

SWAPS

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 42 Trimestriel / 2 €

Édito / 24

DOSSIER

Évolution des liens entre
prostitution et **drogues** / 2

La prostitution masculine
s'est **transformée** / 4

Les chiffres de la consommation / 6

Quels usages chez **les trans** ? / 8

Répression **OU** prévention ? / 10

Aider les usagers de drogue
originaires **des pays de l'Est** / 12

Problèmes liés à
l'injection au Royaume-Uni / 15

Usage de drogue
et **infection VIH** :
satisfecit et vigilance / 19

Salles de shoot :
peur sur la ville / 20

Publications / 22

Brèves... / 23

Évolution des liens entre prostitution et drogues en France

De nombreuses représentations et idées reçues courent sur le monde des travailleuses du sexe. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne la consommation de drogues. Catherine Deschamps, chercheuse associée au Laboratoire d'anthropologie sociale de Paris, décrit pour Swaps les liens entre toxicomanie et prostitution.

Il y a près de quinze ans, deux recherches sur la prostitution de rue financées par des agences de lutte contre le sida repéraient deux phénomènes émergents ou ignorés jusqu'alors :

- à Lyon, Daniel Welzer-Lang, Odette Barbosa et Lilian Mathieu¹ observaient que près du tiers des personnes qui vendent des prestations sexuelles sur les trottoirs sont des "hommes de naissance" (transgenres, travestis, hommes) ;
- à Paris, Anne Coppel, Lydia Braggiotti et coll.² alertaient les pouvoirs publics sur les croisements entre prostitution féminine et injection d'héroïne.

Ces deux recherches ont conduit à une reconfiguration du milieu associatif qui encadre la prostitution de rue : les structures de santé communautaire, comme Cabiria à Lyon, le Bus des Femmes à Paris ou Grisélidis à Toulouse, concurrencent depuis lors sur les trottoirs les anciennes associations abolitionnistes, notamment le très catholique Mouvement du Nid ou son équivalent laïque, l'Amicale du Nid.

“Groupe à risque”

L'apparition, en France, des associations de santé communautaire au début des années 1990 s'articule à la médiatisation de la notion de "politique de réduction des risques" dans le contexte du sida et de la toxicomanie. Des organisations voient le jour, dédiées aux dits "groupes à risque" que sont les homosexuels masculins et les consommateurs ou consommatrices de produits illicites. Les populations concernées sont associées au

fonctionnement de ces structures et leurs savoirs d'usagers sont reconnus dans le panel des compétences à réunir pour limiter la transmission du VIH. À cette époque, les personnes prostituées, également identifiées comme "groupe à risque", paraissent devoir catalyser les motifs d'inquiétudes : puisqu'une partie est désignée comme étant des hommes à pratiques homosexuelles tandis qu'une autre est pointée comme constituée de femmes injectrices, la prostitution paraît être l'espace du cumul des dangers épidémiologiques. Ce d'autant que les pouvoirs publics s'inquiètent surtout d'une transmission vers les clients, et de là vers la population générale.

Rondes de nuit

Très tôt, Aides monte une antenne mobile pour apporter des préservatifs et du gel aux abords de la Porte Dauphine, bastion des garçons, des travestis et des transgenres prostitués. La vieille association Charonne commence également à tourner de nuit dans les quartiers parisiens où des toxicomanes vendent des prestations sexuelles pour obtenir l'argent de leurs doses. Plus significatif encore, certaines associations abolitionnistes fondent des structures internes où une logique de prévention des risques épidémiologique vient supplanter leur ancienne idéologie tournée vers la prévention de la prostitution. Ainsi, en 1996, au sein de l'Amicale du Nid de Paris, Intermède est créé, qui s'adresse au départ exclusivement aux femmes consommatrices de drogues qui se prostituent, avant d'élargir très vite son champ d'intervention à l'ensemble des personnes qui vendent des services sexuels dans l'espace public.

¹ Welzer-Lang D., Barbosa O., Mathieu L., 1994 : *Prostitution, les uns, les unes et les autres*, Paris, Éditions Métailié.

² Coppel A., Braggiotti L., et coll., 1990 : *Recherche-action, prostitution et santé publique. Rapport à l'AFLS, la DGS, l'OMS-sida, les Œuvres Hospitalières de l'Ordre de Malte.*

Les questions de migrations

L'élargissement rapide du domaine d'action d'Intermède n'est nullement une coïncidence. À partir de 1997, une nouvelle modification apparaît dans le paysage français de la prostitution de rue, d'abord à Paris, ensuite dans quelques grandes villes de province. Cette modification tient dans les arrivées de plus en plus massives de 1997 jusqu'à la Loi pour la sécurité intérieure (LSI) de 2003³ de jeunes femmes prostituées venues d'Europe de l'Est puis d'Afrique anglophone. Jusqu'à 2004⁴, la dernière enquête qui, portant sur la prostitution, aborde largement la toxicomanie en son sein est celle dirigée par Anne Serre⁵ en 1995. Ensuite, pendant près de dix ans, on ne sait presque plus rien de la consommation de drogue parmi les personnes qui se prostituent : les questions de migrations viennent peu à peu remplacer celles relatives à l'homosexualité masculine ou à la toxicomanie. Il est vrai qu'à Paris tout particulièrement, l'accroissement exponentiel des jeunes femmes de l'ancien bloc soviétique et des pays d'Afrique en butte à des conflits sanglants noie la présence visible des anciennes consommatrices de produits illicites. Si leur nombre s'est incontestablement réduit en valeur relative, difficile de mesurer s'il a diminué en valeur absolue.

Le changement du décor de la prostitution de rue ne peut toutefois pas à lui seul expliquer le désintérêt scientifique contemporain pour l'articulation entre travail sexuel et drogues. Depuis 1996, l'autorisation de mise sur le marché français de la buprénorphine haut dosage et le développement des programmes de substitution a pu réduire la nécessité, pour les toxicomanes, de se prostituer pour financer les produits. La première question est alors de connaître le profil des toxicomanes qui continuent de recourir à la prostitution pour accéder aux substances. La deuxième question est de comprendre en quoi la prostitution peut conduire à développer secondairement des addictions. Ces deux interrogations sont très insuffisamment documentées à ce jour en France.

Un discours d'exclusion

Lors de la recherche ethnographique de plus de deux ans que je viens de finir sur la prostitution de rue à Paris et en proche banlieue⁶, il apparaît au minimum que l'injection n'est plus le principal mode d'administration des produits illicites chez les personnes qui vendent des prestations sexuelles. L'inhalation semble plus fréquente, de même que le crack paraît avoir

détrôné l'héroïne, surtout pour les plus jeunes générations. En outre, le territoire visible de la prostitution-toxicomane s'est réduit aux boulevards des maréchaux du nord de la capitale, notamment entre les Portes de Clignancourt et d'Aubervilliers. Cette mise à l'écart géographique est significative d'une mise à l'index sociale : la consommation régulière de produits illicites a mauvaise presse dans l'entre-soi de la prostitution. Celles et ceux perçus comme dépendants sont relégués aux confins, au même endroit que ces "jeunes étrangères", décrites par leurs consœurs françaises, maghrébines ou camerounaises (lesquelles se disent "traditionnelles") comme "misérables", "indignes", "ne respectant pas les règles", "cassant les prix"... et "ne mettant pas de capotes". Ces jugements ne facilitent pas la parole sur l'usage de produits et laissent envisager une sous-déclaration des consommations de la part de celles ou ceux qui se considèrent prostitués avant de se définir toxicomanes. La suspicion de sous-déclaration n'est pas récente : Anne Serre et Anne Coppel l'évoquaient déjà, de même que Stéphanie Pryn⁷ pour la ville de Lille. Elle s'est simplement accentuée avec l'accroissement du nombre de personnes prostituées entre 1997 et 2003, puis avec la nouvelle répression consécutive de la LSI : l'augmentation de la concurrence, suivie par la politique de nettoyage des trottoirs, a entraîné une rigidification et un durcissement des discours d'exclusion venus de celles ou ceux-là mêmes qui battent le pavé, dessinant des figures de la "bonne pute" dont il est malaisé de s'extraire.

Pour autant, les indices continuent de fourmiller, qui indiquent des consommations plus fréquentes que ne le laissent paraître les réponses aux questions directes. Ces consommations n'ont pas exclusivement à voir avec les produits illicites. Ainsi, ces travestis algériens surpris au cours du terrain en train de se piquer aux hormones : les seringues s'échangent et leur contenu, injecté à l'excès, est obtenu sous ordonnance grâce à des médecins peu regardants des doses qu'ils prescrivent et des trafics qu'ils suscitent. Ou encore, ces jeunes Albanaises ou Roumaines conduites d'urgence à l'hôpital et dont l'état n'est pas toujours la seule conséquence de l'alcool ou du cannabis.

Toxicomanie et rapports non protégés

Car contrairement à ce que laisse entendre le glissement des intérêts de la recherche, de la drogue ou de l'homosexualité dans la première partie des années 1990, vers la prétendue misère de la prostitution étrangère ou le retour du proxénétisme à partir de 1997, les deux problé-

³ La LSI est publiée au *Journal Officiel* le 18 mars 2003. Elle fait du racolage sur la voie publique un délit, passible de 2 mois d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende. Elle autorise en outre l'expulsion des ressortissants arrêtés pour racolage s'ils n'ont pas de permis de séjour ou s'ils ont des titres provisoires.

⁴ En octobre 2004, Suzanne Cagliero et Hugues Lagrange rendent un rapport à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) : *La consommation de drogue dans le milieu de la prostitution féminine*. Cette enquête quantitative non représentative, peu médiatisée à ce jour, porte sur les villes de Paris, Marseille et Lille.

⁵ Serre A., et al., 1996 : "Conditions de vie des personnes prostituées : conséquences sur la prévention de l'injection à VIH", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 44, pp. 407-416.

⁶ Deschamps C., 2006 : *Le sexe et l'argent des trottoirs*, Paris, Hachette Littérature (à paraître en février). Voir aussi, notamment sur la gestion du VIH de la part des personnes prostituées de rue : Deschamps C., 2004 : *De la toilette aux capotes*, Rapport à Ensemble Contre le Sida (ce rapport sera partiellement repris dans la publication de 2006).

⁷ Pryn S., 1999 : *Stigmate et métier, une approche sociologique de la prostitution de rue*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.



matiques n'ont pas nécessairement à être opposées. Certes, les jeunes femmes d'Afrique subsaharienne ne fument presque jamais (à l'inverse de la majorité des autres personnes prostituées), boivent très peu d'alcool, et aucune de celles que j'ai rencontrées ne semblait consommatrice de produits illicites. Mais le tableau est très différent pour les jeunes femmes d'Europe de l'Est ou d'Europe Centrale : cigarettes et alcool font souvent partie de leurs habitudes, de même que le cannabis et, dans certains cas, des substances plus nocives inhalées. Difficile pour autant d'en conclure que, pour elles, les préservatifs soient moins utilisés dans le cadre de leurs rapports sexuels payants. Elles ne se considèrent jamais comme toxicomanes et le préservatif, comme pour la grande majorité des femmes qui s'identifient avant tout comme prostituées, a un double rôle de prévention du sida et de mise à distance de la peau des clients. Ces derniers, par contre, en raison de la fragilité dans laquelle ils les imaginent, sont prompts à tenter de leur proposer des rapports non protégés contre une augmentation du prix des passes. Ce n'est pas un hasard qu'ils fassent aussi plus souvent ce genre de propositions aux

femmes toxicomanes des boulevards des maréchaux des arrondissements nord qu'aux dites "traditionnelles" de l'intérieur de Paris. Dans le cas des quelques femmes ou des hommes qui continuent à avoir des pratiques d'injection et qui se considèrent comme drogués avant de se percevoir comme prostitués, on peut se demander si les risques représentés par la consommation n'écrasent pas les risques compris dans la sexualité, dont la prostitution.

Pistes de recherches

Sur le terrain, c'est dans la population des femmes toxicomanes et dans la population des travestis ou des transgenres que le plus de personnes se déclarent séropositives ou sont dénoncées comme telles par des collègues. En outre, des traditionnelles, anciennes injectrices "planquées", affirment que si les héroïnomanes paraissent aujourd'hui moins nombreuses sur les trottoirs parisiens, c'est en raison d'une réelle hécatombe qui aurait eu lieu dans leurs rangs dans la première partie des années 1990.

Autant de pistes que des recherches futures ont à creuser.

CATHERINE DESCHAMPS

La prostitution masculine s'est transformée

Le milieu de la prostitution masculine est difficile à approcher. Connaître ses usages en matière de drogue est ainsi une gageure. Pour en savoir plus, Swaps a rencontré les intervenants du groupe Pin'Aides qui s'occupent de prévention sida Porte Dauphine à Paris. Ils évoquent le changement radical occasionné par les lois "Sarkozy".

