

Cour des comptes



Chambres régionales  
& territoriales des comptes

## ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

---

# LA MISE EN ŒUVRE DU « PLAN CRACK » À PARIS

AUDIT FLASH

Décembre 2021



# SOMMAIRE

- 5 PROCÉDURES ET MÉTHODES
- 7 SYNTHÈSE
- 11 INTRODUCTION
- 14 I - L'OBJECTIF PRINCIPAL DU « PLAN CRACK » :  
LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE
  - 14 A - L'engagement des acteurs publics à partir  
de 2018 pour intensifier et mieux coordonner  
leurs interventions
  - 16 B - La réduction des atteintes à la tranquillité  
publique : une finalité indirecte du plan
  - 17 C - Les limites intrinsèques du plan adopté  
en mai 2019
- 19 II - DES RÉSULTATS RÉELS MAIS PARTIELS  
ET DÉPOURVUS D'EFFETS SUR LES ATTEINTES  
À LA TRANQUILLITÉ PUBLIQUE
  - 19 A - Une majorité d'actions mises en œuvre  
et des moyens budgétaires nettement  
plus élevés que prévu
  - 21 B - La mise en œuvre inégale des actions,  
du premier accueil à l'hébergement d'urgence
  - 26 C - La logique de parcours souvent bloquée  
par le manque d'hébergement « en aval »
  - 28 D - La rareté des ressources humaines  
et foncières, deux goulets d'étranglement  
non anticipés

# SOMMAIRE

29	III - L'URGENCE DE TIRER LES ENSEIGNEMENTS D'UN DISPOSITIF DÉSORMAIS DÉPASSÉ
30	A - Une coordination progressivement distendue après la mobilisation intense du début de la crise sanitaire (avril-mai 2020)
32	B - L'essoufflement de la dynamique initiale du plan
33	C - Le défaut de suivi de l'exécution du plan à l'origine de la perte d'une vision partagée
35	D - Le dépassement du « plan crack » par d'autres instances et initiatives
36	LISTE DES ABREVIATIONS
38	ANNEXES
44	RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES CONCERNÉS

# PROCÉDURES ET MÉTHODES

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des sept chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles, et enquêtes que l'élaboration des rapports publics qui en résultent : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance institutionnelle** des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses accompagnent toujours le texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

\*

\*\*

Consacré à la mise en œuvre du plan « crack » à Paris, cet audit résulte d'une enquête réalisée par des magistrats de la chambre régionale des comptes Île-de-France dans le cadre d'une formation interjuridictions constituée avec trois chambres de la Cour des comptes. L'analyse porte sur le plan d'action triennal conclu en 2019 entre la préfecture de région Île-de-France (PRIF), la préfecture de police (PP), la Mildeca (mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives), l'agence régionale de santé (ARS) et la Ville de Paris dans le but de renforcer leur coopération et la mutualisation de leurs moyens.

Trois questionnaires ont été adressés aux signataires du plan susmentionnés; les associations ayant été destinataires d'un questionnaire unique adapté. Des entretiens se sont tenus avec les représentants des signataires du plan ainsi qu'avec ceux des associations qui contribuent à sa mise en œuvre. Les rapporteurs ont effectué des visites de terrain et pu aussi rencontrer des représentants de l'observatoire citoyen de la toxicomanie.

\*  
\*\*

Le projet de rapport a été délibéré, le 27 septembre 2021, par la formation interjuridictions présidée par M. Christian Martin, conseiller maître, président de la chambre régionale des comptes Île-de-France, et composée de Mmes Casas, Mondoloni et Reynier, conseillères maîtres, M. Alain Stéphan, conseiller maître, ainsi que, en tant que rapporteure, Mme Sarah Birden, première conseillère à la chambre régionale des comptes Île-de-France, et, en tant que contre-rapporteure, Mme Anne Mondoloni, conseillère maître, présidente de section.

Il a été examiné et approuvé, le 12 octobre 2021, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, Mme Camby, rapporteure générale du comité, M. Morin, M. Andréani, Mme Podeur, M. Charpy, M. Gautier, Mme Démier, M. Bertucci, présidents de chambre de la Cour, M. Martin, M. Meddah, M. Lejeune, M. Advielle, Mme Bergogne, Mme Renet, présidents de chambre régionales des comptes, Mme Hirsch, Procureure générale, entendue en ses avis.

# SYNTHÈSE

Depuis les années 1990, le trafic et la consommation du crack, drogue dure dérivée de la cocaïne, se sont enracinés dans le nord-est de Paris. Au cours de la dernière décennie, ils ont donné lieu à la concentration d'un nombre croissant de toxicomanes dans certains lieux des 18<sup>ème</sup>, 19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> arrondissements. Quand les tensions deviennent trop fortes avec les riverains, la police déplace les regroupements d'un quartier à l'autre.

Face à cet épineux et lancinant problème, à la fois de santé et de sécurité publiques, la préfecture de la région Île-de-France, la préfecture de police de Paris, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), l'agence régionale de santé (ARS), la Ville de Paris et le parquet de Paris ont décidé de renforcer et de mieux coordonner leurs actions en signant, le 27 mai 2019, un protocole en forme de plan d'action commun couvrant les années 2019 à 2021.

## **L'objectif premier du plan était de tenter de sortir les usagers du crack de la rue et de traiter les risques et dommages pour leur santé.**

Le « plan crack » était structuré autour de l'idée centrale que proposer aux consommateurs de cette drogue, en errance sur la voie publique, un accueil, une solution d'hébergement, un accompagnement médico-social, était la meilleure stratégie pour les éloigner de la rue. Aussi, la grande majorité des 33 actions du plan se plaçaient sur le terrain de la prise en charge sanitaire et sociale. Il s'agissait à la fois de donner davantage d'ampleur à des actions déjà en cours, comme les maraudes, mais aussi d'expérimenter de nouveaux dispositifs d'accompagnement des personnes dans une logique de parcours visant, dans un premier temps, à les mettre à l'abri puis à prendre en charge leur addiction.

La réduction des atteintes à la tranquillité et à la sécurité publiques était un objectif indirect et de second rang, tributaire de la réussite des actions à caractère médico-social. La plus-value indéniable du « plan crack » par rapport aux démarches antérieures était de proposer une approche globale, rassemblant l'ensemble des acteurs publics concernés et les associations de travailleurs sociaux et de médecins, chargées de la mise en œuvre des actions sur le terrain.

## **Au regard de son objectif principal, le plan a produit des résultats réels mais partiels et sans effet sur les atteintes à la tranquillité publique.**

En juin 2021, une majorité des actions programmées (19 sur 33) avaient été mises en œuvre. Les dépenses réalisées par la Ville de Paris et surtout l'État de 2019 à 2021 ont dépassé largement leurs engagements initiaux. Elles devraient finalement s'élever à près de 25 M€ au lieu des 3 M€ par an (soit 9 M€ au total) prévus au départ. Cependant, la mise en œuvre des actions a été inégale.

Les maraudes assurées par des associations, déjà pratiquées avant le plan, se sont développées et diversifiées. Surtout, le résultat le plus marquant est le grand développement de la mise à l'abri en hôtels, qui a été favorisé par le contexte de la crise sanitaire. Ainsi, l'accroissement des dépenses correspond en grande partie à l'augmentation du nombre de places dans les dispositifs d'hébergement d'urgence et de réinsertion sociale et d'hébergement avec accompagnement sanitaire (Accompagnement Social et aux Soins, Orientation. Réinsertion Ensemble - Assore, Pour un hébergement et un accès aux soins ensemble - Phase).

En revanche, les structures de premier accueil (salles de repos, salles de consommation à moindre risque) n'ont pas connu le développement attendu. Le plan n'avait pas anticipé l'impact de deux freins puissants : d'une part, la difficulté rencontrée par les associations pour recruter davantage de personnels soignants (infirmiers, médecins addictologues, psychologues) mais aussi d'éducateurs et de travailleurs sociaux ; d'autre part, la rareté des emprises foncières disponibles pour implanter de nouvelles structures d'accueil.

Plus fondamentalement, la logique de parcours, qui était au cœur de la prise en charge médico-sociale, a été entravée par le manque de places d'hébergement « en aval », destinées à un séjour plus pérenne que l'hébergement d'urgence. Leur nombre a été dépassé par l'afflux de nouveaux consommateurs.

### **Le plan adopté en mai 2019 comportait des limites intrinsèques qui expliquent ses résultats incomplets.**

Certaines étaient relatives à son champ d'intervention, géographiquement circonscrit à Paris *intra muros* et, surtout, laissant de côté l'action des services de police et de justice en matière de lutte contre les trafics. Même si la préfecture de police de Paris et le parquet de Paris en étaient signataires, le plan « crack » ne comportait aucune mesure particulière visant à renforcer l'interpellation des revendeurs. La préfecture de police estime que la mobilisation de ses services a permis de procéder à un nombre accru d'interpellations de dealers. La Ville de Paris juge l'action répressive insuffisamment efficace.

De plus, la portée des actions retenues a été limitée au regard des propositions formulées en 2018 au cours de la concertation préalable organisée par la Mildeca. Concernant les espaces de repos, le plan n'a pas imposé leur ouverture la nuit, période pourtant la plus sensible. S'agissant des « salles de consommation à moindre risque », il a seulement prévu une réflexion sur l'ouverture de nouvelles structures, une seule existant à ce jour. En matière d'hébergement d'urgence et d'accompagnement médical, le plan a été conçu dans une logique d'expérimentation et n'a pas été dimensionné pour couvrir l'ensemble des consommateurs de crack en errance dans la rue (700 à 800 consommateurs précaires).

Dans ces conditions, seuls les dispositifs de premier accueil tels que les maraudes ou la distribution de matériels de réduction des risques étaient susceptibles de couvrir la majorité de la population concernée, mais sans avoir pour vocation de réduire le nombre de toxicomanes présents dans l'espace public.

En conséquence, même si les actions du plan, par leur nature, peuvent apparaître pertinentes au regard des buts recherchés, leur impact, en termes de réduction des troubles causés à la tranquillité publique, s'avère limité.

**Alors que le « plan crack » (2019-2021) arrive à son terme, il apparaît urgent de tirer les enseignements d'un dispositif désormais dépassé.**

La volonté de renforcer la coordination des acteurs publics et associatifs était à l'origine du « plan crack » de mai 2019. De fait, cette coordination a été étroite au début de la crise sanitaire (avril-mai 2020), qui a imposé dans l'urgence la mobilisation intense de tous les intervenants. Par la suite, elle s'est progressivement relâchée. Les réunions des instances de gouvernance du plan sont devenues moins fréquentes et, surtout, moins conclusives. Les actions nouvelles se sont faites rares. Des faiblesses sont apparues dans l'articulation des différents dispositifs. La dynamique initiale du plan est retombée.

De surcroît, l'exécution du plan a fait l'objet d'un suivi insuffisant. Certes, celui-ci a pu être assuré par action, dans la relation entre pilote/financeur et opérateur associatif, mais les informations n'ont pas été consolidées au niveau global. Il en a résulté la perte d'une vision partagée ainsi qu'une évaluation parcellaire. Les acteurs ont repris leurs distances au moment où ont émergé des initiatives citoyennes face à la poursuite des atteintes à la tranquillité publique.

En septembre 2021, bénéficiant du soutien du Premier ministre, la maire de Paris a engagé ses services dans la recherche de sites permettant d'ouvrir de nouveaux espaces intégrés de prise en charge des usagers de crack. Toutefois, les conditions d'acceptabilité par les riverains rendent cette recherche difficile.

En conclusion, il apparaît que des efforts supplémentaires doivent être conduits afin de réduire la présence des consommateurs de crack sur la voie publique. La coordination des acteurs publics (préfecture de région Île-de-France Ville de Paris, ARS, préfecture de police, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Parquet de Paris) et des opérateurs associatifs doit être relancée. À cette fin, il paraît souhaitable de tirer sans tarder les enseignements du « plan crack » 2019-2021, sur la base d'une appréciation, partagée par l'ensemble des partenaires, des acquis et limites de chacune des actions réalisées et des modalités de leur mise en œuvre.

## Les dix chiffres clés du « plan crack » :

Nombre	Item
700 à 800	Le nombre de consommateurs de crack à Paris dans l'espace public
3	Le nombre d'arrondissements parisiens sur lesquels se concentrent les consommateurs : le 18 <sup>e</sup> , le 19 <sup>e</sup> et le 20 <sup>e</sup> ; plus particulièrement : la place Stalingrad, la Porte de la Chapelle et le jardin d'Eole
3	Le nombre d'années sur lesquelles s'étale le "plan crack" (2019-2021)
4	Le nombre d'axes du "plan crack" : premier contact, hébergement, espaces publics, connaissance scientifique
6	Le nombre de signataires du "plan crack" : à l'initiative de la Mildeca, la préfecture de la région Île-de-France, la préfecture de police de Paris, l'ARS d'Ile-de-France, la Ville de Paris et le Parquet de Paris décident de mieux coordonner leurs actions
6	Le nombre d'opérateurs identifiés par le "plan crack" et qui prennent part à la mise en œuvre opérationnelle du volet médico-social : les associations Gaïa, Nova Dona, Oppélia Charonne, Aurore et Safe et le GIP Samusocial.
33	Le nombre d'actions comprises dans le plan crack ; la majorité relève de la prise en charge médico-sociale
20	Le nombre d'actions mises en œuvre en juillet 2021, soit cinq mois avant l'échéance du plan (cinq partiellement mises en œuvre et huit dont la mise en œuvre n'a pas commencé)
Près de 25 M€	En millions d'euros, le coût actualisé du plan depuis sa mise en œuvre
440	Le nombre maximal de consommateurs mis à l'abri durant la crise sanitaire

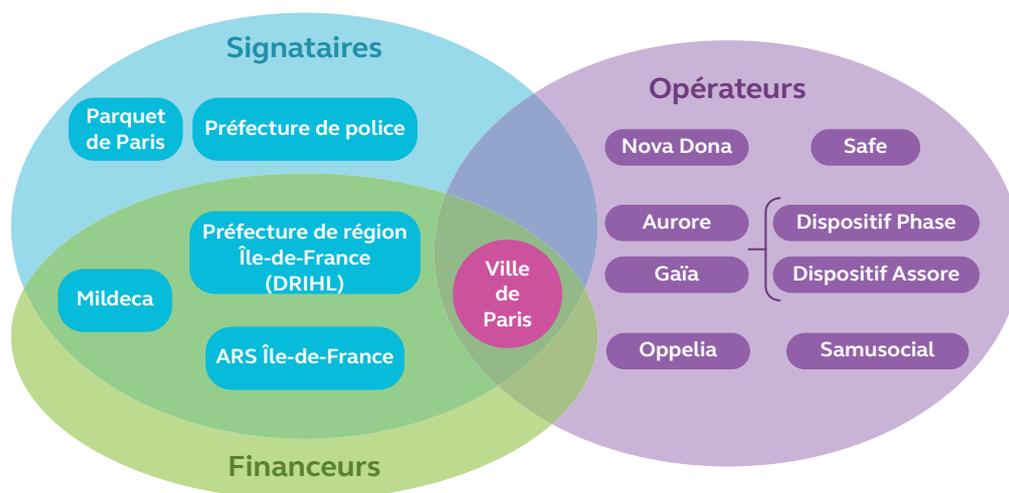
Source : Cour des comptes

# INTRODUCTION

La présence de consommateurs de crack dans les arrondissements du nord-est de Paris date des années 1990 mais s'est fortement accentuée depuis en raison de la plus grande disponibilité de la cocaïne. La population concernée par la consommation de crack à Paris dans l'espace public est estimée, dans les différentes études, à environ 700 à 800 personnes.

