



Compte-rendu Observatoire citoyen de la toxicomanie

Les interventions de second niveau

Audition Inserm-OFDT du 12 octobre 2021

Participants

- **Marie JAUFFRET ROUSTIDE**, Sociologue, Chargée de recherche Inserm - Centre d'étude des mouvements sociaux (CEMS), associée à Santé publique France, Co-coordinatrice du programme D3S Sciences sociales, drogues et sociétés (EHES), Affiliate Research Scientist at the British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU), Vancouver (Canada), Senior Research Fellow at the Baldy Center for Law and Social Policy, Buffalo University, New-York (USA)
- **Julien MOREL D'ARLEUX**, Directeur de l'Observatoire français des toxicomanies
- **Agnès CADET-TAÏROU**, Médecin de santé publique, chargée de mission à l'Observatoire français des toxicomanies

- **François DAGNAUD**, Maire du 19^{ème} arrondissement
- **Séverine GUY**, Adjointe au Maire du 19^{ème} arrondissement en charge des solidarités, de la santé et de la réduction des risques
- **Adji AHOUDIAN**, Adjoint au Maire du 19^{ème} arrondissement en charge de la prévention, de la sécurité et des relations avec les centres sociaux
- **Hadrien Bortot**, Adjoint au maire Maire du 19^{ème} arrondissement en charge de la ville durable
- **Philippe COSNAY**, Directeur de cabinet de François DAGNAUD
- **Fahd ZHAR**, Directeur adjoint de cabinet de François DAGNAUD

- **Jean-Pierre COUTERON**, Psychologue clinicien spécialisé dans les toxicomanies, animateur -expert de l'Observatoire
- **Mme B**, Riveraine co-animatrice du temps d'échange

- **Mme F, M. L-P, Mme L**, Habitantes et habitant du 19^{ème} arrondissement tirés au sort sur les listes électorales

La session débute à 19h00.

• Ouverture par François DAGNAUD, Maire du 19^{ème} arrondissement

M. DAGNAUD souhaite la bienvenue aux participants à la session plénière de l'Observatoire citoyen de la toxicomanie. Il salue le travail de fond qui y a été mené ces derniers mois ; le pilotage expert de Jean-Pierre COUTERON ; l'engagement des habitants ; celui des élus et de l'équipe municipale. Il présente les invités : Marie JAUFFRET ROUSTIDE, Julien MOREL d'ARLEUX et Agnès CADET-TAÏROU ; lesquels ont élaboré, avec les équipes de l'Inserm et de l'Observatoire français de la toxicomanie (OFDT), un rapport intitulé Étude crack Paris Seine-Saint-Denis. Ce rapport saura apporter un regard scientifique sur une actualité qui reste préoccupante.

Après le Conseil d'arrondissement, le Conseil de Paris se penchera à nouveau sur la situation à laquelle est confronté le 19^{ème} arrondissement. Cette dernière a évolué suite à la réinstallation des personnes toxicomanes Porte de la Villette, à l'initiative du ministre de l'Intérieur.

Tout l'intérêt du travail mené dans le cadre de l'Observatoire est précisément d'appréhender cette actualité en prenant du recul, au sein d'un débat public, avec une meilleure appropriation du sujet. Tant que ce dernier sera abordé dans la confusion, les quartiers et les usagers continueront à souffrir.

À force de non-décisions, les politiques publiques en matière d'accompagnement des personnes toxicomanes sont questionnées. Elles ne peuvent faire l'économie d'un travail de compréhension des enjeux ni d'une forme d'éducation populaire au sein du débat. L'idée selon laquelle chasser les personnes toxicomanes ne règle rien progresse ; comme celle du nécessaire déploiement de dispositifs médico-sociaux et psychiatriques. Si la question de la consommation doit être posée, elle ne constitue plus la seule clé de compréhension du sujet. Les réactions passionnelles suscitées au sein de la population ne facilitent pas le pilotage de ces politiques publiques, qui plus est lorsque le ministère de la Santé n'est pas véritablement au rendez-vous.

M. COUTERON rappelle que le troisième cycle amorcé début octobre au sein de l'Observatoire a donné lieu à l'audition d'acteurs appartenant au champ du soin. Dans les semaines à venir, les membres des associations Gaïa, Aurore et Oppélia ainsi que des acteurs hospitaliers seront entendus : la Dr Catherine Pequart, la Pr Florence VORSPAN et le Dr Mario BLAISE.

Il est souligné que L'Observatoire a pour principe de laisser la parole aux riverains. Exceptionnellement, cette session sera consacrée à la présentation d'un rapport ; laquelle sera suivie de questions préparées par les habitants.