Le groupe Pin'Aides, dépendant de l'association Aides Île-de-France, est spécialisé dans la prévention sida auprès des gays. Il agit ainsi auprès de populations différentes : jeunes des bars homos du Marais, habitués des saunas... Depuis plus de dix ans, des actions ciblées visent les prostitués masculins et transgenres. Volontaires et salariés interviennent ainsi à la Porte Dauphine, dans "l'allée des garçons" (l'allée adjacente est celle des transgenres).

Lorsqu'on leur parle de l'usage de drogue chez les prostitués, la réponse est simple : les principales consommations visibles, ce sont celles d'alcool, d'anxiolytiques et parfois de cannabis. Et les opiacés ? "Il n'y en a pas à la Porte Dauphine, sauf si vous considérez le Néocodion® comme un opiacé" affirme Sylvain Coudret, chargé de prévention spécialisée. "Même le Kit-sniff, on n'en distribue pas beaucoup" ajoute Bruce MacArthur, volontaire référent pour les publics ciblés.

Bouleversement des pratiques

Pourtant la lecture de certains rapports, tel que celui de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (lire p. 6) laisse penser que les consommations d'héroïne, de cocaïne et de drogues récréatives existent dans le milieu de la prostitution masculine, du moins en 2002, date du recueil des données. Mais alors, où sont passés les prostitués usagers de drogue ?

En fait, tout a changé en quelques années à la Porte Dauphine, depuis la forte hausse de la répression de la prostitution, dont le point culminant a été la fameuse loi pour la sécurité intérieure. Cette "loi Sarkozy" a rétabli le délit de racolage et augmenté la présence policière sur le terrain. Pour Sylvain Coudret, "les garçons ont quitté les rues pour aller vers les forums de discussion sur internet, les chats et les webcafés. Ceux qui ont leur appartement utilisent aussi le téléphone". Comme le souligne Bruce, "ceux qui restent à la Porte Dauphine sont ceux qui n'ont pas le choix, car ils préféreraient utiliser Internet : cela rapporte plus et c'est moins risqué".

La conséquence directe de cette migration vers le monde virtuel, c'est bien sûr l'impossibilité de connaître l'évolution des pratiques en matière de drogue ou de prise de risque, et la difficulté encore plus grande de faire de la prévention. "Il était déjà difficile de prendre contact sur le terrain avec les travailleurs du sexe, aujourd'hui c'est devenu quasiment impossible" souligne Sylvain Coudret. "La loi pour la sécurité intérieure n'est pas pour la sécurité sanitaire" ironise Vincent Vivet, président de Aides Île-de-France.

S'il est difficile de connaître les pratiques de cette prostitution sur internet, il semble logique que les usages de drogue aient suivi cette migration : "Il y a encore quelques années, on entendait parler de certaines pratiques de consommation avec les clients les plus aisés, avec la cocaïne notamment, mais aujourd'hui ça n'apparaît plus, souligne Bruce MacArthur. Non pas que cela ait forcément disparu, mais cela se passe avec la prostitution par internet. Car un client ne va pas emmener chez lui un prostitué précaire de la Porte Dauphine, en qui il n'aura pas confiance. Il va préférer le chercher sur la toile."

Grande précarité

Qui sont justement ces prostitués qui restent Porte Dauphine, ces laissés-pour-compte de cette migration numérique ? "Ce sont des Albanais, des Roumains... précise Bruce MacArthur. Il y a également des hommes d'Afrique subsaharienne, une population fragilisée car souvent sans papiers. Il y a aussi quelques Maghrébins dans l'allée des garçons. Et dans un coin, des Turcs, mais impossible de les approcher. Il y a beaucoup moins de mineurs qu'avant."

En dehors de cette population d'habituez, les prostitués occasionnels sont rares. "Il y a encore peu, on pouvait voir des gens qui faisaient un peu de prostitution occasionnelle, le week-end. Certains venaient d'ailleurs juste pour avoir de quoi s'acheter des drogues récréatives avant de partir faire la fête. Aujourd'hui ils ont disparu" souligne Sylvain Coudret. Les seuls "occasionnels" qui passent sont quelques garçons qui viennent juste avant les vacances, pour se payer de quoi partir. "D'autres font des passages éclairs. Fraîchement débarqués de province pour faire leur coming-out à Paris, raconte Sylvain Coudret. Au bout de quelques jours, quand ils n'ont plus un sou en poche, ils se retrouvent un peu par hasard Porte Dauphine. Mais ils ne restent pas longtemps. Outre l'intimidation, le racket et la violence, ils apprennent vite qu'il est plus intéressant d'aller sur internet."

Survie au jour le jour

Ainsi, il n'y aurait pratiquement plus de consommation de drogues dures à la Porte Dauphine ? Vincent Vivet en est persuadé : "Les garçons de la Porte Dauphine sont tellement précarisés qu'ils n'en sont pas à envisager de se prostituer pour trouver de la drogue. Ils font ça pour payer la chambre d'hôtel et le sandwich" Mais si la problématique des drogues a disparu du terrain, la tâche des associations n'est pas plus facile pour autant. Car les prostitués en grande précarité sont inaccessibles aux messages de prévention. "À 20 ans, ils n'imaginent pas leur espérance de vie au-delà de 30 ans. Leur logique est celle de la survie au jour le jour, souligne Sylvain Coudret. Lorsqu'un garçon arrive en fin d'après-midi, il est relativement confiant. Mais lorsqu'à la fin de la nuit, il n'a toujours pas fait de passe, et qu'un client lui propose un rapport non protégé en doublant la mise, difficile de dire non..."

Sans parler du manque de connaissance en matière de contamination et de l'évolution des comportements : aujourd'hui, 95% des prostitués de la Porte Dauphine se déclarent strictement hétérosexuels. "Ils font des passes pour l'argent, mais ne se déclarent pas homos, souligne Sylvain Coudret. Or dans l'esprit de certains, seuls les homos attrapent le sida... Mais ils disent qu'ils ne le sont pas ! Il y a un vrai travail de fond à mener pour combattre la désinformation et les idées reçues."

Précarité et désinformation d'un côté, filières devenues inaccessibles de l'autre... Aujourd'hui le paysage de la prostitution masculine semble donc avoir profondément changé de visage. Les associations qui travaillent auprès des travailleurs du sexe ont fort à faire avant de s'occuper des éventuels problèmes de drogue.

Les chiffres de la consommation

Les études sur les drogues dans le milieu de la prostitution sont rares. Difficile d'avoir une idée précise des consommations chez les travailleurs du sexe, qu'il s'agisse des hommes, des femmes ou des transgenres. L'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) a publié fin 2004 deux enquêtes originales censées mieux cerner le phénomène.

Il est déjà très difficile d'avoir des données précises sur la prostitution en France. Alors connaître les consommations de drogues dans ce milieu représente un défi. Néanmoins, l'OFDT a lancé deux enquêtes en 2002 pour essayer de comprendre la situation. Les auteurs se sont basés sur des questionnaires et des travaux sur le terrain en lien avec des associations qui interviennent auprès des travailleurs du sexe. Deux comptes rendus ont été édités en 2004, suite à ces travaux : l'un s'intéressant à la prostitution masculine et transgenre¹, l'autre à la prostitution féminine².

Les prostituées et les drogues

L'étude menée chez les femmes par l'OFDT a eu lieu sur les villes de Paris, Marseille et Lille. 169 femmes ont ainsi pu être interrogées. Celles-ci sont jeunes (âge moyen de 33 ans), mais bien sûr cela dépend des villes (plus jeunes à Paris) et de l'origine (les Françaises ont en moyenne 39 ans, les femmes des pays de l'Est 24 ans). À peu près la moitié des femmes viennent d'Europe de l'Ouest, l'autre moitié est constituée de migrantes, principalement d'Europe de l'Est et d'Afrique, ainsi que des pays du Maghreb et quelques-unes d'Amérique latine. En ce qui concerne le statut sérologique, 3 % se déclarent positives au VHC, 1 % au VHB et 2 % au VIH. Mais il faut souligner que 10 % à 14 % des prostituées ne connaissent pas leur statut sérologique pour l'une ou l'autre des maladies. Et bien sûr, il s'agit de déclaratif.

Pour ce qui est de la consommation de drogues, l'enquête semble à première vue rassurante : 80 % des femmes interrogées ne consomment pas de drogues illicites autres que le cannabis (ce dernier étant d'ailleurs assez peu consommé). Selon les auteurs, on peut considérer que "seulement" 15 % des prostituées sont dépendantes à un produit (alcool ou opiacés).

D'après les données recueillies, seules 9 femmes ont consommé de l'héroïne dans le mois précédent, mais elles sont 28 à en avoir consommé au cours de leur vie.

Autre chiffre marquant : la consommation de médicaments psychotropes. Un tiers des prosti-

tuées en ont consommé au cours de leur vie et 20 % dans les trente jours précédents. Antidépresseurs, somnifères et anxiolytiques sont, dans l'ordre, les plus consommés.

L'une des questions auxquelles ont tenté de répondre les auteurs est la chronologie de cet usage : l'entrée dans la drogue a-t-elle précédé ou suivi l'entrée dans la prostitution ? Sur le petit échantillon des femmes dépendantes interrogées, cela semble clair, comme le soulignent les auteurs : "Parmi les femmes qui consomment des drogues illicites au moment de l'enquête, près de 80 % ont commencé à se prostituer après avoir consommé ces drogues ou au moment où elles commençaient. Si la grande majorité des prostituées ne consomment pas de drogues illicites, parmi les femmes consommatrices et qui se prostituent, cette activité est intervenue comme un moyen de financer un usage de drogues qui n'était pas solvable autrement."

Il faut noter l'extrême prudence des auteurs en ce qui concerne l'influence des drogues sur la prise de risque en matière sexuelle. Dans cette enquête, les femmes dépendantes aux opiacés reconnaissent un peu plus que les autres ne pas respecter quelques fois les "bonnes pratiques" (fellation sans préservatif par exemple). Mais pour les auteurs, il est impossible de conclure qu'il y a une réelle différence : une fois qu'elles ont reconnu leur dépendance dans l'enquête, elles sont souvent plus honnêtes dans la suite de l'entretien.

Consommation de drogue chez les prostituées

Consommations*	Ensemble des femmes (n = 169)	Femmes non dépendantes des opiacés (n = 147)	Femmes dépendantes des opiacés (n = 22)
Tabac	64 % (108)	58 % (86)	100 % (22)
Médicaments	20 % (34)	16 % (24)	45 % (10)
Cocaïne ou crack	18 % (30)	7 % (10)	91 % (20)
Cannabis	16 % (27)	7 % (10)	77 % (17)
Opiacés	14 % (24)	1 % (2)	100 % (22)
Poppers	5 % (8)	(0) -	36 % (8)
Alcool (dép. ou abus)	4 % (7)	3 % (4)	14 % (3)
Autres stimulants	3 % (5)	2 % (3)	9 % (2)
Hallucinogènes	2 % (4)	1 % (2)	9 % (2)

*Pour l'alcool, le tabac et le cannabis, il s'agit des consommations actuelles ; pour les autres produits, sauf les médicaments, il s'agit de la consommation au cours de la vie.

¹ La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine, Lindinalva Laurindo da Silva et Luizmar Evangelista, Observatoire français des drogues et toxicomanies et Trend (Tendances récentes et nouvelles drogues), octobre 2004.

² La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine, Suzanne Cagliero et Hughes Lagrange, Observatoire français des drogues et toxicomanies et Trend (Tendances récentes et nouvelles drogues), octobre 2004.

Enfin, l'enquête montre que même si la consommation de drogues est toujours mal vue dans le monde de la prostitution, la stigmatisation a diminué en 10 ans. Car, dans le milieu des années 1990, on accusait les prostituées usagères de drogues de "voler les clients", de "faire n'importe quoi" ou de "casser les prix". Aujourd'hui, ce sont les nouvelles migrantes qui subissent ainsi ce rejet... L'étude montre d'ailleurs que ce sont elles qui subissent le plus souvent les contrôles policiers, les agressions, les vols... Méfaits qui étaient l'apanage des prostituées consommatrices de drogue dix ans plus tôt.

Moins d'opiacés, plus de cannabis chez l'homme

L'enquête de l'OFDT menée dans les milieux de la prostitution masculine a concerné Paris et Marseille. Les auteurs ont à la fois soumis des travailleurs du sexe à des questionnaires et à des entretiens semi-directifs. Ils ont ainsi interrogé 252 prostitués masculins et transgenres, à peu près à parts égales. L'âge moyen était de 24 ans. L'origine des garçons est essentiellement la France, les pays de l'Est ou le Maghreb. En ce qui concerne les transgenres, l'origine est le plus souvent le Maghreb, suivi de l'Amérique Latine et de l'Europe.