Le présent rapport porte sur un protocole, ci-après dénommé « plan crack », qui a été signé le 27 mai 2019 par la préfecture de région Île-de-France, la préfecture de police de Paris, la Ville de Paris, l'agence régionale de santé (ARS), la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) et le parquet de Paris. D'une durée de trois ans (2019-2021), il avait pour objectif « une meilleure régulation de l'espace public » et « une politique coordonnée de réduction des risques et des dommages en faveur des usagers de crack et poly-consommateurs en errance ».

Schéma n° 1 : les acteurs du plan crack



Source : Cour des comptes

Le « plan crack » est centré sur l'accompagnement des consommateurs de cette drogue et la réduction des risques et dommages auxquels ils s'exposent<sup>1</sup>. Il cherche à engager un parcours de réinsertion. Il ne vise pas directement l'arrêt de la consommation par les toxicomanes ni l'élimination du trafic.

1. Définition du concept de réduction des risques et des dommages par la Mildeca. Il s'agit d'« une politique entre humanisme, sciences et pragmatisme. La consommation de produits psychoactifs (alcool, tabac, drogues) comporte des risques sanitaires et peut provoquer des dommages sociaux. La réduction des risques et des dommages (RDRD), sans nier le caractère illicite de certains usages, permet de considérer l'addiction comme une maladie chronique. Elle s'adresse également aux personnes non dépendantes dont les pratiques s'avèrent particulièrement dangereuses. Elle reconnaît que l'arrêt de la consommation n'est pas possible pour certaines personnes, à certains moments de leur trajectoire, et qu'il faut alors mobiliser des leviers pragmatiques et adaptés pour améliorer leur qualité de vie ».

Il comprend 33 actions dont la majorité relèvent de la prise en charge médico-sociale à travers le renforcement des maraudes, l'accueil, l'hébergement, l'accompagnement social et sanitaire.

L'audit-flash conduit par la Cour des comptes et la chambre régionale des comptes d'Île-de-France s'est attaché à analyser le degré de mise en œuvre des actions inscrites dans le plan.

Les rapporteurs ont mené des entretiens avec les représentants des signataires du plan et avec ceux des associations qui ont assuré sa mise en œuvre opérationnelle (Aurore, Gaïa, Nova Dona, Safe)<sup>2</sup>. Malgré le contexte de la crise sanitaire, la majorité des entretiens ont eu lieu sur place. Les rapporteurs ont effectué des visites de terrain. Ils ont aussi rencontré des représentants de l'Observatoire citoyen de la toxicomanie.

La finalisation du présent rapport a été tributaire de la qualité des informations fournies, dont il n'a pas toujours été possible, dans les délais impartis, de vérifier la fiabilité et la cohérence. Dans le cadre de la procédure de contradiction, il a été tenu compte des réponses au rapport provisoire, y compris les plus tardives, des signataires du plan et des opérateurs associatifs.

### Qu'est-ce que le crack ?

Le « crack » ou « *free base* » est l'appellation couramment utilisée pour désigner une drogue obtenue à partir d'une même substance psychoactive, la cocaïne base, issue d'un mélange de cocaïne, d'eau, de sel et d'une base (ammoniaque ou bicarbonate de sodium). En chauffant ce mélange, la cocaïne précipite en se solidifiant. Le résidu solide est alors extrait de l'eau. Le crack se consomme fumé à l'aide d'une pipe à crack mais peut également s'injecter grâce à l'adjonction d'acide citrique pour le rendre soluble. Les seuls éléments indispensables à la production de la cocaïne base sont un peu d'eau, un récipient, un outil pour mélanger et une flamme. Un savoir-faire spécifique est important mais les consommateurs déclarent souvent que le « coup de main » est rapide à acquérir. Les réseaux de dealers sont de faible importance. Les quantités de produits et les sommes saisies lors des interpellations sont le plus souvent modestes. Les dealers de crack, appelés « modous », sont généralement originaires de l'Afrique de l'Ouest, notamment du Sénégal. Ce trafic est étroitement dépendant de celui de la cocaïne.

---

2. L'association Oppelia n'a pas donné suite ainsi que le Samusocial.

La consommation de crack exerce un puissant effet de stimulation mentale et de plaisir, quasiment immédiat. Cet effet ne persiste que quelques minutes, ce qui fait naître chez le consommateur une envie compulsive de renouveler la prise. La consommation de crack est fréquemment associée à celle de l'alcool ou d'autres produits stupéfiants comme le cannabis. Le crack provoque une forte dépendance psychique et, consommé intensivement, une rapide désocialisation. Toute la vie du consommateur tourne autour de la recherche et de la consommation de crack. En outre, il n'existe pas, comme pour les opiacés, de traitement de substitution.

Le crack peut être fabriqué par le consommateur lui-même. Quand il est acheté déjà préparé, il est moins pur en cocaïne (généralement 50 % à 70 %) car coupé avec divers produits. Par dose, il coûte beaucoup moins cher que la cocaïne. Même s'il peut être le fait de publics insérés, l'achat à des dealers de crack déjà préparé concerne principalement des populations pauvres ou précaires, et plus encore quand il est consommé dans la rue. Le crack consommé à Paris est préparé dans la région, souvent en Seine-Saint-Denis, par des « cuisiniers ». Les lieux de vente, qui sont exclusivement dédiés au crack, se situent actuellement dans les 10<sup>ème</sup>, 18<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> arrondissements. Les acheteurs consomment généralement le crack immédiatement et sur place.

Il arrive que les consommateurs se revendent entre eux de petites quantités de crack, en un sous-traffic de faible envergure. L'unité classique de revente du crack est la « galette », qui correspond en moyenne à deux consommations. Les consommateurs les plus désocialisés, qui vivent dans la rue, achètent deux à trois galettes par jour environ. En 2017, une « galette » se négociait autour de 14 € dans la rue ou dans le métro parisien et s'achetait 20 € dans certains points de revente. D'autres quantités peuvent être revendues au détail. Une prise, appelée « kiff », est revendue entre consommateurs au prix de 5 €. Un « kiff » peut aussi être échangé, cédé. D'autres types de galettes, plus grosses, peuvent être revendues de 30 à 50 €.

## I - L'OBJECTIF PRINCIPAL DU « PLAN CRACK » : LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE

Le trafic et la consommation du crack dans le nord-est parisien constituent une problématique ancienne qui a pris une acuité croissante. Les lieux de consommation ont connu deux évolutions marquantes depuis une dizaine d'années avec, d'une part, l'arrivée de consommateurs venus d'Europe de l'Est, principalement de Géorgie et de Russie, et, d'autre part, les conséquences directes et indirectes des flux de migrants au milieu des années 2010, dont une partie se trouvent en situation irrégulière sur le territoire français.

### A - L'engagement des acteurs publics à partir de 2018 pour intensifier et mieux coordonner leurs interventions

Face à l'acuité grandissante de la problématique du crack sur le territoire parisien, la préfecture de région et la Mildeca ont organisé en 2018 une première phase de concertation avec tous les acteurs institutionnels et associatifs concernés, destinée à aborder des sujets considérés comme indissociables : la désinsertion sociale des consommateurs de crack (errance et exclusion sociale, difficultés d'accès aux soins, à l'hébergement, au logement, à l'insertion) et l'impact de cette consommation dans les territoires urbains concernés.

Un document établi à l'issue de cette période tirait un premier bilan des actions existantes et en proposait de nouvelles. Il constatait la déconnexion entre les réponses apportées et l'ampleur du phénomène. La conclusion reposait sur l'idée que *« seule une dynamique de travail collective, sur le long terme, en lien étroit et permanent avec les usagers, permettra d'affiner la compréhension des phénomènes qui mettent en difficulté voire en échec l'ensemble des acteurs concernés, d'identifier précisément les freins et les leviers et d'actionner rapidement, efficacement et durablement les solutions identifiées qui doivent être évolutives et adaptées au fur et à mesure de leur mise en œuvre »*<sup>3</sup>.

La Mildeca a alors proposé aux acteurs concernés de poursuivre ce travail et de formaliser une stratégie commune. Après une nouvelle phase de concertation et la création d'un « comité stratégique sur le crack dans le nord-est parisien », un plan complet a été arrêté.

### Un protocole qui réunit les acteurs institutionnels autour d'une approche globale

Les 33 actions opérationnelles du « plan crack » sont organisées autour de quatre axes (cf. annexe n° 1) : le renforcement des maraudes, l'hébergement d'urgence, l'accompagnement social et sanitaire, le meilleur repérage des publics. En 2019, pour sa première année de mise en œuvre du plan, le total des engagements financiers s'élevait à 3 M€, répartis entre l'ARS (1,4 M€), la Ville de Paris (1 M€) et la Prif (1,2 M€ sur deux ans).

---

3. Les propositions des groupes de travail sont détaillées en annexe 2 du présent rapport.

L'intention était de poursuivre deux priorités : d'une part, la nécessité de trouver des réponses adaptées à un problème spécifique de santé publique et, d'autre part, l'impératif

d'apporter aux riverains, en lien avec les mairies d'arrondissement, des réponses concrètes pour le maintien de la tranquillité publique.

### Les troubles publics engendrés par la consommation de crack

Outre le trafic et la consommation de drogues, le crack génère différents troubles associés qui atteignent l'ordre public, la tranquillité publique et la salubrité publique.

Les consommateurs de crack provoquent beaucoup de bruit (cris, vociférations) liés notamment à la consommation d'alcool ou à l'état de manque. Pour acheter et consommer leur drogue, ils occupent des espaces publics (rues, parcs, stations de métro) et des espaces privés (parkings, parties communes d'immeubles, squats) en générant parfois des dégradations. Ils laissent souvent des déchets, dont du matériel usagé pouvant représenter un risque sanitaire (seringues en particulier). Il se produit parfois des violences entre consommateurs, dont des agressions sexuelles pouvant aller jusqu'au viol.

La grande majorité des consommateurs, précaires et sans ressources, se procurent de l'argent par la mendicité, fréquemment agressive, le vol (dont le vol à l'arraché) et la prostitution (à laquelle recourent la majorité des femmes consommatrices en rue).

Tous ces troubles se produisent sur la voie publique, dans des zones densément peuplées, et sont très visibles. Ils perturbent fortement la vie des quartiers et font naître chez les riverains un fort sentiment d'insécurité qui, même sans trouble constitué, peut résulter de l'aspect dégradé et du comportement erratique de certains consommateurs.

Quand les tensions avec les riverains deviennent trop fortes, la police disperse les regroupements et évacue les consommateurs de crack vers d'autres lieux. Ainsi, ce fut le cas de la porte de La Chapelle à la place de Stalingrad, puis de celle-ci au jardin d'Eole et, enfin, le 24 septembre, de la rue Riquet au square de la porte de La Villette.

### Un plan ciblé sur la prise en charge médico-sociale des consommateurs de crack

Le plan s'articulait autour de l'idée centrale qu'éloigner de la rue les consommateurs de crack était le meilleur moyen de répondre au double défi de leur prise en charge sociale et sanitaire et du respect de la tranquillité et de l'ordre publics, en particulier pour les riverains. Il reposait aussi sur l'idée d'un parcours progressif

destiné dans un premier temps à mettre à l'abri les consommateurs de crack puis à prendre en charge médicalement leur addiction.

Ainsi, les actions prévues par le plan crack relevaient surtout, notamment en termes de moyens, de la prise charge médico-sociale des consommateurs à la rue (cf. annexe n° 2). Elles étaient principalement de deux types.

Un premier groupe de 13 actions visait à accompagner les consommateurs, grâce aux travailleurs sociaux, pour réduire les risques sur leur santé et favoriser les parcours de soins : renforcement des maraudes, extension des dispositifs de premier accueil (salles de repos<sup>4</sup>, salles de consommation à moindre risque<sup>5</sup>), accès amélioré au matériel de réduction des risques (notamment par la distribution du « kit crack »).

Un deuxième groupe de 11 actions portait sur la mise à l'abri et l'hébergement : augmentation du nombre de personnes prises en charge dans le cadre du dispositif Assore<sup>6</sup>, du dispositif Phase<sup>7</sup> et des unités d'hébergement spécialisé (UHS), amélioration de l'accès aux accueils de jour et aux centres d'hébergement de droit commun, renforcement du soin résidentiel par la création de places d'hébergement, de places de lits halte-soins-santé (LHSS) et de lits d'accueil médicalisés (LAM).

En complément, six actions avaient pour objet d'intervenir dans l'espace public à la rencontre des consommateurs et de répondre aux besoins des habitants, et trois actions avaient pour but de mieux connaître les usages, les profils et les besoins des consommateurs de crack afin d'adapter les stratégies d'intervention.

Pour chaque action, le plan détaille, d'une part, les pilotes et financeurs, principalement la préfecture de région, l'ARS et la Ville de Paris, et d'autre part, les opérateurs, généralement les associations habituées à intervenir auprès des publics visés, ainsi que des services de la

Ville de Paris pour le volet de l'aménagement urbain et la mise à disposition de ressources foncières. La préfecture de police et le parquet de Paris contribuent dans l'exercice de leurs attributions respectives sans apporter de financement dédiés<sup>8</sup>.

L'adoption du « plan crack » se caractérise donc à l'origine par la volonté affirmée de travail en commun et de coordination renforcée des divers acteurs publics et associatifs impliqués, aux cultures professionnelles parfois très éloignées.

## **B - La réduction des atteintes à la tranquillité publique : une finalité indirecte du plan**

Le sous-titre du protocole (« *pour une meilleure régulation de l'espace public et une politique coordonnée de réduction des risques et des dommages en faveur des usagers de crack et poly-consommateurs en errance* ») montre sa principale dimension, à savoir la prise en charge sanitaire et sociale des consommateurs de crack. Plus précisément, le plan ne vise ni l'élimination du trafic ni l'arrêt de la consommation mais la réduction des risques de santé associés.

Derrière l'expression aux contours flous de « *meilleure régulation de l'espace public* », il vise aussi, en lien avec les maires d'arrondissement, à atténuer l'impact de l'usage de crack vis-à-vis des riverains malgré l'existence de lieux de trafic et de consommation, en s'efforçant d'éviter les situations d'errance des toxicomanes.

