envers les consommateurs de drogue ($r_s(262) = 0,53, p < .001$), la gravité de la discrimination envers les consommateurs de substances ($r(262) = -0,48, p < .001$), les attributions causales des addictions aux substances ($F(5,178)=3,25, p=0,008$), la prise en charge des assuétudes ($r_{s1}(262) = 0,36, p < .001, r_{s2}(262) = -0,31, p < .001, r_{s3}(262) = 0,48, p < .001$) et les sanctions appropriées pour une personne retrouvée en possession de drogue ($F(3)=5,97, p < .001$).

À l'inverse, deux variables n'ont démontré aucun effet statistiquement significatif. Ce sont les variables concernant l'appréciation générale du quartier ($r(262)=0,08, p=0,21$) et les connaissances au sujet des drogues ($r_s(262) = 0,08, p=0,22$).

Il ressort de nos analyses que parmi les facteurs ciblés, seules l'appréciation générale du quartier et les connaissances concernant les substances illicites n'influencent pas l'opinion des sujets vis-à-vis des salles de consommation.

Pour aborder brièvement les variables non significatives. Concernant les connaissances au sujet des substances, une étude avait démontré une attitude plus positive à l'égard des consommateurs de drogue chez les personnes ayant une meilleure connaissance des effets des substances (Matheson et al, 2014). Nous avons alors cherché à voir si cette tendance se reflétait également dans notre échantillon et si cette variable influençait favorablement l'opinion concernant les salles de consommation à moindre risque, mais cela ne fut pas le cas ($r_s(262) = 0,08, p = 0,22$).

En revanche, au cours de cette même recherche (Matheson et al, 2014), il avait également été observé que la consommation de drogue passée du répondant était prédictive d'une meilleure opinion vis-à-vis des consommateurs. Cette fois-ci, cette variable mise en parallèle avec l'opinion sur les salles de consommation a donné des résultats significativement positifs ($W=6206,5, p=0,03$). Par conséquent, le fait d'avoir par le passé souffert d'une addiction prédit une meilleure opinion concernant le dispositif étudié. Nous trouvons cette variable assez importante à considérer puisque dans cette étude, nous n'avons fait le choix de recueillir uniquement l'opinion publique et donc de ne pas axer nos recherches sur l'opinion des personnes dépendantes aux substances. Néanmoins, nous pensons que l'opinion des personnes touchées par le dispositif est plus importante encore, ce point de repère est donc assez précieux puisqu'il reflète l'opinion de personnes ayant déjà souffert de dépendance par le passé. Il nous paraît tout de même important de préciser que l'addiction aux substances a été évaluée selon un repère temporel imprécis. Il se peut donc que les sujets ayant affirmé avoir déjà été dépendants le soient toujours à l'heure actuelle.

Pour en venir à la deuxième variable non significative, l'appréciation générale du quartier, cette variable nous avait semblé intéressante parce qu'elle est considérée par le groupe de développement de

l'Organisation mondiale de la Santé (1998) comme appartenant à la sphère environnementale qui est l'une des quatre composantes de la qualité de vie globale des individus. Il était donc important pour nous d'évaluer une part de cette qualité de vie environnementale par le biais de l'échelle mise en place par Fornara et Bonaiuto (2006).

Il n'était donc ressorti des analyses qu'aucune relation statistiquement significative n'existait avec l'opinion des salles de consommation. Toutefois, cela n'empêche pas cette variable d'apporter d'importantes informations. L'appréciation moyenne du quartier était de 47,29 (E.T=10,33). En regardant les moyennes obtenues pour chaque zone de résidence, nous observons que ce n'est pas forcément les résidents de la zone d'implantation de la salle de consommation (Zone 3) qui relatent la moins bonne appréciation de leur quartier (Annexe 5).

De plus, un item au sein de l'échelle nous interpelle plus que les autres. Il s'agit de l'item « les habitants évitent de salir le quartier ». En effet, l'un des apports premiers des salles de consommation était de réduire la présence de déchets liée à la prise de drogue urbaine (Jauffret-Roustide et Cailbault, 2018, Latkin et al., 1994, Salmon et al., 2007 ; Dolan et al, 2000). Pour cet item, le quartier d'implantation de la salle de consommation (zone 3) possède la deuxième meilleure moyenne ($\bar{X} = 3,95$)(Annexe 5). Il semble donc que la perception de saleté du quartier soit en moyenne moins présente aux abords de la salle de consommation que dans d'autres quartiers du centre-ville. Toutefois, d'un point de vue statistique, un test posthoc du Bonferroni, n'a mis en évidence aucune différence statistiquement significative entre la zone d'implantation de la salle de consommation (Zone Saint-Lambert) et les autres zones de résidence liégeoise (Tab8). Il se pourrait donc que les différences de moyennes obtenues soient uniquement dues au hasard. Il reste à noter que ces résultats peuvent également être influencés par la formulation de l'item. En effet, ce dernier situe l'item autour des habitants du quartier. Par conséquent, la population toxicomane n'est peut-être pas assimilée aux habitants du quartier.