Le statut sérologique est souvent méconnu : deux garçons sur cinq et un transgenre sur dix ne connaissent pas leur statut en matière de VHB et VHC. Chez les autres, la sérologie serait négative.

En ce qui concerne le VIH, 18 % des garçons déclarent ne pas connaître leur statut (et aucun transgenre). Seuls 3 % reconnaissent une séropositivité. Bien sûr, il faut souligner qu'il s'agit de déclaratif.

En matière de consommation de drogues, l'investigation des substances prises dans les 30 derniers jours donne une idée précise de la consommation :

Produits consommés les 30 derniers jours

Produits consommés Total par catégorie et pour l'ensemble des prostitués

	Garçon	Transgenre	Total = N	Total %
Alcool	74 %	84 %	198	78 %
Tabac	75 %	76 %	189	75 %
Cannabis	51 %	62 %	142	56 %
Somnifère	7 %	22 %	36	14 %
Poppers	12 %	14 %	33	13 %
Cocaïne	4 %	12 %	20	8 %
Ecstasy	12 %	2 %	18	7 %
Calmant	2 %	7 %	11	4 %
Antidépresseur	3 %	2 %	7	3 %
Héroïne	2 %	1 %	4	2 %
Crack	2 %	0 %	2	0,8 %
Subutex	1 %	1 %	2	0,8 %
Amphétamine	1 %	0 %	1	0,4 %
Solvant	0 %	1 %	1	0,4 %
Méthadone	0 %	1 %	1	0,4 %

Plusieurs réponses possibles

Alcool, tabac et cannabis sont ainsi les substances les plus consommées par les travailleurs du sexe. Derrière ce trio de tête, on rencontre les médicaments psychotropes, benzodiazépines et barbituriques (soit 20 % des personnes interrogées, un niveau équivalent à celui rencontré dans la prostitution féminine). Poppers, cocaïne et ecstasy arrivent bien après.

On notera deux différences majeures avec les femmes : pour le cannabis, la consommation est plus forte. Ceux-ci sont d'ailleurs à un niveau plus élevé que celui de la population générale. Pour les opiacés, c'est l'inverse : l'héroïne ne concerne que 2 % des personnes interrogées, alors que chez les femmes, la consommation d'opiacés (héroïne, méthadone, buprénorphine haut dosage et sulfate de morphine) est beaucoup plus élevée. Comment expliquer ce point ? Les auteurs avancent une hypothèse : *"Ce type de drogues semble incompatible avec la pratique prostitutionnelle des garçons et des transgenres, celle-ci exigeant du prostitué d'avoir une belle apparence et une bonne tenue dans le but de plaire au client. Le monde de la prostitution est régi comme un espace marchand et le corps du prostitué est son instrument de travail ; l'apparence physique a une valeur marchande, le rapport et la négociation avec le client exigent une maîtrise de ses actes."* Mais d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte : le simple fait que la population masculine soit plus jeune peut également expliquer la moindre consommation d'opiacés, et l'usage plus fréquent de cannabis.

L'enquête met en avant que chez les travailleurs du sexe, certaines consommations peuvent faire partie de la relation avec le client. Par exemple, l'alcool : certains garçons commencent par prendre un verre avec le client. De même, la consommation de cocaïne serait courante avec les habitués "huppés" de la Porte Dauphine.

Il faut toutefois noter que la situation semble avoir évolué fortement depuis 2002 (date de l'enquête) et notamment depuis la mise en place des lois sur la sécurité intérieure (lire page 4). Il serait certainement intéressant de renouveler celle-ci, à plus grande échelle, pour justement essayer de mieux cerner les liens entre drogue et prostitution aujourd'hui.

Si cette enquête reste imparfaite, il y a au moins un point qui semble se dégager des chiffres et des témoignages sur les liens entre drogue et prostitution : difficile de dire que la drogue fait entrer dans la prostitution, ou que la prostitution favorise la consommation de drogues. Mais ce qui est sûr, c'est que la précarité et l'exclusion font entrer dans les deux...

ALAIN SOUSA

Quels usages chez les trans ?

Aucune étude spécifique n'a été menée sur l'usage de drogue chez les transgenres. Un milieu où plus de 70 % sont des travailleuses du sexe. Quels sont les consommations et usages problématiques ? Pour en savoir plus, Swaps a rencontré Camille Cabral, présidente de l'association activiste Pastt.

Camille Cabral est une grande blonde sculpturale, originaire du Brésil. Certains la connaissent grâce à sa candidature à Paris lors des législatives de 2002, mais c'est avant tout la fondatrice de l'association Pastt, qui se bat pour le droit des personnes transgenres (lire l'encadré). Lorsqu'on lui pose la question de l'usage de drogue dans le milieu trans, elle montre des réticences pour répondre. Elle tient à rappeler que les trans sont un groupe minoritaire, fortement stigmatisé et discriminé : *"Il est impossible de trouver un travail lorsque l'on est une femme en apparence, avec un état civil et des papiers qui disent le contraire. Et c'est encore plus dur de trouver un logement. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles 70 % des trans ont choisi d'être travailleuses du sexe."* Camille redoute que l'on stigmatise encore plus les trans en leur collant une nouvelle étiquette, relative à l'usage de drogue.

Peu d'injections

Malgré tout, elle reconnaît qu'il existe des consommations, essentiellement sociales : de l'ecstasy en soirée parfois, des amphétamines également. *"Mais pas de ce Crystal Meth dont on entend de plus en plus parler"* souligne Camille... Et l'héroïne ? *"Il y a encore quelques injecteurs, mais si l'on compare à la situation des années 1980, ce n'est plus du tout la même chose pour l'héroïne, tempère Camille. Aujourd'hui on trouve des gens qui sont substitués à la méthadone ou au Subutex®"*. Et ceux-ci ne représenteraient qu'une minorité : sur le millier de

trans qui fréquentent l'association Pastt, une dizaine à peine seraient sous substitution...

Pour "tenir le coup"

Mais alors, il n'y aurait pas de consommation de drogue chez les trans ? Camille reconnaît que la substance la plus consommée, c'est l'alcool. Ou plus exactement, le mélange alcool plus Rohypnol® : *"Je connais des travailleuses du sexe qui portent toujours sur elles une flasque contenant un mélange de whisky et une dizaine de comprimés de Rohypnol broyés."* Car si le Rohypnol est théoriquement un somnifère, il produit l'effet inverse une fois mélangé à l'alcool. Un breuvage utilisé pour tenir le coup face à des conditions de travail souvent extrêmement difficiles. *"La violence est quotidienne. Il y a des morts. Une fille a même été tuée le jour de la marche des trans"*, souligne Camille.

Le revers de la médaille

Le mélange alcool plus Rohypnol, s'il aide certaines à tenir le coup, a aussi son revers : *"Cela peu plus souvent occasionner des baisses de vigilance et un relâchement en matière de port du préservatif par exemple"* reconnaît Camille. Un problème d'autant plus important que les trans sont souvent confrontées à des demandes de sexe non protégé. *"Dans la clientèle des trans, on peut trouver des hommes qui n'aiment pas le préservatif. Ce sont des personnes qui n'ont pas le sens du risque et la conscience de la gravité de l'épidémie"* précise-t-elle. Et les trans ne sont pas toujours à même de refuser. *"Une trans sans papiers, en situation précaire, à qui le client propose une rallonge pour baiser sans capote, peut avoir du mal à dire non, quand elle a un logement à payer et pas d'argent pour se nourrir, constate Camille. La faim et la pauvreté sont plus fortes que la peur du sida."*

C'est là que Pastt intervient, pour justement aider ces trans à se protéger à tout prix. Mais les conditions *sine qua non* d'une véritable réduction des risques sont certainement plus d'égalité et moins de discriminations identitaires. Et en la matière, un long chemin reste à parcourir.

Pastt : contre la "transphobie"

Depuis 1992, Prévention, action, santé, travail pour les transgenres (Pastt) soutient les personnes trans, aussi bien dans les domaines social que sanitaire ou juridique. Et la lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles est l'une des priorités de l'association. Celle-ci s'implique ainsi sur le terrain, avec des permanences au bois de Boulogne et sur les boulevards des maréchaux. Des lieux d'accueil et de soutien sur le terrain qui s'adressent principalement aux personnes trans, mais qui touchent de plus en plus de "classiques". Pastt essaie également de lutter de manière concrète contre la "transphobie", et propose par exemple des ateliers de formation pour faciliter l'accès à l'emploi. Sans oublier un volet artistique et culturel : l'association organise de nombreuses manifestations et spectacles.

Pastt / 94 rue Lafayette / 75010 Paris / Tel. : 01 53 24 15 40 / Mail : pastt@noos.fr

ALAIN SOUSA



Répression OU prévention ?

Une politique très répressive en matière de drogue est-elle compatible avec la réduction des risques ? Des chercheurs se sont penchés sur un exemple concret : l'impact d'une stratégie policière d'intervention intensive sur l'activité d'un programme d'échange de seringues à Philadelphie. État des lieux et comparaison avec la France.

Entre stratégie des forces de maintien de l'ordre et stratégies de santé publique et de prévention, notamment par la réduction des risques chez les usagers de drogue, y a-t-il contradiction ou complémentarité ? L'une nuit-elle à l'autre ? Et notamment, les stratégies d'intervention de la police modifient-elles l'accès des toxicomanes aux structures de soins de la première ligne ? C'est la question de recherche posée par l'article publié dans *American Journal of Public Health*¹. Il explore cette articulation en s'appuyant sur un exemple concret.

Force de dissuasion

Depuis le 1^{er} mai 2001, la ville de Philadelphie initie un programme intensif, en déployant des policiers en uniforme 24 heures sur 24, dans des endroits et carrefours stratégiques. Le but de ce nouveau programme est de perturber ou d'empêcher le "deal" de rue. Ces opérations constituent une nouveauté par rapport aux programmes précédents de maintien de l'ordre, davantage orientés vers les arrestations que vers une présence policière permanente, forte et dissuasive.

Dès sa mise en place, de nombreuses plaintes pour harcèlement ont été déposées par les usagers de drogue eux-mêmes et par des professionnels de santé des programmes d'échange de seringues des zones géographiques concernées.

C'est la raison pour laquelle un groupe de scientifiques a cherché à mesurer l'impact de cette nouvelle stratégie des forces de l'ordre sur l'activité du programme d'échange de seringues (PES) de la ville de Philadelphie. Pour mesurer cet impact, des données ont été collectées à partir des fichiers issus du PES de Philadelphie. Ces données portent sur le nombre de recours des usagers de drogue à ce programme dans les neuf mois qui ont suivi

D'autres informations concernant les usagers ayant eu recours au programme d'échange de seringues ont été recueillies : le sexe, l'âge ou la couleur de peau. Des méthodes statistiques sophistiquées ont permis une analyse de l'ensemble de ces données.

Forte baisse des recours

Les résultats ont montré un impact significatif de la nouvelle stratégie policière : en effet, le nombre de recours au programme d'échange de seringues a été bien moindre dans les mois qui ont suivi la mise en place de la nouvelle stratégie policière par rapport aux mois précédents et aux mêmes périodes des années antérieures. Ce moindre recours a concerné tous les types d'usagers, quel que soit leur sexe ou leur couleur de peau. Chez les hommes, le recours au programme d'échange de seringues a le plus diminué : moins 26 % dès les trois premières semaines, par rapport aux 3 semaines antérieures à la mise en place de la nouvelle stratégie policière. Cette baisse de recours chez les hommes ne s'est pas résorbée avec le temps : toujours moins 21 % dans les neuf mois qui ont suivi le 1^{er} mai 2001, par rapport aux neuf mois qui avaient précédé cette date. Si, les femmes semblent moins touchées par cette nouvelle stratégie, elles semblent, elles aussi, avoir moins eu recours au programme d'échange de seringues de Philadelphie : moins 12 % à trois mois et moins 13 % à neuf mois. Mais l'impact a été le plus important pour les hommes noirs, puisque à trois semaines, le nombre de recours à ces programmes a baissé chez eux de 36 %, diminution qui était toujours perceptible à neuf mois avec plus de 30 % de recours en moins par rapport aux neuf mois ayant précédé la mise en place du programme.

De nombreux risques

Si les interventions de la police ont permis selon l'article de réduire la prévalence des scènes ouvertes de deal de rue, ces nouvelles stratégies ont incontestablement eu un coût. Elles semblent avoir significativement et durable-

¹ *Effects of an intensive street-level police intervention on syringe exchange program use in Philadelphia*
Davis C.S., Burris S., Kraut-Becher J., Lynch K.G., Metzger D.
American Journal of Public Health,
2005, 95, 2, 233-6

la mise en place de la nouvelle stratégie policière. Ces nombres de recours ont été comparés à ceux des neuf mois précédant la mise en place de cette nouvelle stratégie, ainsi qu'aux nombres de recours des années passées.

ment entraîné une baisse de recours aux programmes d'échange de seringues, spécialement chez les individus noirs et de manière générale chez les hommes, renforçant ainsi les inégalités d'accès pour ces populations qui sont, aux États-Unis, particulièrement touchées par l'épidémie de VIH.

