SWAPS

CRISE ET PRÉCARITÉ

Santé, réduction des risques et usages de drogues **N° 78** / 1er trimestre 2015

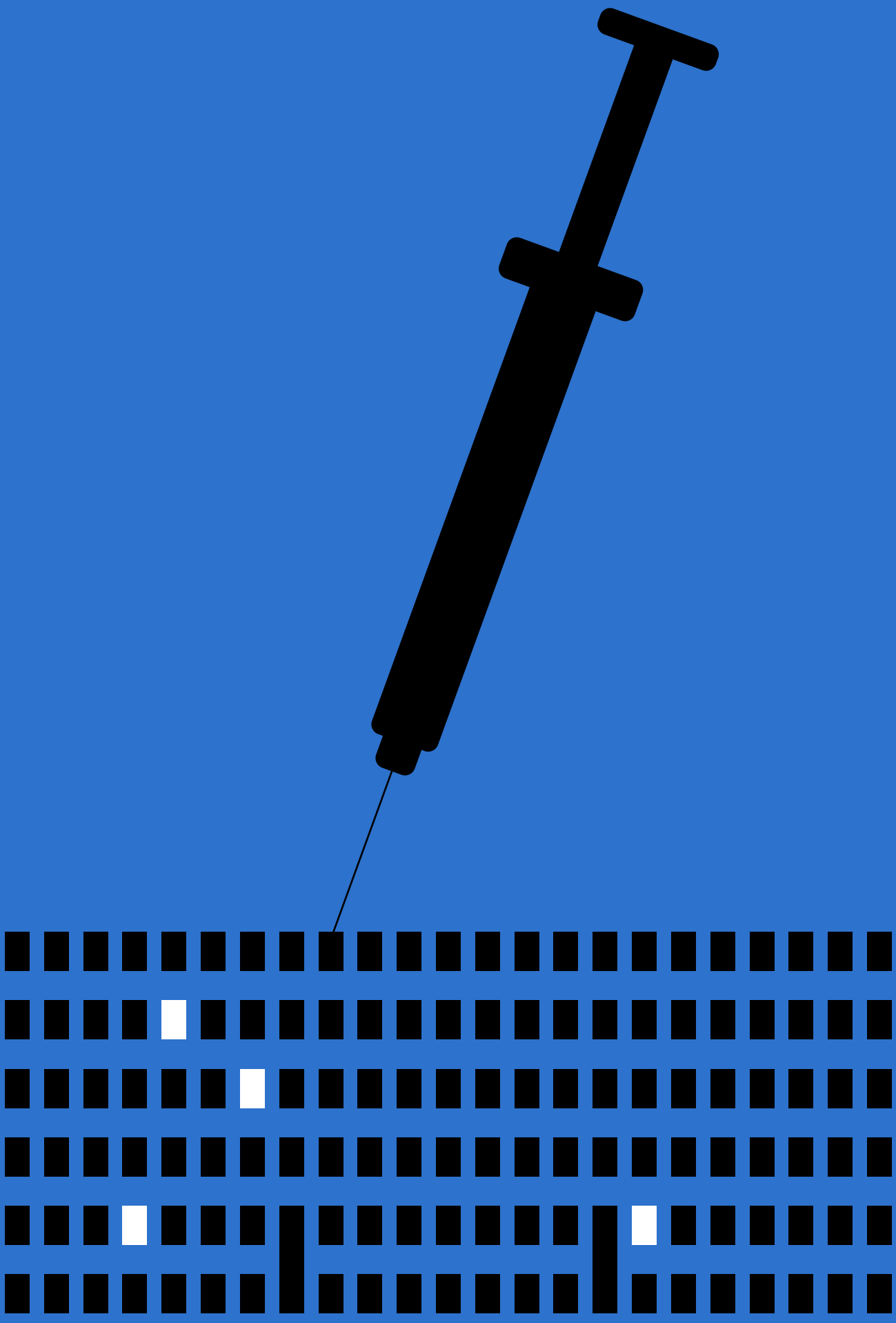
Drogue et banlieues : une histoire encore méconnue (France, années 1970-1980) / 3