Tab8 : test post-hoc de Bonferroni sur l'appréciation du quartier

Zone de référence	Zone de comparaison	Valeur de t	Probabilité de dépassement
Saint Lambert	Maghin	-0,68	1
	Ferronstrée	-0,69	1
	Saint-Jean	3,08	0,148
	Cathédrale	0,07	1
	Saint-Jacques	0,4	1
	Terrasses	-1,15	1
	Boverie	1,43	1
	Mean	-1,09	1
	Yser	-2,44	1
	Congrès	-2,01	1
	Dos-Fanchon	-2,01	1

Toujours au sujet de cet objectif de minimisation de la consommation urbaine et réduction du nombre de seringues usagées délaissées dans les rues (Jauffret-Roustide et Cailbault, 2018, Latkin et al., 1994, Salmon et al., 2007 ; Dolan et al, 2000), dans notre enquête, plusieurs items avaient pour objectif d'évaluer la fréquence de rencontre des répondants avec notamment des détritits liés à la prise de drogue ou encore simplement la rencontre avec des actes de consommation de drogue urbains.

Au sujet de la visibilité des débris liés à la drogue, il semble que la zone d'implantation de la salle de consommation à moindre risque (zone 3) ne relate pas moins de phénomènes de ce genre que le reste des zones étudiées. En effet, l'item était ici cadré pour le centre de Liège en général, peut-être qu'une question uniquement ciblée sur la zone de résidence des sujets aurait donné des résultats différents. Néanmoins, nous pouvons penser que les différents riverains ont tendance à baser leurs observations sur les lieux qu'ils fréquentent le plus et que ces lieux sont certainement plus proches de leurs domiciles.

Cela reste une de nos interprétations, mais pour les riverains de la zone d'implantation de la salle de consommation, la moyenne obtenue est de 2,25 (E.T=1,33) tandis que les autres moyennes sont parfois moins élevées, comme pour la zone 8 ($\bar{X} = 1,83$, E.T=1,15), la zone 10 ($\bar{X} = 1,85$, E.T=1,37), ... En revanche, d'autres moyennes sont également plus élevées dans d'autres zones comme en zone 4 ($\bar{X} = 2,64$, E.T=0,63) ou en zone 5 ($\bar{X} = 2,35$, E.T=1,11) (Annexe 5). D'un point de vue statistique, une procédure Khi-carré a été réalisée et a mis en avant une différence statistique significative entre les zones de résidence des riverains et l'observation de déchets liés à la drogue dans le centre-ville, $\chi^2(33)=59,72$, $p=0,003$.

Il faut bien avoir à l'esprit que les moyennes présentées par les répondants sont presque systématiquement supérieures à deux points et que la moyenne totale pour l'échantillon dépasse également les deux points ($\bar{X} = 2,22$, E.T=1,14). Cela démontre qu'en moyenne au cours du dernier mois chaque riverain a pu constater un peu plus de deux fois des débris liés à la consommation de substances. Nous pensons toutefois qu'il est dangereux de tirer de trop grosses conclusions sur base de ces résultats puisqu'aucune comparaison dans le temps n'a pu ici être effectuée et que nous ne connaissons pas la prévalence du phénomène avant que la salle « Saf'ti » soit instaurée.

Concernant à présent l'item de la prise de drogue dans le centre-ville de Liège, la moyenne générale des sujets est un peu plus élevée ($\bar{X} = 2,41$, E.T=1,02). L'interprétation de ces moyennes est équivalente à celle de l'item précédent ; les riverains ont été en moyenne, au cours du dernier mois, confronté plus de deux fois avec une consommation de drogue urbaine. On observe ici que les scores séparés par zone de résidence sont également plus concis (Annexe 5). On ne retrouve aucun score moyen inférieur à deux points, mis à part pour la zone 7 ($\bar{X} = 1,94$, E.T=1,4). Les écarts types sont aussi ici nettement plus faibles. On observe ici un écart type maximal de 1,18 alors que pour l'item précédent, il était de 1,33. Un écart-type plus faible témoigne d'une plus grande concision des résultats donnés par les participants. Ce qui signifie aussi que les sujets sont globalement plus d'accord pour cet item que pour le précédent. Toutefois, comme précédemment énoncé, une comparaison au travers du temps aurait permis d'avoir des résultats plus interprétables.