---

4. Les espaces de repos qui offrent une halte en journée et proposent des lits, des douches, une machine à laver et quelques activités.

5. La salle de consommation à moindre risque (SCMR), souvent improprement appelée « salle de shoot », permet de consommer hors la rue, en sécurité, avec du matériel sûr et sous supervision. Les consommateurs présentent le produit stupéfiant puis le consomment en box individuel.

6. Assore : dispositif d'orientation des personnes vers des structures d'hébergement d'urgence et à l'hôtel pour, dans un premier temps, les mettre à l'abri, et ensuite envisager un accompagnement médico-social.

7. Phase : dispositif d'hébergement géré par l'association Aurore, destiné à des adultes isolés, sans domicile, malades et présentant une dépendance aux psychotropes.

8. Voir le protocole de mise en œuvre du plan en annexe 1.

En d'autres termes, le plan était conçu pour rendre possible une forme de coexistence dans l'espace public entre consommateurs de crack et riverains. La limitation des atteintes à la tranquillité publique était une résultante espérée de la prise en charge médico-sociale des toxicomanes.

### C - Les limites intrinsèques du plan adopté en mai 2019

Le protocole du 27 mai 2019 a opéré des choix relatifs aux types d'actions retenues et à leur ampleur, qui expliquent pour partie le caractère partiel des résultats obtenus (cf. partie 2).

#### L'absence de volet sur la lutte contre le trafic

La consommation de crack dans l'espace public est favorisée par sa grande disponibilité. Pourtant, le plan ne comporte pas d'actions relatives spécifiquement à la répression du trafic par les services de police et de justice, à l'interpellation des *dealers* et au démantèlement des réseaux. Ces actions sont conduites sans lien apparent avec la mise en œuvre du plan. Il en est ainsi de manière générale en matière de sécurité publique qui n'est pas traitée directement.

En réponse au rapport provisoire de la Cour, la préfecture de police a évoqué le déploiement des effectifs des commissariats des 18<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> arrondissements, de ses services spécialisés, notamment de police judiciaire, et des unités des forces mobiles. Selon elle, cette mobilisation a permis « *une amélioration très significative de la tranquillité publique* » dans les secteurs ciblés et « *une action très forte contre les réseaux de trafic du crack* », permettant de déférer 42 mis en cause en 2021 (de janvier à septembre) contre 46 en 2020 (année pleine).

Pour autant, dans sa lettre à la maire de Paris, datée du 16 juin 2021, le Premier ministre a jugé utile de lui annoncer que « *l'action judiciaire sera renforcée sous l'autorité du procureur de la République avec l'intensification de l'action du groupe local de traitement de la délinquance dédié à la consommation de crack, la poursuite de la politique de déferrement systématique des dealers et consommateurs et le renforcement de l'efficacité des décisions d'interdiction de paraître avec un éloignement géographique plus important* ».

#### Une partie des propositions initiales écartées ou limitées en matière médico-sociale

Le plan crack se fonde sur le diagnostic posé par les groupes de travail mis en place en 2018 dans le cadre de la concertation conduite par la Mildeca. Il a retenu certaines des propositions formulées. L'accent est mis sur le renforcement des maraudes et la création d'un nombre substantiel de places d'hébergement.

Cependant, alors que les groupes de travail préconisaient « *la mise en place d'espaces de consommation adaptés aux consommateurs de crack* », le plan se propose simplement de réfléchir à la mise en place de « *salles de consommation à moindre risque*<sup>9</sup> ». S'il n'appartient pas à la Cour de juger l'opportunité de mettre en place un tel dispositif, il convient de noter que l'intérêt des salles de consommation destinées aux « *inhaleurs* » est mentionné dans toutes les études ayant précédé le plan crack et a fait l'objet de nombreux échanges entre les acteurs institutionnels en réunion ou par courrier.

9. Action 13.

De même, alors que les groupes de travail proposaient la création d'espaces de repos accessibles en journée et la nuit, le plan crack restreint cette mesure à la journée, l'accueil de nuit devenant facultatif (« *et/ou la nuit* »). Or, les principales nuisances pour la tranquillité publique sont principalement constatées la nuit.

Enfin, contrairement aux propositions formulées par les groupes de travail en 2018, le principe de la coordination préalable à l'évacuation des lieux de consommation, identifiée comme centrale pour maîtriser l'évolution des nuisances dans l'espace public, n'est abordé qu'à la marge dans le plan.

### **Le dimensionnement des actions en-deçà de l'importance du public visé**

La proposition d'un changement d'échelle, préconisée par les groupes de travail de 2018, a été inégalement reprise dans le « plan crack ». Les actions n'ont pas été retenues dans la perspective de couvrir toute la population des consommateurs, d'ailleurs croissante, mais de dessiner des parcours. Cette logique de parcours impliquait de procéder à des expérimentations. La phase de la généralisation des actions dépassait l'horizon temporel du plan.

Ainsi, le plan prévoyait initialement la création de 145 places d'hébergement supplémentaires. Cette mesure a été développée de fait sous l'effet de la crise sanitaire qui a conduit à mobiliser plus de 400 chambres (voir *infra*). Cependant, l'association gestionnaire estime qu'il demeure 300 à 350 consommateurs à la rue. Le besoin d'hébergement est bien supérieur à l'offre. Le même constat peut être formulé pour l'ensemble des actions de mise à l'abri et de prise en charge médico-sociale.

Les différents dispositifs n'ont pas été dimensionnés en fonction de la population totale concernés (700 à 800 consommateurs précaires). Par exemple, l'espace de repos de la Porte de la Chapelle déclare une « file active », c'est-à-dire un groupe d'utilisateurs, de 200 personnes environ. L'autre espace de repos est davantage fréquenté mais les ordres de grandeur sont comparables. Le parquet de Paris assure le suivi d'environ 400 injonctions thérapeutiques. Les autres consommateurs de crack, non concernés par ces différents dispositifs, se retrouvent aux deux extrémités du spectre : consommateurs insérés, qui ne sont au demeurant pas en demande d'accompagnement et génèrent un trouble limité, et consommateurs les plus désocialisés, qui ne sont pas en mesure de s'adapter à l'hébergement, refusent les soins et sont davantage générateurs de troubles.

Seuls les dispositifs de premier accueil tels que les maraudes ou la distribution de matériels de réduction des risques sont susceptibles à ce jour de couvrir la majorité de la population concernée. Cependant, ils ne sont pas suffisants pour réduire le nombre de consommateurs de crack présents dans l'espace public.

### **Le périmètre géographique du plan circonscrit à Paris**

La consommation de rue concerne principalement le nord-est parisien mais déborde sur la Seine-Saint-Denis. Les filières d'approvisionnement, quant à elles, s'étendent sur l'ensemble de la région Île-de-France. La question de l'extension du plan hors Paris *intra muros* a été posée lors de son élaboration mais seule la Ville de Paris figure parmi les

signataires du protocole. En juin 2021, le Conseil de Paris a d'ailleurs estimé que d'autres collectivités (métropole du Grand Paris, région Île-de-France, départements voisins) devaient « se saisir de cette question ». La question de

l'adhésion d'établissements hospitaliers a également été posée. Le choix d'un périmètre resserré a prévalu. La coordination des six signataires constituait déjà un défi notable.

## II - DES RÉSULTATS RÉELS MAIS PARTIELS ET DÉPOURVUS D'EFFETS SUR LES ATTEINTES À LA TRANQUILLITÉ PUBLIQUE

Dans l'ensemble, une grande partie des actions inscrites dans le plan ont été effectivement mises en œuvre et ont obtenu des résultats par rapport aux objectifs de prise en charge médico-sociale des consommateurs de crack. Les moyens budgétaires alloués au plan par l'État et la Ville de Paris ont dépassé très largement leurs engagements initiaux du fait particulièrement de la très forte montée en puissance des actions en matière d'hébergement et de mise à l'abri.

Pourtant, face à l'accroissement du nombre de consommateurs de crack et à leur concentration dans quelques lieux de l'espace public, les moyens mis en œuvre n'ont pas permis suffisamment de les écarter de la rue et de réduire ainsi les troubles à l'ordre public.

### A - Une majorité d'actions mises en œuvre et des moyens budgétaires nettement plus élevés que prévu

En juillet 2021, à cinq mois de l'échéance du plan 2019-2021, la mise en œuvre de 20 des 33 actions programmées était achevée ou en voie de l'être ; cinq actions bénéficiaient d'une mise en œuvre partielle. Pour huit actions, la mise en œuvre n'avait pas commencé ou n'en était qu'à ses prémises.

Ce constat global doit être nuancé puisque toutes les actions n'ont pas la même portée. De plus, toutes ne se prêtent pas de la même manière au suivi de leur réalisation : neuf seulement comportaient un objectif chiffré, un « livrable » ou un résultat objectivable. Parmi celles-ci, sept ont été réalisées.

Graphique n° 1 : état de la mise en œuvre<sup>11</sup> du plan crack (juillet 2021)



Source : Cour des comptes

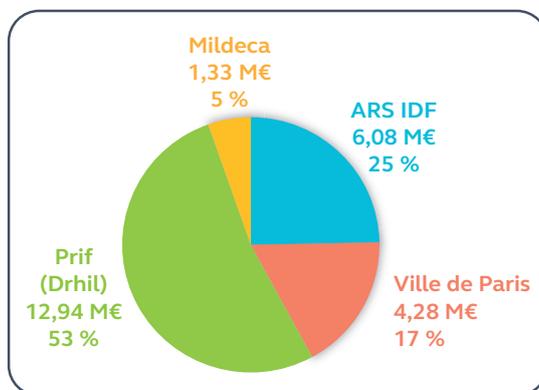
11. Note de lecture : Axe 1 – « Accompagner les consommateurs pour réduire les risques et les dommages et favoriser les parcours de soins » ; Axe 2 – « Héberger, mettre à l'abri, créer des espaces de repos et des unités d'hébergement et de soin résidentiel dédiés afin de permettre une sortie de la rue » ; Axe 3 – « Intervenir dans l'espace public à la rencontre des consommateurs et répondre aux besoins des habitants, dans un souci d'améliorer la tranquillité publique et lutter contre les trafics » ; Axe 4 – « Améliorer les connaissances ».

Enfin, une part non négligeable des actions étaient déjà en cours avant l'adoption du plan alors que d'autres étaient nouvelles. Ainsi, 15 actions sur 33 avaient déjà démarré fin 2018 ou début 2019 avant la signature du protocole qui, les concernant, est davantage venu consacrer une dynamique que l'impulser. De surcroît, parmi ces actions entamées précocement, figurent assez logiquement

celles prolongeant des actions déjà existantes. En revanche, les projets nouveaux accusent du retard et sont loin d'être finalisés.

Sur la base des informations communiquées par les différents signataires du plan, le total des dépenses budgétaires effectuées pour sa mise en œuvre de 2019 à 2021 peut être estimée au minimum 24,6 M€ qui se répartissent comme suit :

**Graphique n° 2 : répartition globale des dépenses identifiées du plan (en M€)**

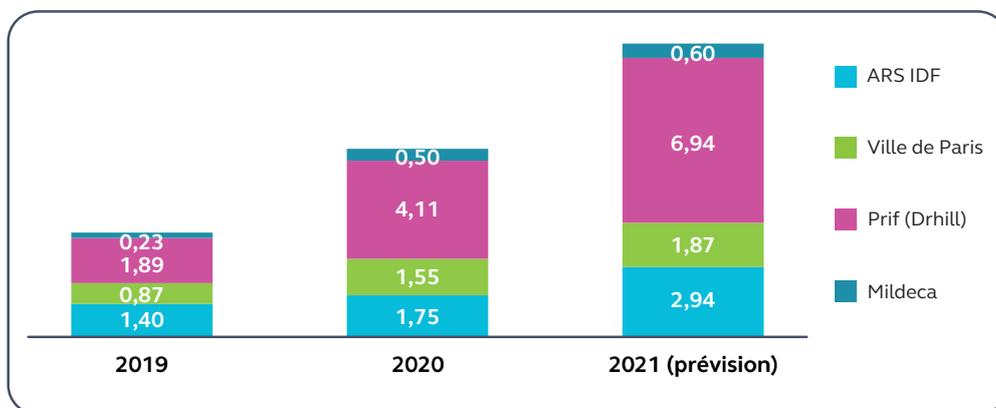


Source : Cour des comptes

Ces sommes correspondent principalement aux charges afférentes aux actions nouvelles et aux subventions versées aux opérateurs associatifs. Les dépenses correspondant

à la prolongation ou au renforcement d'actions existantes menées directement par les signataires n'ont pas toujours pu être chiffrées<sup>12</sup>.

**Graphique n° 3 : dépenses identifiées du plan crack par financeur (en M€)**



Source : Cour des comptes

Note : Les crédits de la Mildeca sont exécutés par la préfecture de région - Prif (Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement)

12. C'est particulièrement le cas de l'axe 3 auquel la Ville de Paris a indiqué consacrer des moyens conséquents mais qu'elle ne peut chiffrer.

## B - La mise en œuvre inégale des actions, du premier accueil à l'hébergement d'urgence

Sur la durée de vie du plan (2019-2021), les actions consacrées à l'hébergement (axe 2) ont consommé 70 % des crédits identifiés du fait de leur essor considérable. En particulier, leur poids a progressé sensiblement en 2021.

Les maraudes (axe 2) ont consommé la quasi-totalité des crédits restants. En termes budgétaires, les autres actions ont un poids marginal, même s'il est probable que les moyens consacrés à l'axe 3 sont sous-estimés dans la mesure où les dépenses afférentes n'ont pas été distinguées au sein du budget des services concernés de la Ville de Paris.

Tableau n° 1 : répartition des dépenses réalisées

	en €	2019	2020	2021 (prévision)
<b>Axe 1 – « Accompagner les consommateurs pour réduire les risques et les dommages et favoriser les parcours de soins »</b>	Prif	41 000	49 000	50 000
	ARS	1 029 250	1 122 052	1 583 240
	Ville de Paris	742 266	1 040 650	1 137 000
	<b>Total</b>	<b>1 812 516</b>	<b>2 211 702</b>	<b>2 770 240</b>
	<i>% des crédits</i>	44%	30%	24%
<b>Axe 2 – « Héberger, mettre à l'abri, créer des espaces de repos et des unités d'hébergement et de soin résidentiel dédiés afin de permettre une sortie de la rue »</b>	Prif	2 031 273	4 542 712	7 482 449
	ARS	335 910	627 775	1 352 554
	Ville de Paris	116 600	490 616	703 400
	<b>Total</b>	<b>2 483 783</b>	<b>5 661 103</b>	<b>9 538 403</b>
	<i>% des crédits</i>	57%	72%	77%
<b>Axe 3 – « Intervenir dans l'espace public à la rencontre des consommateurs et répondre aux besoins des habitants, dans un souci d'améliorer la tranquillité publique et lutter contre les trafics »</b>	Prif	6 400	3 000	3 000
	ARS	0	0	0
	Ville de Paris	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>6 400</b>	<b>3 000</b>	<b>3 000</b>
	<i>% des crédits</i>	0%	0%	0%
<b>Axe 4 – « Améliorer les connaissances »</b>	Prif	41 034	20 000	0
	ARS	30 000	0	0
	Ville de Paris	15 000	14 005	25 000
	<b>Total</b>	<b>86 034</b>	<b>34 005</b>	<b>25 000</b>
	<i>% des crédits</i>	2%	0%	0%

Source : Cour des comptes

Note de lecture : Les sommes de la Prif incluent celles de la Mildeca.