• Présentation du rapport Étude crack Paris Seine-Saint-Denis

Mme CADET-TAÏROU précise tout d'abord que le rapport a été financé par un ensemble d'acteurs publics : l'ARS d'Île-de-France, la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques (MMPCR) et la Mission interministérielle de lutte contre les conduites addictives (MILDECA). Cette étude a été menée collectivement par le Cermes3 (Inserm) s'agissant du volet portant sur les usagers, les trajectoires et les besoins ; et par l'OFDT, en collaboration avec l'association Charonne Oppelia (via les réseaux TREND-SINTES), s'agissant le volet sur l'offre.

1. L'offre

L'objectif était de combler un manque de connaissances sur l'organisation du trafic de crack et sur le produit en lui-même.

Méthodologie

Les données nécessaires à l'étude ont été recueillies à partir de trois sources :

- des observations ethnographiques sur les principaux lieux de vente et des entretiens, individuels ou collectifs, avec des professionnels du respect de la loi, des professionnels sociosanitaires, des usagers, et des revendeurs ;
- l'analyse des dossiers d'enquête de la brigade des stupéfiants de Paris (année 2019) ;
- une collecte de galettes de crack auprès des usagers à des fins d'analyse ; laquelle était accompagnée d'un court questionnaire.

Le marché du crack

Le seul marché pérenne et organisé de crack, la forme basée de la cocaïne chlorhydrate, est situé en Île-de-France et concentré dans le nord-est de Paris.

Deux réseaux opèrent sur ce marché : celui des *modous* (mot wolof signifiant marchand émigré investi dans un commerce informel), présent principalement à Paris et en Seine-Saint-Denis et s'adressant aux personnes les plus précaires ; et, depuis la seconde moitié des années 2000, celui des cités (cité Reverdy à Paris, Aubervilliers ou Sud de l'Essonne) dont les points de vente sont fréquentés par des usagers socialement insérés. Des revendeurs individuels et des usagers revendeurs opèrent assez marginalement sur ce marché. Dans tous les cas, une augmentation des ventes sur rendez-vous et des livraisons à domicile a été relevée.

- Le réseau des *modous*

La structure de ces réseaux était mal connue. Il s'agit de micro-réseaux regroupant de deux à quatre personnes ; ils sont en général familiaux (frères, oncles, neveux) et totalement hétérogènes : ils peuvent ne faire que vendre, parfois transformer, ou aller jusqu'à assurer eux-mêmes l'approvisionnement en cocaïne. Ils sont très peu structurés, et bien qu'étant indépendants les uns des autres, ils ont un fonctionnement relativement communautaire : ils assurent par exemple un soutien logistique pendant le processus d'émigration et d'installation, et sont capables de faire corps face aux forces de l'ordre. Ces réseaux coopèrent entre eux, mais également avec les usagers : contre quelques services, ils s'assurent ainsi leur soutien.

Le trafic se fait en flux tendus. Les *modous* ne sont par conséquent jamais arrêtés en possession de grandes quantités de cocaïne ou de crack, ni de sommes importantes. L'extrême souplesse de ces réseaux est à souligner : ils s'adaptent aux lieux comme à la réponse des forces de l'ordre. Une grande fluidité est observable : les membres du réseau peuvent retourner au pays ou être incarcérés temporairement sans empêcher la microstructure de perdurer. Paradoxalement, la faiblesse de l'organisation de ces réseaux met en difficulté les forces de l'ordre.

- L'offre de cité

L'organisation des réseaux de cité est bien connue. Elle répond à une demande préexistante et s'ajoute à l'offre de cannabis, de cocaïne, voire d'héroïne. Son organisation est pyramidale et fortement hiérarchisée. La seule organisation de cité qui ait pu être étudiée est celle d'Aubervilliers. Les usagers de crack y sont traités de façon tout à fait particulière : ils doivent être cooptés, être autorisés à accéder aux points de vente, et ne doivent surtout pas consommer à proximité.

Le produit

- Le prix

La galette est l'unité la plus commune de vente du crack. Lors de la transaction, le poids n'est jamais mentionné, seul le prix l'est. En 2019, il s'élevait à 20 euros dans les cités ; il était plus bas chez les *modous*, et variait selon les lieux de vente (de 10 à 15 euros dans la rue, les gares ou le métro). Ces prix ont diminué suite à la crise sanitaire et au manque de ressources qu'elle a engendré : ils avoisinent dorénavant 10 euros.

- Le poids

Le poids est un élément totalement opaque lors de la transaction. Il n'existe aucune corrélation entre poids et prix.

- Le coût pour l'utilisateur

Le crack, qui est vendu aux usagers les plus pauvres, revient deux fois plus cher que le gramme de cocaïne pure (250 euros contre 115 euros).

- Le contenu

Les teneurs en cocaïne relevées sont assez élevées et homogènes (entre 50 et 70 %), mais toutefois inférieures au marché de la cocaïne-poudre. Elles sont totalement indépendantes des éléments caractéristiques du marché (vendeur, lieu ou type de vente). La quantité de cocaïne par galette est plus parlante : elle est relativement hétérogène et dépend essentiellement du poids de la galette. On remarque dans la collecte des galettes qui contiennent très peu ou pas de cocaïne : il s'agit d'arnaques dont ont été victimes les usagers, mais aussi les enquêteurs.