Or les PES ont, aux États-Unis, démontré leur efficacité en termes de réduction des contaminations par le VIH et les hépatites. Cette baisse d'activité des PES peut entraîner un moindre accès au matériel stérile d'injection. Le risque à terme, selon l'article, est que les usagers, faute de pouvoir s'approvisionner en matériel stérile d'injection, reprennent des comportements de prêts ou d'emprunt de matériel déjà utilisé, entraînant la recrudescence chez les usagers de drogue des contaminations. Et l'article recommande une meilleure coopération et articulation entre les forces de maintien de l'ordre, les institutions de santé publique et notamment celles concernées par la prise en charge des usagers dépendants de drogues.

Cependant, l'article ne précise pas en quoi consiste exactement le programme d'échange de seringues. On comprend qu'il est piloté par les autorités municipales de Philadelphie et qu'il est constitué de plusieurs structures fixes dans la ville. Mais des analyses géographiques plus fines manquent pour mieux comprendre la réalité du terrain. De plus, une analyse des recours aux soins en dehors de la zone affectée par les nouvelles stratégies des forces de l'ordre fait défaut. On pourrait imaginer qu'il y ait un report partiel ou total des recours des usagers vers des PES situés à l'extérieur du périmètre de la présence policière renforcée. Cela indiquerait, de toute façon, un impact de ces stratégies policières sur le recours des usagers dans les PES, même si cela en minimiserait peut-être l'impact en termes de risques sanitaires.

Et la France ?

En France, alors que d'un côté on renforce la politique de réduction des risques par son inscription dans le code de santé publique par le décret n°2005-347 du 14 avril 2005, l'articulation entre les stratégies des forces de l'ordre et les politiques à l'égard des toxicomanies paraît peu réalisée (même si l'évacuation des squats parisiens en 2004 semble s'être effectuée de façon concertée avec les décideurs locaux, cette concertation ne semble n'avoir été que ponctuelle). Dans notre pays, l'accès à des PES est l'un des outils de la politique de réduction des risques mis en place dès la fin des années 1980 et qui comporte :

2 — la mise en place de structures de première ligne de contact et de soin pour les usagers de drogue par voie intraveineuse ;

3 — l'accès aux traitements de substitution tels que la buprénorphine haut dosage et la méthadone.

Les résultats en matière de réduction des risques de contamination par le VIH et de mortalité par surdoses ont été spectaculaires². En effet, le nombre de décès par surdose a été divisé au moins par cinq, passant en France de près de 600 décès en 1994 à une centaine au cours des années 2000. Son efficacité semble avoir été également spectaculaire en ce qui concerne les infections à VIH puisque en 2003 moins de 3% des nouveaux diagnostics de séropositivité concernaient des personnes contaminées par voie intraveineuse, montrant que l'infection était quasiment enrayée chez ces usagers de drogue.

À partir de 2002, certains professionnels de santé, pharmaciens ou structures de première ligne font état (notamment dans le rapport Trend³ national et parisien de 2003) de pressions des forces de l'ordre sur les UDVI aux abords des distributeurs de seringues, susceptibles de gêner un approvisionnement en matériel stérile. Ils relatent même des confiscations ou destructions de traitements de substitution même si celui-ci est légitimé par une ordonnance médicale.

Échec à la prévention

D'autres stratégies de dispersion ou d'arrestations ont été récemment mises en place par le ministère de l'intérieur, notamment à l'encontre des prostituées ou des usagers de crack, très désinsérés socialement. Ces populations sont particulièrement touchées par les risques sanitaires et infectieux et ces nouvelles stratégies sont également susceptibles de perturber l'accès à l'ensemble des programmes et des outils que constitue la politique de réduction des risques. Ces stratégies peuvent de plus faire obstacle aux équipes de prévention de rue qui essayent d'atteindre ces populations aux modes de vie de plus en plus précaires et clandestins. C'est prendre le risque, comme on l'a vu dans le cas de Philadelphie, que des personnes usagères de drogues dépendantes, nécessitant des soins, soient écartées de l'accès à la politique de réduction des risques, soient replacées dans des conditions multipliant les prises de risque (sexuel et de partage de seringue). À terme, leur accès à la prévention, au dépistage et aux soins peut être partiellement mis en échec, avec ce risque ultime d'une recrudescence des infections à VIH et hépatites dans ces populations.

BERNARD ROUSSEL

² Cette politique a montré, en revanche, des résultats peu convaincants en termes de réduction de l'hépatite C.

³ Haljten S. Grémy I
État des lieux de la toxicomanie
et phénomènes émergents liés
aux drogues à Paris en 2003
Juin 2004

1 — l'accès au matériel d'injection stérile ;

Aider les usagers de drogue originaires des pays de l'Est

Le Bus Méthadone, structure d'accueil de Médecins du Monde Paris, aide des usagers de drogue à accéder à des soins adaptés et les accompagne dans leurs démarches sociales et administratives. Depuis cinq ans, une population d'usagers venus d'Europe de l'Est et d'ex-URSS s'est constituée. Elisabeth Avril et Karine Elias, respectivement médecin coordinateur et infirmière du Bus, dressent un état des lieux et nous livrent quelques trajectoires de ces usagers.

Le Bus Méthadone de Médecins du Monde Paris est issu du travail et de la réflexion de l'équipe du programme d'échange de seringues. Expérimental à son ouverture, ce programme a depuis janvier 1998 reçu 2 331 personnes désirant accéder à un programme de substitution. 2 287 usagers ont été inclus en huit ans. Parmi les personnes inscrites au Bus depuis 1998, 220 usagers (soit 10% de la file active) sont des ressortissants des pays d'Europe de l'Est et des pays d'ex-Union Soviétique. Ces personnes ni francophones ni anglophones, parfois en situation de grande précarité, posent le problème de la communication. Nous avons développé un partenariat avec des interprètes bénévoles pour pallier à ce problème majeur qui n'est pas pris en compte par nos tutelles au niveau du financement. Ces interprètes sont présents dans le bus et lors des entretiens médicaux, sociaux ou juridiques.

La barrière de la langue

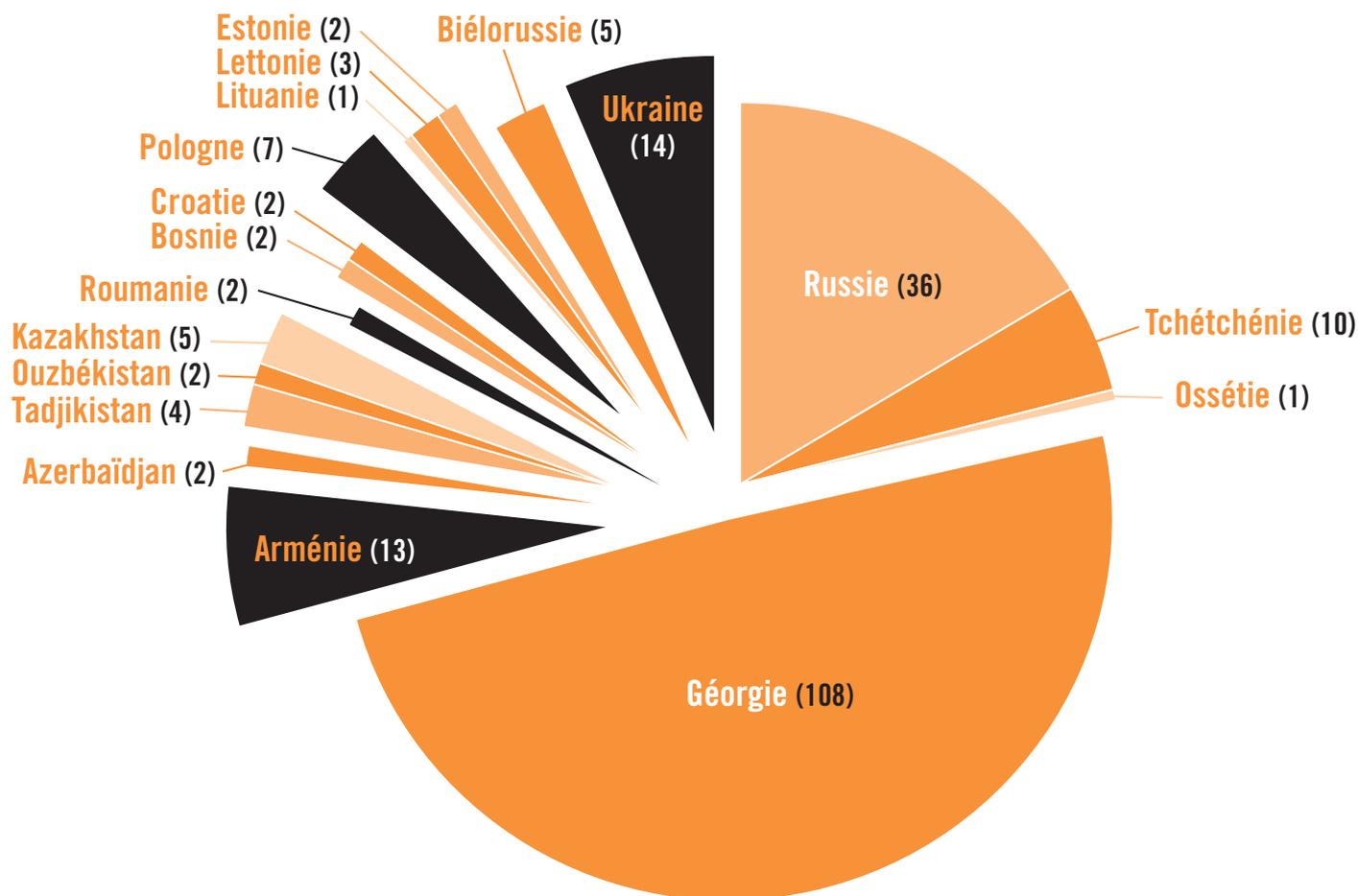
Ces patients sont souvent des primo-arrivants qui n'ont guère l'habitude de notre système de soins et qui ne saisissent pas toujours les possibilités de suivi par des structures associatives comme la nôtre. Nous avons d'autant plus le devoir et la nécessité d'informer et d'expliquer à ces hommes les différentes modalités de prise en charge qu'ils sont souvent rejetés par les structures classiques sous le prétexte de la barrière de la langue. Par exemple la possibilité de rester anonyme, le fait que l'hôpital n'est pas une prison et qu'une post-cure n'est pas un camp de redressement. En somme, que la démarche de soin est volontaire et individuelle. Au cours des cinq dernières années, nous avons appris à connaître ces usagers, qui sont devenus plus confiants vis-à-vis de

notre structure. Ils sont venus le plus souvent adressés par des amis et ont pu exprimer leurs difficultés et leurs attentes.

Les objectifs du Bus Méthadone

- Contacter une population d'usagers ayant peu ou pas de contact avec les structures de prise en charge existantes ou étant en rupture de soins
- Améliorer l'accès à la substitution par la méthadone et par-là réduire les risques liés aux pratiques toxicomaniaques et notamment à l'injection. L'objectif n'est ni l'abstinence ni la maintenance
- Améliorer l'accès aux filières de soins et aux structures de prise en charge sociale existantes
- Améliorer l'état de santé des personnes
- Améliorer la qualité de vie des personnes

Les usagers de drogue originaires d'Europe de l'Est et de l'ex-URSS sont apparus dans le programme du Bus Méthadone au cours de l'année 2000. Ce sont surtout des hommes (9 femmes seulement parmi les 220 usagers inscrits). Par rapport aux autres usagers du programme, nous avons noté certaines particularités. Ils sont plus jeunes : âge moyen 28,7 ans avec une médiane de 28 ans (le plus jeune a 17 ans), contre 32 ans en moyenne chez les autres usagers. Ils sont plus souvent mariés (72 personnes) et ont souvent des enfants à leur charge (81



d'entre eux). Ils sont 67 à avoir suivi des études supérieures et déclarent des qualifications professionnelles telles qu'ingénieur ou économiste. Sur le plan de leur toxicomanie, 202 usagers ont débuté leur addiction dans leur pays. Les produits consommés sont soit de l'héroïne par voie intraveineuse (pour 156 personnes), soit de l'opium, par voie intraveineuse également, pour 46 personnes. L'opium injectable est obtenu en faisant bouillir de la pâte d'opium avec de l'acétone. Pour les usagers qui ont débuté en France, dix ont pris du sulfate de morphine (Skenan[®]) par voie intraveineuse et six de la buprénorphine haut dosage (Subutex[®]).