De plus, les recherches menées ont, à plusieurs reprises, communiqué les bénéfices que pouvait procurer ce dispositif tant pour les consommateurs que pour les riverains exposés aux nuisances de la prise de drogue urbaine (Jauffret-Roustide et Cailbault, 2018). Pourtant, il était ressorti que malgré les avantages qu'elle présente, la salle de consommation n'était pas clairement acceptée par l'opinion publique parce que les preuves de son efficacité restaient trop minces (Kolla et al., 2017). Dans notre échantillon, il semble que la même tendance se dégage. En effet, lorsque nous avons questionné la fiabilité des preuves de l'efficacité de ces salles, la majorité des riverains, 48,49% (N=128) n'ont pas souhaité se positionner sur la question et pour 15,53% les preuves de son efficacité ne sont pas assez fiables. Soit au total 64,02% de l'échantillon ne croient pas fermement aux bénéfices des salles de consommation. Ces résultats nous ont fortement interpellé et nous ont poussé à étudier si la perception de fiabilité du dispositif pouvait influencer l'opinion que les répondants ont concernant les salles de consommation. Pour expliquer un peu plus notre raisonnement, les preuves de l'efficacité du dispositif ont déjà été démontrées, par conséquent, il serait possible d'agir sur ce degré de population qui ne croit pas en la fiabilité des preuves

en communiquant davantage sur les évaluations déjà menées. Si cette variable influence également statistiquement l'opinion des salles de consommation, il serait intéressant de mener plus de campagnes visant à la diffusion des preuves scientifiques. Nous avons donc réalisé un test d'ANOVA qui a mis en évidence qu'effectivement, la perception de fiabilité du dispositif influence l'opinion de ce même dispositif, $F(2,261)=67,06$, $p<.001$ avec une taille d'effet jugée grande ($\eta^2=0,34$).

Il semblerait, en revanche, que l'utilité des salles de consommation soit plus largement acceptée (60,61%). Ici encore, on retrouve une part importante d'omission chez les répondants (27,65%). Il serait alors bon de s'interroger sur les raisons d'une telle part d'absence de position pour notre échantillon. Serait-ce dû à une désinformation ou au contraire à des constatations qui s'opposent à l'information scientifique ? Nous avons procédé au même raisonnement que pour la fiabilité des preuves. Nous savons que l'utilité des salles de consommation est prouvée scientifiquement (Jaufret-Roustide et Cailbault, 2018), par conséquent, si cette variable influence également l'opinion sur les salles de consommation à moindre risque, il s'agirait aussi d'une variable sur laquelle nous pourrions intervenir afin d'améliorer l'opinion sur ces salles. La même procédure ANOVA a été intentée et a, comme précédemment, décelé un effet statistiquement significatif, $F(2,261)=58,86$, $p<.001$ avec une taille d'effet également large ($\eta^2=0,31$).

En revanche, les craintes retrouvées par Davidson et Howe (2014) dans leur étude ne sont pas confirmées dans notre échantillon puisque les moyennes obtenues pour chacun des cinq items composant l'échelle d'impact d'une salle de consommation reflétaient un score faible (Tab9). En effet, les scores obtenus pour chaque item pouvaient aller de 0 à 4 points. Les scores faibles reflétaient un désaccord avec l'affirmation proposée. Sur les cinq items présentés, les moyennes varient autour de 1,86 et 2,27, ce qui représente une opinion assez neutre sur l'item proposé.

Tab9 : moyennes obtenues pour les items de l'échelle mesurant l'impact de l'installation d'une salle de consommation

	Moyenne
« L'installation d'une salle de consommation à moindre risque dans mon quartier le rendrait forcément moins paisible »	2,15 (E.T= 1,32)
« L'installation d'une salle de consommation à moindre risque dans mon quartier engendrerait des risques d'agression/de violences supplémentaires à l'égard des enfants et personnes âgées présentes dans le quartier »	1,86 (E.T=1,27)
« L'installation d'une salle de consommation à moindre risque dans mon quartier augmenterait les incivilités du quartier (défécation publique, ivresse publique et bagarres, aiguilles jetées, menace, vol, agression verbale,etc.)»	2,08 (E.T=1,31)
« L'installation d'une salle de consommation à moindre risque dans mon quartier engendrerait l'arrivée d'un autre type de population que celle actuellement présente (= dévalorisation sociale du quartier) »	2,27 (E.T=1,29)