- Les produits de coupe

Ils sont identiques à ceux identifiés dans la cocaïne-poudre. Les deux principaux sont : le lévamisole (un antiparasitaire pouvant être responsable d'accidents sanitaires rares, mais imprévisibles et graves) et la phénacétine (un antalgique retiré de la vente du fait de sa toxicité en prise chronique, mais qui présente peu de risques compte tenu des doses retrouvées dans seulement quatre galettes sur dix). Finalement la dangerosité du crack est essentiellement liée à la consommation du produit en lui-même.

Les représentations des usagers

La qualité de la galette appréciée par l'utilisateur avant consommation, en fonction du vendeur, du lieu d'usage ou de l'aspect, n'a aucun rapport avec son contenu.

Les produits de coupe sont très peu connus des usagers : un quart d'entre eux n'a pas su en citer, le lévamisole a été mentionné par moins de 15 % des usagers, et la phénacétine par un seul d'entre eux. Les produits les plus fréquemment cités ne sont pas présents dans les échantillons analysés : il s'agit de la buprénorphine et de l'amphétamine, souvent mis en avant par les usagers pour expliquer des effets indésirables. Entre 30 et 60 % d'entre eux attribuent ces effets aux produits de coupe et non à la cocaïne elle-même. En revanche, les produits cités (comme le paracétamol utilisé pour couper l'héroïne ou la lidocaïne anciennement utilisée pour couper la cocaïne) traduisent un certain intérêt de leur part quant à la composition des produits consommés.

Ces données peuvent aider les professionnels de la réduction des risques à établir un contact avec les usagers.

Mme F. a constaté à la lecture de l'étude que les produits de coupe étaient complètement différents en fonction des quantités saisies.

Mme CADET-TAÏROU confirme l'avoir remarqué, mais note que les données à disposition ne permettent pas d'interprétation formelle sur ce point. Cela pourrait témoigner d'une différence de filière : les *modous* s'approvisionnent en effet dans la filière ouest-africaine.

Mme Guy est surprise que l'ammoniaque et le bicarbonate de soude n'aient pas été retrouvés dans les échantillons.

Mme CADET-TAÏROU confirme ce point et ajoute que tel était déjà le cas pour les quelques échantillons recueillis les années précédentes. Il a pourtant été demandé au laboratoire de mettre en place plusieurs protocoles, lesquels n'ont permis de retrouver ni ammoniaque ni bicarbonate, ni même deux séries de crack différentes. Le problème se pose principalement quant à l'ammoniaque, dont les vapeurs sont toxiques. Plusieurs hypothèses peuvent être émises : soit le crack basé à l'ammoniaque a été correctement rincé ; soit tous les échantillons recueillis ont été basés avec du bicarbonate.

Mme JAUFFRET ROUSTIDE présente la seconde partie du rapport. Elle précise avoir également travaillé sur l'évaluation des salles de consommation à moindre risque (SCMR).

2. Les usagers, la mobilité, les trajectoires et les besoins

Méthodologie

La collecte de données s'est étalée sur vingt-quatre mois. Des observations ethnographiques (173 heures) ont été réalisées principalement sur colline du crack, mais aussi sur des scènes de consommation annexes ; des entretiens (46) ont été menés auprès de professionnels du soin et de la réduction des risques et auprès d'usagers de crack (54). L'analyse des données s'est articulée autour de trois axes : thématique, cartographique et médiatique (cette dernière est en cours).

Dans le cadre d'une recherche participative, les premières analyses ont été présentées aux professionnels et ont donné lieu à une nouvelle série d'entretiens afin de renforcer les premières recommandations.

La mobilité des usagers

La mobilité n'est pas identique en Seine-Saint-Denis et à Paris. En Seine-Saint-Denis, les usagers se déplacent beaucoup vers Paris afin de se procurer crack et matériel, ce qui a des conséquences délétères sur leur santé. Les lieux d'achat sont par ailleurs distincts des lieux de consommation. À Paris, les comportements sont beaucoup plus sédentaires : certains usagers peuvent être captifs des lieux de visibilité, c'est-à-dire des grandes scènes ouvertes (colline du crack ou jardins d'Éole) ; d'autres circulent entre différents lieux de visibilité (scènes principales et secondaires). Les lieux d'achat et de consommation sont, à Paris, identiques.

La mobilité est en outre très différente entre les personnes sans abri et celles qui sont hébergées. Les premières consomment dans l'espace public, sur le lieu d'achat. Les secondes préfèrent consommer chez elles.

Les trajectoires

Si le profil classique de l'utilisateur demeure celui d'un homme très précaire dont la moyenne d'âge se situe autour de 45 ans, l'étude a permis de mettre en évidence une diversité de profils au sein des usagers.