Ces usagers sont majoritairement injecteurs. Sur le plan infectieux, 70 déclarent être porteurs du virus de l'hépatite C, 93 n'ont jamais fait de dépistage, 7 personnes sont séropositives pour le VIH (séropositivité découverte après 2000) et 79 personnes n'ont jamais fait le dépistage du VIH.

À l'admission dans le programme, les produits principalement consommés sont l'héroïne (86 personnes), le Skenan (74 personnes), le Subutex (38 personnes), la méthadone (19 personnes), l'opium (3 personnes). 182 personnes déclarent acheter des médicaments au mar-

ché clandestin, essentiellement de la méthadone, du Subutex et du Skenan.

Sur le plan social, ces usagers sont peu demandeurs. Les demandes sont surtout des aides pour effectuer des démarches auprès de la préfecture lorsqu'ils sont débou-tés de leur demande d'asile et qu'ils font une demande de séjour pour soins, le plus souvent en rapport avec une hépatite C. Les demandes concernent également l'aide médicale d'État : 150 personnes n'ont aucune couverture maladie à l'admission. Peu de demandes concernent l'hébergement, bien que 44 disent être SDF, 25 vivent en squat, 16 en foyer, 27 chez un tiers et 84 à l'hôtel (hôtel type "formule 1" payé chaque nuit le plus souvent). Concernant les ressources, 97 déclarent n'avoir aucune ressource, 32 font la manche ou vivent de petits boulots, 26 sont soutenus par de la famille et 35 ont une activité illicite, essentiellement le vol, ces usagers ne semblant pas être impliqués dans la revente de produits.

Une forte présence de Géorgiens

Nous nous sommes intéressés plus précisément aux usagers Géorgiens, compte tenu de leur forte présence dans notre programme. Pour une meilleure compréhension, il



Deux trajectoires

L'histoire de V

V est un homme de 27 ans qui est arrivé en France en 2000. Il s'est inscrit au Bus en 2001 et déclarait consommer de l'héroïne, de la méthadone achetée dans la rue et parfois de la cocaïne. Il était demandeur d'asile, vivait à l'hôtel et déclarait ne pas avoir de ressources. Très difficile au début de son traitement, nous avons dû lui expliquer à plusieurs reprises les règles du programme (traduites en russe). Nous avons hésité fin 2001 à l'exclure pour des raisons de violence mais n'ayant pas, comme beaucoup d'autres, de centre relais, nous avons décidé de continuer de le suivre. En 2002, il a découvert une séropositivité pour le virus de l'hépatite C et nous avons entamé des démarches administratives pour obtenir une carte de séjour pour soins qui sont sur le point d'aboutir. Il parle de mieux en mieux français et il est possible maintenant de faire des entretiens sans interprète, ce qui facilite le suivi. V est très déprimé par sa situation en France : sans papiers et sans travail, il est hébergé par le SAMU social, avec sa femme (originaire d'ex-URSS et rencontrée en France) et leur enfant de deux ans. En Géorgie, il consommait de l'opium par voie intraveineuse mais n'était pas dépendant : il consommait une à deux fois par mois. Il a débuté véritablement en France avec de l'héroïne injectée puis du Skenan, car l'héroïne lui semblait de très mauvaise qualité. Son départ de Géorgie semble avoir été motivé par des pressions policières exercées dans le cadre d'une histoire de famille (son père et sa mère ne sont pas originaires de Géorgie et les pressions racistes sont importantes). Il dit ne plus savoir pourquoi il est parti. Ses parents ne vivent plus en Géorgie mais ne sont pas en Europe de l'Ouest. Il espère pouvoir obtenir des papiers pour se soigner en France et trouver un travail.

L'histoire de M

M est un homme de 42 ans qui est arrivé en France en 2003 avec sa femme et sa fille de 21 ans. Il a débuté son addiction en Géorgie à l'âge de 30 ans par de l'opium et de l'héroïne par voie intraveineuse. Il déclare avoir suivi des études supérieures et être ingénieur. Il fait visiblement partie de la classe aisée géorgienne. Il vit dans les beaux quartiers parisiens et ne semble pas avoir de problèmes de survie. À l'admission dans le programme, il consommait uniquement du Skenan acheté dans la rue. Cet homme a rapidement adhéré aux règles du Bus et nous avons pu lui faire des ordonnances pour 14 jours. Il vient consulter le jour où l'interprète est présent. Une hépatite C a été découverte par les tests salivaires réalisés sur le Bus. M est actuellement en traitement pour son hépatite C et en cours de démarches pour obtenir une carte de séjour pour soins.

faut savoir que la position géographique de la Géorgie en fait un lieu de passage des drogues en direction aussi bien du marché russe que de celui de l'espace de Schengen. Opiacés produits en Asie centrale, opiacés et drogues de synthèse produits en Azerbaïdjan. Sous Khrouchtchev, la Géorgie, considérée comme le trouble-fête de l'URSS, fut la cible d'une politique expérimentale de libéralisation de l'usage des opiacés médicaux. Durant presque toutes les années 1960, ils pouvaient être prescrits et les médecins ne s'en sont pas privés. C'est l'intelligentsia, le secteur de la population qui posait des problèmes au Kremlin, qui a été la plus touchée. Au début des années 1970, des milliers de Géorgiens étaient dépendants aux opiacés, lesquels étaient redevenus illégaux, par décision administrative, en 1968. Le profil des usagers reste divisé : d'une part des professeurs, ingénieurs, étudiants ; d'autre part des personnes moins instruites qui ont été touchées dans un deuxième temps. La deuxième vague d'addiction était plus liée à la misère. Ce profil se retrouve dans notre programme. En Géorgie, il existe des centres de désintoxication payants où l'on prescrit du Tramadol pour atténuer les symptômes du sevrage, mais peu d'usagers y vont par peur de la stigmatisation. De même, les seringues sont en vente libre mais la répression policière est tellement forte que les usagers préfèrent réutiliser et partager leur matériel d'injection. Des comprimés de Subutex® sont vendus clandestinement, le prix varie entre 100 et 150 dollars le comprimé. En 2001, la Géorgie comptait officiellement 211 séropositifs pour le VIH, dont 146 chez des usagers de drogues par voie intraveineuse. L'OMS estime qu'il pourrait y avoir 3 000 séropositifs en Géorgie.

Se méfier des représentations

Le parcours des usagers originaires de l'Est dans notre programme (lire l'encadré) montre que les modalités culturelles de consommation des drogues et la barrière de la langue ne sont pas toujours des obstacles à une prise en charge dans un centre de soins. Ces usagers ont été mal perçus au départ par les équipes des CSST et souvent rejetés. Ils étaient perçus comme des personnes liées à la mafia, peu compliants et vécus comme "n'étant pas dans le soin". En cinq années de prise en charge, nous avons vu émerger des personnalités différentes, des demandes de soins authentiques et des parcours d'insertion positifs. En matière de prise en charge des usagers, il est donc essentiel de se méfier de ces représentations qui peuvent influencer négativement le jugement.

ÉLISABETH AVRIL ET KARINE ELIAS

LONDRES /
NATIONAL CONFERENCE ON INJECTING DRUG USE

Problèmes liés à l'injection au Royaume-Uni

Les 13 et 14 octobre 2005, à Londres, une conférence exclusivement consacrée à l'injection de drogue a mobilisé une foule d'acteurs et de structures impliquées dans la réduction des risques liés à cette pratique.

Cette 3^e conférence nationale sur l'injection de drogue était organisée par la très dynamique agence Exchangesupplies. Ses créateurs, John Derricott et Andrew Preston, deux formateurs infirmiers, sont les éditeurs du fameux *The Safer Injecting Handbook*, ainsi que de divers documents sur la réduction des risques, les traitements, les sevrages, etc. destinés aux usagers. Ils commercialisent aussi du matériel spécialisé et divers supports informatifs.

Un important changement législatif est survenu outre-Manche en août 2003. La modification du "Parapharmelia Act", qui interdisait jusqu'alors la dispensation de matériel d'injection autre que les seringues et les tampons alcoolisés, a en effet permis aux Drug Agencies et autres "NEP" (programmes d'échange de seringues) de diversifier et développer leurs activités. Cette évolution a favorisé un rapprochement fructueux entre scientifiques, gens "de terrain" et usagers. L'enjeu majeur de cette conférence était d'en dresser un premier bilan.

Échanges enrichissants et espace commercial

L'offre et la qualité de services plus étendus ont fidélisé une clientèle plus encline, peu à peu, à parler de ses pratiques. Les professionnels ont alors découvert une réalité qu'ils ignoraient souvent. Cela a aussi permis la constitution de files actives et donc des statistiques plus fiables sur la santé des injecteurs, suscitant l'intérêt des chercheurs en santé publique et des épidémiologistes. La présence marquée de ces scientifiques à la conférence

témoignait de la qualité des actions menées. Mais ils n'étaient pas les seuls. Diverses sociétés – fabricants de seringues, d'automates distributeurs de kits d'injection, de méthadone ou spécialistes de la gestion de l'environnement... et même du traitement des déchets – étaient aussi présentes. Tous sont attirés par la manne générée par la décision du gouvernement britannique de dégager de nouveaux budgets pour la lutte contre les IST. Quelques usagers issus de l'autosupport, dont Erin O'Mara, de *Black Poppy* (<http://blackpoppy.org.uk/>), magazine fait par et pour les usagers, ont apporté des témoignages particulièrement riches et pertinents. Mais le stand de *Black Poppy* paraissait quelque peu anachronique dans ce nouveau marché que représente la gestion des besoins des usagers de drogues... Une dizaine de sociétés commerciales sponsorisaient d'ailleurs la conférence.

Problèmes sanitaires

Les problèmes sanitaires liés à la pratique de l'injection de drogue sont sensiblement plus sérieux en Grande-Bretagne qu'en France. L'état veineux des injecteurs est souvent spectaculairement dégradé. De nombreux usagers pratiquent le "skin popping" ou le "muscle popping" (injection sous la peau ou dans le muscle) ou utilisent l'artère fémorale au niveau de l'aîne, faute de trouver une veine.

Ces pratiques particulières ont des causes complexes. L'une d'elle est la propension de nombre d'usagers



Quelques particularités britanniques

Jusqu'au début des années 2000, l'héroïne de rue était sensiblement meilleure au Royaume-Uni (on y trouve exclusivement de l'héroïne marron) qu'en France, et beaucoup de gens fumaient en chassant le dragon*. La qualité a beaucoup baissé depuis. Aujourd'hui elle ne titre pas plus de 5% d'héroïne en général, ce qui la rend impropre à la "chasse au dragon". Elle caramélise et le "kif" est perdu. Seule alternative pour certains, le passage à l'injection. Cette particularité est un facteur de risque d'augmentation de l'injection et de ses corollaires. Elle est à inclure dans la compréhension des causes de la propagation du VHC, en augmentation dans ce pays.

Autre particularité : le nombre très élevé d'injecteurs anglais vaccinés contre le VHB. Selon les régions, jusqu'à 60% l'ont été en prison, où les campagnes de vaccination ont été vivement encouragées.

* Chasse au dragon : action de fumer l'héroïne en la faisant fondre sur un papier aluminium en chauffant par en dessous avec une flamme. L'héroïne brune se consomme en se liquéfiant et l'utilisateur aspire la fumée à l'aide d'un tube.

anglais à "abuser" de médicaments détournés. Bien que plus difficilement prescrits actuellement, ceux-ci restent accessibles. Opiacés, stimulants et sédatifs divers sont écrasés, mélangés et injectés après des manipulations diverses. Le nombre d'injecteurs d'héroïne pakistanaise, de cocaïne-crack, d'amphétamines... (mélangés à des produits divers) est sensiblement plus élevé qu'en France. Or l'usage des agents acides utilisés pour diluer les drogues est généralement admis (sans preuve) comme une cause importante de la détérioration des veines. Les usagers attribuent aussi ces dégâts veineux à la concentration de méthadone injectable¹. Autre cause souvent évoquée : en cas de problème de santé, l'obligation de voir un médecin impari en fonction de critères administratifs, pas forcément compétent, voire hostile aux usagers de drogue, dissuade souvent de se soigner. Des problèmes graves dus à l'injection tels que thromboses veineuses, phlébites, cellulites infectieuses, ostéomyélites, nécroses, gangrènes, ulcérations, tétanos, infections bactériennes diverses, etc., sont beaucoup plus fréquents qu'en France, où les pratiques sont différentes et les soins plus accessibles.

"Skin popping" et tétanos

¹ Plusieurs milliers d'usagers, outre-Manche, bénéficient de prescriptions de méthadone injectable (Physeptone[®]), principalement des ampoules 50 mg à l'origine destinées au traitement de la douleur et prévues pour une injection intramusculaire. Les communications scientifiques faites durant les plénières témoignent de cette situation, à l'image de la présentation des effets dramatiques du tétanos : 23 cas ont été recen-

sés chez des usagers de drogue en 2004 – dont deux fatals –, liés principalement à de l'héroïne contaminée et à un manque d'asepsie.