« L'installation d'une salle de consommation à moindre risque dans mon quartier risque d'engendrer la fermeture/le départ de certains commerces (= dévalorisation économique du quartier) »	2,01 (E.T=1,29)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

La variable NIMBY est quant à elle bien moins présente dans notre échantillon que ce qu'il était ressorti dans d'autres études (Davidson et Howe, 2014). En effet, ici notre moyenne n'est que de 2,92 (E.T=1,98) sur 8 points. Pour rappel, cette variable est grandement influencée par l'acceptabilité de la population dont il est question. Il aurait alors été intéressant d'introduire au questionnaire une échelle d'acceptabilité des toxicomanes afin d'observer si les résultats allaient de pair avec la variable NIMBY en reflétant une bonne acceptabilité de la population dépendante aux substances.

Bien que l'acceptabilité sociale envers les consommateurs n'ait pas été mesurée, nous avons tout de même inclus à l'étude une échelle d'attitude envers la prise de drogue (Matheson et al. 2014). Pour rappel, pour cette échelle, le calcul des scores individuels s'est fait via une moyenne et non une somme. La moyenne obtenue est ici de 2,11 (E.T=0,68) sur une échelle en 4 points. Cela marque une opinion positive, mais qui n'est quand même pas grandement marquée. Bien que cela ne soit pas des résultats extrêmement marqués, cela va quand même dans le sens des résultats obtenus pour la variable NIMBY.

Une autre variable également liée à ce phénomène est la variable mesurant la gravité de la discrimination envers les toxicomanes. La moyenne de l'échantillon était, pour rappel, de 8,91 (E.T=4,47) sur un maximum de 21 points. Ces résultats correspondent à une faible tolérance de la discrimination pour les répondants. Ce qui va également dans le sens des deux variables précédemment analysées, mais qui, à l'inverse, s'oppose aux résultats obtenus dans la littérature (Barry et al., 2014). On peut alors se demander d'où viendrait ce changement de tendance et penser à un biais de désirabilité sociale. Toutefois, dans notre étude, la participation était anonyme et la plupart des répondants ont complété le questionnaire sans notre présence, nous pensons donc que cette hypothèse peut être exclue.

Limites de l'étude

Enfin, il était crucial pour nous de remettre en question la méthodologie employée tout au long de ce travail et d'avoir un regard plus critique sur l'étude en globalité. Premièrement, je pense qu'il serait nécessaire de reproduire cette étude et en y agrandissant les zones de résidence interrogées. En effet, nous avons ici tout de même questionné douze zones du périmètre liégeois, mais de nombreuses zones n'ont pas été explorées et mériteraient certainement de l'être. En avançant dans la récolte de participants, nous avons été interpellés plusieurs fois sur le fait que d'autres quartiers étaient aussi touchés par le sujet et que les riverains auraient également aimé contribuer à ces recherches. Nous avons fait le choix de nous localiser autour de la Meuse, simplement parce qu'elle fait le lien entre l'hypercentre et les quartiers du centre moins fréquentés. Parmi les quartiers mentionnés, nous avons retrouvé notamment les quartiers arborant le Jardin botanique, l'école Saint-Laurent, la piscine de Jonfosse et le quartier Bonne nouvelle.

Le deuxième point qui a marqué notre attention se situe dans la conception du questionnaire. Pour rappel, il avait été inséré dans le questionnaire une carte du centre-ville liégeois ou étaient mises en évidence les différentes zones de résidence d'inclusion au questionnaire. Les participants devaient alors indiquer le numéro de leur zone de résidence (Annexe 1). Les répondants avaient également la possibilité de préciser le nom de leur rue s'ils n'arrivaient pas à se situer sur la carte. Malheureusement, il est arrivé plusieurs fois que des participants indiquent une zone et que la zone indiquée ne corresponde pas avec l'adresse qu'ils nous avaient indiqués. Pour ces personnes, nous avons pu rectifier la zone de résidence,

mais se pose alors la question des personnes n'ayant pas indiqué leur adresse postale. Il est impossible de savoir s'ils ont réussi à bien se localiser et une erreur de localisation sur la carte pourrait remettre en question d'une part la représentativité de l'échantillon et d'autre part la fiabilité de certains résultats calculés durant cette discussion. Je pense que la carte n'était pas assez précise et qu'elle a pu amener les participants à se tromper. C'est un point qu'il faudrait revoir. Peut-être que récolter uniquement les adresses des répondants aurait permis d'obtenir des résultats plus fiables, mais des personnes auraient également pu s'opposer au fait de communiquer leur adresse de résidence.

