

Les solutions pour la prise en charge des consommateurs de crack

De la réduction des risques au soin

Note de plaidoyer · février 2022

PLAIDOYER

Partie 1 • Introduction

Mettre fin au clivage stérile entre abstinence et réduction des risques

Les scènes ouvertes de consommation en milieu urbain et les débats récurrents autour des salles de consommation mettent régulièrement à l'agenda le sujet de la consommation de crack en France.

Certains discours opposent volontiers la réduction des risques, incarnée notamment par les salles de consommation à moindre risque (récemment rebaptisées haltes soins addiction ou HSA) à des politiques de sevrage basées sur l'abstinence.

Pourtant, les professionnels qui prennent en charge les consommateurs de crack depuis des années le savent : ce clivage est stérile. Il n'existe pas un consommateur type et chaque accompagnement, s'il veut être efficace, doit répondre à la situation particulière de chacun.

Il reste un combat à mener pour la réduction des risques en France : si ce type de programmes a fait ses preuves, tant en Europe que dans notre pays, il continue d'exister

un discours politique de rejet total qui prospère au détriment des personnes dépendantes.

Pour autant, le soin basé sur l'abstinence est loin d'être dépassé. Au fil des années et des situations, sa pratique s'est diversifiée afin de s'adapter à la partie du public pour lequel il correspond à une aide réelle et, là encore, démontrée.

Ainsi, les réponses aux problématiques crack existent mais sont plurielles et il convient d'accepter cette pluralité ainsi que le principe d'individualisation des réponses. Car il n'existe pas de parcours unique et linéaire

pour un consommateur de crack : l'accompagnement dépend nécessairement des besoins et des moments de vie des personnes suivies.

Définition de la réduction des risques (RdR)

Développée dans les années 1980 en réponse au VIH, l'objectif initial de la RdR était de limiter les contaminations infectieuses liées aux injections de drogue. La démarche s'est élargie à toutes les conduites addictives dans l'objectif d'en limiter les risques et les dommages pour l'utilisateur, son entourage et l'ensemble de la société. La RdR, c'est la prise en main de leur santé par les usagers sans poser de préalable d'arrêt. Parce que la dépendance est un état réversible et que, pour s'en sortir, il vaut mieux ne pas être dans un état de santé trop dégradé, la RdR est une démarche profondément pragmatique.

Définition du soin résidentiel

Le dispositif de soin résidentiel s'organise autour de trois paramètres : le changement d'environnement qui protège d'influences externes ou d'une trop grande proximité vis-à-vis de la substance, le programme thérapeutique dont l'intensité et les propositions variées suscitent le changement, la durée, de plusieurs semaines à plusieurs mois, pour inscrire ce changement au plus près des nouvelles habitudes de vie.

Partie 2

De qui parle-t-on? Les consommateurs de crack sont avant tout un public vulnérable

Pour accompagner un public, il est nécessaire d'en connaître les spécificités.

En 2010, l'Office français des drogues et des tendances addictives (OFDT) a estimé que le nombre d'usagers de crack à entre 11 300 et 20 000 individus en France métropolitaine, dont une grande partie en Île-de-France¹.

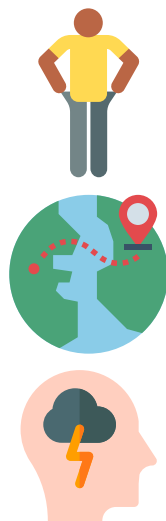
L'étude RECAP² de 2019 montre que, parmi les personnes prises en charge dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour usage d'opioïdes, cocaïne ou autres drogues illicites (hors cannabis) et de médicaments hors usage thérapeutique, « la proportion de consommateurs de crack continue à augmenter. Comme les années précédentes, la proportion de consommateurs de cocaïne poudre et de crack est supérieure parmi les nouveaux patients (30% et 16% parmi les nouveaux patients contre respectivement 25% et 13,5% parmi l'ensemble des patients) ».

Par ailleurs, la Fédération Addiction a interrogé ses adhérents entre septembre et novembre 2021. Nous avons établi qu'un tiers des usagers accueillis et accompagnés dans des dispositifs de soins résidentiels sont consommateurs de crack, en polyconsommation ou non.