Il en ressort que les signataires ont finalement engagé des sommes bien supérieures au total à celles prévues lors de la signature du plan (3 M€ par an).

## L'accent d'abord mis sur le premier accueil

### Des maraudes plus nombreuses, davantage coordonnées et « outillées »

*In fine*, les maraudes représentent environ 30 % des moyens budgétaires alloués au plan crack sur la période 2019-2021.

Leur accroissement était au cœur de l'axe 1 « *Accompagner les consommateurs pour réduire les risques et les dommages et favoriser les parcours de soins* ». Le plan (actions n° 1 à 7) prévoyait l'augmentation du nombre de maraudes et l'extension de leur amplitude horaire. L'axe 1 regroupait aussi les actions relevant du premier accueil, à savoir les espaces de repos et le suivi des consommateurs.

Auparavant limitées aux jours de semaine, les maraudes ont désormais lieu sept jours sur sept, grâce à la création de trois maraudes pédestres le samedi après-midi et trois autres le dimanche après-midi, complétées par trois maraudes en bus et une le dimanche soir. Quelques maraudes en soirée la semaine ont aussi été créées.

Le plan ne prévoyait pas de maraudes de nuit, lorsque les nuisances sonores sont les plus perceptibles et perturbantes. Ainsi, la plupart des maraudes se déroulent pendant la semaine (lundi-vendredi) et en journée, notamment du fait des surcoûts salariaux associés aux interventions le soir ou le week-end.

Les maraudes dans le métro, qui préexistaient au plan, ont été pérennisées. De nouvelles lignes sont désormais couvertes. Leur organisation « à titre expérimental<sup>13</sup> » a été reconduite par une convention du 27 mai 2019, distincte du plan crack, qui lie l'ARS et la Ville de Paris aux signataires initiaux (RATP, Prif, Mildeca, associations Charonne, Nova Dona, Aurore et Gaïa).

Enfin, une maraude dite « *de médiation* » à destination des riverains a été mise en place par la Ville de Paris pour recueillir et traiter leurs signalements.

Plus nombreuses, les maraudes devaient aussi être pluridisciplinaires afin d'intégrer les importantes problématiques sanitaires des consommateurs, notamment de santé mentale. Si les associations opératrices des maraudes indiquent avoir recruté des infirmiers et des psychologues, ces profils sont encore trop rares pour permettre de mener des maraudes en binôme, un soignant accompagnant un travailleur social. De même la « *coordination médicosociale, psychiatrique et sociale autour des cas complexes* » reste encore à construire.

La coordination des maraudes spécifiques aux consommateurs de crack est assurée notamment via l'espace de veille piloté par la mission métropolitaine de prévention des conduites à risques (MMPCR), en lien avec l'ARS et la Mildeca. La coordination des autres maraudes sociales s'effectue selon les modalités antérieures. Le renforcement ambitionné par le plan est à peine préfiguré par quelques réunions préparatoires.

Certaines des maraudes auprès des consommateurs de crack contribuent à la stratégie de réduction des risques et des dommages via la distribution de matériel. Le plus courant est le « kit crack », composé d'une pipe à crack en verre, de quelques embouts et d'un filtre de rechange. Il permet d'éviter l'utilisation de matériel artisanal peu sûr, le partage des pipes à crack entre consommateurs et les risques infectieux associés ainsi que les dégradations pour fabriquer ce matériel artisanal (arrachage de fils électriques pour confectionner les filtres notamment).

---

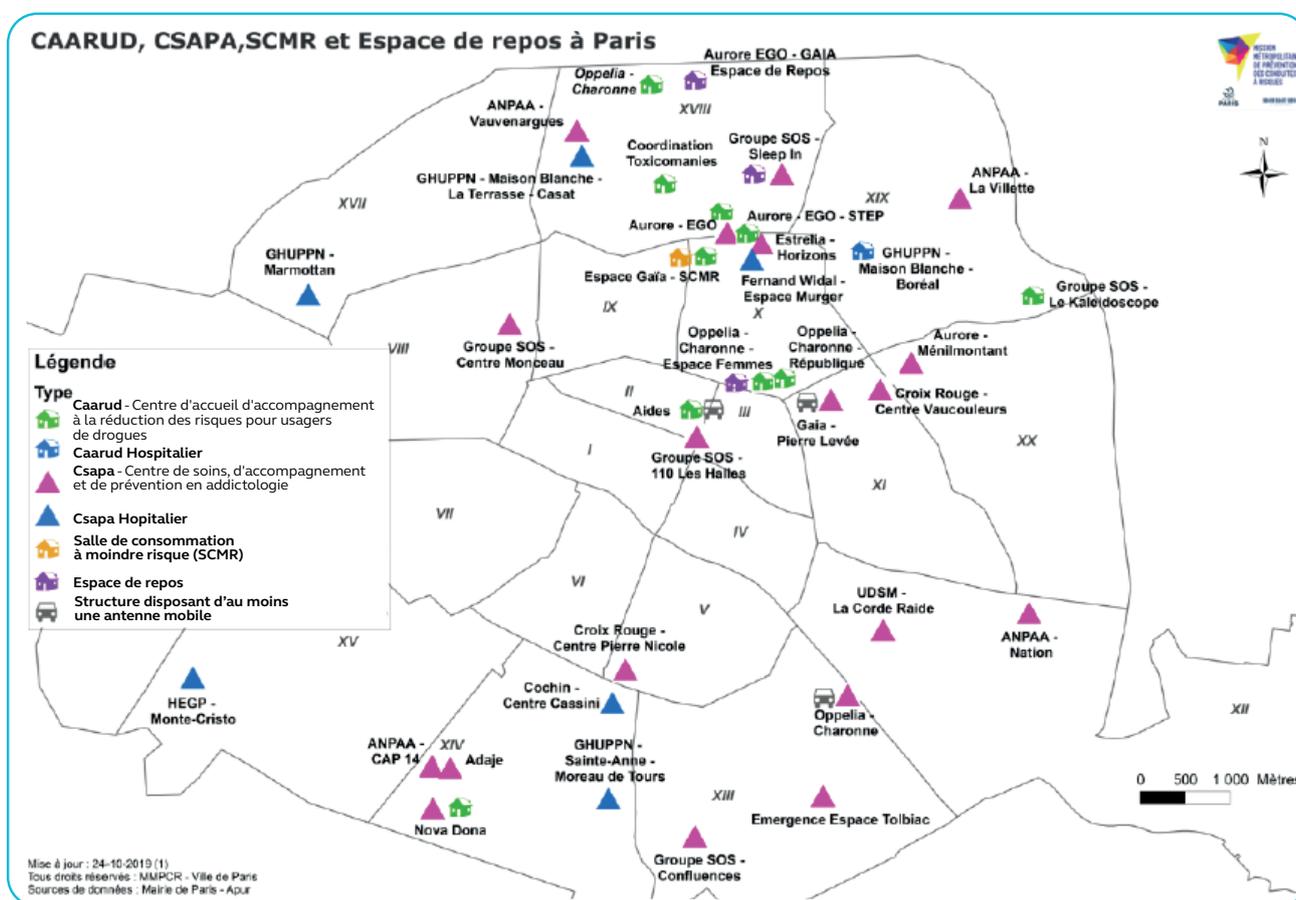
13. Selon les termes de la convention-cadre du 9 novembre 2017.

Les actions prévues pour la distribution de matériel ont été mises en œuvre : le nombre d'automates distributeurs de kits cracks est passé de quatre à dix. Ce matériel a bénéficié d'une évaluation scientifique menée par l'association Safe avec des laboratoires de recherche universitaires, qui a conduit à améliorer le « kit crack », actuellement en phase de test auprès des consommateurs.

### Des structures de premier accueil qui ont peiné à prendre leur essor

Les actions relatives aux lieux de premier accueil sont nettement moins avancées que celles concernant les maraudes.

Carte n° 1 : carte des CAARUD, CSAPA, SCMR et espaces de repos à Paris



Source : MMPCR - ville de Paris ; mise à jour au 24 octobre 2019

### Les salles de repos

L'une des innovations du « plan crack » résidait dans l'ouverture de salles de repos en journée afin d'accueillir des consommateurs en errance. Sur les six espaces de repos prévus, deux seulement ont été ouverts : le *sleep-in*, situé à proximité

du jardin d'Eole, de 15 places, qui officiait déjà comme hébergement de nuit, et l'espace de la Porte de la Chapelle de 26 places, élevé sur un terrain de la Ville de Paris. Un troisième espace est évoqué depuis le lancement du « plan crack » sans suite concrète à ce jour.

### **La salle de consommation à moindre risque (SCMR)**

Si la SCMR proche de l'hôpital Lariboisière (10<sup>ème</sup>), est désormais ouverte le matin, elle est destinée à accueillir les consommateurs de drogues injectables. Or, un faible nombre de consommateurs de crack le consomment injecté. L'Inserm<sup>14</sup>, dans son [rapport d'évaluation](#) établi en avril 2021, estime cependant que la demande pour un usage de ces lieux de consommation par inhalation existe<sup>15</sup>. La réflexion qui devait être engagée sur l'ouverture de nouveaux espaces dits « *de consommation supervisée* » est à l'arrêt, malgré plusieurs réunions en 2019, en raison de désaccords de principe entre les acteurs.

### **Les outils informatiques**

Enfin, l'une des actions de l'axe 1 du plan portait sur la création d'un système d'information, venant renforcer l'accent mis sur la connaissance du terrain. L'application développée par la MMPCR<sup>16</sup> avec les services de la Ville de Paris, dénommée GEOCODER, n'est pas encore déployée. Elle se trouve encore en phase de test. En revanche, une autre application, baptisée MANO, développée par l'association Aurore, est désormais active. Elle est utilisée lors des maraudes et dans les lieux d'accueil. Elle permet de suivre les consommateurs (qui s'identifient sous l'identité de leur choix), leurs demandes et leurs besoins. Les opérateurs associatifs en soulignent l'utilité dans leur travail. En outre, une application de cartographie est en cours de développement.

### **Le grand développement de l'hébergement hôtelier sous l'effet de la crise sanitaire**

Le développement de l'hébergement était la priorité de l'axe 2 du plan qui prévoyait de créer un « *parcours d'insertion* », après l'étape du premier contact, grâce à des solutions d'hébergement et d'accompagnement visant à sortir le consommateur précarisé de la rue. Les actions de l'axe 2 présentent le degré de mise en œuvre le plus variable.

### **L'hébergement d'urgence et de réinsertion sociale**

Le plan prévoyait le renforcement de deux des plus importants dispositifs d'hébergement que sont Assore et Phase. À l'échéance du plan crack, ils devaient doubler de capacité pour Assore (de 60 à 120 places) et bénéficier de 11 nouvelles places pour Phase.

À partir d'avril 2020, la crise sanitaire est venue percuter ces projections et conférer à l'hébergement en chambre d'hôtel une ampleur inédite : pour répondre à la priorité de mise à l'abri portée par le gouvernement, un nombre nettement supérieur de chambres d'hôtel, jusqu'à 426 (hébergeant 440 personnes), ont été mobilisées durant plusieurs mois. La vacance des hôtels durant le confinement et la désaffection touristique de Paris ont facilité cette massification du dispositif Assore qui s'est depuis quelque peu réduit mais est resté à un étiage de 400 chambres en 2021.

Le contexte de la crise sanitaire du printemps 2020 a permis d'aller au-delà de ce que le plan prévoyait, rendant possible une forme d'expérimentation assez radicale.

---

14. Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

15. Les responsables de la SCMR évoquent ainsi avoir rencontré plusieurs cas de consommateurs venus s'injecter un stupéfiant pour leur première visite uniquement afin de pouvoir accéder à la salle de consommation, voire faire semblant d'utiliser les postes d'injection pour accéder aux postes d'inhalation.

Ainsi, la restriction consistant à ne pas concentrer les consommateurs hébergés dans les mêmes hôtels et à éviter qu'ils en constituent la clientèle exclusive a été levée moyennant une sécurisation des hôtels et un travail de médiation accrus. Au niveau individuel, l'association Aurore, en coopération avec les CAARUD<sup>16</sup> partenaires, a accueilli au sein d'Assore des profils de consommateurs plus difficiles pour lesquels la capacité à se maintenir dans un hébergement fixe et à se conformer à ses règles n'était pas garantie. Après les périodes de confinement strict, l'investissement considérable dans les hébergements et les accompagnements du dispositif Assore s'est poursuivi.

Concernant Phase, cinq places supplémentaires par rapport à celles inscrites au plan ont été créées pour aboutir à 31 places. De même, six places d'hébergement destinées aux consommateurs sous injonction thérapeutique existent depuis 2019, rattachées à un centre d'hébergement d'urgence géré par l'association Charonne-Oppélia, tout comme les 30 places d'hébergement hôtelier adossées à des CAARUD, qui ciblent désormais uniquement les usagères. Enfin, en juillet 2021, 26 places supplémentaires en unités d'hébergement spécialisé ont été ouvertes sur les 68 prévues au plan.

### **L'hébergement avec accompagnement sanitaire**

En revanche, les places au sein des autres dispositifs peinent encore à voir le jour, en particulier les dispositifs à orientation sanitaire. L'appel à projets pour les unités d'hébergement spécialisées, qui aspirent à répliquer les 26 places en appartement diffus du dispositif

Phase, a été lancé. L'association Aurore a été retenue dès novembre 2019. Pour autant, la recherche de lieux d'implantation n'a toujours pas abouti. La création de places de LHSS (lits halte soins santé) et de LAM reste encore à l'état de projet, tout comme les appartements de coordination thérapeutique (ACT). Enfin, la sortie des consommateurs de ces dispositifs d'hébergement ad hoc vers des dispositifs de droit commun n'a pas connu d'amélioration sensible en raison de la saturation desdits hébergements. Par ailleurs, pour les personnes étrangères, le passage vers un établissement social ou médico-social peut nécessiter que les conditions de séjour soient régularisées.

### **Le degré de mise en œuvre des autres actions plus difficile à apprécier**

Comme relevé plus haut, les actions des axes 3 et 4 du plan paraissent plus périphériques dans leurs ambitions et moins bien définies dans leurs modalités. L'axe 3 est celui dont le degré de mise en œuvre est le plus difficile à cerner car il est le seul à ne comporter aucune action assortie d'un objectif chiffré ou d'un « livrable » identifié. On constate de réelles avancées pour les actions portées par un seul pilote mais une coordination plus formelle qu'effective.

