



Compte-rendu Observatoire citoyen de la Toxicomanie

Audition du 26 octobre 2021

Participants

- **François DAGNAUD**, Maire du 19^{ème} arrondissement
- **Adji AHOUDIAN**, Adjoint au Maire du 19^{ème} arrondissement en charge de la prévention, de la sécurité et des relations avec les centres sociaux
- **Andrea FUCHS**, Adjointe au Maire du 19^{ème} arrondissement en charge de la participation citoyenne
- **Séverine GUY**, Adjointe au Maire du 19^{ème} arrondissement en charge des solidarités, de la santé et de la réduction des risques
- **Alice TIMSIT**, Déléguée du Maire du 19^{ème} arrondissement pour le Conseil de quartier Bassin de La Villette, Conseillère de Paris
- **Fahd ZHAR**, Directeur adjoint de cabinet de François DAGNAUX
- **Honoré BOUSSAMBA**, Conseiller technique de Nicolas NORDMAN, Adjoint à la Maire de Paris chargé de la prévention, de l'aide aux victimes, de la sécurité et de la police municipale
- **Paul TIROT**, Conseiller technique d'Emmanuel GRÉGOIRE, Premier adjoint à la Maire de Paris
- **Jean-Pierre COUTERON**, Psychologue clinicien spécialisé dans les toxicomanies, animateur -expert de l'Observatoire
- **Mme B.**, Riveraine, Co-animatrice du temps d'échange

- **Alain MOREL**, Directeur général d'Oppélia
- **Dr Catherine PEQUART**, psychiatre, Directrice de Charonne - association Oppelia
- **Abdou NDIAYE**, Directeur adjoint d'Oppélia
- **M. C, Mme D, Mme F, Mme F, Mme L B, M. L-P, Mme T**, habitantes et habitants du 19^{ème} arrondissement tirés au sort sur les listes électorales

L'atelier débute à 18h30.

• Ouverture de l'atelier par Jean-Pierre COUTERON

M. COUTERON présente les intervenants de cet atelier puis indique que les questions ont été préparées à partir des échanges entre riverains et tenus lors des séances précédentes. Il précise que la réunion est enregistrée et qu'elle fera l'objet d'un compte rendu qui sera publié sur le site.

• Prises de parole des participants à l'atelier

Mme B. présente l'association Oppélia Charonne, qui gère des structures dont le grand public n'a pas forcément connaissance. Elle précise que les informations lui sont parvenues tardivement, ce qui explique le caractère succinct de la présentation. Elle rappelle que le fonctionnement des CAARUD et des CSAPA a été vu lors des réunions précédentes, ce qui n'a pas été le cas des consultations jeunes consommateurs, des centres d'hébergement de stabilisation et des appartements de coordination thérapeutique qui seront abordés lors de cette séance. L'offre d'Oppélia Charonne est répartie sur le nord-est et le sud de Paris, dans les 10^e, 11^e, 13^e, 14^e, 18^e et 20^e arrondissements, et dans le 19^e arrondissement à travers une maraude.

Mme PEQUART explique que l'association Oppélia, implantée à Paris sur le site de Charonne, représente un dispositif médico-social complexe, qui n'est pas facile à appréhender. Elle rappelle qu'Oppélia Charonne mène depuis 50 ans un travail autour des addictions, à travers des CAARUD et des CSAPA résidentiels, qui accueillent des personnes soignées, ainsi que appartements thérapeutiques, des hôtels et des studettes. Les appartements de coordination thérapeutique ont été créés avec le VIH dans les années 1990 et s'adressent à des personnes qui ont des maladies somatiques. La branche sociale à Charonne est assez développée, avec un hébergement de stabilisation, à vocation sociale et d'accès aux soins, qui a toujours été tourné vers les usagers de drogues en grande précarité. Il existe d'autres structures sociales, qui ne rencontrent pas forcément d'usagers de drogues, à l'exception de l'équipe psychosociale Bociek qui intervient à la demande de structures partenaires sociales ou médicosociales, par exemple auprès du CSAPA Gaïa et du CSAPA Ego pour les publics russophones.

Mme B. demande quelle est la proportion d'usagers qui consomment du crack dans les structures dirigées vers les consommateurs de drogues.