Si certains consommateurs sont insérés, il s'agit pour une grande part, notamment en ce qui concerne l'usage dans l'espace public, d'un public en situation de précarité, dont les ressources sont limitées (souvent allocation adulte handicapé ou revenu de solidarité active) et qui est très peu inséré dans le monde du travail. Ce sont des personnes le plus souvent en grande souffrance psychique (pathologies psychiatriques avérées, troubles de la personnalité...). La consommation de crack est prégnante dans leur quotidien.

Beaucoup d'entre eux ont vécu un parcours migratoire traumatique qui a des conséquences sur leur santé mentale. S'ajoute la difficile maîtrise de la langue française qui complexifie l'accompagnement.

11 300 à 20 000
consommateurs de **crack**
en France métropolitaine



**Parmi les consommateurs,
beaucoup...**

**sont en situation
de précarité**

**ont vécu
un parcours migratoire**

**sont en souffrance
psychiatrique**

Partie 3

Un éventail de solutions pour répondre à une diversité de situations

Il n'existe pas un profil type du consommateur de crack : proposer une solution unique à tous n'a pas de sens, pas plus que d'attendre que tous suivent un parcours linéaire.

Ainsi, les dispositifs sont nécessairement complémentaires entre eux : du soin résidentiel à la réduction des risques dans le cadre de haltes soins addictions, avec l'acceptation des allers-retours nécessaires.

Cette mise en complémentarité des dispositifs était l'objectif du « plan crack » signé au printemps 2019 à Paris. Ce plan n'a été que très partiellement réalisé (20 actions sur 33 seulement ont été menées, pas de nouveaux espaces de consommation, peu de places de repos, certes un nombre conséquent de places d'hébergement mais vite saturées...), menant à la situation d'aujourd'hui.

Faire une pause : l'abstinence (mais pas seulement) dans le cadre du soin résidentiel...

Une partie des consommateurs de crack peuvent être orientés vers les dispositifs de soins résidentiels médicosociaux car ils ont avant tout besoin de faire une pause. Il s'agit alors de répondre à leurs besoins élémentaires et vitaux, dans un cadre stable et sécurisant. Cette étape permet un accompagnement pluridisciplinaire avec une prise en charge addictologique mais aussi sociale et psychologique.

Dans ce cadre, la méthode envisagée est l'accès et le maintien de l'abstinence.

Toutefois, le sevrage ne peut pas être conçu comme un outil immédiat et exclusif. Un sevrage se réalise par étape comprenant la maîtrise des consommations et la réduction des risques et des dommages, en agissant sur les conduites individuelles. En effet, les personnes pour qui la consommation a

Le sevrage forcé : une idée non seulement inadaptée mais aussi dangereuse

Selon la Haute Autorité de santé³ : « Le volontariat est un des éléments majeurs de la démarche de sevrage.

La fréquence des rechutes et des décès après un sevrage forcé montre que la contrainte et les pressions sont non seulement incompatibles avec l'établissement d'un contrat de soin, mais aussi inefficaces au plan thérapeutique voire nuisibles. »

constitué une part prégnante du quotidien ont bien souvent besoin de faire des allers-retours entre période d'arrêt et consommation maîtrisée, avant éventuellement d'arriver à maintenir une abstinence à long terme.

... mais tout le monde n'en est pas là

Les salles de consommation : un dispositif qui remplit ses objectifs

Le rapport de l'INSERM de 2021 sur les SCMR démontre que les usagers qui les fréquentent ont moins de pratiques à risques et sont moins susceptibles de consommer dans la rue. Ils sont également plus enclins à accéder aux soins et commettent moins de délits.

Si cette pause est une solution pour une partie des consommateurs de crack, il est nécessaire d'accepter qu'elle n'est pas adaptée à tous : certains consommateurs ne sont pas en mesure de s'arrêter et c'est une réalité qu'il est indispensable de prendre en compte.

Afin qu'elles puissent envisager un premier accompagnement, il est ainsi nécessaire que les personnes qui consomment actuellement dans l'espace public puissent bénéficier de lieux de repos. Et ce d'autant plus si leur consommation peut y être encadrée et sécurisée. Ces dispositifs constituent un contexte de rencontre avec un dispositif d'aide et de soin favorisant les demandes de sortie de rue.