Précarité des usagers des CAARUD : ce que disent les chiffres / 8

De l'offre et de l'usage de drogues en temps de crise / 13

Ouverture du CEPIAD à Dakar, premier centre méthadone en Afrique de l'Ouest / 16

Explosion de VIH chez les consommateurs de drogues en Grèce pendant la crise économique / 19



Drogue et banlieues : une histoire encore méconnue (France, années 1970-1980)

Alexandre Marchant / Docteur en histoire de l'ENS de Cachan

Les banlieues furent des terrains privilégiés de l'épidémie d'héroïne depuis les années 1980, avec sans doute des milliers de morts silencieuses, d'overdose ou des effets du VIH contracté par la pratique de l'injection. Les processus de massification des trafics et de précarisation des usages de drogue en banlieue demeurent mystérieux, les travaux de recherche historique étant encore trop peu nombreux. À partir de l'exemple parisien, essayons de comprendre comment la drogue a délaissé les centres-villes pour s'enraciner en banlieue et comment cette épidémie fut paradoxalement à la fois médiatisée et tue.

Dans le discours médiatique actuel, l'association drogue et banlieue a valeur de lieu commun. Les « cités » (qui ne sont d'ailleurs pas toutes en banlieue) résonneraient désormais régulièrement des tirs de kalachnikovs à l'occasion de sanglants règlements de compte entre trafiquants à Paris comme à Marseille. Pour les faire cesser, le maire de Sevran, en Seine-Saint-Denis, Stéphane Gatignon, demandait en 2011 à ce que l'armée intervienne en banlieue ni plus ni moins. Cette provocation visait certes à entretenir le débat suscité par le livre de l'élu Europe écologie les verts (EELV) proposant, pour en finir avec la plaie du trafic de cannabis, de sortir immédiatement de la prohibition… Dans un autre coup d'éclat médiatique en 2013, le maire demandera au gouvernement de mettre provisoirement fin à la vente libre des seringues, ces dernières, usagées, se retrouvant jusqu'aux abords des écoles primaires de sa ville[1]. Certains acteurs associatifs, comme Mohammed Mechmache, du collectif AC Le Feu, entretiennent de leur côté le souvenir de la « catastrophe invisible » qui a ravagé les jeunes générations issues de l'immigration, au lendemain amer de la marche, dite des beurs, « pour l'égalité et contre le racisme » de 1984[2].

La présence attestée des « banlieusards » sur les scènes de drogue dès les années 1970

Sur la place de la Contrescarpe dans le 5e arrondissement en 1968 comme sur d'autres scènes de l'époque, au sein d'une « foule bigarrée et échevelée sortie d'un peu partout », les jeunes marginaux fument du cannabis, trainant en compagnie des « clodos » mais aussi des « types de banlieues »[3]. Il s'agit là de zonards attirés aussi bien par la fête bohème que par les produits stupéfiants. Toutefois, la coexistence ne se fait pas toujours sur un mode pacifique. Olievenstein lui-même reconnaît un surprenant clivage entre les hippies débonnaires amateurs de marijuana et de LSD et les junkies consommateurs d'amphétamines et d'héroïne, recoupant géographiquement un schéma centre-périphérie : « Les groupes se scindent, les hippies et l'idéologie *peace and love generation* entrent en déclin, le nombre s'enfle de tous ceux qui cultivent la drogue pour elle-même, après avoir rejeté cette aventure mystique dont

[1] *Gatignon S, Supersac S. Pour en finir avec les dealers, Paris, Grasset, 2011. Et Le Nouvel Observateur, 24 mars 2013, « Sevran : l'appel de Stéphane Gatignon au gouvernement ».*

[2] *Le Monde, 30 novembre 2013, « Banlieues : les oubliés de l'héroïne ».*

[3] *Aupourrain JP. Les rêves meurent sous la drogue. Paris, Flammarion, 1977, chapitre 1 : 14.*

elle avait constitué le tremplin. On voit alors affluer à Paris ces gosses fugueurs et paumés qu'on appelle zonards, en souvenir des bidonvilles qui ceinturaient la capitale avant guerre »[4].