Toujours au sein du questionnaire, je pense qu'en termes de longueur nous sommes allés plus loin que ce qu'il ne le fallait. Beaucoup de variables entrent en jeu quand on évalue une perception subjective et, peut-être qu'ici, les variables ont été trop diffuses et mal cadrées. Il n'est pas ici question de remettre en cause la pertinence des variables choisies, nous observons seulement que pour une unique étude, le nombre de questionnaires exposés était peut-être trop conséquent. Nous pensons que la longueur du questionnaire a rendu la récolte de données plus compliquée et plus longue qu'initialement prévue. En effet, il s'agit d'un questionnaire de 27 questions réparties sur 33 pages, cela a certainement été indigeste pour beaucoup de participants qui se sont découragés avant la fin. Peut-être qu'un questionnaire réduit aurait, certes, limité l'exploration du sujet, mais cela aurait pu inciter plus des riverains à répondre. Par conséquent, nous aurions peut-être pu arriver à notre objectif initial de taille d'échantillon. Nous pensons également qu'un nombre plus limité de variables aurait permis une meilleure exploration statistique des liens existants entre les variables.

Conclusion

La présente étude avait pour ambition de mettre en lumière une série de facteurs pouvant influencer l'opinion des riverains à propos des salles de consommation à moindre risque. Au cours de ces recherches, dix variables ont été identifiées comme influençant statistiquement cette opinion. Bien que certaines limites soient présentes, notamment qu'une réplique de cette étude soit nécessaire avant de tirer de trop grandes conclusions, il n'en reste pas moins qu'identifier des variables comme variables d'influence permet d'ouvrir la voie à des pistes d'actions afin d'améliorer l'opinion publique.

La vision de l'impact de l'implantation d'une salle de consommation est notamment une variable sur laquelle il serait possible d'agir en déconstruisant les stéréotypes de la population. Il en est de même pour l'attitude envers les toxicomanes, les attributions causales des addictions, la prise en charge des toxicomanies, les sanctions appropriées pour la possession de drogues et le NIMBYisme. Dernièrement, la discussion des résultats a mis en avant que l'utilité et la fiabilité de ces salles perçue par les riverains influençaient l'opinion sur leurs sujets. Par conséquent agir sur ces deux facteurs pourrait également être intéressant.

D'autres variables sont, en revanche, beaucoup plus difficiles à modéliser. Nous pensons par exemple aux expériences personnellement vécues par les sujets en lien avec la consommation de substances et les phénomènes urbains problématiques recensés dans leur quartier. Dans ce cadre, nous avons peu de prise, mais c'est en connaissant les influences possibles que l'on comprend également mieux le phénomène.

Pour conclure, j'aimerais insister sur l'importance de mener de telles recherches. À titre personnel, il me semble primordial d'accorder plus de temps à la compréhension de l'opinion publique à propos des salles de consommation à moindre risque. Elles font partie de l'avenir de la prise en charge des assuétudes.

Bibliographie

- Ariccio c , L. Rioux d , E. Moffat d , J.-Y. Mariette d , M. Bonnes b , M. Bonaiuto, Vérification de la structure factorielle et de la fiabilité des prejis* en France et test d'un modèle de prédiction de l'attachement au quartier : une étude sur un échantillon parisien, *Pratiques psychologiques* 24 (2018) 131–156
- Bancroft, M., & Houborg, E. (2020). Managing Coexistence: Resident Experiences of the Open Drug Scene and Drug Consumption Rooms in Inner Vesterbro, Copenhagen. *Contemporary Drug Problems*, 47(3), 210–230.
- Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A. & Goldman, H. H. (2014). Stigma, Discrimination, Treatment Effectiveness, and Policy : Public Views About Drug Addiction and Mental Illness. *Psychiatric Services*, 65(10), 1269-1272. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400140>
- Butler, G., Chapman, D., & Terry, P. (2016). Attitudes of intravenous drug users in London towards the provision of drug consumption rooms. *Drugs-education Prevention and Policy*, 25(1), 31-37. <https://doi.org/10.1080/09687637.2016.1252316>
- Bogardus, E.S., Social Distance, Los Angeles: Antioch Press, 1959.
- Bruxelles-J. (2023, 18 avril). *La loi belge et les drogues - Bruxelles-J.* <https://www.bruxelles-j.be/drogues-addictions/la-loi-belge-et-les-drogues/>
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cruz, M. F., Patra, J., Fischer, B., Rehm, J. & Kalousek, K. (2007). Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 18(1), 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.12.001>
- Cusick, L., & Kimber, J. (2007). Public perceptions of public drug use in four UK urban sites. *International Journal of Drug Policy*, 18, 10–17. doi: 10.1016/j.drugpo.2006.12.017
- Davidson, P. J. & Howe, M. (2014). Beyond NIMBYism : Understanding community antipathy toward needle distribution services. *International Journal of Drug Policy*, 25(3), 624-632. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.10.012>
- Dolan, K., Kimber, J., Fry, C. L., Fitzgerald, J., McDonald, D., & Trautmann, F. (2000). Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 19(3), 337-346. <https://doi.org/10.1080/713659379>
- Fornara, F & Bonaiuto, M. (2006) Perceived residential environment quality in middle- and low-extension italian cities, *Revue européenne de psychologie appliquée* 56 23–34, **Traduit par** -F. Fornara a,*,b , S.
- Infor-Drogues. (2022). Salles de consommation à moindre risque : en finir avec les idées reçues. *Infor-Drogues asbl*. <https://infordrogues.be/scmr-en-finir-avec-les-idees-recues/>
- IWG. (2006). The report of the Independent Working Group on drug consumption rooms. York: Joseph Rowntree Foundation