### **La physionomie des lieux publics**

Les deux actions portant sur le nettoyage et l'aménagement urbain ont été largement mises en œuvre par les services de la Ville de Paris qui se montre vigilante sur ces problématiques : la porte de la Chapelle et la place Stalingrad ont ainsi été réagencées et ont bénéficié d'équipements urbains destinés à prévenir troubles et trafics.

### La formation et la sensibilisation

Les deux actions de formation des acteurs et d'information des riverains avaient un libellé généraliste si bien que la Ville de Paris et certaines associations ont pu identifier leurs activités propres comme en ressortant. Ainsi, la Ville de Paris indique avoir organisé des sessions de présentation du « plan crack » auprès de ses services mais aussi d'agents de la RATP et de la SNCF, qui constituent également le public des formations conduites par certaines associations. Ces actions conduites en parallèle mettent en évidence une coordination encore insuffisante. Elles montrent toutefois que différents acteurs ont été convaincus par la nécessité de ces sensibilisations et ont souhaité s'y impliquer. En revanche les forces de l'ordre, pourtant au contact fréquent des consommateurs, n'ont pas demandé à bénéficier de ces formations.

### La coordination des acteurs

La mise en œuvre des deux autres actions de l'axe 3 montre des faiblesses. Ainsi, dans la pratique, la « remontée régulière d'informations » sur les points de deal et de trafic s'est opérée en dehors des instances de gouvernance du « plan crack ». Quant à la « mise en place de visioconférences mensuelles » destinées à améliorer la coordination opérationnelle et à « assurer une cohérence entre les différentes actions », le libellé vague de cette action permet à la Ville de Paris de considérer qu'elle renvoie au rôle des différents comités chargés du pilotage du plan.

### La construction d'un corpus de connaissances

L'axe 4 du plan portait sur la connaissance du terrain à travers trois actions correspondant à la réalisation d'une étude conjointe de l'Inserm et de l'OFDT<sup>16</sup> sur le trafic et la consommation de crack en Île-de-France et les parcours des consommateurs, de cartographies des maraudes et des structures d'addictologie. Ces « livrables » ont été produits et diffusés : les cartes ont été intégrées à des dépliants d'information et l'étude a fait l'objet d'une synthèse aisément accessible.

### C - La logique de parcours souvent bloquée par le manque d'hébergement « en aval »

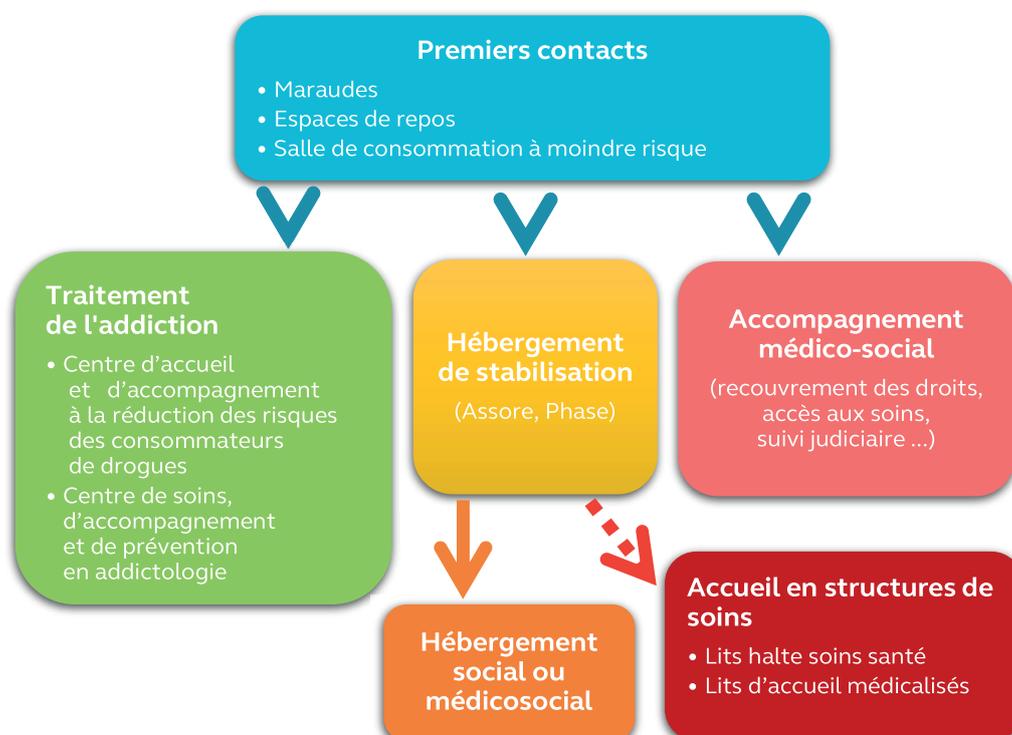
#### L'efficacité de la logique de parcours pour les personnes prises en charge

La mise à l'abri apparaît comme la condition préalable de tout travail médical. Ainsi, selon l'association Aurore, 70 % des consommateurs hébergés ont entamé des démarches sanitaires ou sociales en 2021 qu'alors qu'ils n'étaient que 30 % au démarrage du plan en 2019. Cette stratégie de prise en charge est d'autant plus essentielle que le public accueilli est extrêmement précaire : 72 % des consommateurs hébergés ont passé plus d'un an dans la rue et 20 % plus de cinq ans.

---

16. OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

## Schéma n° 2 : parcours de prise en charge des consommateurs de crack



Source : Cour des comptes

À leur tour, les dispositifs d'hébergement ont réussi à stabiliser une part importante des consommateurs accueillis, y compris parmi ceux présentant des profils plus difficiles qu'antérieurement. Une fois hébergés, une majorité de consommateurs entreprennent des programmes de soins et des démarches administratives et sociales (domiciliation, renouvellement des papiers d'identité, réouverture des droits, démarche de régularisation ou de retour dans le pays d'origine pour les personnes en situation irrégulière, etc.). Ils sont plus nombreux à le faire à mesure que leur séjour s'allonge, ce qui témoigne de l'efficacité de l'accompagnement. Une petite majorité de consommateurs hébergés et accompagnés réussissent à réduire leur consommation de produits stupéfiants. Dans l'ensemble, le public des consommateurs de crack est ainsi mieux connu tant au niveau collectif qu'individuel.

### L'insuffisance des capacités d'hébergement « en aval » au regard de l'afflux de nouveaux consommateurs

Depuis le début de 2020, le nombre de consommateurs de crack dans l'espace public a augmenté du fait de l'arrivée d'un public nouveau. Il s'y est ajouté un phénomène de concentration lié à la succession des évacuations qui ont progressivement fusionné les différents lieux de consommation, regroupés au sein du jardin d'Éole puis, après l'évacuation de ce dernier, autour de la place Stalingrad. L'évacuation de la place Stalingrad en mai 2021 les a ramenés dans le jardin d'Éole, puis à ses portes lors de son évacuation, et ensuite au square de la porte de La Villette. Aux consommateurs stabilisés se sont substitués de nouveaux consommateurs en errance, plus nombreux.

Le « plan crack » n'avait pas été dimensionné pour absorber cet afflux. Les capacités d'accueil ont été saturées. Ainsi, pour l'hébergement en hôtel Assore, le plan prévoyait de « *tendre vers un objectif de trois à dix nouvelles prises en charges par semaine* », ce qui impliquait, étant donné l'objectif initial de 120 places, un séjour moyen compris entre 12 et 40 semaines. Or, les bilans fournis par l'association Aurore indiquent que, fin avril 2021, 85 % des consommateurs étaient hébergés depuis plus de six mois. En grande partie, cette stabilisation des consommateurs dans l'hébergement traduit le manque de solutions « en aval ». De janvier à octobre 2020, le dispositif Assore a enregistré 100 sorties (positives, vers d'autres solutions d'hébergement, ou négatives telles que le retour à la rue, l'incarcération, le décès, etc.) et 100 autres entre octobre 2020 et mai 2021. Vu ce rythme, on peut estimer qu'en moyenne un consommateur reste hébergé deux ans et demi avant de trouver une sortie. Comme seulement une petite moitié des sorties sont positives, le délai moyen de séjour avant d'obtenir une place « en aval » peut être estimé à cinq ans.

Le même problème se pose pour les 26 places en appartements du dispositif Phase d'où ne parviennent pas à sortir les consommateurs stabilisés pour aller vers l'hébergement social ou l'hébergement médico-social de droit commun, tous deux saturés. L'engorgement des solutions d'hébergement se répercute en amont sur l'efficacité des autres dispositifs, tant l'hébergement ressort comme un facteur clef de stabilisation.

Ainsi, le manque de solutions d'hébergement « en aval » a compromis la mise en œuvre de la logique de parcours qui était censée éloigner durablement de la rue les consommateurs de crack.

## **D - La rareté des ressources humaines et foncières, deux goulets d'étranglement non anticipés**

La rareté des ressources foncières et celle des ressources humaines se sont révélées comme les deux principaux freins, limitant structurellement la création de nouveaux lieux de prise en charge médico-sociale.

Les consommateurs de crack ne s'éloignent que très peu de l'endroit où ils peuvent se fournir et retrouver d'autres consommateurs. La consommation se pratiquant beaucoup en commun. Or, le nord-est parisien est l'une des zones urbaines les plus denses d'Europe. Les emprises foncières qui peuvent être consacrées à une finalité sociale sont très limitées et presque exclusivement publiques. Les emprises nécessaires aux structures chargées de la prise en charge des consommateurs de crack se trouvent en concurrence avec tous les autres besoins sociaux (logement, hébergement d'urgence, etc.), d'autant plus que ces structures impliquent des contraintes particulières, notamment en termes d'acceptabilité *a priori* par les riverains. Les emprises relativement éloignées des résidents, comme celle accueillant l'espace de repos de la porte de la Chapelle, sous le périphérique, sont rares et présentent d'autres inconvénients (en l'occurrence le bruit). Pour cette raison, les acteurs publics privilégient autant que possible l'implantation au sein de structures existantes.

Au total, la pénurie foncière est à l'origine de la plupart des retards de mise en œuvre des actions relevant de l'axe 2 du plan. Dans sa lettre à la maire de Paris, datée du 16 juin 2021, le Premier ministre constate que « *les opérateurs se trouvent dans une impasse en raison de l'absence de locaux disponibles. Ainsi, seules 10 places en appartements thérapeutiques sur 26 et 26 places en unités d'hébergement*

*spécialisé sur 68 sont couvertes ; les 50 places de LAM et de LHSS prévues ne sont pas installées ; il manque 3 salles de repos sur les 6 prévues ; le CAARUD du 18<sup>ème</sup> est en attente de réimplantation ».*

À cet égard, l'une des faiblesses importantes du plan était de ne pas avoir comporté un recensement préalable du foncier mobilisable et de ne pas avoir prévu les emprises destinées aux nouvelles structures de prise en charge médico-sociale.

Le second frein important, qui a particulièrement affecté la mise en œuvre des actions de l'axe n°1, réside dans la pénurie de ressources humaines sur le créneau spécifique de la prise en charge des consommateurs de crack. Les associations en mesure de traiter ces problématiques sont peu nombreuses. Elles font état de leurs difficultés de recrutement, particulièrement accentuées

pour les profils de soignants (infirmiers, médecins addictologues, psychologues) mais aussi d'éducateurs et de travailleurs sociaux. Ces difficultés ont constitué une limite évidente à la mise en place des approches pluridisciplinaires prônées par le plan. Elles ont été identifiées comme telles par les signataires du « plan crack » au cours de son exécution. On peut regretter qu'elles n'aient pas été anticipées lors de son élaboration.

Au total, les actions du plan sont parvenues à améliorer la situation sociale et sanitaire d'une partie des consommateurs de crack en errance dans l'espace public. En revanche, elles n'ont pas permis de modifier sensiblement la perception des résidents des quartiers concernés, qui sont demeurés durablement exposés à la poursuite des atteintes à la tranquillité et à la sécurité publiques.

### III - L'URGENCE DE TIRER LES ENSEIGNEMENTS D'UN DISPOSITIF DÉSORMAIS DÉPASSÉ

L'audit conduit par la Cour et la chambre régionale des comptes tend à montrer que la volonté de coordonner plus étroitement les interventions des différents acteurs, qui était la matrice du plan, s'est progressivement essoufflée. Certes, dans un premier temps, les exigences opérationnelles imposées par la crise sanitaire en matière d'assistance aux sans-abris ont conduit à intensifier les échanges. Par la suite, toutefois, les réunions des instances de coordination se sont espacées et sont devenues moins conclusives. L'articulation des différents dispositifs de prise en charge a montré des faiblesses. La dynamique initiale du plan s'est essoufflée. Peu d'actions nouvelles ont été engagées.

La mise en œuvre des actions de nature médico-sociale a fait l'objet d'un suivi, au cas

par cas, entre le pilote/financeur et l'opérateur associatif concerné. Mais ce suivi, d'autant plus essentiel que le plan avait une forte dimension expérimentale, n'a pas été assuré suffisamment au niveau global. Il n'a pas assez porté sur la cohérence et la bonne articulation de l'ensemble.

Du coup, la convergence des cultures professionnelles s'est étioyée. Les échanges entre les acteurs ont eu lieu en dehors du cadre prescrit par le plan alors que les protestations des riverains imposaient de prendre de nouvelles initiatives. Le plan s'est trouvé dépassé.

## **A - Une coordination progressivement distendue après la mobilisation intense du début de la crise sanitaire (avril-mai 2020)**

### **Une coordination indispensable initialement confiée à des instances de gouvernance**

La première vertu du protocole signé en 2019 a été de montrer la volonté des acteurs publics et associatifs, très divers, aux cultures professionnelles parfois très éloignées, de travailler ensemble et de coordonner leurs interventions. Le diagnostic posé par les groupes de travail mis en place par la Mildeca en 2018 insistait sur cette coordination nécessaire des actions existantes, comme condition pour traiter des sujets jugés indissociables.

La coordination des parties prenantes constitue l'objet de certaines des actions du plan (action 30 par exemple) mais elle est surtout la condition de la réussite du plan.

La gouvernance du plan, c'est-à-dire le rythme et le format des réunions entre acteurs, était organisée en trois niveaux :

- un comité stratégique, présidé par le préfet de région, chargé de déterminer les grandes orientations et les priorités du plan : il réunit les administrations, les acteurs associatifs et les élus de la Ville de Paris et des arrondissements concernés. Après la phase de démarrage, le comité stratégique devait se réunir au moins une fois par an ;

- un comité opérationnel, présidé par la secrétaire générale de la préfecture de région, préfète de Paris, qui a pour mission de suivre la mise en œuvre des mesures et de lever les points de blocage. La fréquence de ses réunions devait être mensuelle, au moins durant la phase de lancement, puis régulière en fonction des besoins ;

- enfin, un comité technique réunissant les associations présentes sur le terrain et certaines des administrations parties prenantes du plan selon l'opportunité des sujets discutés. Son travail devait porter sur les modalités concrètes de coopération et de déploiement des mesures. La fréquence de ses réunions devait être mensuelle.