Évidemment, la création des espaces de repos et l'ouverture de lieux supplémentaires de consommations supervisée ne constituent pas une réponse magique et totale, mais elles sont un élément de la réponse plurielle à ce problème

Le soin résidentiel: un dispositif adapté, à la croisée de la réduction des risques et du soin

Les dispositifs de soin résidentiel médicosociaux sont à la croisée des méthodes de prise en charge des addictions. Initialement construits autour de l'abstinence et de son maintien, ils ont su évoluer en prenant en compte la gestion des consommations et la réduction des risques.

Il convient ici de noter que l'abstinence, même si elle peut être souhaitable, n'est pas un but en soi: le premier objectif est la (re)construction de liens sociaux entre les personnes. Le soin résidentiel en offre le cadre collectif.

Dans le parcours des publics consommateurs de crack, le but premier des personnes est de renouer avec leurs familles lorsque cela est possible, de retrouver du sens à leurs vies, etc. La structure de soin résidentiel devient alors le lieu de refonte des liens par un accompagnement basé sur le collectif mais aussi sur une prise en soin individualisée en fonction des profils.

Sur le plan psychologique, l'accompagnement en soin résidentiel médicosocial collectif présente un bénéfice spécifique auprès des usagers car il s'inscrit dans leur quotidien, au plus près de leurs besoins, et ce de manière durable et continue. C'est avec une nouvelle manière de vivre et d'appréhender cette

plurifactoriel qu'est la consommation de crack dans l'espace public.

vie que les usagers vont pouvoir se sentir mieux, développer leur pouvoir d'agir et ainsi adopter de nouvelles conduites liées à leurs addictions.

Très concrètement, le soin résidentiel permet d'organiser l'occupationnel pour limiter l'effet «*craving*» (le besoin de consommer lié au manque ressenti). L'accompagnement est fondé sur la bienveillance et le respect.

Par ailleurs, la prise en charge au sein des dispositifs de soin résidentiel médicosocial collectif a lieu dans la durée et assure une reprise en main du corps de la personne: rétablissement du poids et de la dentition avec une meilleure hygiène de vie, traitement des infections sexuellement transmissibles, dépistage des maladies chroniques, etc.

Enfin, le soin résidentiel permet d'éloigner les usagers de leur environnement de vie (entourage, habitudes de consommations) ce qui leur permet une mise à l'écart des produits et un travail d'autorégulation de leurs émotions. Ils résident en un lieu sécurisant et stable, à la différence d'un squat ou de la rue.



Références du document :

¹ OFDT, *La cocaïne basée en France métropolitaine: évolutions récentes*, décembre 2013

² OFDT, *Bilan RECAP 2019*, novembre 2020

³ HAS, *Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés*, avril 1998

⁴ Chambre régionale des comptes d'Île-de-France, *La mise en oeuvre du « plan crack » à Paris*, décembre 2021

La communauté thérapeutique d'Aubervilliers
gérée par l'association Aurore

Partie 4 • Nos recommandations

Les mesures nécessaires pour améliorer la continuité de la prise en charge

Comme nous l'avons vu, la place des dispositifs de soins résidentiels médicosociaux collectifs dans le parcours des usagers consommateurs de crack est centrale. Toutefois, la complémentarité entre ce dispositif et les autres semble peu émerger dans le

débat public. Il s'agit pourtant là de la clé susceptible de mettre fin aux problèmes que posent les scènes ouvertes de consommation à Paris et ailleurs en France.

Nous proposons plusieurs recommandations :

1

Mettre fin aux discours qui opposent la réduction des risques (et en particulier les salles de consommation à moindre risque) à l'abstinence : les réflexions sur ces questions doivent se fonder sur des faits et non des *a priori*.

2

Sensibiliser l'ensemble des professionnels impliqués dans le parcours des usagers consommateurs de crack aux dispositifs existants, de la réduction des risques au soin. Cela inclut les personnels des structures associatives impliquées mais également les agents de la justice et des forces de l'ordre.

3

Mettre en place une coordination effective entre les différentes parties prenantes sur un territoire : préfecture, ARS, collectivités, forces de police, justice, comme le demande l'audit de la chambre régionale des comptes⁴.

4

Donner au soin résidentiel les moyens nécessaires pour accueillir les publics.

5

Offrir à ce secteur une attractivité suffisante pour y accueillir plus de professionnels.



La salle de consommation à moindre risque de Strasbourg, gérée par l'association Ithaque

Claude Truong-Ngoc / Wikimedia Commons - cc-by-sa-3.0