Mme PEQUART répond qu'en 2020, parmi les 700 personnes qui ont consulté un CSAPA ambulatoire dans le cadre d'une demande de soin, d'accompagnement social ou d'aide à

la réduction des risques, en-dehors d'une centaine de jeunes consommateurs qui ne sont pas concernés, environ 300 personnes, socialisés ou désocialisés, ont consommé plus ou moins de crack. En outre, parmi les 80 personnes accueillies dans des appartements thérapeutiques en 2020, au cours d'un processus de soin assez volontariste et après avoir passé un certain nombre d'étapes, une vingtaine ont consommé du crack. Par ailleurs, les trois quarts des usagers du CAARUD République et la quasi-totalité des usagers des CAARUD du 18^e consomment du crack. Le public a toutefois changé depuis le déménagement de 2017, puisque que les CAARUD recrutent surtout en proximité, même s'il existe des maraudes et des bus rattachés.

Mme B. demande si les offres sont adaptées pour le public consommateur de crack et ce qui pourrait être amélioré pour mieux les prendre en charge.

Mme PEQUART répond que les usagers de crack ou d'autres produits se différencient en fonction de leur parcours de consommation, dans la mesure où certains expérimentent et d'autres se perdent en devenant des usagers réguliers ou des consommateurs complètement happés. La situation est la plus difficile pour les usagers les plus ancrés dans la consommation, qui sont désocialisés, isolés et sans domicile. Elle souligne le manque de structures qui fournissent une aide lors de la première étape de consommation, qui est la vocation des CAARUD, afin de réduire les risques, accompagner socialement les usagers et répondre à des demandes de soin. Concernant le suivi, les parcours ne sont pas linéaires, mais sont très accidentés. Elle note le manque de lieux de consommation et d'hébergement sans autre condition que le respect de la sécurité publique, où les usagers peuvent se sevrer, en sachant que l'enlèvement du produit ne résout pas complètement les problèmes et risque de révéler une problématique sous-jacente.

Mme B. demande si le maillage est trop faible pour réussir à toucher les personnes qui n'ont pas encore fait la démarche de consulter les CAARUD, et si le principal problème est un manque de structures et de capacité d'accueil.

Mme PEQUART répond que les CAARUD s'implantent dans les lieux où il existe des problèmes, et précise que la salle de consommation a par exemple été installée là où il y avait des problèmes d'injections. Les CAARUD sont peu nombreux à Paris, à l'exception du nord-est. Leur capacité d'accueil n'est pas limitée, mis à part les quelques mois précédents du fait des mesures sanitaires. Elle souligne toutefois les difficultés rencontrées par les usagers au début de la démarche. Si le dispositif en France est assez riche, il est nécessaire de le fluidifier davantage. Elle explique que les usagers les plus en difficulté et qui le souhaitent ont du mal à accéder à tous les dispositifs de soin, en sachant qu'ils peuvent changer d'avis lors de leur parcours et vouloir quitter les structures hospitalières. C'est pourquoi il existe des équipes dans les hôpitaux pour améliorer la tolérance vis-à-vis des usagers et les aider dans leur besoin d'hospitalisation pour des raisons physiques, addictologiques ou psychiques.

Mme B. présente quelques mesures du Plan crack 2019-2021, à commencer par la création de places d'hébergement adossées à des CAARUD. Elle demande si Oppélia avait connaissance de ce type de dispositif. **Mme PEQUART** répond que des dispositifs financés n'ont pas pu s'implanter. Elle évoque l'appel à projet de l'été 2020 pour la création d'une unité de 25 places pour les usagers de crack, mais qui ne s'est pas encore implantée en raison du manque de ressources immobilières, en sachant que la situation pourra évoluer assez rapidement.

Mme B. aborde ensuite la création de places de lits halte soin santé (LHSS) et de lits d'accueil médicalisé (LAM) dédiées, qui sont des dispositifs difficiles à comprendre. Elle explique qu'il s'agit de places dédiées aux publics usagers de drogues présentant les comorbidités somatiques et psychologiques les plus importantes. Elle demande quelles sont

les différences avec les appartements de coordination thérapeutique (ACT) et si ces créations ont eu lieu. **Mme PEQUART** répond qu'une extension du dispositif PHASE d'Aurore a eu lieu ou est en cours, qui concerne les LHSS et les ACT, au départ pour des personnes atteintes d'hépatite et présentant des troubles psychiques. Elle ajoute toutefois que la situation globale lui échappe.