Ce groupe bien spécifique est également remarqué par Claude Orsel, dirigeant le centre de l'Abbaye à Saint-Germain-des-Prés, qui évoque parmi sa clientèle ces jeunes « sous-culturés », issus de milieux prolétaires, venant souvent des périphéries urbaines ou de quartiers délaissés. Ils consomment plus facilement de l'héroïne et des amphétamines que ceux des classes moyennes ou bourgeoises de la capitale qui commencent et restent parfois aux drogues douces. Des problèmes de discipline sont posés par ces « éléments violents, type blousons noirs, ou plutôt blousons cloutés. Ils viennent, par leur violence, par leurs motocyclettes, par l'appoint alcoolique, exercer un terrorisme dans ces groupes (de beatniks) qui sont essentiellement passifs ». Orsel les qualifie de « débiles », d'« individus sans cultures souvent très frustes, peu habitués à la vie en société », soulignant avec insistance « leur tendance à la délinquance : trafic et usage de drogue, vols et recels »[5]…

Les usagers de drogue tiennent eux-mêmes à maintenir des frontières entre groupes, à Paris comme en banlieue : Jean-François Bizot, le père d'*Actuel*, a fondé avec quelques amis une communauté à Arcueil, en région parisienne en 1971 : on y consomme beaucoup de cannabis et d'hallucinogènes, mais l'héroïne est exclue. Guy Hocquenghem fonde lui aussi pendant quelques mois une communauté avec une dizaine d'étudiants en banlieue, avec le même type d'interdit[6].

Car la violence semble être caractéristique de ces bandes de loubards de la « zone ». Lorsque les cambriolages de pharmacie explosent dans les années 1970, on retrouve ces groupes particulièrement violents[7].

Les pharmacies des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne semblent concentrer un grand nombre d'attaques vers 1974-1975. Au premier semestre 1975, on enregistre une moyenne de 10 à 15 cambriolages par semaine en banlieue parisienne[8]. Les stupéfiants se diffusent ensuite sur le marché clandestin. En dépit des frontières sociales entre usagers, la drogue se répand donc en banlieue dès les années 1970, par porosité. En 1972, les lieux de la drogue, en termes de marchés clandestins, de la région parisienne se situent à Garches, Suresnes et Ville d'Avray pour la banlieue nord-ouest ; Saint Michel-sur-Orge, Étampes, Ivry, Vitry et Montgeron pour la banlieue sud-est[9]. Mais, à cette époque, ces loubards adeptes de la polytoxicomanie n'ont pas encore un profil de jeunes de banlieue au sens où on l'entend depuis les années 1980. Un paysage nouveau va cependant être posé à l'orée des années 1980 par un grand coup d'éclat médiatique.

Et la drogue en banlieue devint le nouveau spectre médiatique en 1981…

« Non à la drogue, non aux empoisonneurs », « il faut chasser la drogue hors de la cité »… Voici quelques slogans brandis le 7 février 1981 par plusieurs dizaines de manifestants, devant un immeuble HLM de la cité de l'Espérance à Montigny-lès-Cormeilles dans le Val-d'Oise[10]. La manifestation, orchestrée par le maire communiste Robert Hue, vise à dénoncer publiquement la famille de Mohammed Kharbouche, ouvrier immigré marocain, dont les enfants sont nommément désignés par les tracts diffusés les jours précédents par les sections locales du Parti communiste (PCF) comme les dealers de la cité. Mais les preuves manquent, ce que les journalistes de *Libération* découvrent assez vite. L'affaire relève d'un coup politique monté qui se retourne contre Robert Hue aussitôt accusé par les socialistes, la Ligue internationale contre le racisme et l'antisémitisme (LICRA), la Ligue des droits de l'homme (LDH) et l'opinion publique en général, d'avoir organisé un lynchage raciste[11]. L'affaire s'inscrit dans une stratégie calculée du PCF. En plein virage populiste, le PCF cherche manifestement, dans un contexte de campagne électorale, à jouer sur le thème du fléau de la drogue en l'associant à l'insécurité[12] mais aussi à l'immigration. La manifestation avait eu des précédents : le 23 novembre 1980, des sections locales du parti de l'Essonne organisent une manifestation à Vigneux pour protester contre la mort d'un jeune postier, Harold Leguy, mort d'une overdose d'héroïne[13]. Le 24 décembre 1980, le maire communiste de Vitry envoie les bulldozers pour raser un foyer de 300 travailleurs maliens, accusés sans preuves d'être des « drogueurs » dans la ville. En février 1981, à Drancy, le maire communiste appelle à manifester « contre la drogue », à la suite de la mort de deux jeunes par overdose d'héroïne, tandis qu'à Aubervilliers, une famille d'immigrés est expulsée de la cité Lénine par la municipalité, sur la base d'une rumeur selon laquelle le fils serait un dealer de drogue. À Villeurbanne, les communistes soulignent que la ville est en train de se transformer en une banlieue américaine, où l'on n'ose plus aller le soir à la cave ou sur le parking, terrains de prédilection des dealers[14].