Jacob J, Rottman J, Stöver H. Entstehung und Praxis eines Gesundheitsraumangebotes für Drogenkonsumierende. Abschlußbericht der einjährigen Evaluation des —drop-in Fixpunkt—, Hannover. Oldenburg, Bibliotheks -und Informationssystem der Universität Oldenburg, 199

Jauffret-Roustide, M. (2011). Les salles d'injection à la croisée de la santé publique et de la sécurité publique. *HAL (Le Centre pour la Communication Scientifique Directe)*. <https://hal-cnrs.archives-ouvertes.fr/hal-03478572>.

Jauffret-Roustide, M., & Cailbault, I. (2018). Drug Consumption Rooms : Comparing times, spaces and actors in issues of social acceptability in French public debate. *International Journal of Drug Policy*, 56, 208-217. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.04.014>

Kimber, J., Dolan, K. & Wodak, A. (2005). Survey of drug consumption rooms : service delivery and perceived public health and amenity impact. *Drug and Alcohol Review*, 24(1), 21-24. <https://doi.org/10.1080/09595230500125047>

Kirwan, A., Winter, R., Gunn, J., Djordjevic, F., Curtis, M., Gough, C. & Dietze, P. M. (2022). The feasibility of a drug consumption room in the Australian Capital Territory. *Drug and Alcohol Review*, 41(6), 1440-1443. <https://doi.org/10.1111/dar.13427>

Kolla, G., Strike, C., Watson, T. M., Jairam, J., Fischer, B. & Bayoumi, A. M. (2017). Risk creating and risk reducing : Community perceptions of supervised consumption facilities for illicit drug use. *Health, Risk & ; Society*, 19(1-2), 91-111. <https://doi.org/10.1080/13698575.2017.1291918>

Latkin, C., Mandell, W., Vlahov, D., Oziemkowska, M., Knowlton, A., & Celentano, D. (1994). My place, your place, and no place: Behavior settings as a risk factor for HIV-related injection practices of drug users in Baltimore, Maryland. *American Journal of Community Psychology*, 22, 415–430. doi: 10.1007/BF02506873.

Matheson, C., Jaffray, M., Ryan, M., Bond, C., Fraser, K., Kirk, M. & Liddell, D. (2014). Public opinion of drug treatment policy : Exploring the public's attitudes, knowledge, experience and willingness to pay for drug treatment strategies. *International Journal of Drug Policy*, 25(3), 407-415. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.11.001>

Philippot, Pierre ; Galand, Benoît. *Les personnes sans-abri en Belgique : Regards croisés des habitants de la rue, de l'opinion publique et des travailleurs sociaux*. Academia Press : Gent (2003) (ISBN:90-382-0561-9) n/a pages

Rhodes, T., Kimber, J., Small, W., Fitzgerald, J., Kerr, T., Hickman, M., & Holloway, G. (2006). Public injecting and the need for 'safer environment interventions' in the reduction of drug-related harm. *Addiction*, 101(10), 1384-1393. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01556.x>