Mme B. aborde l'emplacement et l'accessibilité de ces dispositifs, en demandant s'ils sont proches des lieux habituels de consommation ou bien éloignés pour réduire le niveau de consommation. **Mme PEQUART** indique avoir du mal à répondre puisqu'elle ne sait pas si ces dispositifs se concrétisent. Elle précise toutefois que, s'ils offrent un lieu de soin et un abri aux usagers, ils peuvent être idéalement plus éloignés, en sachant que ce sont les CAARUD et les espaces de consommation à moindre risques qui doivent être à proximité. Elle ajoute que tout est proche à Paris et qu'il est par exemple facile de rejoindre Stalingrad. Elle explique que l'impulsion à consommer peut concerner des gens qui rencontrent des difficultés personnelles ou qui ne maîtrisent plus leurs angoisses, même s'ils s'étaient éloignés de la consommation. Elle indique qu'il est important que ces lieux permettent des allers et retours et admettent des usagers non sobres. Elle ajoute qu'une offre construite peut être plus éloignée. Concernant les différences entre les structures, **Mme PEQUART** répond que les LHSS ont été créés pour des personnes sans domicile qui sortent d'hospitalisation et ont besoin de soins médicaux et infirmiers, et que les ACT accueillent des personnes atteintes de maladies chroniques pour qu'elles puissent recevoir des soins complexes mais non permanents.

Mme B. aborde les passerelles entre les dispositifs de réduction des risques et des dommages et les dispositifs des « ACT - Un chez soi d'abord » et demande des informations sur leur mise en place et leur fonctionnement. **Mme PEQUART** précise que les ACT accueillent des personnes à problèmes somatiques ou psychiatriques, alors que les appartements thérapeutiques accueillent des personnes qui souhaitent recevoir des soins pour leur problème d'addiction et qui sont en voie d'insertion. Elle explique que « Un chez soi d'abord » est un dispositif inclus dans le modèle médico-social ACT, après une expérimentation de plusieurs années dans quatre villes en France. Les « ACT - Un chez soi d'abord » parisiens accueillent environ 80 personnes en errance sociale et ayant des troubles psychiques graves, voire des addictions graves (20-25 personnes), y compris au crack, et qui sont dans ce dernier cas les plus difficiles à accompagner. Elle précise que les résidents sont admis sur dossier et qu'il n'existe aucune barrière pour les personnes à droits complets au logement. Elle ajoute que les passerelles ont été réalisées naturellement, puisque le dispositif est guidé par l'inconditionnalité de l'accueil.

Mme B. aborde enfin la mise en place d'une expérimentation de travail alternatif payé à la journée ou à l'heure, qu'elle trouve intéressante dans la mesure où certains usagers sont addicts au crack en raison d'un retrait de la vie sociale et professionnelle. Elle demande des informations à ce sujet. **Mme PEQUART** répond qu'il n'existe pas à Paris les dispositifs « TAPAJ adulte », mais qu'il existe les dispositifs « premières heures », qui se développent, dont la capacité est restreinte et qui acceptent les irrégularités et la moindre fiabilité contrairement à d'autres dispositifs. Concernant les bénéfices, elle explique que les dispositifs « premières heures » répondent très bien au besoin de s'investir dans d'autres activités après l'arrêt de consommation d'un produit, et qu'ils sont pécuniairement valorisés pour les gens dans des situations sociales catastrophiques. Elle souligne toutefois le coût en énergie pour les professionnels.

Concernant la thématique du sevrage, **Mme B.** indique qu'il arrive que certains habitants échangent avec des toxicomanes, dont beaucoup disent vouloir partir loin pour se soigner. Elle s'interroge sur les types de dispositifs qui permettent un sevrage et sur les délais pour les intégrer. **Mme PEQUART** répond qu'il s'agit de lits d'hospitalisation, qui existent, et que les délais d'attente peuvent être longs, voire trop longs. La procédure consiste pour