La plupart de ces affections sont liées à la pratique du "skin popping". Si cette pratique était courante chez les anciens héroïnomanes et morphinomanes d'avant les années 1960 elle n'est, en général, pas appréciée par les injecteurs, fussent-ils anglais. L'injecteur intraveineux ne cherche pas seulement l'effet du produit mais aussi la violence et la rapidité (15 à 20 secondes) du "flash", bien plus "agréable" que lors d'une injection sous-cutanée. Par ailleurs, une injection sous la peau d'héroïne marron ou de crack, nécessairement dilué avec un agent acide, est très douloureuse et entraîne systématiquement une inflammation. Ce n'est pas une pratique voulue mais un pis-aller, un accident, la conséquence de l'impossibilité de trouver une veine.

L'intitulé d'une autre présentation, "Vein Search (or a search in vain...)", était à cet égard très explicite. Chez nombre d'injecteurs pratiquant depuis des années, chaque "shoot" nécessite des dizaines de tentatives, donc autant de piqûres, de saignements, de risques de contact avec du sang potentiellement contaminé. Chaque essai émousse un peu la pointe de l'aiguille et contribue à abîmer d'autant plus la veine (des témoignages d'usagers parisiens font état d'un total de 6 à 8 heures par jour passés à la recherche d'une veine).

Les questions formulées dans les ateliers d'autosupport résument quelques-uns des problèmes auxquels devrait pouvoir répondre le personnel des PES. "Quelle seringue pour quelle drogue et quel endroit?", "Si j'injecte dans les pieds, dans quel sens faut-il le faire?", "Comment nettoyer et préserver cet unique accès à une veine dans ma plaie infectée?"...



L'injection dans l'artère fémorale

La "groin injection", ou injection dans l'artère fémorale, est une pratique qui nécessite une connaissance fine de l'anatomie de la région de l'aîne car les risques de percer l'artère, de blesser un nerf ou un muscle sont importants. Les conséquences peuvent être très handicapantes. Une présentation plénière, animée entre autres par Jennifer Scott, pharmacienne et chercheuse reconnue, fut consacrée à cette pratique. L'étude portait sur 47 usagers de drogue âgés de 17 à 50 ans et recourant à ce procédé

impressionnant et, malheureusement, relativement commun outre-Manche. Entre la première injection et l'usage fémoral, 7 ans s'étaient en moyenne écoulés. Principal argument : *"impossible de trouver une veine et pas question de perdre mon "shoot"*. Chez les plus anciens, des concrétions de tissus scarifiés formaient une véritable cavité dans laquelle ils inséraient l'aiguille, ce qui était considéré comme un avantage technique. Si certains trouvaient ce procédé rapide et pratique, les deux tiers évoquaient des problèmes d'occlusion, d'inflammation, sans parler de la douleur.

Les intervenants ont insisté sur la nécessité de former des personnes habilitées à conseiller les "gros injecteurs" et autres dans les "Drug Services" afin de leur enseigner des rudiments d'asepsie et des techniques adaptables à leur mode de vie. Ils n'ignorent pas les délicats problèmes de responsabilité que cela pose.

Les femmes et l'injection

D'émouvantes présentations ont mis l'accent sur les problèmes spécifiques rencontrés par les femmes. Leurs veines sont plus fines, plus fragiles et se détériorent plus rapidement. Les "injectrices" subissent souvent une "multi-dépendance" : l'addiction à la drogue et la dépendance des hommes pour l'approvisionnement et pour se faire aider à s'injecter, avec tous les inconvénients que cela entraîne. Humiliations et chantages divers sont courants. Des paiements en nature sont parfois négociés pour simplement se faire injecter.

Souvent, dans un couple, l'homme se fait son "shoot" d'abord. Ensuite seulement vient le tour de la femme. La présence d'esprit que nécessite ce délicat savoir-faire est alors fréquemment altérée par la drogue, dont les effets culminent à ce moment-là chez le partenaire, entraînant "charcutages" et/ou injections à côté de la veine, sans parler des risques de contamination par transmission manuportée².

Par ailleurs, chez les femmes, le passage à l'injection provoque, en général, rapidement des troubles divers – arrêt des règles, perception très dégradée de soi, peur des traces et stigmates visibles... – avec comme corollaires le rejet social, le retrait des enfants... L'étude qualitative de Charlotte Thomkins, portant sur 45 femmes, est édifiante sur ce sujet trop méconnu.

Stéroïdes et crack

Ralph Heron, directeur d'un dispositif régional de réduction des risques, révéla à un public peu au fait de cette problématique les pratiques liées à l'injection de produits dopants. Différence notable : les sportifs injectent essentiellement en intramusculaire.

Ces drogues (stéroïdes, anabolisants...) renforcent souvent la confiance en soi, le besoin de dominer... ainsi que la libido. Elles peuvent aussi procurer un sentiment d'invulnérabilité face aux risques de contamination VHC, VHB ou VIH. Impuissance, stérilité, difformités, altérations des fonctions cardio-vasculaires, vieillissement précoce font partie des risques liés à ces pratiques.

R. Heron insista sur l'apparition d'une population de plus en plus jeune (parfois dès 16 ans) concernée par ces pratiques, souvent avec une tendance marquée à l'abus, ce qui peut entraîner rapidement des troubles aigus comme l'hypomanie, une totale labilité émotionnelle, des comportements psychotiques, paranoïaques et agressifs, etc. D'autres ateliers ont abordé l'injection de crack, sa toxicité et ses graves conséquences pour le cœur, le système cardiovasculaire, les poumons... et le cerveau.

Les jeunes et l'injection

Les intervenants ont signalé, selon les endroits, des injecteurs de plus en plus jeunes. Pat Crogan, infirmier, et Denis Morris, travailleur social, insistent particulièrement sur la nécessité d'adopter une approche et une pédagogie spécifiques et d'adapter messages et discours aux capacités cognitives de jeunes en état permanent de conscience modifiée (cannabis, alcool et drogues diverses). Comment un jeune s'approprie-t-il des informations souvent destinées à des usagers chevronnés ? Il semble impératif de l'amener à verbaliser ses perceptions de manière à comprendre quelle est sa situation. Comment considère-t-il les enjeux psychologiques, sociaux et sanitaires de sa pratique, généralement très récente. Certains ont moins de 16 ans. Des techniques de counselling ne pourraient-elles pas permettre parfois d'inverser le processus ? Les cas sont généralement complexes et nécessitent une analyse sereine ainsi qu'une approche pluridisciplinaire, tenant compte de multiples facteurs. Le non jugement et la garantie de confidentialité peuvent parfois être en conflit avec le poids d'une responsabilité d'adulte face à un jeune immature et irresponsable. Il s'agit d'un enjeu extrêmement sérieux, engageant la vie et l'avenir de ces jeunes.

Recruter de nouveaux clients

"Il faut rendre les outils attractifs", "comment recruter de nouveaux clients ?", "comment les fidéliser ?" : ces phrases glanées au cours de la conférence dénotent une démarche professionnelle parfois résolument commerciale qui fait froid dans le dos. Ainsi la présentation du "Pink Palace, a model for the future of needle exchange" nous a quelque peu interloqué : design techno et discours marketing, il aurait pu s'agir de la promotion d'une dis-

² Manuportée : transmis par le contact avec la main ou les doigts. Ces risques sont largement documentés en milieu hospitalier.



cothèque où l'on insistait sur le confort des sièges et où le matériel stérile était proposé dans des corbeilles disposées sur des tables basses.

La perspective de nouveaux budgets suscite manifestement des convoitises et stimule la créativité. Exchangesupplies, dont le sérieux travail ne peut être remis en cause, a fait la promotion d'un nouveau gadget :



les syringe-ID, de petits marqueurs de couleur fluo à clipper sur l'embout du piston de la seringue. Ces clips, proposés en paquets de 10 avec 5 couleurs différentes, sont censés aider à identifier sa seringue en cas d'injection à plusieurs. Le packaging est très "branché". Un gadget futile et superflu selon Chris, vieil usager qui a plus de 40 ans de "pratique" et tenait le stand de *Black Poppy*: *"Jamais des usagers n'utiliseront sérieusement ce genre de truc ! Ça fait juste plaisir aux créatifs qui ont travaillé sur le concept et ça flatte les usagers qui y ont participé. Ce genre de gadget contribue d'ailleurs à décrédibiliser les initiatives plus sérieuses comme le Sterifilt®, réellement utile."*



L'indispensable professionnalisation des intervenants

Peut-être ne s'agit-il, après tout, que d'humour british.

Le contenu de la conférence était indéniablement riche et ouvre l'horizon sur des pratiques et situations souvent pudiquement ignorées. L'indispensable professionnalisation/formation des intervenants est la toute première priorité. Un audit a révélé que 60 % du personnel des NEP s'estimait "formé". Mais nul ne saurait dire où et par qui. Et de nombreux témoignages "off" admettent que le staff des NEP connaît souvent mal les besoins basiques des usagers.

Cette conférence a montré les dramatiques conséquences de l'injection, et des besoins criants. On ne saurait y répondre avec ces petits flyers qui font la joie des créatifs stagiaires. Un professionnel doit être formé au counseling et ses connaissances en permanence réactualisées afin qu'il appréhende le détail des pratiques, leurs raisons et leurs conséquences. Il doit savoir répondre précisément aux questions sanitaires des injecteurs autrement que par : "il faut aller voir un médecin" ! Il s'agit d'une véritable spécialisation qui reste encore à construire ainsi que d'un état d'esprit consistant à admettre que les usagers ont beaucoup à apprendre aux professionnels si ceux-ci veulent bien les écouter.

JIMMY KEMPFER

Un document brut

"The Injecting process : understanding viral transmission" est un formidable travail ethnographique et pédagogique mené par une équipe de professionnels de l'audiovisuel. Il s'agit de séquences qui montrent sans aucune mise en scène la simple réalité de l'usage des drogues injectables. Il n'y a aucune volonté de choquer ni de scènes spectaculaires : juste la banalité quotidienne de centaines de milliers d'injecteurs. Pourtant, des personnes travaillant dans les NEP se seraient effondrées en voyant ce document. D'autres n'ont pu le regarder jusqu'à la fin. Ce document – ainsi que tout le contenu et les archives de la conférence – est disponible sur : www.Exchangesupplies.org. On y trouve des outils de réduction des risques, des dosettes d'acide citrique ou ascorbique... et bien sûr les fameux syringe-ID markers.



Usage de drogue et infection VIH : satisfecit et vigilance

Pour ceux qui en doutaient encore, la réduction des risques a fait ses preuves. Cela est notamment confirmé par l'Institut de veille sanitaire. Pourtant, de nombreux efforts restent à faire pour améliorer les connaissances sur les risques réels de contamination par le VIH. Bilan et perspectives.

Les dernières données de surveillance de l'infection à VIH-sida en France sur 2003-2004 telles que l'InVS les rapporte dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire¹ attirent le regard et la réflexion sur la faible proportion (2 %) des nouveaux diagnostics VIH liés aux usagers de drogue. De même, le nombre annuel de cas de sida chez les usagers de drogue a diminué assez régulièrement entre 1997 et 2004.

Réalité et phantasmes

Cette indiscutable efficacité de la réduction des risques VIH liés à l'usage de drogue est à mettre en perspective. D'une part, avec des données non similaires obtenues sur la transmission du VHC, d'autre part avec les représentations publiques du VIH et de ses risques telle que les reflète, par exemple, l'enquête menée par l'IFOP pour *Paris Match* et Sidaction dans le sillage du 1^{er} décembre 2005. Cette enquête de représentations montre comment sont perçus en France les différents modes, réels ou phantasmiques, de transmission du virus du sida :

- le sang : 96 %,
- les sécrétions sexuelles : 90 %,
- le lait maternel : 37 %,
- la salive : 26 %,
- les piqûres d'insectes (!) : 21 %,
- la sueur, les postillons (!) : 13 %,
- les cuvettes de toilettes (!!): 13 %,
- et... le toucher : 5 %.

Le caractère "mal maîtrisé" des connaissances en matière de transmission du VIH est confirmé par la dernière édition des enquêtes KABP communiquée récemment par l'ANRS², enquête qui pointe néanmoins la très forte perception du

risque de transmission du VIH par la piqûre lors de l'usage de drogue avec une seringue déjà utilisée (99,4 % en 2001, 99 % en 2004).

Surveillance accrue

Les données récentes de l'InVS sur les nouveaux diagnostics VIH corroborent en fait les résultats de l'enquête InVS-ANRS-Coquelicot menée fin 2004 dans cinq grandes villes de France tels que présentés dans le communiqué de presse de l'InVS du 1^{er} décembre 2005. La prévalence du VIH retrouvée chez les usagers de drogue à partir d'un prélèvement de sang au bout du doigt y est sensiblement égale à 10 % et quasi nulle chez les moins de 30 ans. Dans des études comparables réalisées précédemment par l'IREP, la prévalence globale était de 40 % en 1988 et de 20 % en 1996. Toutes ces données confirment donc la diminution progressive des nouvelles contaminations par le VIH liées à l'usage de drogue, sous le poids de la réduction des risques et de la modification des pratiques de consommation de drogue.