- La spécificité des femmes

Les usagères de crack sont beaucoup moins visibles dans les scènes de consommation et dans les dispositifs de soins ou de réduction des risques. Par ailleurs elles sont beaucoup plus marquées par des traumatismes que les hommes, mais parviennent à maintenir davantage de liens familiaux qu'eux, ce qui leur permet parfois de s'extraire des scènes ouvertes.

- Les jeunes usagers

De plus en plus nombreux, en rupture sociale et souvent initiés dans le cadre du milieu festif, une de leurs caractéristiques est le peu de conscience qu'ils ont de l'usage problématique et de la dépendance. Ils mettent par ailleurs en place des stratégies d'évitement des structures et sont très présents sur les scènes ouvertes.

- Les usagers semi-insérés

Ces usagers connaissent une rapide désinsertion très particulière au crack qui peut être qualifiée de dégringolade sociale : ils peuvent perdre tout lien social en quelques semaines. Ces situations engendrent des traumatismes sociaux.

- La porosité entre migration et crack

Ce point très important constitue un phénomène complexe, évoluant rapidement et instrumentalisé médiatiquement. L'étude a recensé des usagers venant d'Europe de l'Est, principalement des injecteurs d'opiacés s'ancrant toujours plus dans l'usage de crack ; ainsi que des usagers originaires d'Afrique subsaharienne ou du Moyen Orient présentant des conduites dérégulées vis-à-vis de l'alcool tout aussi problématiques que leur consommation de crack.

Les contextes d'initiation

- Le passage de la cocaïne au crack

Les données en population générale produites par Santé publique France mettent en évidence que la cocaïne est le produit illicite dont la consommation a le plus augmenté ces quinze dernières années. Certaines tranches d'âge (25-30 ans) connaissent des niveaux de consommation pouvant atteindre 10 %. Le passage de la cocaïne au crack s'observe surtout dans le cadre d'usages festifs, lorsque les usagers consommant habituellement de la cocaïne ressentent de moins en moins ses effets et se tournent vers des substances plus puissantes comme le crack. L'alcool, les médicaments, le cannabis, l'ecstasy ou le LSD sont aussi présents que la cocaïne dans la gamme des produits consommés avant le passage au crack.

- L'apaisement des traumatismes

L'initiation chez les populations les plus précaires s'opère par une démarche d'apaisement des souffrances liées aux traumatismes. Ce type d'initiation donne lieu plus rapidement à des usages problématiques, voire à de la dépendance.

- Les autres transitions

Des transitions de l'héroïne au crack sont observées en cas d'indisponibilité ou de faible pureté du produit ; de même que des passages de traitements de substitution aux opiacés vers le crack.

3. L'expression des besoins

Du côté des usagers, les besoins exprimés sont simples : se loger, se nourrir et être entourés.

L'hébergement : la demande prioritaire des usagers

Les entretiens menés dans le cadre de l'étude se sont poursuivis jusqu'en juillet 2020. Ils ont ainsi pu prendre en considération la période de crise sanitaire durant laquelle 400 usagers de crack ont été mis à l'abri. Cet accès à l'hébergement a permis de réguler leur consommation ; sachant que l'usage intensif de crack est aussi un moyen de supporter la vie dans la rue. Pour eux comme pour les professionnels interrogés, l'hébergement, sans entraîner un arrêt total de la consommation, permet de faire des pauses et d'infléchir les trajectoires vers l'insertion et la mise en place de liens sociaux, sanitaires ou familiaux.

La réhabilitation sociale

Les usagers ont exprimé le besoin d'être occupés. Le passage sans transition à un emploi classique est difficile pour ces publics ; des dispositifs tels que le LaboFabrik, Premières heures ou Tapaj leur permettent de redonner du sens à leur journée.

Des espaces de repos

Les entretiens ont fait apparaître le besoin de faire des pauses dans la journée, afin d'espacer les consommations.

La mise à distance des produits

Cette demande récurrente de mise à distance (sevrage ou postcure) relève d'une certaine idéalisation chez les usagers qui croient ainsi pouvoir rompre avec des vies éprouvantes. Deux éléments peuvent être bloquants à cet égard : lorsque la demande émerge, il faut pouvoir y répondre rapidement, or la France manque de lits de sevrage ; et lorsqu'un sevrage a lieu sans hébergement ensuite, les rechutes sont nombreuses.

Des salles d'inhalation

Ces besoins en salles permettant d'éviter la consommation dans l'espace public ont été localisés dans les 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements, ainsi qu'en Seine-Saint-Denis.

Des maraudes renforcées

Le besoin de renforcer les maraudes et de redéfinir les territoires d'intervention s'est particulièrement exprimé par rapport au développement de structures à l'est de la Seine-Saint-Denis.

Des structures dédiées aux femmes

Ce besoin s'accompagne d'une demande spécifique en matière de parentalité et de prise en charge des traumatismes.