Mais toutes ces éphémères « croisades » lancées par les maires communistes, au-delà du calcul politique et des

[4] *Olievenstein C. Il n'y a pas de drogués heureux. Paris, Robert Laffont,1977 : 356.*

[5] *Association Le Pont. Séminaire Toxicomanie, septembre 1971. Textes choisis, Le Pont, 1972 : 27.*

[6] *Bizot JF. Les déclassés. Paris, Le Sagittaire, 1976 ; Hocquenghem G. Des morts, Paris, Digraphe, 1994 :106-7.*

[7] *Lettre de Mme Sibelle-Hollebeke, pharmacie d'Arcueil, Archives du ministère de la Santé, CAC 1979019/5.*

[8] *Note « Vol de médicaments 1975, région parisienne », Archives du ministère de la Santé, CAC 191790019/6.*

[9] *Rapport annuel d'activité de l'hôpital Marmottan. 1972.*

[10] *L'Humanité, 9 février 1981, « La guerre au poison », p. 14.*

[11] *Journaux télévisés des 8 et 9 février, 20 heures d'Antenne 2, extraits de reportages, Archives INA.*

[12] *L'Humanité, 24 novembre 1980, « L'insécurité n'est pas fatale ».*

[13] *L'Humanité, 3 février 1981, « Offensive à Montigny » ; L'Humanité-Dimanche, 23 novembre 1980.*

[14] *Libération, 4 février 1981. « Sauve qui peut (les immigrés) ». Libération, « Il y a encore beaucoup de lettres à l'alphabet de la délation », 18 février 1981.*

imaginaires, révèlent un fait nouveau : l'association drogue-HLM de banlieue-immigration. Montigny, comme d'autres villes ouvrières, est passée de 6 000 habitants à 14 000 en à peine plus de dix ans, à la suite de la création d'une ZAC avec ses milliers de logements supplémentaires en grands ensembles. C'est là que l'essentiel de l'immigration des années 1960 aux années 1980 est venu s'entasser, changeant le profil des zonards.

Une diffusion silencieuse de la drogue, des conséquences désastreuses

Derrière cet écran de fumée médiatique, personne ne connaît précisément les modalités de cette massification pressentie des usages de drogue. Les toxicomanes de banlieue sont invisibles et de nombreux élus locaux, hormis un temps les communistes, nient que le problème soit arrivé chez eux. On meurt pourtant dans les cages d'escalier ! Les indices sautent pourtant aux yeux des enquêteurs minutieux. En septembre 1983, l'université Paris XIII ouvre un observatoire provisoire à La Courneuve afin d'évaluer un projet de développement social des quartiers. Les sociologues Anne Coppel, Christian Bachmann et Jacky Simonin, mobilisés sur ce projet, découvrent au passage les traces de scènes souterraines de l'héroïne : seringues usagées ou morceaux de citron jonchant le sol des parties communes des HLM, témoignages de gardiens exaspérés de ce qui se passe dans les caves ou les halls d'immeuble… La même année, Anne Coppel accepte de participer, avec les Drs Didier Touzeau et Aimée Charles-Nicolas, à la Commission toxicomanie que vient de créer Gaston Viens, maire d'Orly, l'un des rares maires à prendre une initiative en ce domaine. Officiellement, ni la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), ni le centre médicopsychologique, ni la Maison de la jeunesse et de la culture (MJC) n'ont recensé de toxicomanes. Jusqu'en 1987, grâce aux méthodes inspirées de la démarche américaine d'Outreach visant à aller à la rencontre des usagers, cette recherche-action fait sortir les toxicomanes de l'ombre. Ils seraient facilement 200 pour cette ville de 20 000 habitants. On apprend qu'une dizaine de jeunes entre 16 et 18 ans, pour beaucoup d'origine immigrée, a fait l'expérience de l'héroïne au début des années 1980, formant désormais une « génération » que l'on retrouvait errant dans la cité, initiant au passage les plus jeunes. Revenant sur place en 1992, les chercheurs constatent tristement que la moitié des toxicomanes identifiés sont morts : overdose, septicémie liée à de mauvaises injections, sida transmis par seringue usagée[15]. Cette recherche a cependant dressé le paysage de la catastrophe silencieuse. Le « kiff » ou l'héroïne y apparaissent comme des exutoires à une existence marquée par le chômage, sur fond de désindustrialisation, la différence culturelle et le manque de maîtrise des codes de la société environnante, l'expérience d'une discrimination raciale au-delà de la cité. Tandis que la honte, entretenue par les représentations sociales dépréciatives du junky, l'absence de confiance envers les institutions, ou encore la méconnaissance de l'offre thérapeutique existante empêchent ces jeunes de démarcher les services d'aide médico-sociale de la ville.