Ces chiffres préliminaires plutôt réconfortants sur l'effet de la réduction des risques sur la transmission du VIH chez les usagers doivent être pondérés. Plusieurs données issues de Coquelicot confirment que la proportion de pratiques d'injection à risque (partage de seringue, de petit matériel...) n'est pas négligeable et soulignent surtout la forte prévalence du VHC dans cette population (50 %).

Qui plus est, sans faire d'analogie avec le groupe de transmission homo ou bisexuel, une surveillance accrue des nouvelles pratiques chez les jeunes usagers de drogue s'impose dans le but d'anticiper l'éventuelle recrudescence du VIH dans cette population.

GILLES PIALOUX

¹ BEH n° 46-47, novembre 2005

² KABP ANRS, Nathalie Beltzer, Mylène Lagarde, Xiacya Whu-Zhou et Isabelle Grémy, novembre 2005

Salles de shoot : peur sur la ville

Faut-il ouvrir des salles de consommation en France ? Le débat fait rage entre partisans et opposants, alors que plusieurs pays européens ont opté pour cette initiative (Cf. Swaps n° 40-41). Début novembre, une réunion "Non à l'ouverture d'une salle de shoot", organisée par l'ex-collectif anti-crack de Stalingrad, a été l'occasion d'un débat houleux... qui s'est terminée par le "procès" de la réduction des risques. Compte rendu.

"Un plan de longue haleine, orchestré par la Mairie de Paris, vise à créer prochainement dans la capitale la première salle de shoot en France. Nous nous opposons à un tel projet et appelons tous ceux qui n'acceptent pas la création d'un tel droguatorium à nous rejoindre." Tels étaient les termes de l'appel du nouveau collectif "Stalingrad contre les salles de shoot" publié sous diverses formes et même repris dans *France-Soir*. Cette protestation proposait une réunion de réflexion mardi 15 novembre à l'église Notre-Dame des Foyers (Paris 19^e).

Discours dépassé

Le succès ne semble pas au rendez-vous, ce soir de novembre, dans le sous-sol de l'église. Ce sont moins de 30 personnes qui se retrouvent réunies. Les membres du collectif sont une poignée, menés par François Nicolas, déjà à l'origine de l'ex-collectif anti-crack de Stalingrad. Mais le débat promet d'être houleux : des représentants d'associations impliquées dans la réduction des risques sont venus pour écouter et réagir. Dans la salle, on retrouve ainsi Gérald Sanchez de Act Up-Paris, accompagné de Fabrice Olivet, d'Asud. Lors du tour de table introductif, ce dernier précise être venu car "surpris par le ton agressif et insultant des tracts. Le discours tenu sur la réduction des risques, je le croyais aujourd'hui dépassé". Il souligne d'ailleurs que son association agit pour que les gens cessent de se haïr, de se taper dessus. Pierre Leyrit, de Coordination Toxicomanies 18^e est également présent, mais en revanche, il n'y a là aucun représentant d'Espoir Goutte d'Or (Ego).

Une élue, Roxane Decorte, conseillère UMP du 18^e, assiste à la réunion. Elle tient à rassurer tout de suite les participants : la préfecture de Paris s'est engagée à ce qu'il n'y ait

pas de salle de shoot, et elle s'y engage personnellement ! Une petite dame, qui a certainement dépassé les 80 ans, regarde d'un air amusé cette assemblée.

La théorie du complot

Certes, on peut se demander pourquoi une réunion contre les salles de shoot, alors que celles-ci non seulement n'existent pas, mais ne sont officiellement même pas en projet ! François Nicolas ouvre le débat en exposant les raisons de cet appel, dont le point de départ est certainement les États généraux qui se sont déroulés à la mairie du 18^e début octobre 2005. Car il y était beaucoup question de l'initiative Quai 9 menée en Suisse. "On s'est dit qu'il y avait forcément quelque chose derrière, que l'on voulait tester la chose à Paris" souligne-t-il. Il dénonce également la "propagande d'Ego, qui a même modifié ses statuts en vue d'accueillir cette salle de shoot". Aussitôt, François Olivet et Pierre Leyrit rappellent qu'Ego n'a pas obtenu d'autorisation d'ouvrir une telle salle mais un Centre de soins spécialisés en toxicomanie (CSST). Mais François Nicolas n'en démord pas : "le soin est un prétexte, on peut mettre n'importe quoi derrière. D'ailleurs, les dealers ne disent-ils pas qu'ils prennent soin de leurs clients ?"

Il souligne également que "la Mildt a dégagé une ligne de crédits pour de nouvelles expérimentations en matière de crack". Et ces nouvelles expérimentations prendront à coup sûr, selon lui, la forme d'une salle de shoot. Enfin, il rappelle un tract publié suite à l'expulsion du squat dans le nord de Paris en septembre 2004. Dans ce document, les associations telles que Ego ou Coordination 18^e appelaient à réagir face à cette expulsion. Et leurs propositions incluait une salle de consommation. Un membre

du collectif ajoute: *“On veut concentrer la drogue dans le triangle autour de Château-Rouge, pour éviter que cela se répande dans Paris!”*

Alors y a-t-il ou non un plan secret visant à créer une salle de consommation dans les locaux d'Ego? *“Non, essaie vainement de souligner Pierre Leyrit. De nombreuses associations demandent effectivement l'ouverture d'un débat public sur les salles de consommation, mais il n'y a pas de complot!”*

Gérald Sanchez prend alors la parole, et souligne un paradoxe: *“Si vous regardez l'histoire des salles de shoot, celles-ci se sont toujours montées avec l'aide des associations de riverains qui y étaient opposées au départ.”* Un schéma paradoxal qui se serait reproduit dans plusieurs villes d'Europe. Mais François Nicolas ne semble pas prêt à changer d'avis sur la question: *“On a convaincu les riverains en leur disant qu'ils allaient être plus tranquilles, car on allait mettre les drogués dans des dragatoriums... C'est du pétainisme!”*

Un cheval de Troie néolibéral?

Le débat dépasse vite le cadre de la simple salle de shoot. Car le collectif, par la voix de François Nicolas, remet en cause la politique actuelle de réduction des risques (RdR). Il fustige ainsi la politique menée par les gouvernements successifs depuis une vingtaine d'années. *“Il y avait 2000 héroïnomanes en 1970, il y en a 280 000 aujourd'hui”,* lance-t-il, bien que les chiffres officiels parlent plutôt de 160 000 personnes depuis plus de vingt ans. Il dénonce ainsi la loi de santé publique de 2004 et surtout ses décrets d'application d'octobre 2005 qui protègent les actions de réduction des risques (lire Swaps 39): *“Derrière une logique humanitaire se cache une politique néolibérale. Certaines initiatives de la RdR ont certes leur place. Nous ne sommes pas contre les produits de substitution par exemple. Mais ils ne doivent pas servir à démanteler la lutte contre la drogue, être un cheval de Troie!”*

Un médecin généraliste de la rue La Chapelle, sympathisant du collectif, ajoute: *“En 10 ans, les consommations de médicaments de substitution ont augmenté, et pourtant, l'hépatite C a été multipliée par 3: où est la réduction des risques?”*

Les protestations de Fabrice Olivet, qui souligne la diminution des cas de contamination par le VIH, restent sans écho... Pierre Leyrit essaie de préciser que *“la réponse à la toxicomanie ne se limite pas à la substitution: c'est réducteur et il ne faut pas simplifier le débat. À un problème complexe, on a des solutions complexes”*. D'autant plus complexe lorsque le dialogue semble impossible, a-t-on envie d'ajouter...

Sevrage et risque zéro

Mais si le collectif rejette la politique de réduction des risques, que propose-t-il? François Nicolas expose ainsi la réponse qu'il juge la plus appropriée: *“La question est: doit-on se battre pour simplement déplacer le problème ou pour aider les gens à s'en sortir?”* Mon groupe défend une nouvelle voie, qui n'est ni la répression à tout va, ni la RdR.”

Au fil de la présentation, cette nouvelle voie se précise: elle insiste sur le sevrage à tout prix, plutôt que la RdR qualifiée de pis-aller: *“Les post-cures ont été éliminées car on fait une politique qui coûte le moins cher possible, on tire vers le bas”* lance-t-il. Et il évoque la mise en place d'un “Samu Toxicomanie” qui irait à la rencontre des usagers pour leur proposer de se sevrer. Mais l'idée ne fait pas l'unanimité au sein du collectif, puisque l'un des membres se prononce contre l'idée: *“Je ne suis pas certain qu'une cure de désintox doit toujours être volontaire. Notamment s'il y a une injonction thérapeutique.”*...

Roxane Decorte se pose en faveur de cette désintoxication à tout prix: *“La RdR ne donne pas de moyens aux gens de s'en sortir. Le centre de post-cure de la fille de Jane Birkin est une piste.”*

Une dame en bleu marine dans le public va même plus loin. *“Le problème, quand on prend des drogues, c'est qu'on abaisse son seuil de vigilance. La seule véritable réduction des risques, c'est le risque zéro...”* S'ensuit un débat houleux et agité, où bien sûr personne n'écoute les arguments de l'autre. François Nicolas, après avoir tenté plusieurs fois de reprendre la parole (*“vous n'allez pas saboter ma réunion”*) lance le mot de la fin: *“Il faut réduire les risques... de salles de shoot.”*

Épilogue

Il est 22 heures, les intervenants rentrent chez eux, en se demandant quelle suite va être donnée à cette réunion. Une semaine après, la réponse arrive sous forme d'un communiqué: *“Le Collectif Stalingrad contre les salles de shoot a obtenu des assurances convergentes (de la Préfecture de Paris, de la Mairie de Paris, de la Mairie du 18^e et d'Ego) sur le fait qu'aucune salle de shoot n'était plus prévue à Paris. Le Collectif prend acte de ces déclarations publiques et décide en conséquence de se mettre en état de veille.”* Le collectif est-il mort avant d'avoir pu engager quoi que ce soit? Pas sûr, car il annonce déjà une *“enquête sur la problématique des nouveaux soins médicaux dispensables en matière de crackomanie”* et une nouvelle réunion début 2006...

ALAIN SOUSA



Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004

sixième rapport national du dispositif Trend
P.-Y. Bello, A. Toufik, M. Gandilhon, I. Evrard
OFDT, novembre 2005, 178 pages
Publié en version électronique sur www.ofdt.fr

Tendances récentes et nouvelles drogues en France

résultats du sixième rapport national du dispositif Trend : exploitations thématiques 2000-2004 et principales observations 2004
M. Gandilhon, P.-Y. Bello, A. Toufik, I. Evrard
Tendances, n° 45, décembre 2005, 4 pages
Publié en version électronique sur www.ofdt.fr

Depuis 1999, le dispositif national Trend (Tendances récentes et nouvelles drogues), réseau de onze sites d'observation en France métropolitaine et outre-mer coordonné par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), a pour objectif d'observer les phénomènes émergents liés à l'usage de drogues, d'en décrire le contexte et les évolutions. Ce sixième rapport présente l'analyse des observations et des données recueillies au cours de l'année 2004 dans l'espace urbain et dans l'espace festif. La première partie est une synthèse générale des principales tendances de consommation constatées par produits avec deux points plus approfondis sur l'évolution des consommations de cocaïne et de crack/free base et sur les usages de

substances hallucinogènes naturelles.

Des analyses thématiques, centrées sur les usagers, sont proposées dans une deuxième partie, elles portent sur le recours à l'injection et sur les nouvelles populations de jeunes usagers nomades ou en errance urbaine accueillies dans les structures de première ligne et de soins.

On retiendra quelques tendances globales : les observations montrent l'élargissement de la diffusion de la cocaïne aussi bien dans l'espace festif que dans l'espace urbain, qui concerne des milieux sociaux diversifiés. Le sniff est le mode d'administration majoritaire, cependant dans l'espace urbain la pratique de l'injection de cocaïne concerne quatre usagers sur dix environ.

On note depuis quelques années un développement de la consommation de substances hallucinogènes naturelles (champignons notamment). L'héroïne est toujours présente et quelques sites notent une augmentation de sa disponibilité. L'ecstasy est une substance dont l'usage dans l'espace festif est banalisé et prépondérant, majoritairement sous forme de comprimés. On note aussi le développement de sa consommation dans l'espace urbain par des personnes marginalisées.

Le LSD a fait sa réapparition dans l'espace festif techno, tout comme le GHB, qui reste limité géographiquement à Paris et Marseille.