Le renforcement de la prise en charge psychiatrique (maraudes et dispositifs fixes)

Cette demande porte en particulier sur l'accueil inconditionnel dans les structures de droit commun. Les troubles psychiatriques sont en effet un des freins actuels à la prise en charge des addictions. Le besoin de prendre en charge les traumatismes a également été exprimé.

4. Recommandations

Entrer dans une nouvelle ère de la réduction des risques

Cette démarche implique d'envisager le soin comme un des aspects de la réduction des risques. Une certaine instrumentalisation médiatico-politique tend à opposer les deux éléments ; alors que les professionnels ont intégré leur nécessaire conciliation. Mettre en place des salles d'inhalation n'empêche pas de proposer un sevrage.

Par ailleurs, la réduction des risques ne doit pas être centrée uniquement sur les risques infectieux, mais inclure un objectif de réhabilitation sociale (accès à l'hébergement et à des activités). Elle doit aussi permettre un accueil inconditionnel des usagers de crack au sein des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), des communautés thérapeutiques, des dispositifs hospitaliers et des structures de droit commun. Il est à noter qu'au Danemark ou en Allemagne, la consommation de crack dans les dispositifs d'hébergement est autorisée, ce qui permet de limiter considérablement la consommation dans l'espace public.

Mettre fin à une réponse policière axée sur les évacuations

Ces évacuations contribuent à la dégradation de la vie des usagers, mais également à celle des riverains.

Développer les dispositifs de médiation

Ces dispositifs doivent pouvoir garantir la tranquillité publique et la qualité de vie des riverains.

5. Publications

Une synthèse du rapport est disponible sur le site de l'OFDT. Des articles récents ont été publiés par l'équipe en charge de l'étude sur la thématique de la drogue dans l'espace public (*The Conversation*, 3 octobre 2021 ; *Drug and Alcohol Today*, 2021).

• Questions des riverains

1. Plan crack 2019-2021

Mme B. note que la parution de cette étude était prévue fin 2019 mais n'est intervenue qu'en janvier 2021 ; elle demande si cela est dû à des difficultés particulières.

Mme JAUFFRET ROUSTIDE répond par la négative et précise qu'un travail sociologique qualitatif implique une collecte de données empiriques sur le long terme. En accord avec les financeurs, cette période de collecte a été allongée lorsque la crise sanitaire est survenue, afin de mesurer l'impact de la mise en place des hébergements à cette époque.

Mme CADET-TAÎROU précise que l'OFDT a rencontré beaucoup de difficultés. Sur le plan du contenu, la réalité évoluant avec les lieux et le temps, beaucoup d'acteurs tenaient des discours contradictoires, ce qui rendait leur restitution difficile. Certains points n'ont d'ailleurs jamais pu être précisés. Sur le plan logistique, la collecte d'échantillons a pu poser problème, tout comme le lien à créer avec les vendeurs : des entretiens ont pu être menés avec d'anciens vendeurs, un l'a été avec un cuisinier, mais aucun avec des vendeurs issus des cités.

Mme B. mentionne que ce rapport était une des actions prévues par le Plan crack. Dans la mesure où ce dernier s'achève cette année, il est demandé aux intervenantes s'il a pu faire l'objet d'une évaluation.

Mme JAUFFRET ROUSTIDE précise que les programmes de recherche sont conduits indépendamment du Plan crack. L'Inserm est un organisme public qui conduit un programme de recherche sur la réduction des risques à Paris. Une autre étude, l'enquête Coquelicot, donnera lieu à partir de janvier 2022 à la collecte de données dans 27 villes. Elle permettra de disposer fin 2022 de données quantitatives relatives au profil des usagers de crack et aux nouveaux dispositifs mis en place ces dernières années.

Mme CADET-TAÎROU ajoute que l'OFDT a mené une enquête quantitative dans les CAARUD.

2. Géographie de l'offre

Mme B. fait part des observations des habitants : le deal de crack s'est institutionnalisé à Stalingrad et à La Villette, à tel point que les transactions ont lieu sous les yeux de la police, qu'un tourisme international lié au crack se développe et que certains usagers disent regretter qu'il soit si facile de s'en procurer. L'abandon par la police de certaines zones a-t-il directement contribué à l'installation durable de scènes de consommation ouvertes dans le nord-est parisien ?

Mme CADET-TAÎROU répond que Stalingrad constitue historiquement la première scène ouverte de crack. Depuis trente ans, des réponses ponctuelles sont apportées lorsque le niveau de nuisance devient insupportable. Le trafic à Stalingrad est apprécié des *modous* comme des usagers : cette zone est totalement ouverte et permet une dispersion facile en cas d'intervention policière. Lorsque les autres zones de vente deviennent plus contraignantes, un repli s'opère vers Stalingrad.