Pour autant, la périphérie est attirée par le centre et, comme à l'époque des loubards des années 1970, c'est la fascination des consommations festives des élites parisiennes qui va être à la source de l'initiation au produit et de sa diffusion auprès de jeunes. Ces derniers veulent sortir de la marginalisation dans laquelle ils se sentent, géographiquement et socialement, enfermés par l'imitation d'individus mieux intégrés socialement. En région parisienne, les anciens usagers de drogue qui avaient 20 ans dans les années 1980 évoquent encore aujourd'hui les adresses de boîtes de nuit franciliennes où les videurs laissaient rentrer « les Arabes », les « beurs », les « Antillais » : le Kiss-Club à Paris, le Métropolis à Rungis et surtout le Pacific Club à La Défense, ouvert en 1980, concurrent banlieusard du Palace de Paris. On s'y rendait depuis toute la région parisienne juqu'en Seine-et-Marne. L'héroïne y était disponible dans les toilettes ou les alcôves pour qui savait répondre aux sollicitations d'un revendeur. Par extension, les trains de banlieue étaient réputés pour être des endroits d'échange et de consommations. Le « train gris de Goussainville », jusqu'au moment où la SNCF fermera les toilettes de la ligne à la fin des années 1980, était réputé pour être un lieu d'échange de drogue, sur le chemin de Paris ou au retour[16].

Mais, au-delà de ces effets d'amorce dans l'entre-deux-mondes, l'achat régulier du produit nécessite aussi de se procurer l'argent nécessaire. C'est alors que se développe une petite délinquance directement en lien avec la nécessité d'avoir rapidement de quoi acheter les doses de drogue. Au début des années 1980, Bernard Leroy, juge d'instruction au Tribunal de grande instance d'Évry, dans l'Essonne, traite ainsi d'affaires pointant le glissement vers la délinquance de nombreux jeunes prolétaires de banlieue (pas forcément d'origine immigrée), tel Jean-François C., peintre en bâtiment de 21 ans, qui témoigne lors de son instruction : « Au commencement, je disposais de l'argent de mon salaire pour mes achats, mais très vite, j'ai dû faire des conneries, telles que des vols, vols avec violences, déplacements sur Paris pour trouver la

[15] *Coppel A. Peut-on civiliser les drogues ? Paris, La Découverte, 2002 chapitre 6 (pour les expériences de La Courneuve et d'Orly).*

[16] *Faits précis recueillis auprès d'anciens usagers à Saint-Denis par la sociologue Claire Duport.*

came de mes copains avec compensations à la clef. J'ai eu des périodes où il me fallait quatre ou cinq shoots par jour. À cette époque-là, j'avais un dealer à la gare de Lyon, « le Gros Georges », qui m'a beaucoup avancé de poudre mais il est tombé ».