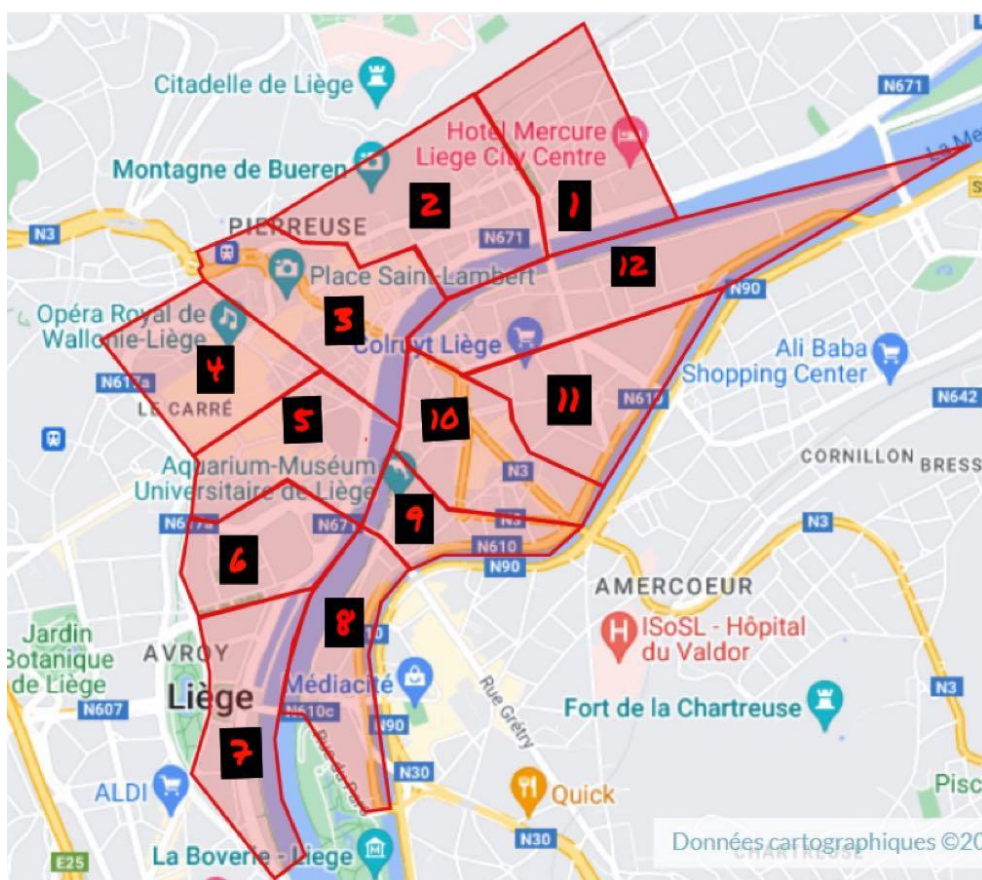
Salmon, A. M., Thein, H. H., Kimber, J., Kaldor, J. M. & Maher, L. (2007). Five years on : What are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre ? *International Journal of Drug Policy*, 18(1), 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.010>

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2022), Rapport européen sur les drogues 2021: Tendances et évolutions, Office des publications de l'Union européenne Luxembourg.

Weatherburn, D., Alexeev, S. & Livingston, M. (2021). Changes in and correlates of Australian public attitudes toward illicit drug use. *Drug and Alcohol Review*, 41(5), 1029-1040. <https://doi.org/10.1111/dar.13426>

World Health Organization Group, (1998). Group development of the World Health Organization
WHOQOL

Annexe 1



Annexe 2

	Nombre de résidents de plus de 14 ans dans le quartier	Pondération de la représentation des quartiers dans l'échantillon final
Maghin	N=2809	11,84% (N=31)
Feronstrée	N=1548	6,52% (N=17)
Saint-Lambert	N=1734	7,31% (N=20)
Saint-Jean	N=1334	5,62% (N=15)
Cathédrale	N=1987	8,37% (N=22)
Saint-Jacques	N=1828	7,7% (N=20)
Terrasses	N=1457	6,14% (N=17)
Boverie	N=2081	8,77% (N=23)
Mean	N=1457	6,14% (N=16)
Yser	N=3082	13% (N=34)
Congrès	N=1977	8,33% (N=22)
Dos-Fanchon	N=2432	10,25% (N=27)

Annexe 3

	Nombre de riverains	Proportion totale dans l'échantillon	Pourcentage d'hommes dans l'échantillon final	Pourcentage de femmes dans l'échantillon final
15-24 ans	N=3169	13,36% (N=35)	6,24% (N=16)	7,12% (N=19)
25-34 ans	N=5526	23,29% (N=61)	13,05% (N=34)	10,24% (N=27)
35-44 ans	N=3588	15,12% (N=40)	9,48% (N=25)	5,64% (N=15)
45-54 ans	N=3141	13,25% (N=35)	7,65% (N=20)	5,6% (N=15)
55-64 ans	N=3112	8,13% (N=35)	6,84% (N=18)	6,27% (N=17)
65 +	N=5190	21,87% (N=58)	8,13% (N=22)	13,74% (N=36)

Annexe 4

DÉPARTEMENT DE CRIMINOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ DE LIÈGE

ENQUÊTE - RIVERAINS LIÉGEOIS

Bonjour, en tant qu'étudiante en Master de Criminologie, je sollicite votre participation à une courte enquête.