un usager de se rendre dans une structure pour y faire part de sa demande de sevrage, qui sera évaluée pour savoir si une hospitalisation est envisagée, avant l'étape de négociation avec un service concerné pour obtenir une place dans un délai raisonnable. Elle considère que ce temps est utile pour préparer le sevrage et expliquer les conséquences aux usagers. Elle ajoute qu'un sevrage pour les usagers du crack ne nécessite pas toujours une hospitalisation, contrairement aux usagers d'opiacés souhaitant arrêter sans passer par les traitements de substitution, compte tenu de différence en termes de dépendance physique. Elle ajoute que les premiers jours après l'arrêt de la consommation du crack ou de la cocaïne sont difficiles, les gens pouvant avoir des moments de fatigue, de dépression ou d'anxiété, et qu'une hospitalisation est envisagée en fonction de l'importance de la dépendance, de l'existence d'une problématique psychiatrique sous-jacente ou de l'existence d'un état de santé préoccupant. **Mme B.** indique que l'intégration dans un dispositif de sevrage n'a pas l'air facile. Elle considère que la procédure de constitution d'un dossier, bien qu'elle soit une preuve d'engagement des personnes concernées, est choquante. **Mme PEQUART** répond que les hébergements post cures, les communautés thérapeutiques et les ACT passent par des candidatures accompagnées par une structure de proximité. Concernant les cures, il s'agit d'une demande d'hospitalisation voire d'un dossier dans certains services, en sachant que les lits sont à flux tendu. Elle précise qu'un passage par les urgences, en cas de danger, n'aboutit que très rarement à une hospitalisation, en sachant qu'il est en général question, concernant les soins en addictologie, d'hospitalisations programmées.

Mme B. demande si un accueil sans condition est envisageable pour les communautés thérapeutiques, comme dans certains autres types d'hébergement, compte tenu du risque de changement d'avis des personnes qui ne sont pas rapidement prises en charge, par peur d'un refus par exemple. **Mme PEQUART** répond que cela n'est pas possible et peut-être pas souhaitable. Elle explique que la gestion des places se fait comme à l'hôpital et qu'elle est à flux tendu dans les établissements. Certains programmes de soins sont par ailleurs séquencés. En outre, l'expérience a montré qu'une réponse très rapide ne porte pas forcément ses fruits, en sachant que l'inconditionnalité de certains hébergements est un préalable à toute démarche de soins. Elle souligne la difficulté pour un usager de programmer dans sa tête une période de soins en abandonnant même pour un temps l'usage de produits dont il se sert depuis des années, souvent pour panser ses plaies puissantes. Elle considère authentique toute demande d'arrêt de consommation de ces produits, mais indique qu'une instruction et une évaluation sont nécessaires.

Mme B. demande si d'autres formes de dispositifs existent ou sont imaginés. **Mme PEQUART** répond que se soigner ne signifie pas forcément arrêter les drogues. Elle évoque des patients qui suivent un traitement de substitution aux opiacés, mais continuent de consommer de temps en temps du crack ou de l'alcool, puisqu'il est très compliqué pour un usager d'envisager un arrêt définitif et que cela se fait après un long parcours. Le passage dans un centre thérapeutique résidentiel, pour soigner sa dépendance et ses rapports aux produits et à son environnement, permet ainsi une expérience de vie sans consommation, sur laquelle il s'agit de s'appuyer pour continuer son chemin, sans forcément constituer le premier pas vers un arrêt définitif. Elle ajoute que dans les communautés thérapeutiques, en revanche, l'objectif d'abstinence est un prérequis. Elle précise que le dispositif n'est pas parfait et souligne un problème de capacité.

Mme B. évoque le délai de trois à six mois d'attente en moyenne pour intégrer une communauté thérapeutique ou un centre thérapeutique résidentiel. **Mme PEQUART** répond que cela n'est pas invraisemblable, mais précise que ce délai comprend un temps d'accompagnement, de traitement, de suivi de santé. Elle ajoute que des structures pourraient accueillir les patients plus rapidement et pour un délai plutôt court, telles que des centres de crise en psychiatrie. La Maison blanche, aujourd'hui GHU psychiatrie et neurosciences, avait par exemple proposé l'ouverture d'une structure de crise et

d'évaluation pour les personnes en situation d'addiction. Or cette solution de lits de crise, qui figurait dans les plans précédents, n'est pas évoquée dans le Plan crack actuel.