Pendant longtemps, et dans un contexte de politique du chiffre, le crack n'a pas constitué une priorité : les quantités et les sommes en jeu sont faibles par rapport à d'autres trafics. La situation actuelle peut changer la donne. Par ailleurs, les acteurs de l'application de la loi sont parfaitement conscients de leurs limites et attendent également des réponses en matière de prise en charge sociosanitaire. En revanche, ils ne réalisent pas nécessairement que cette prise en charge demande du temps.

Mme JAUFFRET ROUSTIDE mentionne que le rapport d'évaluation des SCMR a donné lieu à des entretiens avec les forces de la police dont il ressort que, si la répression de l'usage est en forte augmentation, elle s'attaque aux plus précaires et s'avère inefficace pour lutter contre le trafic. Aujourd'hui, les forces de police sont très sensibles à l'offre médico-sociale, et beaucoup de ses membres considèrent les usagers davantage comme des malades que comme des délinquants.

Il a été mentionné précédemment que certains usagers regrettent que la drogue soit si facile à se procurer. Cela révèle une grande culpabilité chez les usagers de crack. Beaucoup d'études ont montré que l'importance de l'offre n'est pas nécessairement la véritable raison les poussant à consommer.

S'agissant des produits de substitution au crack, un programme sur trois ans financé par l'Agence nationale de la recherche sera lancé en novembre. Un essai thérapeutique sera mené afin d'identifier un substitut efficace au crack.

M. BORTHOT souhaite savoir si les *modous* offrent des doses aux usagers.

Mme CADET-TAÎROU mentionne qu'il a été question de la contamination de nouveaux arrivants par les usagers de crack, sans que des éléments probants permettent de l'affirmer.

M. DAGNAUD souhaite revenir sur les limites de l'action policière. Il demande si le discours qui légitime la prise en charge médico-sociale ne constitue pas une forme d'aveu d'impuissance à lutter contre le trafic de crack, compte tenu de sa particularité. Par ailleurs, il souhaite savoir en quoi les spécificités du crack par rapport aux autres drogues par injection interrogent le modèle classique de la réduction des risques.

Mme CADET-TAÎROU répond que, compte tenu de la difficulté à avoir prise sur le trafic, certains membres des forces de l'ordre ont exprimé le souhait de pouvoir agir à d'autres niveaux : beaucoup de *modous* sont en effet en situation irrégulière au moment de leur arrestation.

En ce qui concerne la seconde question, le crack inhalé est aussi, voire plus puissant que les consommations par injection tout en présentant un risque infectieux moindre. Le crack interroge les politiques de réduction des risques, jusqu'à présent essentiellement tournées vers le risque infectieux, en ce qu'il appelle une continuité vers le soin.

M. COUTERON rappelle que les acteurs du soin seront entendus prochainement.

3. Profils et trajectoires des usagers

Mme B. mentionne que les habitants observent une augmentation constante de nouveaux arrivants : certains sont originaires d'Allemagne, de Roumanie, du Royaume-Uni ou de pays russophones ; d'autres sont totalement insérés, et viennent consommer le week-end avant de retourner dans leur famille. Il est à noter la présence de très jeunes adolescents, apparemment entraînés par leurs parents, eux-mêmes consommateurs. Ces profils ne semblent pas apparaître dans le rapport. Est-ce parce qu'ils ne fréquentent pas les CAARUD ou les CSAPA ?

Mme JAUFFRET ROUSTIDE relève qu'au contraire le rapport en fait état.

S'agissant des jeunes consommateurs, il a révélé qu'ils sont majoritairement issus de l'aide sociale à l'enfance (ASE), et n'ont donc pas pu être amenés sur les scènes par leurs parents. Ils se retrouvent pour beaucoup à la rue à 18 ans, ce qui peut les conduire à consommer divers produits, dont le crack.

En ce qui concerne les personnes semi-insérées, ce terme désigne dans le rapport des personnes ayant au minimum un logement, mais qui peuvent avoir travail et famille. Il s'agit essentiellement de consommateurs de cocaïne en recherche d'effets plus puissants.

Il est souligné que la question de la porosité entre migration et consommation de crack n'est en rien spécifique à la France. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies travaille actuellement sur ces questions : l'Allemagne, le Danemark, le Royaume-Uni sont confrontés à la même problématique que la France.

Si ces nouveaux profils existent et sont de plus en plus visibles, ils restent minoritaires : le profil classique du consommateur de crack reste celui d'un usager très précaire âgé en moyenne de 45 ans.

Mme CADET-TAÎROU ajoute que les données du réseau TREND montrent qu'au moment où les quantités de cocaïne arrivant en France sont devenues plus importantes, aux alentours de 2016, un passage au crack a pu être observé chez des publics précaires : des usagers

d'opioïdes issus d'Europe de l'Est, des mineurs non accompagnés ou des jeunes errants (dont beaucoup issus de l'ASE). Le réseau TREND produit un rapport annuel. Il avait déjà pointé des personnes totalement insérées venant fréquenter temporairement les scènes parisiennes à l'époque de la colline du crack.

Mme B. demande si un changement de profil des usagers a pu être constaté par rapport aux années 1990.