La coordination de l'ensemble des acteurs a été confiée à la préfecture de région et, dans la pratique, à la secrétaire générale, préfète de Paris.

### **Les réunions moins fréquentes des instances de coordination et surtout moins conclusives en fin de période**

Dans les faits, la gouvernance du plan s'est rapidement éloignée de ce schéma annoncé : le comité technique ne s'est jamais réuni ; les comités opérationnels ont été nombreux dans les premières semaines (trois entre mars et mai 2019) mais beaucoup moins réguliers ensuite (un fin 2019 et deux en 2020)<sup>17</sup>.

---

17. À noter que cinq réunions se sont tenues depuis le 24 septembre 2021, à l'initiative du préfet de la région d'Île-de-France, soit après la clôture de la présente enquête.

Les signataires arguent de la tenue de nombreux échanges informels, en marge des instances prévues par le plan, destinés à traiter des questions opérationnelles entre acteurs étatiques notamment. Ces échanges informels n'ont pas donné lieu à des comptes rendus. En fait, il ressort nettement qu'en début de période, les réunions des comités du plan ont validé des décisions prises en commun mais aussi que cette dynamique de décision n'apparaît plus après le printemps 2020.

L'appauvrissement du rôle des instances, davantage que le nombre de leurs réunions, signale l'étiollement de la coordination entre les acteurs passée la période exceptionnelle du printemps 2020. Ce point est corroboré par les comptes rendus des réunions qui témoignent d'échanges moins nourris qu'au début de la mise en œuvre du plan. Ils attestent que les réunions prennent de plus en plus la forme d'un tour de table, chaque acteur décrivant ses actions et exposant ses problématiques propres. Dans leurs réponses au rapport provisoire de la Cour, le préfet de région et le préfet de police ont contesté cet essoufflement. La Ville de Paris a indiqué que les comptes rendus ne reflètent pas complètement la réalité des échanges. Or, ils auraient dû constituer un outil essentiel de traçabilité des décisions et de diffusion des informations dans les services concernés et les opérateurs associatifs.

### **Le contraste *a posteriori* avec le pilotage serré du plan au cœur de la crise sanitaire**

Le déficit croissant de coordination apparaît manifeste par comparaison avec la période exceptionnelle de la crise sanitaire à son acmé, au printemps 2020. Alors même que les acteurs institutionnels étaient très mobilisés

par ailleurs, les instances de pilotage du plan ont été fortement et efficacement réinvesties. Sous un format *ad hoc*, six réunions se sont tenues entre le 14 avril et le 26 mai 2020 ainsi que trois points opérationnels, pour organiser et coordonner les actions destinées aux personnes toxicomanes. Les comptes rendus traduisent un véritable pilotage. Les réunions de cette période se distinguent par leur caractère opérationnel et conclusif. Le partage d'informations précises et chiffrées soutient la prise de décisions stratégiques. Les difficultés et freins sont clairement identifiés et débouchent sur la recherche collective de solutions, assorties d'engagements fermes et concrets des parties. Les contacts et la coopération qui existaient déjà entre acteurs du « plan crack » ont facilité la réponse rapide et massive apportée via l'extension exceptionnelle de l'hébergement hôtelier et de l'accompagnement social gérés par l'association Aurore. L'attention prioritaire portée aux personnes les plus précaires a facilité le financement de leur mise à l'abri. Mais la coordination ne s'est pas maintenue à ce niveau, ni même rétablie au niveau initialement prévu, après le printemps 2020.

### **Les faiblesses apparues dans l'articulation des différents dispositifs**

Dans la pratique, l'approche en termes de parcours, qui sous-tend la logique d'ensemble du plan, s'est appliquée avec quelques difficultés dans les cas individuels. Ainsi, l'injonction thérapeutique prononcée par la justice, qui consiste en un suivi médical par des psychologues et éventuellement des psychiatres, ne s'accompagne pas nécessairement d'une solution d'hébergement alors qu'il s'agit pourtant d'un facteur clef pour la continuité des soins.

De plus, les retards de mise en place des différentes étapes du parcours en perturbent la fluidité et peuvent donner l'impression de son inefficacité du fait de la poursuite ou de la reprise de troubles causés par des consommateurs laissés ou rendus à l'espace public.

Au début de la mise en œuvre du plan, la priorité a été donnée aux maraudes qui n'avaient initialement guère de solutions d'orientation à proposer faute de pouvoir déjà dérouler la suite du parcours. La déconnexion entre les actions est patente en particulier pour l'espace de repos de la Porte de la Chapelle : destiné aux consommateurs de la colline du crack, il a ouvert juste après son évacuation et a donc peiné à trouver son public.

## **B - L'essoufflement de la dynamique initiale du plan**

### **Le fléchissement de la mise en œuvre d'actions nouvelles**

L'affaiblissement de la coordination apparaît corrélé à l'essoufflement de la dynamique de réalisation des actions, aussi bien temporellement que fonctionnellement. Les actions dépendant d'un seul acteur ou d'opérateurs de même nature, s'avèrent également plus avancées que celles impliquant la coopération de plusieurs d'entre eux.

Le rythme de réalisation a connu un premier fléchissement dès le second semestre de 2019. Après la mobilisation intense du printemps 2020, la seule réalisation porte sur la prorogation des 400 places d'hébergement en hôtel du dispositif Assore. En revanche, la mise en œuvre des actions nouvelles s'est essoufflée. De même, l'état des lieux et les décisions prises diffèrent peu entre deux réunions d'instance pourtant plus

espacées. Alors que le comité opérationnel de novembre 2020 avait décidé la création de trois groupes de travail (préparation d'un document de communication, acceptabilité vis-à-vis des riverains, gestion de l'occupation de la voie publique), aucun n'avait vu le jour au printemps. Pourtant, les décisions du comité du 10 mai 2021 se limitaient à créer deux autres groupes de travail : le premier dédié à la thématique de l'espace public réunissait les parties prenantes, dont des riverains, sous le pilotage de la préfecture de région, en lien avec la Ville de Paris et l'ARS ; le second consacré au parcours de soins des consommateurs de crack était piloté par l'ARS en lien avec la préfecture de région et la Ville de Paris. Ces groupes de travail se sont réunis en juin 2021, augurant possiblement une relance de la dynamique en fin de plan, comme l'atteste l'ouverture de nouvelles places d'UHS en juillet 2021.

### **L'absence d'actualisation d'un plan pourtant conçu comme évolutif**

Tel qu'il a été conçu initialement, la mise en œuvre du plan impliquait une actualisation ou une revue périodique. En effet, l'échéancier associé à chaque action ne courait généralement pas au-delà de 2019. Les rares mesures programmées pour 2020 ou 2021 portaient sur le suivi ou l'évaluation. Cette exigence était rappelée dès le comité opérationnel du 15 mars 2019 par le directeur de l'ARS : « *de par sa nature innovante, cette politique devra être évaluée en permanence et de manière transparente, d'autant plus qu'elle repose sur une multitude d'acteurs* ». Or, les actions inscrites dans le plan en mai 2019 et non engagées en 2020 et 2021 n'ont pas été relancées ni même réexaminées. Les facteurs bloquants, non anticipés, n'ont pas davantage été analysés. Aucune actualisation n'est encore intervenue alors que la crise sanitaire a conduit à profondément infléchir les priorités du plan.

## C - Le défaut de suivi de l'exécution du plan à l'origine de la perte d'une vision partagée

### Des indicateurs de suivi adaptés à un plan expérimental

Le « plan crack » avait une dimension innovante et expérimentale. L'un de ses apports était d'apprécier l'efficacité des dispositifs retenus, de relever ceux qui donnaient les meilleurs résultats, d'en tirer des enseignements sur les conditions de leur mise en œuvre.

Pour chacune des actions programmées, le plan définit un ou plusieurs indicateurs, souvent quantitatifs mais généralement descriptifs et non prescriptifs : peu d'objectifs chiffrés ont été fixés. À sa conclusion, ce choix a été justifié et revendiqué par les signataires en raison de leur relative méconnaissance à l'époque du nombre et des caractéristiques des consommateurs de crack, d'où l'axe consacré à une meilleure connaissance de leurs profils et usages. Cette option paraît cohérente et adéquate : le management par les indicateurs présente de nombreux biais connus et documentés et se prête mal à l'ambition expérimentatrice d'un plan comprenant une forte dimension qualitative.

Pour autant, le suivi de la mise en œuvre du plan et son évaluation étaient consubstantiel à la démarche adoptée. Or, l'investissement des diverses parties prenantes du plan dans le suivi de son exécution paraît nettement en retrait de leur engagement dans son élaboration puis sa déclinaison opérationnelle.

### Des indicateurs renseignés mais non suivis au niveau global

Le plan comprenait un état des lieux des moyens mobilisables, notamment en places d'hébergement, mais le niveau initial des indicateurs retenus n'a pas été renseigné et présenté au sein des instances de gouvernance, ce qui a compliqué ensuite la mesure de son efficacité.

Surtout, le suivi de ces indicateurs s'est opéré « en silos » : ils sont renseignés par les opérateurs de terrain et discutés dispositif par dispositif avec le ou les financeurs, mais ce suivi est parcellaire, non consolidé, et ne débouche pas sur vision d'ensemble de l'exécution d'un plan qui se voulait intégrée.

Alors que le protocole prévoyait « *un suivi de la mise en œuvre et une évaluation chaque année* », aucun point de l'ordre du jour des différentes instances n'y a été consacré. Là encore, seules les réunions imposées par le contexte de la crise sanitaire ont conduit à la remontée et au suivi de données chiffrées, essentiellement sur l'hébergement en hôtel (Assore).

L'examen de bilans intermédiaires étaient inscrits à l'ordre du jour des réunions du comité opérationnel du 28 novembre 2020 et du comité de pilotage du 10 mai 2021. Lors de la première, certains des signataires ont présenté quelques chiffres mais aucune revue des indicateurs n'a eu lieu. Lors de la seconde, l'examen s'est avéré encore plus succinct, réduit à l'expression par chaque signataire de ses impressions à l'égard des actions le concernant. Aucun support ni note n'a été produit ou discuté lors dans ces deux instances.

Un relevé des indicateurs du plan a été entrepris en octobre 2020 mais seule la Ville de Paris, en lien avec l'ARS, a renseigné le document pour les actions relevant de sa responsabilité. Ce relevé n'a d'ailleurs jamais été évoqué au sein des instances de gouvernance.

En termes financiers, il s'avère difficile de suivre les crédits consacrés au « plan crack » et surtout de les distinguer des sommes déjà engagées antérieurement, aucun suivi spécifique de la consommation des crédits alloués au plan n'ayant été effectué. Le défaut de suivi empêche *ex post* de tirer les enseignements des réalisations et d'interpréter leurs résultats.

## **Une culture commune qui s'est estompée**

En l'absence de base objective de discussion, des discordances sont apparues sur le degré de mise en œuvre de quelques actions. Leurs pilotes les ont identifiées comme largement réalisées tandis que les associations opératrices les ont estimées à peine entamées. Ce décalage interroge sur la compréhension partagée de la mise en œuvre du plan.

Au-delà, la perspective d'une vision commune s'est éloignée alors que la démarche au fondement du plan ambitionnait de rapprocher des acteurs aux cultures professionnelles différentes, voire divergentes. Plusieurs acteurs ont indiqué à la Cour leur sentiment que les problématiques dont ils ont la charge sont insuffisamment considérées par les autres acteurs ou encore que l'attente vis-à-vis de leurs actions dépasse leur capacité à agir.

En outre, la Cour a relevé des visions discordantes relatives non seulement aux consommateurs et à leurs problématiques mais aussi aux actions conduites à leur endroit et à leur perception par les autres acteurs du plan. La préfecture de police estime par exemple que l'action des forces de l'ordre est ressentie par les associations comme contrariant leur relation aux consommateurs alors que celles-ci expriment une appréciation beaucoup plus nuancée, voire louent le travail policier et la bonne communication de terrain. La préfecture de police considère pourtant la coopération avec les associations comme indispensable à la réussite des missions de police : les objectifs des parties sont concordants mais non communs et partagés.

La vision qu'ont les différents acteurs du public des consommateurs est nécessairement incomplète : par exemple, la préfecture

de police a principalement affaire aux consommateurs à la rue et se trouve peu confrontée aux consommateurs stabilisés qui génèrent beaucoup moins de troubles. Par conséquent, elle perçoit moins nettement que les associations gestionnaires des dispositifs d'accompagnement les chances de succès d'une prise en charge médico-sociale. Des retours réguliers sur la mise en œuvre des différentes actions et de leur impact auraient sans doute permis d'assurer une meilleure compréhension de l'action de chacune des parties et de construire ainsi une culture et une vision partagées.

Cette absence de socle commun peut aller jusqu'à obérer l'efficacité des actions. Ainsi, d'après le compte rendu du comité opérationnel du 8 janvier 2020, la préfecture de police a conclu au bilan positif de l'espace de repos de la porte de la Chapelle au motif de son manque de fréquentation, ce qui contredit totalement l'objectif assigné à ce dispositif, clairement traduit par les indicateurs retenus. Cependant, ceux-ci n'ayant pas été rappelés, la contradiction a été éludée et le défaut de partage des objectifs par l'ensemble des signataires s'est installé.

Faute de vision globale, les activités des parties prenantes peuvent en venir à se contrecarrer. Ainsi, les interpellations de consommateurs de crack donnent généralement lieu, conformément aux directives du parquet de Paris (pourtant signataire du plan comme la préfecture de police), à la destruction des pipes à crack qui sont trouvées par les forces de l'ordre sur les personnes interpellées. Pourtant, celles-ci font souvent partie du matériel d'inhalation à moindre risque distribué par les CAARUD ou l'association Safe et financés par l'ARS, la Ville de Paris et la Mildeca.

## Une évaluation encore parcellaire

Il en va de même de l'évaluation du plan, qui constitue l'aboutissement logique de l'approche globale et expérimentale retenue. Quoiqu'évoquée dans le protocole lui-même, elle n'a pas à ce jour été définie dans ses modalités. Les signataires s'accordent sur la nécessité d'une évaluation, d'un bilan ou au moins d'un retour d'expérience mais aucun d'entre eux n'a encore préfiguré l'exercice.

Des bilans de dispositifs particuliers, notamment les plus importants en termes de financement, ont été établis par les associations gestionnaires (notamment sur l'hébergement en hôtel Assore, en appartements thérapeutiques Phase et les maraudes) dans le cadre de leurs obligations à l'égard des financeurs. La Ville de Paris a en outre commandé à une experte indépendante une évaluation du mode d'hébergement en hôtel durant la crise sanitaire, qui conclut à un bilan globalement positif sous réserve d'un accompagnement suffisant des consommateurs et des hôteliers.