Concernant l'aspect psychiatrique, **Mme B.** constate que certains usagers dans la rue sont très abimés et se mettent en danger eux-mêmes en traversant par exemple une rue très passante sans regarder. Elle confie avoir été très démunie après avoir appelé des maraudes dont le périmètre d'action est différent, et demande comment signaler des consommateurs de crack qui semblent avoir besoin de soins immédiats. **Mme PEQUART** répond qu'il s'agit d'appeler les secours (pompiers, police) lorsque les usagers sont agités. Les maraudes en revanche repèrent les personnes concernées et interviennent en différé.

Mme B. répond que la police et les pompiers, également démunis, ne répondent pas à leur appel, et ajoute qu'il est arrivé que des pompiers livrent des toxicomanes à Stalingrad. **M. L-P** confirme que la police invite les habitants à appeler le commissariat d'arrondissement, mais que ce dernier ne décroche pas. **M. COUTERON** souligne l'existence de cette zone intermédiaire d'urgence qui n'est pas couverte, ce qui explique la lassitude et le sentiment d'abandon des riverains qui souhaiteraient soit être tranquilles soit venir en aide des toxicomanes. Il ajoute que les centres de crise ou d'autres structures intermédiaires permettraient de résoudre ce dysfonctionnement et d'éviter que certains riverains ne soient à cran. **Mme B.** confie que certains habitants souffrent en subissant des nuisances sonores et visuelles toutes les nuits et tous les jours, y compris en entendant des personnes hurler sans savoir si elles se font agresser ou non et en les voyant dormir sur le trottoir, et en étant totalement impuissant face à cette situation. Elle ajoute que certains toxicomanes aux comportements dangereux sont identifiés par les maraudes, estime qu'ils ne devraient pas être seuls et regrette l'absence de solution de prise en charge, en sachant que certains vêtus d'une blouse semblent s'être échappés d'un hôpital. **Mme PEQUART** répond que certaines situations n'ont pas de solutions rapides et explique que les maraudes font un travail au cas par cas et dans la durée. Elle estime par ailleurs que le système actuel d'urgence psychiatrique avérée n'est pas performant, et que les réponses aux situations critiques sont peu nombreuses. **M. L-P** confirme ces propos en tant qu'hospitalier, explique que les services de sécurité contactés lors d'une fugue demandent d'abord si l'individu est dangereux, ce qu'il est difficile d'affirmer, et déplore la situation de non-intervention qui en découle.

Mme PEQUART propose de fournir un travail aussi étroit que possible entre les habitants et les maraudes, pour identifier les situations. Elle ajoute qu'il existe dans le cadre du Plan crack des maraudes de médiation, composées d'éducateurs qui se rendent dans la rue pour servir d'interface et chercher des voies d'amélioration. **Mme B.** approuve ce travail de collaboration, mais explique que les maraudes sont difficilement joignables, que leurs horaires ne correspondent pas du tout aux moments de souffrance et qu'elles sont trop peu nombreuses.

Mme B. annonce la fin de sa présentation et invite les autres participants à intervenir.

M. L-P remercie **Mme B.** pour son action. En tant qu'hospitalier, il souligne le manque de personnels dans les hôpitaux pour vérifier que les personnes qui ne sont pas sous contrainte ne fuguent pas.

M. COUTERON annonce qu'une prochaine séance sera dédiée à l'action de l'hôpital et aux questions psychiatriques, notamment avec la participation des psychiatres Catherine PEQUART et Mario BLAISE. Il revient sur la difficulté des maraudes à répondre aux situations au moment où elles sont constatées. Il souligne l'écart entre l'existence des différents dispositifs de soin avec la réalité dans la rue, et la question de l'entre-deux qui se pose pour les riverains. Il indique qu'il s'agit de continuer de discuter sur ce qui fait rester les usagers dans la rue. Il rappelle que le travail au sein de l'Observatoire consiste à

se réunir en petits comités à partir d'éléments préalablement formalisés et de présenter clairement les constats des riverains, y compris de bonne volonté qui se sentent impuissants.