Cette enquête a pour objectif d'étudier les phénomènes d'assuétude et plus précisément de comprendre si votre quartier de résidence peut, ou non, influencer la façon dont vous percevez les usagers de drogue. Les données fournies sont évidemment confidentielles et anonymes.

Dès lors, si la question des drogues vous interpelle et que vous souhaitez contribuer à la recherche, vous pouvez scanner le QR code ci-dessous avec votre téléphone, il vous renverra directement au questionnaire. Vous pouvez également rentrer ce lien dans votre moteur de recherche internet :

<https://forms.gle/9yCCtufpKudmuaCT8>

Pour toute autre question, je reste joignable à l'adresse suivante : alexandra.greco@student.uliege.be



SCAN ME

Chaque participation fait une énorme différence !
Merci

LIÈGE université
Droit, Science Politique & Criminologie

Annexe 5

	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9	Z10	Z11	Z12
Appréciation du quartier	$\bar{X} = 45,31$ (E.T=9,55)	$\bar{X}=47$ (E.T=4,41)	$\bar{X} = 45,65$ (E.T=7,7)	$\bar{X} = 40,57$ (E.T=10,52)	$\bar{X} = 52,26$ (E.T=10,37)	$\bar{X} = 51,79$ (E.T=9,48)	$\bar{X} = 55$ (E.T=13,23)	$\bar{X} = 48,91$ (E.T=11,1)	$\bar{X} = 46,43$ (E.T=10,77)	$\bar{X} = 44,06$ (E.T=10,19)	$\bar{X} = 46,5$ (E.T=10,17)	$\bar{X} = 46,11$ (E.T=9,15)
« Les habitants évitent de salir leur quartier »	$\bar{X} = 3,63$ (E.T=1,86)	$\bar{X} = 3,56$ (E.T=1,63)	$\bar{X} = 3,95$ (E.T=1,73)	$\bar{X} = 2,14$ (E.T=1,56)	$\bar{X} = 3,91$ (E.T=1,73)	$\bar{X} = 3,73$ (E.T=1,63)	$\bar{X} = 4,59$ (E.T=1,42)	$\bar{X} = 3,22$ (E.T=1,73)	$\bar{X} = 2,81$ (E.T=1,28)	$\bar{X} = 2,79$ (E.T=1,51)	$\bar{X} = 2,91$ (E.T=1,97)	$\bar{X} = 2,96$ (E.T=1,73)
Présence de détritrus liés à la drogue	$\bar{X} = 2,66$ (E.T=0,87)	$\bar{X} = 2,44$ (E.T=1,03)	$\bar{X} = 2,25$ (E.T=1,33)	$\bar{X} = 2,64$ (E.T= 0,63)	$\bar{X} = 2,34$ (E.T=1,11)	$\bar{X} = 2,37$ (E.T=1,12)	$\bar{X} = 2,12$ (E.T=1,05)	$\bar{X} = 1,83$ (E.T=1,15)	$\bar{X} = 2,5$ (E.T=0,89)	$\bar{X} = 1,85$ (E.T=1,37)	$\bar{X} = 2,09$ (E.T=1,27)	$\bar{X} = 1,96$ (E.T=1,23)
Observation de la prise de drogue	$\bar{X} = 2,34$ (E.T=1,04)	$\bar{X} = 2,63$ (E.T=1,03)	$\bar{X} = 2,7$ (E.T=0,8)	$\bar{X} = 2,5$ (E.T=1,02)	$\bar{X} = 2,7$ (E.T=0,64)	$\bar{X} = 2,05$ (E.T=1,18)	$\bar{X} = 1,94$ (E.T=1,4)	$\bar{X} = 2,17$ (E.T=1,07)	$\bar{X} = 2,69$ (E.T=0,7)	$\bar{X} = 2,36$ (E.T=1,04)	$\bar{X} = 2,64$ (E.T=0,95)	$\bar{X} = 2,32$ (E.T=1,09)