Toutefois, aucune évaluation du plan dans son ensemble, dans une perspective de parcours, en recueillant la parole de l'ensemble des parties prenantes, n'a été prévue à ce jour.

## D - Le dépassement du « plan crack » par d'autres instances et initiatives

Du fait de son relatif désinvestissement au fil du temps, notamment au cours de l'année passée, le cadre posé par le plan voit sa

légitimité concurrencée et n'est plus forcément reconnu comme le bon niveau de traitement de la problématique du crack. S'opèrent un mouvement de dépassement et l'émergence d'instances concurrentes.

### Des acteurs plus distanciés

Le repli de certains acteurs sur leur strict champ de compétence et leur retrait de certains projets menés dans le cadre du plan crack traduit ce contournement. Ainsi, la préfecture de police n'a pas souhaité voir son logo figurer sur l'étude « crack en Seine » prévue à l'action 31, et justifie ce refus par le fait que « *[le] rapport [est] centré sur une étude sociale, sociologique et médicale de la population des consommateurs, objet qui est très éloigné de son champ de compétence. Il ne s'agit ni d'un désengagement ni d'un désaveu mais l'effet d'un raisonnement administratif* ».

### La concurrence d'autres instances et circuits de décision

D'autres instances prennent le pas sur celles mises en place autour du plan crack. Le parquet de Paris et la préfecture de police se réfèrent plus souvent au groupe local de traitement de la délinquance (GLTD) « crack »<sup>18</sup> qu'aux comités opérationnels et aux comités de pilotage du plan. Les associations chargées de la mise en œuvre du plan disposent aussi de leurs propres instances de coordination et de gouvernance, notamment via l'espace de veille mis en place par la Ville de Paris, qui réunit l'ensemble des CAARUD et l'ARS.

18. Les membres du GLTD « crack » sont : le Parquet de Paris, la Ville de Paris, la RATP, la SNCF, la Direction de la sécurité de proximité de l'agglomération parisienne (DSPAP), la Direction régionale de la police judiciaire (DRTJ) de la préfecture de police de Paris, l'ARS IDF et la Mildeca.

La translation est patente concernant la procédure suivie lors des évacuations : initialement abordées lors du comité opérationnel préalable, en présence des acteurs institutionnels et associatifs, elles sont depuis septembre 2020 discutées uniquement entre la préfecture de police, la préfecture de région et la mairie de Paris, comme l'a confirmé la première à la Cour. Les associations et la Ville de Paris le déplorent, estimant que ce travail d'organisation était utile car il leur permettait d'anticiper l'accueil et la prise en charge d'une partie des consommateurs évacués. La Ville de Paris considère au demeurant qu'il conviendrait de « clarifier la comitologie » du plan crack et notamment, outre « la programmation régulière des instances », « le niveau de représentation attendu pour chaque instance ».

### **Le « plan crack » désormais débordé par des initiatives citoyennes**

L'interrogation autour de l'efficacité et même de l'effectivité du plan a motivé la création d'un observatoire citoyen de la toxicomanie en février 2021 à l'initiative du maire du 19<sup>ème</sup> arrondissement afin « d'évaluer et orienter les actions engagées ou à engager » au regard de « l'expertise citoyenne ». Cet observatoire, animé par Jean-Pierre Couteron, psychologue au sein de l'association Oppélia-Charonne, réunit des membres d'associations de riverains ainsi que des citoyens tirés au sort. Il conduit des groupes de travail qui ont procédé à l'audition de différents acteurs du plan. Or, ni les remontées ni même l'existence de cet observatoire n'ont été abordés lors des instances de gouvernance. Ils n'ont pas davantage été évoqués lors des entretiens conduit par la Cour. Il n'est pas neutre d'ailleurs que les riverains n'aient pas été représentés au sein des instances du plan.

Une nouvelle instance, citoyenne et non institutionnelle, s'est mise en place. Elle pourrait susciter l'émergence d'autres initiatives concurrentes. Pour parer ce risque, la Ville de Paris a annoncé en juin 2021 son intention de pérenniser un comité de suivi citoyen.

### **La relance hors plan par les signataires eux-mêmes**

Le protocole conclu en 2019 est également débordé par les prises de positions publiques antagonistes de ses signataires ou encore par leurs initiatives prises en dehors de son cadre. Ainsi, la Ville de Paris s'est retiré de la concertation propre du « plan crack » pour saisir directement le Premier ministre et solliciter une relance de l'action publique avec l'appui du gouvernement. Cette initiative a débouché sur l'insertion d'une disposition dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022 relative à la création de « haltes soin addiction ».

En réponse au rapport provisoire de la Cour, la maire de Paris a indiqué que cette disposition reprend sa proposition « de sortir d'une logique de silo entre les différents dispositifs ambulatoires de premier accueil (...) et d'intégrer la consommation supervisée dans une approche globale du parcours de stabilisation et de réinsertion des consommateurs de crack ». Cette affirmation résonne comme la reconnaissance implicite de l'échec, au moins partiel, du « plan crack » dans la mesure où faire primer une approche globale du parcours de prise en charge sur la logique de silo était l'un de ses objectifs majeurs.

Pour la Ville de Paris, il s'agit désormais de développer un « réseau de petites unités ouvertes jour et nuit, combinant hébergement temporaire, soin et consommation supervisée ». En septembre, conformément à cette orientation, après avoir expertisé 35 lieux au cours de l'été, la Ville de Paris a proposé quatre sites en vue d'ouvrir de nouveaux espaces intégrés de prise en charge des usagers de crack.

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACT :	Appartement de coordination thérapeutique
Assore :	Accompagnement Social et aux Soins, Orientation Réinsertion Ensemble
ARS :	Agence régionale de santé
CAARUD :	Centre d'Accueil d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CSAPA :	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DRIHL :	Direction régionale et interdépartementale à l'hébergement et au logement
GLTD :	Groupe Local de Traitement de la Délinquance
ILS :	Infraction à la Législation des Stupéfiants
Inserm :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LAM :	Lits d'Accueil Médicalisé
LHSS :	Lits Halte Soins Santé
Mildeca :	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MMPCR :	Mission Métropolitaine de Prévention des Conduites à Risques
OFDT :	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
PLFSS :	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PP :	Préfecture de police
Prif :	Préfecture de la région Île-de-France
RATP :	Régie autonome des transports parisiens
RDRD :	Réduction des Risques et des Dommages
SCMR :	Salle de Consommation à Moindre Risque
TAPAJ :	Travail alternatif payé à la journée

# ANNEXES

**Annexe n° 1.** Les 33 actions du plan crack

**Annexe n° 2.** L'accompagnement médico-social

**Annexe n° 3.** La fréquence des réunions des instances de gouvernance du plan

## **Annexe n° 1**

### **Les 33 actions du plan crack**

#### **Axe 1 - Accompagner les consommateurs pour réduire les risques et les dommages et favoriser les parcours de soins**

1.1. Renforcer les maraudes médico-sociales de réduction des risques (action 1) et souterraines (action 3), et créer deux nouveaux types de maraudes : une maraude spécialisée sur la médiation de proximité auprès des riverains, commerçants et consommateurs de l'espace public (action 2) et des maraudes interdisciplinaires psychiatriques et sociales (action 5). La coordination avec les maraudes sociales doit être renforcée (action 4) et les interventions médico-psy-sociales doivent favoriser le suivi des cas complexes, notamment des doubles diagnostics (action 6). Un système d'information permettant de mettre en place des modalités d'évaluation de la situation des personnes, de leur suivi et de leurs parcours doit être développé (action 7).

1.2. Améliorer l'accès au matériel de réduction des risques et des dommages par le renforcement des actions existantes en matière d'accès au matériel de consommation (actions 8 et 9) et l'évaluation qualitative du « kit crack » (action 10).

1.3. Renforcer les dispositifs de premier accueil (CAARUD, CSAPA, salle de consommation à moindre risque) en étendant l'ouverture des structures, matin et soir (action 11), en ouvrant six lieux de repos en journée et/ou nuit (action 12) et en réfléchissant à de nouveaux espaces de consommation supervisée en lien avec l'évolution du cahier des charges national relatif à l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (action 13).

#### **Axe 2 - Héberger, mettre à l'abri, créer des espaces de repos et des unités d'hébergement et de soin résidentiel dédiés afin de permettre une sortie de la rue**

2.1. Augmenter le nombre de personnes suivies et mises à l'abri dans le cadre du dispositif Assore (action 14).

2.2. Renforcer l'hébergement à travers deux dispositifs existants, Phase (action 15) et les unités d'hébergement spécialisé (UHS, action 16), l'amélioration de l'accès aux accueils de jour et aux centres d'hébergement de droit commun (action 18) et la création de six places d'hébergement supplémentaires dédiées aux consommateurs de substances psychoactives illicites faisant l'objet d'une mesure d'injonction thérapeutique (action 17).

2.3. **Renforcer le soin résidentiel** grâce à la création de places d'hébergement adossées à des CAARUD (action 19) et de places de lits halte soins santé (LHSS) et de lits d'accueil médicalisés (LAM) (action 20), et au développement de passerelles entre les dispositifs de réduction des risques et des dommages (RDRD) et les dispositifs des « appartements de coordination thérapeutique – « un chez soi d'abord » (action 21).

2.4. **Accéder aux dispositifs d'insertion** avec la mise en place d'un dispositif expérimental d'insertion type « Travail alternatif payé à la journée - TAPAJ adultes » (action 22).

2.5. **Mettre en place un dispositif d'accompagnement de personnes sous-main de justice** : mesures d'injonction thérapeutique (action 23) ; dispositif expérimental de lutte contre la récidive à destination des publics ayant des conduites addictives (action 24).

**Axe 3 - Intervenir dans l'espace public à la rencontre des consommateurs et répondre aux besoins des habitants en vue d'améliorer la tranquillité publique** : renforcement de la vigilance par la remontée régulière d'informations (action 25) ; renforcement des actions d'information et de formation des acteurs du territoire (action 26) et des habitants (action 27) ; renforcement du nettoyage et des aménagements urbains (actions 28 et 29) ; amélioration de la coordination opérationnelle par la mise en place de visio-conférences mensuelles (action 30).

**Axe 4 - Améliorer les connaissances** : réalisation de l'étude « crack en Seine » sur les usages, les profils des consommateurs et leurs besoins (action 31) ; élaboration d'une carte des structures médico-sociales et sanitaires et des maraudes (actions 32 et 33).

## Annexe n° 2

### L'accompagnement médico-social

L'accompagnement médico-social se présente comme une forme de parcours du consommateur vers la réinsertion et la désaccoutumance du crack. Ce parcours n'est pas toujours linéaire : de nombreux consommateurs ont besoin de plusieurs allers-retours avant de franchir définitivement une étape et de se stabiliser.

Le point d'entrée se fait avec les [maraudes](#) et plus généralement les différents dispositifs qui relève de « l'aller vers ». Les maraudes ont lieu en binômes, composés généralement d'un travailleur social et d'un infirmier. Elles permettent d'entrer en contact avec les consommateurs ou de maintenir un lien noué précédemment, d'évaluer leurs demandes, d'identifier leurs besoins et d'orienter vers les structures à même d'y répondre. Elles peuvent aussi distribuer du matériel de réduction des risques ou dispenser quelques soins basiques (notamment traiter des plaies liées aux brûlures de pipe à crack ou aux violences de la vie en rue).

Le contact peut aussi se nouer lors du premier accueil organisé dans les espaces de repos qui offrent une halte en journée et proposent des lits, des douches, une machine à laver et quelques activités. La [salle de consommation à moindre risque \(SCMR\)](#) permet de consommer hors la rue, en sécurité, avec du matériel sûr et sous supervision. Les consommateurs présentent le produit stupéfiant puis le consomment en box individuel. Dans les deux types de structures, des travailleurs sociaux accueillent et orientent les usagers.

Le traitement de l'addiction au crack se fait en ambulatoire dans les [CAARUD](#) (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des consommateurs de drogues) et les [CSAPA](#) (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Les premiers sont des accueils permettant de dispenser du matériel de réduction des risques, de répondre à des besoins primaires (accès à l'hygiène, soins de base, contacts sociaux) et d'orienter vers la suite du parcours. Les seconds impliquent de s'engager dans une démarche de soin et/ou de gestion de sa consommation. Ils réunissent des équipes pluridisciplinaires pour évaluer la situation médicale des consommateurs et traiter ou prévenir les conduites addictives. Ils fonctionnent généralement sur rendez-vous.

L'hébergement en chambre d'hôtel, comme au sein du dispositif [Assore](#), ou en appartement de coordination thérapeutique, comme dans les appartements partagés du dispositif [Phase](#), s'adressent à des consommateurs présentant des problèmes de santé importants. Ces structures sont dites « à bas seuil » car aucune condition n'est exigée pour y entrer. L'hébergement est considéré comme un préalable qui facilite l'engagement dans une démarche de soins, de réinsertion, de réduction de la consommation. Il s'accompagne d'un suivi important des consommateurs (suivi psychologique et activités de réinsertion notamment) visant à leur faciliter l'accès aux soins, à les aider à recouvrer leurs droits (papiers d'identité, domiciliation, CMU, RSA, etc.) ou encore à préparer un projet de retour au pays des personnes en situation irrégulière. Ces structures travaillent en lien avec les CAARUD et les CSAPA.

Une fois le consommateur stabilisé, il peut évoluer vers d'autres dispositifs d'hébergement, plus engageants, tels que l'hébergement social ou médico-social de droit commun, ou le retour dans leur famille.

Les consommateurs présentant un état de santé dégradé peuvent bénéficier d'un hébergement plus intensif en soins sous la forme d'un accueil temporaire en [Lits halte soins santé \(LHSS\)](#), pour ceux dont l'état sanitaire ne justifie pas une hospitalisation mais n'est pas compatible avec une vie à la rue, ou d'un accueil pérenne en [Lits d'accueil médicalisés \(LAM\)](#), pour ceux atteints de pathologies lourdes et chroniques, de handicaps, ou présentant un pronostic vital engagé à moyen terme.

### Annexe n° 3

#### La fréquence des réunions des instances de gouvernance du plan

	Comité stratégique	Comité de pilotage	Comité opérationnel	Réunions crise sanitaire
2018		15 novembre		
2019	15 janvier	14 février	15 mars 10 avril 17 mai	
	Signature du protocole le 27 mai 2019			
	28 mai		28 novembre	
2020			8 janvier  26 novembre	14 avril 21 avril 28 avril 5 mai 12 mai 26 mai
2021		10 mai		

Source : Cour des comptes d'après les comptes rendus communiqués par la préfecture de région

# RÉPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES CONCERNÉS

## Sommaire

- 45 Réponse du Premier ministre
- 48 Réponse du président de l'association Oppelia

### **Destinataires sans observation**

Madame la Maire de Paris

Monsieur le président de l'association Nova Dona

Monsieur le président de l'association Safe

Monsieur le président du Groupement d'intérêt public SAMU social de Paris

### **Destinataires n'ayant pas répondu**

Monsieur le président de l'Association Aurore

Madame la présidente de l'Association Gaïa Paris

## RÉPONSE DU PREMIER MINISTRE

J'ai pris connaissance avec attention du rapport que vous avez bien voulu m'adresser dans le cadre du contrôle que vous avez diligenté sur la mise en œuvre du « plan crack » signé le 27 mai 2019.