M. NDIAYE indique que leur domaine de compétence est d'accompagner les personnes pour se soigner en donnant un maximum d'opportunités de rencontres, d'échanges et de compréhension. Les scènes ouvertes, qui cristallisent l'attention, relèvent d'une problématique de salubrité et de sécurité publiques, avant la problématique de santé publique. Il explique qu'il peut exister une partie prégnante qui empêche de voir le reste. Il évoque Stalingrad, la problématique de crack, les choses positives comme négatives qu'il s'y passe ainsi que l'attractivité d'une scène ouverte pour d'autres profils et pathologies. Il témoigne de leur empathie pour les situations insupportables vécues par les riverains et pour les usagers. Il prend l'exemple de la scène ouverte à la porte de la Chapelle, qui a agrégé un ensemble de problématiques non spécifiquement liées à des demandes de soins. Il explique que le fait d'être dans un environnement hostile est un déterminant de santé très important pour les usagers et les riverains. Il préconise d'isoler quelques phénomènes, tels que le sans-abrisme, le logement ayant une incidence sur l'existence des dispositifs de soin, dont certains sont saturés en raison du manque de fluidité du système de sortie des ACT et des appartements thérapeutiques qui devrait donner lieu à un logement. Il souligne ainsi l'existence de problèmes en amont, pour accéder aux structures, et en aval, pour accéder à un logement, en sachant qu'un retour dans la rue serait synonyme d'échec du travail réalisé. Il note ensuite les limites du soin par la contrainte, qui existe en France sous la forme de mesures judiciaires, dont l'efficacité est réduite concernant les usagers chroniques, certains n'ayant plus rien à perdre. Il propose de s'intéresser aux autres solutions, dans une dynamique globale, à travers un large spectre d'acteurs, dont les intérêts sont différents mais compatibles, pour envisager des solutions de manière à améliorer l'existant ainsi que repenser la société et la façon d'occuper la ville, étant donné qu'il s'agit de phénomènes essentiellement urbains, tout en reconnaissant la difficulté de vivre au-dessus d'une salle de crack et l'importance de la question de l'urgence. Il distingue le fait de parler de la problématique du crack et de se soigner, et le fait de régler les scènes ouvertes. Il préconise d'ouvrir des lieux qui ne se limitent pas à la consommation mais proposent aussi une forme limitée de socialisation, et insiste sur l'importance de la médiation pour éviter l'exacerbation de comportements violents, en sachant que les interactions sociales sont la principale cause du problème après l'usage des produits. Il s'agit d'arrêter de vouloir soigner les toxicomanes, et de faire en sorte que la Ville absorbe cette réalité urbaine.

Mme B. rappelle que de nombreuses personnes ont un point de vue négatif vis-à-vis de la drogue et n'acceptent pas cela de la part de structures financées avec leurs impôts. Elle regrette la mauvaise publicité faite autour de l'expérimentation d'une salle de consommation à Lariboisière, qui a causé une crispation des gens. Elle souligne l'intérêt d'un encadrement en tant qu'habitante située à proximité d'une scène ouverte, en sachant que d'autres résidents de quartiers calmes du 19^e arrondissement ne souhaitent pas voir leur vie perturbé. L'enjeu consiste ainsi à faire comprendre l'intérêt de lieux de consommation en tant que premier pas vers le soin, qui ne se limite pas à une cure, ce qui demandera de la pédagogie et de faire attention au vocabulaire employé.

M. NDIAYE indique avoir rencontré la veille un collectif d'habitants et souligne le besoin d'échanger davantage, de manière constructive, pour que leurs propos soient bien compris, en les changeant éventuellement de manière à aboutir à une acceptation sociale. Il affirme par ailleurs que leur but n'est pas de promouvoir ni de financer la drogue, mais d'améliorer les conditions de santé des personnes dont les choix peuvent ou non remporter une adhésion, de travailler sur la responsabilisation des usagers vis-à-vis de la consommation et de ses conséquences, et d'expliquer en quoi consiste la réduction des risques.

M. COUTERON souligne l'importance d'avoir précisé l'existence de trajectoires permettant de passer d'une étape à une autre, jusqu'à des ACT. Il rappelle que, pour les riverains, la question de la nuit, des maraudes et des situations d'urgence n'est pas résolue, aboutissant à un rejet des solutions. Conscient des limites du travail de l'Observatoire, il rappelle sa vocation de faire entendre et traiter positivement les observations des riverains, qui ne s'opposent pas à la logique du soin.

Mme B. propose de conclure la séance. Elle remercie les participants pour la qualité des échanges et annonce la disponibilité prochaine du compte rendu de cet atelier.

Fin de l'atelier à 20h10.