Le recul général des pratiques d'injection se confirme même si on constate que, dans des groupes de jeunes adultes en situation particulièrement marginale, l'injection reste une pratique fréquente. Les dispositifs de première ligne et de soins sont confrontés à une nouvelle population d'usagers, jeunes, en situation de grande précarité sociale, évoluant aux marges des espaces urbains et festifs, qui posent des problèmes de prise en charge inédits.



Rapport annuel 2005 : État du phénomène de la drogue en Europe

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
Office des publications officielles des Communautés européennes, novembre 2005, 90 pages

Ce rapport est téléchargeable en 22 langues sur le site

<http://ar2005.emcdda.eu.int>

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a publié en novembre 2005 son rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue. Il offre une vue d'ensemble des faits, des chiffres, des tendances concernant le trafic, la consommation, les demandes de traitement et les réponses sociales, juridiques, politiques dans 29 pays d'Europe (les 25 États membres de l'Union européenne, les pays candidats et la Norvège).

L'OEDT estime entre 1,2 et 2,1 millions le nombre d'usagers problématiques de drogue au sein de l'Union européenne. Parmi ceux-ci, 850 000 à 1,3 million sont des usagers injecteurs. Les tendances de consommation par produits mettent en évidence une orientation générale à la hausse de l'usage de cocaïne, d'amphétamines et d'ecstasy, même si les variations sont sensiblement différentes suivant les pays. La cocaïne en particulier occupe une place majeure, les indicateurs de trafic et de consommation suivent une augmentation très forte (les taux d'usage les plus élevés sont enregistrés en Espagne et au Royaume-Uni). Selon les estimations de l'OEDT, environ 3 à 3,5 millions d'Européens auraient essayé cette drogue au cours de la dernière année (soit 1 % de l'ensemble de la population adulte) et environ

1,5 million sont répertoriés comme usagers actuels (c'est-à-dire ayant consommé au cours du dernier mois) ; il s'agit essentiellement de jeunes adultes (15-34 ans) de sexe masculin vivant dans les zones urbaines.

Dans tous les pays, le cannabis est la drogue la plus "populaire" : 62 millions d'Européens l'ont expérimenté (soit 20 % de l'ensemble de la population adulte), 20 millions l'ont consommé au cours de la dernière année (soit 6 % de la population adulte) et 9,5 millions au cours du dernier mois, selon les estimations de l'OEDT.

Les indicateurs montrent un intérêt accru des jeunes pour les hallucinogènes naturels (champignons magiques). Cette analyse par substances masque cependant une caractéristique essentielle de l'évolution du phénomène de la drogue en Europe : la place centrale de la polytoxicomanie. Plus d'un demi million de patients en Europe bénéficient d'un traitement de substitution (soit un quart à la moitié des usagers d'opiacés à problème). Sur le plan de l'action des États, le rapport analyse les réponses nationales et donne un aperçu des nouvelles évolutions politiques et législatives en matière de drogues : la plupart des pays mettent en œuvre un plan ou une stratégie nationale formels, l'évaluation a une place accrue, plusieurs États membres ont adopté de nouvelles législations pour contribuer à réduire l'exposition des jeunes aux drogues ; plusieurs pays ont adopté des lois relatives à la réduction des risques. Enfin, trois analyses thématiques publiées à part complètent le rapport, elles font le point sur : les politiques et mesures face aux nuisances publiques liées à la drogue ; les alternatives à l'incarcération des usagers de drogues ; la place de la buprénorphine dans le traitement de substitution : pratiques de prescription et mésusage.

CLAUDINE VALLAURI

2006 : l'année des Caarrud
Non seulement le décret qui met en place les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarrud) est paru en décembre 2005, mais il est entré en vigueur le premier janvier 2006. Missions, financements et statuts de ces lieux sont donc écrits noir sur blanc. Selon l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit), 108 structures en France sont potentiellement éligibles au statut de Caarrud. Seraient exclus les organismes intervenant uniquement sur des lieux festifs et ceux qui ne proposent que des échangeurs de seringues. Toute l'année 2006 verra la mise en place progressive de ces structures médico-sociales, ce qui permettra de juger de l'impact sur la réduction des risques.

Après une mise en place déjà houleuse, quelques inquiétudes subsistent. Ainsi l'Association française pour la réduction des risques (AFR) appréhende les difficultés pour obtenir l'agrément Caarrud et souligne les risques d'insuffisance du budget alloué par la sécurité sociale. Affaire à suivre.

Source : Décret n° 2005-1606 paru au Journal officiel du 22 décembre 2005

Tapas sans tabac

L'Europe va-t-elle devenir une zone non-fumeur ? En tout cas, elle semble en prendre la voie. Après l'Irlande ou l'Italie, c'est

au tour de l'Espagne d'interdire la cigarette dans les lieux publics. La loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier dans les bureaux, les hôpitaux, etc. Mais le gouvernement n'a pas été aussi loin que ses homologues irlandais ou italiens : les restaurants et bars ne sont pas tenus à une interdiction systématique. Les établissements de plus de 100 m² devront simplement proposer un espace non-fumeur. Les lieux plus petits devront quant à eux choisir leur camp : pro ou anti-tabac. Mais a priori, la plupart devraient choisir d'accueillir les fumeurs, pour ne pas risquer de perdre une partie importante de leur clientèle. Car l'Espagne est le deuxième pays consommateur de tabac en Europe, après la Grèce...

Cigarette, addiction et cancer

Une étude américaine vient confirmer, s'il en était besoin, que la dépendance à la cigarette est extrêmement difficile à vaincre. En effet, les scientifiques ont montré que même après l'annonce d'un diagnostic de cancer, la moitié des fumeurs continuent leur consommation de tabac. Ce chiffre comprend ceux qui ont essayé d'arrêter mais ont finalement rechuté.

Comme le soulignent les auteurs, on définit habituellement les chances d'arrêter la cigarette en fonction de la motivation. Or même avec une motivation extrêmement forte, en

l'occurrence un cancer, il reste difficile de décrocher. Et les auteurs soulignent les effets nocifs du tabac dans ce cas : non seulement il diminue l'efficacité des traitements, mais il augmente les risques de développer d'autres cancers. Les auteurs estiment qu'il est essentiel de proposer un soutien plus systématique aux fumeurs qui apprennent qu'ils ont un cancer, et pas uniquement d'ailleurs lorsqu'il s'agit d'un cancer lié à la cigarette. Certes, les mauvaises langues diront qu'avant de s'attaquer aux cancéreux tabagiques, il faudrait s'occuper des cancérologues fumeurs...

Source : Cancer, janvier 2006 ; vol. 106 : p. 17-27

De l'alcool pour les SDF

Pourquoi ne pas fournir du vin de manière contrôlée aux personnes qui souffrent d'alcoolisme ? C'est l'initiative originale d'une étude menée à Ottawa auprès de sans-domicile-fixe et rapportée dans l'édition de janvier du Journal de l'Association médicale canadienne. Les scientifiques ont ainsi recruté 17 sans-abri souffrant de problèmes de dépendance à l'alcool. Ils les ont suivis pendant 2 ans, en leur proposant un encadrement médico-social et un verre de vin par heure, de 7 h du matin à 22 h le soir. Résultat : 11 des 17 personnes ont significativement diminué leur consommation

d'alcool, et tous ont vu leur état de santé s'améliorer, et ont significativement limité le nombre de démêlés avec les forces de l'ordre. À noter toutefois : trois ont abandonné le programme avant la fin, et trois autres sont morts de problèmes liés à leur consommation d'alcool. Une démarche de réduction des risques qui devrait soulever de nombreuses controverses.

Monsieur LSD a 100 ans !

Si l'année 2006 marque le 250^e anniversaire de la naissance de Mozart, c'est aussi le centenaire d'un homme toujours bien vivant : le chimiste suisse Albert Hofmann. Celui-ci est passé à la postérité pour une découverte fortuite : un dérivé de l'acide lysergique plus connu sous le nom de LSD. C'est en faisant une fausse manipulation dans son laboratoire qu'il aurait découvert, il y a plus de 60 ans, les propriétés hallucinogènes de ce composé. La drogue "psychédélique" deviendra l'égérie des mouvements hippies dans les années 1960. Elle est illégale depuis les années 1970. À noter : le LSD a fait son retour dans le milieu festif au début des années 1990. C'est aujourd'hui le principal hallucinogène synthétique consommé en France avec la kétamine.



Abonnement

Je m'abonne 1 an = 8€ 2 ans = 15€

Chèque à l'ordre de Pistes, à retourner Tour Maine-Montparnasse BP 54 75755 Paris cedex 15

Nom.....Prénom.....

Profession.....Organisme.....

Adresse.....

Code postal.....Ville.....

Tél.....Fax.....

Édito

Directeur de la publication
Antonio Ugidos

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Rédaction
Philippe Périn
Alain Sousa

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Mustapha Benslimane
Lydie Desplanques
Clotilde Genon
Isabelle Grémy
Mélanie Heard
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer
France Lert
Vincent Pachabézien
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Olivier Smadja
Marianne Strogenko
Agnès Sztal
Claudine Vallauri

Gestion
Amanda Baptista
Natalia De Oliveira
Secrétariat
Anne-Sophie Woreth

Réalisation graphique
Céline Debrenne
d'après une conception de
Sylvain Enguehard
Impression : 4M Impressions
Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870
Commission paritaire : en cours

SWAPS
Tour Maine-Montparnasse
BP 54
75755 Paris cedex 15
Téléphone : 01 56 80 33 51
Fax : 01 56 80 33 55
swaps@pistes.fr
www.pistes.fr/swaps

Édité par l'association Pistes
(Promotion de l'information
scientifique, thérapeutique,
épidémiologique sur le sida)

Avec la participation des
Centres régionaux
d'information et de prévention
du sida :

CRIPS
Ile-de-France

CRIPS
Provence - Alpes - Côte d'Azur

Avec le soutien
du laboratoire

 Schering-Plough

et de la Mission
Interministérielle de Lutte
contre la Drogue et la
Toxicomanie.

C'est *a priori* deux événements indépendants : la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) a proposé le classement du Subutex® comme "stupéfiant" ; la première version générique de la buprénorphine haut dosage (HD) devrait voir le jour durant l'année 2006.

Objectifs avancés de la proposition de la Mildt : lutter contre le détournement, le mésusage et le "trafic de rue" de buprénorphine HD. Pas moins. "Trafic de rue" qui du reste a bien du mal à se compter : il concernerait 10 % des ventes selon *Libération* (daté du 10 janvier 2006), 20 % pour le laboratoire Schering-Plough, qui commercialise le produit, 25 à 30 % d'après la Mildt et 30 % pour le député médecin Bernard Debré.

Quoi qu'il en soit, le classement du Subutex® comme "stupéfiant" et non plus comme "substance vénéneuse" est autant politique qu'économique. Politiquement, si d'aucuns considèrent aujourd'hui la substitution aux opiacés comme une stratégie dépassée ou, pire, comme la figure emblématique du "deal" en blouse blanche, cela ne peut faire oublier son efficacité indiscutable en termes de réduction des risques. Ne serait-ce que par la diminution des overdoses et la baisse des cas incidents d'infection à VIH chez les usagers de drogue.

Économiquement, quelle que soit son ampleur, le détournement du Subutex® pose question avec 85 000 consommateurs, depuis l'apparition en 1996 de cette molécule, et 8 millions de boîtes vendues à 22 euros les 7 comprimés. Certains se plaisent à rappeler que le Subutex® se trouve au 16^e rang des médicaments remboursés par la sécurité sociale. C'est bien là précisément que les deux événements sont liés. Car l'accès de la buprénorphine HD au rayon des génériques devrait réduire son prix et augmenter sa diffusion, au risque d'alimenter le trafic de rue.

Même s'il appartient à la Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes, rattachée à l'Affsaps, de donner son accord sur le passage à la classification "stupéfiant" et de le transmettre au ministre, il semble que l'affaire soit d'ores et déjà bien engagée.

Reste une énigme : comment vont se comporter pharmaciens et médecins généralistes (ceux-ci étaient environ 16 000, selon l'étude Appropos, à prescrire le Subutex® en 2004) ? Et quelques questions périphériques : quelle sera la position sur le front de la substitution et de la réduction des risques des laboratoires qui vont se lancer dans le générique de buprénorphine HD ? Le mésusage est-il directement influencé par le classement de la molécule et son prix de vente ? Et surtout, l'objectif préventif, qui est la base même des traitements de substitution aux opiacés, sera-t-il gravement entravé par une telle mesure, qui vise une minorité de l'usage ?

À terme, deux entités auront évidemment leur mot à dire dans le suivi de cette mesure : le laboratoire Schering-Plough et la Mildt. Deux entités qui jusqu'à aujourd'hui – mais c'est une autre histoire – soutiennent l'histoire de *Swaps*.

GILLES PIALOUX