À titre liminaire il convient de rappeler que ce plan, qui comprend 4 axes et 33 actions, est inédit et ambitieux tant par le nombre d'acteurs qu'il mobilise que par les actions retenues et les montants financiers mobilisés pour y répondre. Par sa construction, il avait pour objectif principal d'apporter une réponse globale, structurée, coordonnée et graduée aux problèmes de santé publique. Le plan vise aussi à lutter contre les trafics et à apporter une réponse aux enjeux de sécurité et de tranquillité publiques.

Je note que la Cour, dans sa synthèse, relève que le sujet a été véritablement pris en compte par les services de l'État, avec la mise en place d'une réelle dynamique, que la majorité des actions prévues dans ce plan ont été engagées et que les moyens financiers mobilisés ont très largement dépassé ceux prévus à l'origine. La Cour relève ainsi qu'au regard de son objectif principal le plan a produit des résultats.

La Cour soulève également un certain nombre de critiques, considérant que le plan adopté en mai 2019 aurait comporté des limites intrinsèques. La Cour en relève trois : l'insuffisante implication des services de police et de justice dans le plan, celui-ci ne comportant aucune action spécifique visant à renforcer l'interpellation des revendeurs l'insuffisant dimensionnement de l'hébergement d'urgence et de l'ampleur d'ouverture horaire des espaces de repos ; enfin un relâchement de la volonté de coordination des acteurs et un insuffisant suivi de l'exécution du plan.

Ces critiques ne me paraissent pas refléter la réalité du déploiement du plan crack, des résultats obtenus et n'abordent pas les causes réelles de l'insuffisant déploiement de celui-ci pour celles de ses actions qui n'ont pu être entièrement mises en œuvre.

1/- S'agissant des supposées limites dans le pilotage et la conduite du plan « crack »

Ainsi, les critiques sur le pilotage ou la coordination du plan paraissent en profond décalage avec la reconnaissance de la bonne réalisation de nombre d'actions. La Cour critique le manque de suivi du plan. Je relève que les comités de pilotage se sont tenus à échéance très régulière, ils ont réuni les parties prenantes du plan et permis de dresser le bilan des actions conduites.

Loin d'être retombée, il apparaît que la dynamique d'animation du plan crack s'est intensifiée en 2021. Ainsi, depuis le 10 mai 2021, le comité de pilotage, instance stratégique de conduite du plan crack, a été réuni à trois reprises par le préfet de la région d'Île-de-France.

Se sont en outre tenues de multiples réunions opérationnelles, réunissant, toujours à l'initiative du préfet de la région d'Île-de-France, les acteurs du plan crack, dont les associations. Cinq de ces réunions se sont ainsi tenues depuis le 24 septembre.

La question semble davantage être celle de la non réalisation par certains acteurs d'actions leur incombant et non celle de la coordination de l'ensemble qui a fonctionné très correctement, y compris pendant les périodes aiguës de la crise sanitaire.

Ainsi, s'agissant de l'ouverture des espaces de repos, dont deux seulement sont ouverts à ce jour, sur les six que prévoit le plan, l'ouverture des quatre sites supplémentaires, qui sont nécessaires pour la bonne prise en charge des consommateurs et la réduction de l'occupation illicite de la voie publique, bute sur l'absence de lieux d'installation de ces dispositifs.

Les crédits nécessaires pour assurer le fonctionnement de ces structures sont disponibles et mobilisables à très courte échéance par l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, de multiples opérateurs potentiels existent et se montrent disponibles pour les ouvrir. Demeure la nécessité de trouver les lieux d'implantation que la Ville de Paris devait notamment proposer.

La même difficulté a fortement retardé la réalisation des actions du plan crack visant à développer des solutions « aval » au dispositif de prise en charge dans l'hébergement d'urgence. L'État a prévu les financements nécessaires pour procéder à l'ouverture des lits spécialisés (Lits haltes soin santé et lits d'accueil médicalisés) nécessaires pour prendre en charge les consommateurs stabilisés dans le dispositif d'hébergement d'urgence et ayant vocation à en sortir. Les opérateurs sont également disponibles. Ne manquent que les lieux pour pouvoir accueillir ces dispositifs. Les propositions de la Ville de Paris sont également attendues sur ce point.

Ce rapport appelle de ma part quelques observations complémentaires quant aux constats et recommandations présentés par la Cour.

## 2/ - S'agissant de l'objectif de sevrage des consommateurs et de la lutte contre les trafics

Le rapport indique : « Le plan crack ne vise pas directement l'arrêt de la consommation par les toxicomanes, ni l'élimination du trafic » ; puis « 1.31 L'absence de volet sur la lutte contre le trafic ».

L'arrêt de la consommation n'est effectivement pas cité explicitement comme objectif du plan mais l'accompagnement des consommateurs de crack par les équipes médico-sociales conduit à des propositions de soins, notamment addictologiques, incluant l'évaluation des possibilités de sevrage.

C'est d'ailleurs ce qui ressort du point d'étape du projet « Assore » (Accompagnement social et aux soins, orientation réinsertion ensemble) d'octobre 2020. Eu égard à la complexité de la prise en charge médico-sociale des usagers de crack, les effets sur l'offre de produit et l'occupation de l'espace publique ne peuvent être escomptés qu'à moyen ou long terme.

S'agissant de la lutte contre le trafic de crack à Paris, elle s'inscrit plus largement dans le cadre de la mise en œuvre du plan national de lutte contre les stupéfiants, annoncé le 17 septembre 2019. Ce plan national comporte un ensemble de mesures opérationnelles, comme le programme « bouclier » aux Antilles, les actions dans les ports et la lutte contre le phénomène des « mules » (formalisée dans un protocole interministériel). Il comporte aussi une action déterminée d'entrave à l'approvisionnement en cocaïne et une lutte renforcée contre le trafic sur la place parisienne, ciblant notamment les cuisines de crack et les revendeurs.

La lutte contre les trafics de stupéfiants est bien une priorité du Gouvernement, dont la détermination est totale et j'ai présidé, le 28 mai dernier, un comité interministériel dédié à la lutte contre les trafics.

## 3/ - S'agissant des salles de consommation à moindre risque (SCMR) et des haltes soins addictions (HSA)

La Cour, dans son rapport, indique « le plan se propose simplement de réfléchir à la mise en place de SCMR. [...] l'intérêt des SCMR destinées aux « inhaleurs » est mentionné dans toutes les études ayant précédé le plan crack... ».

Le plan crack ne pouvait pas porter en 2018 / 2019 une mesure de création d'une nouvelle SCMR (qui relève d'un arrêté du ministre chargé de la santé), tant la mise en place d'un tel dispositif nécessite au préalable un travail local pour forger un consensus fort sur ce besoin supplémentaire et sur l'identification d'une localisation adaptée tenant compte des scènes ouvertes de consommation, de la configuration des lieux et de l'acceptabilité pour les riverains.

Le rôle de la collectivité locale est à cet égard central, comme l'a au demeurant souligné le rapport d'évaluation de l'expérimentation des SCMR rendu par l'Inserm cette année. L'État a indiqué à la Ville de Paris qu'il jouerait tout son rôle pour les sites qu'elle proposerait dans le cadre législatif et réglementaire.

Toutefois, pour tenir compte de l'intérêt de ce dispositif pour les « inhaleurs », le ministère des solidarités et de la santé a procédé, en lien avec la Mildeca, à une modification du cahier des charges des SCMR (arrêté du 15 juillet 2019 modifiant l'arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges nationales relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés salles de consommation à moindre risque). Il ne paraît donc pas approprié d'indiquer que les mesures du plan crack n'auraient pas connu d'évolution ou d'adaptation.

Le rapport regrette « Le dimensionnement des actions en-deçà de l'importance du public visé » et que « le plan n'ait pas été dimensionné pour absorber cet afflux ».

Il était et reste très difficile de quantifier précisément le nombre d'utilisateurs de crack ayant besoin d'un hébergement et / ou d'accompagnement médico-social.

Comme le relève la Cour elle-même, les profils des consommateurs de crack ne sont pas homogènes : certains, plus insérés, peuvent être ponctuellement présents dans l'espace public, alors qu'ils disposent d'un logement ou d'un hébergement par ailleurs.

Il faut ajouter à cette diversité des profils, la mobilité des usagers, alors que les scènes ouvertes sont situées à proximité d'autres communes. L'axe 4 du plan vise précisément à mieux connaître le phénomène et les personnes concernées (l'un des résultats est la publication de l'étude « crack Île-de-France <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/synthesesdes-principaux-resultats-de-l-etude-crack-en-ile-de-france/>). Ces travaux ont été financés et conduits conformément aux engagements pris dans le cadre du plan crack.

Enfin, j'ai été quelque peu surpris de lire dans le rapport de la Cour, « cette initiative [de la maire de Paris] a débouché sur l'insertion d'une disposition dans le PLFSS pour 2022 relative à la création de haltes soins addiction ».

Ce n'est pas à la suite d'une suggestion de la Ville de Paris que le Gouvernement a travaillé sur l'avenir des SCMR, après la publication des résultats de l'important travail d'évaluation de l'expérimentation du dispositif conduit par l'Inserm et financé par la Mildeca.

La nouvelle disposition législative dépasse très largement la problématique du crack à Paris et entend être une réponse aux besoins identifiés dans d'autres villes françaises.

## RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION OPPELIA

L'association Oppelia se félicite qu'un premier bilan du plan crack à Paris ait été établi par les pouvoirs publics.

Intervenant depuis très longtemps sur différents quartiers parisiens (l'association Charonne ayant fusionné avec Oppelia en 2017), notre association partage l'essentiel des analyses et des conclusions du pré-rapport de l'audit-flash réalisé par la Cour des Comptes sur la mise en œuvre du « plan crack » à Paris.

Nous souhaitons néanmoins faire les remarques et apporter les contributions suivantes.

1 - Deux points ressortent du pré-rapport avec lesquels nous exprimons notre plein accord : d'une part, le délitement du « socle » et des objectifs communs posés initialement et d'autre part les modes de gouvernance et de coordination des parties prenantes. Les difficultés de coordination entre les différents acteurs publics ont en effet fortement réduit nos capacités d'action médico-sociale.

Nous saluons par contre la reconnaissance de nos interventions de terrain, notamment des maraudes de rue auxquelles nous sommes très attachés.

2 - Les nouvelles évacuations de la « scène » et les désaccords polémiques apparus publiquement entre les différentes autorités publiques ces derniers mois, notamment entre la Ville de Paris et la Préfecture de police, ont fortement contribué à l'affaiblissement de la dynamique initiale. Ces différends ont été exacerbés d'une part par les « actions citoyennes » (selon les termes employés par les auditeurs) des riverains confrontés à une extension des nuisances et de l'insécurité ressentie.

Bien qu'il ne nous appartienne pas d'en juger, le contexte pré-électoral actuel n'est-il pas propice à l'instrumentalisation des difficultés et aux difficultés de vue, voire les dissensions, entre les acteurs publics.

3 - Or, la complexité des domaines d'action et la multiplicité des acteurs, ainsi que les sentiments des habitants des quartiers concernés, demandent qu'un tel plan soit mis en œuvre avec un accord très fort sur ses objectifs et une gouvernance plurielle très solide.

Sa mise en œuvre nécessite également une coordination à plusieurs étages, selon ce qui avait été formellement prévue au départ.

Force est de constater, comme le fait le rapport de façon détaillée, que ces éléments indispensables sur le terrain ont peu à peu dysfonctionné.

4 - À ces constats, nous en ajoutons deux autres qui nous apparaissent des éléments importants dans les raisons de « l'échec » du plan, et qui devraient être pris en compte pour la réussite d'un « plan II » qui s'avère quoi qu'il en soit indispensable :

- Le premier concerne les parties prenantes.

Le pré-rapport souligne à juste raison la faiblesse, pour ne pas dire l'absence, de prise en compte des paroles des habitants riverains. Il note en termes positifs la volonté de la Ville de Paris d'intégrer davantage cette dimension en s'appuyant notamment sur l'expérience de « l'observatoire citoyen » mis en place cette année par la Mairie du 19<sup>ème</sup> arrondissement. Cela nous semble effectivement impératif.

Mais une autre partie prenante, pourtant au centre des actions et des préoccupations, est totalement absente de toutes les discussions, des projets et analyses des problèmes auxquels le plan veut répondre : les usagers de crack eux-mêmes. Ce point aveugle nous paraît un facteur prépondérant de l'échec. Depuis l'épidémie de sida nous savons pourtant que rien ne peut être fait pour les usagers sans les usagers. Cela pose bien évidemment un problème de méthodologie et de construction d'une parole collective auquel ils n'ont pas du tout accès habituellement.

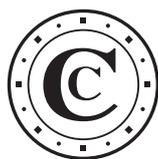
Avec l'association d'auto-support ASUD, l'association Oppelia s'efforce actuellement d'amorcer cette démarche, mais cela ne peut être une initiative isolée et elle devrait être prise en charge, ou du moins soutenue, par l'ensemble des parties prenantes et des autorités publiques concernées, et, sur le terrain, par les acteurs associatifs en contact avec les usagers.

Dans ce même sens, nous regrettons également l'absence des services de psychiatrie publique, pourtant très concernés par une population, dont une bonne partie souffre de troubles psychiques, des troubles qui sont souvent au premier plan dans les problèmes de comportement sur la voie publique.

-Le second constat concerne la coordination des acteurs associatifs impliqués et porteurs de différents projets médico-sociaux. Cette coordination inter-associative (et pas seulement entre les CAARUD) nous semble relever des compétences l'ARS.

Or, si quelques réunions se sont tenues, elles ne l'ont pas été dans un esprit suffisamment coopératif et n'ont pas abouti à une complémentarité suffisante entre les acteurs de terrain. Ainsi, ce sont trop souvent des logiques de concurrence et de méfiance qui se sont développées... À plusieurs reprises, la Fédération Addiction a dû intervenir, à la demande des acteurs de terrain, pour faciliter la reprise du dialogue et des échanges sur les interventions de chacun et sur les projets communs.

5 – Cela étant dit, l'association Oppelia a la ferme volonté de poursuivre sa mission dans la difficile situation du crack à Paris, et elle assure les pouvoirs publics de son complet engagement, à la fois technique dans ses interventions médico-sociales, et politique dans la prise en compte des addictions.



---

Le présent rapport  
est disponible sur le site internet  
de la Cour des comptes : [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

AUDIT FLASH

Décembre 2021

---