Mme JAUFFRET ROUSTIDE répond que le crack n'est pas un phénomène récent. Les travaux de François-Rodolphe INGOLD et Mohammed TOUSSIRT montrent qu'il touchait le nord-est parisien dès la fin des années 1980 et qu'il s'est développé, notamment à Stalingrad, dès le début des années 1990. À cette époque, outre d'anciens héroïnomanes, les usagers venaient principalement des territoires ultramarins ou étaient travailleuses du sexe. Aujourd'hui, ces deux derniers profils n'apparaissent plus. On retrouve les anciens héroïnomanes (en raison de la qualité moindre de l'héroïne et de la disponibilité accrue de cocaïne et de crack) auxquels s'ajoutent les nouveaux profils évoqués précédemment. Si les profils ont évolué, les usagers restent toutefois des personnes précaires.

La problématique du crack est fondamentalement liée à la question de la précarité : le fait qu'une grande partie des usagers de crack soient précaires nécessite des prises en charge spécifiques alliant des espaces de consommation pour réduire l'impact dans l'espace public et des dispositifs d'hébergement ou d'accompagnement.

Mme CADET-TAÏROU note que le crack est tout de même très addictogène.

M. COUTERON estime que cet effet pharmacologique spécifique n'entre pas en contradiction avec le fait qu'une partie des problèmes liés aux scènes ouvertes réside dans la précarité. Il faut parvenir à associer ces deux dimensions. La consommation de crack n'a pas les mêmes conséquences sur des personnes socialement insérées que sur un public précarisé.

4. Conclusions et recommandations

Mme B. demande si les recommandations issues du rapport ont pu être présentées aux professionnels susceptibles de les mettre en œuvre, quelles ont été leur réaction, et si certaines de ces recommandations sont déjà appliquées ou proches de l'être.

Mme JAUFFRET ROUSTIDE indique que les professionnels ont été les premiers à bénéficier d'une présentation des résultats de l'étude : la MILDECA, la préfecture, la MMPCR, ou plus récemment le Centre Marmottan.

Les réactions sont à chaque fois très positives. En partant de la parole des usagers, certains décalages entre les besoins qu'ils exprimaient la perception qu'en avaient les professionnels ont pu être travaillés. Tel est le cas par exemple de la nécessité de faire des pauses dans la consommation. Le rapport a aussi pu faire apparaître une forme d'idéalisation du sevrage chez les usagers.

Les recommandations issues du rapport sont prises en compte dans les nouveaux dispositifs proposés : des salles d'inhalation adossées à des dispositifs d'hébergement avec un accent mis sur la prise en charge psychiatrique. Ces recommandations sont en cours d'application.

Mme B. remarque qu'il est proposé de développer les prises en charge thérapeutiques tout en éloignant les usagers des lieux de consommation. Cela a-t-il donné lieu à une réponse de la part du ministère de la Santé, lequel sera appelé à coordonner ces mesures d'éloignement au niveau national ?

Mme JAUFFRET ROUSTIDE insiste sur le fait que les recommandations portent aussi bien sur la mise en place d'espaces de consommation, afin de désengorger les scènes ouvertes, que sur le développement de postcures. Aucune réponse directe du ministère de la Santé

n'a été apportée sur ces points. À travers les entretiens menés avec les usagers et les professionnels, le rapport a identifié des zones géographiques où il est nécessaire d'installer des Haltes soin addiction : les 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements, ainsi que la Seine-Saint-Denis. Il est à noter que Lille ou Bordeaux connaissent également une augmentation importante du nombre d'usagers de crack.

M. COUTERON souligne l'importance de l'idéalisation du sevrage évoquée précédemment. Elle était déjà observable chez les héroïnomanes. Beaucoup d'études montrent que le sevrage nécessite une mise en place progressive, sous peine d'échouer.

Mme JAUFFRET ROUSTIDE ajoute que les sevrages peuvent fonctionner dès lors qu'ils sont associés à des dispositifs d'hébergement. Bien qu'ils soient minoritaires, il existe des cas d'usagers très précaires sevrés. Le manque de lits de sevrage est problématique à cet égard. En revanche, il est établi que la désintoxication forcée, évoquée notamment par Valérie Péresse et pratiquée dans certains pays totalitaires, ne fonctionne pas. Par ailleurs, il est important de ne pas opposer sevrage et réduction des risques : mettre en place des espaces de consommation ne signifie en rien renoncer au sevrage, comme voudrait le faire croire certains. Il faut partir des demandes des usagers et pouvoir leur proposer une palette de dispositifs.

Mme B réaffirme que les usagers expriment un besoin d'éloignement.

Mme CADET-TAÏROU note que même en rase campagne, il est possible de se procurer de la cocaïne.

M. COUTERON confirme que les usagers expriment ce besoin d'éloignement. L'audition de Mario BLAISE l'a déjà révélé ; les auditions de Florence VORSPAN et des associations Ophelia ou Aurore seront l'occasion d'y revenir. L'Observatoire ne prétend pas élaborer un nouveau Plan crack, mais permettre à des riverains d'interroger des professionnels en partant de leur expérience.

5. Être riverain d'une scène ouverte

Mme B relève que l'étude présentée n'évoque pas du tout la question des riverains. Ce sujet semble éludé. Minimiser les impacts négatifs sur les riverains en mettant en concurrence les souffrances est susceptible de braquer certains d'entre eux quant à la mise en place d'une politique de réduction des risques. Les habitants subissent aussi cette situation. Des habitants ont-ils été interrogés dans le cadre de l'étude ?

Mme JAUFFRET ROUSTIDE répond que les riverains ont été interrogés dans le cadre de l'étude portant sur l'évaluation des SCMR. En revanche, la commande faite par l'ARS et la MMPCR en 2019 n'incluait pas la question des habitants.

La mise en concurrence des souffrances est un point à souligner. Il a été traité dans l'article publié par *The Conversation*. Une certaine instrumentalisation politique tend à opposer usagers et riverains. Or, lorsque des évacuations non concertées ont lieu, elles sont tout aussi délétères pour usagers que pour les riverains. En matière de tranquillité publique, le rapport met l'accent sur le développement des maraudes.

M. COUTERON précise que cet article est disponible sur le site de la mairie. Si la question des habitants n'a pas été traitée dans le rapport présenté, les outils pour ce faire sont prêts.

Mme B demande s'il serait intéressant d'évaluer les effets psychiques que peuvent avoir les scènes de violence et de misère sur les riverains, particulièrement sur les enfants.

Mme JAUFFRET ROUSTIDE confirme qu'il s'agit en effet d'un élément important qui a été abordé dans le rapport de l'évaluation des SCMR. S'agissant plus particulièrement des enfants, certains riverains de la scène de Lariboisière ont mentionné utiliser les SCMR pour aborder le sujet de la prévention avec les leurs. La scène des jardins d'Éole est très différente : en l'absence d'espace de consommation, la visibilité des personnes toxicomanes est plus importante. Il faut pouvoir travailler sur le thème des enfants riverains de scènes ouvertes. Contact sera pris avec les habitants membres de l'Observatoire pour ce faire.

Mme B note qu'il s'agit d'une question de santé publique aussi pour les riverains. Existe-t-il des cas de riverains de scènes ouvertes devenus toxicomanes du fait de la promiscuité ?

Mmes JAUFFRET ROUSTIDE et CADET-TAÏROU répondent par la négative.

Mme B mentionne que les habitants ont l'impression qu'un déséquilibre important existe entre les dispositifs ouverts le jour et ceux accessibles la nuit, moment où les nuisances sont les plus importantes.

Mme JAUFFRET ROUSTIDE note qu'il n'est pas permis en France de consommer dans les lieux d'hébergement. Il est donc difficile pour certains usagers d'avoir accès à ces lieux, et cela a un impact sur la tranquillité publique. Le Danemark est confronté à une augmentation très importante de la consommation de crack, mais sans scène ouverte parce que les usagers peuvent se rendre dans des espaces de consommation le jour et consommer dans les lieux d'hébergement la nuit.

Mme CADET-TAÏROU remarque que certains usagers très précaires refusent les hébergements collectifs, lesquels peuvent parfois être plus dangereux et violents pour eux que la rue, et que le Danemark offre peut-être des hébergements individuels.

Mme JAUFFRET ROUSTIDE répond que ce pays dispose d'hébergements individuels ou collectifs, et que la consommation y est tolérée de la même manière.

Mme B a pu discuter avec des toxicomanes qui pourraient bénéficier de chambre, mais qui préfèrent rester dans la rue avec leurs amis pour consommer.

Mme CADET-TAÏROU confirme ce point.

M. DAGNAUD remercie les participants. La confrontation des expertises et l'échange avec les riverains sont des éléments éclairants qui constituent la valeur ajoutée de l'Observatoire. La question de la consommation ne peut pas être écartée d'un revers de main. Face à l'incompréhension que la situation suscite, sans doute faut-il reformuler la démarche : la question de la consommation n'est qu'une manière d'aborder la prise en charge.

Il est apparu que certains dispositifs faisaient défaut dans le parcours de prise en charge des personnes toxicomanes, spécialement en bout de chaîne : les lits de sevrage manquent. Bien que le sevrage s'inscrive dans un processus, il demeure une finalité. Sortir le maximum de personnes de cette addiction sévère et terriblement destructrice implique donc de poser la question des lits de sevrage et de leur dimensionnement.

M. COUTERON précise que l'ajout de l'audition de la Pr Florence VORSPAN, du Dr Catherine PEQUART et du Dr Mario BLAISE répond précisément à cet objectif, et remercie les intervenantes d'avoir répondu aux questions des riverains.

La session s'achève à 20h55.