Au magistrat de souligner les délits précis commis par ces jeunes toxicomanes : cambriolages (jusqu'à un par jour, un magnétoscope valant facilement un gramme d'héroïne blanche), vols de sacs à main pour s'emparer du liquide ou des chéquiers, vols à main armée de petits commerçants et revente des produits volés, agressions brutales dans les trains de banlieue ou dans d'autres lieux publics comme des bureaux des PTT. Toute une petite économie informelle se développe rapidement autour du recel et de la vente au noir d'objets volés : « Dans chaque ville de banlieue, des jeunes toxicomanes prennent les commandes et vivent sur le pourcentage que leur font les dealers. Les cambriolages (bijoux, hi-fi) sont en progression exponentielle. Les dealers devenant de plus en plus souvent des receleurs »[17].

Vers la professionnalisation du trafic en banlieue

Mais le plus singulier dans l'histoire de l'enracinement de la drogue en banlieue est la manière dont cette première forme d'économie artisanale de petits délinquants va se transformer en un trafic de grande envergure. Au départ, les premiers usagers-revendeurs se sont conformés au modèle de la fourmi : en allant s'approvisionner à Paris puis, rapidement, en prenant connaissance des meilleurs plans pour obtenir la came, à l'étranger (Pays-Bas pour l'héroïne et le cannabis, Espagne pour la cocaïne) pour la revendre ensuite aux proches et amis, voire à Paris en fonction des opportunités. En avril 1979, la gendarmerie démantèle un réseau d'une quarantaine de personnes dans les Yvelines, entre Maisons-Laffitte et Saint-Germain-en-Laye. Ce réseau de fourmis fournissait en héroïne, LSD et haschisch, achetés en Hollande et en Espagne, les lycées de la banlieue ouest de Paris[18].

Mais, avec le temps, s'opère une insidieuse professionnalisation : l'usager-revendeur se transforme en autoentrepreneur intéressé uniquement par les revenus de ce commerce. Le glissement d'une figure à l'autre est assez difficile à cerner, mais il s'opère dans la seconde moitié des années 1980. Parfois même le nouveau revendeur agit pour le compte d'une organisation criminelle étrangère avec laquelle les liens communautaires du pays d'origine de sa famille peuvent jouer un rôle important pour la mise en contact. Ce qu'atteste par exemple une note de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) de février 1990 : « Pour Paris et la région parisienne, près de 60 % des revendeurs d'héroïne et de cannabis sont des ressortissants africains, originaire des pays du Maghreb, ou d'Afrique noire. Ils bénéficient de l'approvisionnement direct de leurs compatriotes (cannabis du Maroc, herbe du Zaïre, et filière nigériane de l'héroïne) »[19].

Mais les policiers cherchent également à comprendre de leur côté le changement d'échelle du trafic en banlieue, qui saute aux yeux à l'orée des années 1990. Le harcèlement des petits revendeurs agissant dans la capitale par la police aurait contribué à morceler le marché, jadis structuré autour d'« abcès de fixation » comme l'îlot Chalon ou la rue de l'Ouest à la Goutte d'Or. Mais l'enracinement du trafic en banlieue ne résulte pas seulement d'un effet de déversement géographique. Là-bas, le désœuvrement d'une partie de la jeunesse vivant en vase clos et l'économie de la débrouille, pour sortir de la « galère » et compenser des espoirs de mobilité sociale frustrés, rencontrent la promesse des profits toujours décuplés de l'économie de la drogue. Cette dernière s'ouvre alors à des « relations tissées autour d'une délinquance qui est vécue à travers un code de l'honneur qui en définit les valeurs et les significations [...]. Ainsi, les jeunes Maghrébins des cités de la petite couronne, qui sont engagés dans des carrières délinquantes depuis leur adolescence, découvrent les drogues dures [puis] ils réalisent les profits qu'ils peuvent tirer de leur accès facile à un produit qui reste rare »[20]. D'autres facteurs peuvent expliquer la diffusion du modèle criminel du revendeur de drogue : la prison, avec sa dangereuse cohabitation entre toxicomanes et délinquants, source d'inspiration réciproque, ou encore les relogements occasionnés par les multiples destructions de barres HLM vétustes au tournant des années 1980-1990 comme facteur de dispersion, quand un dealer passe ainsi d'une cité à l'autre, faisant venir ses clients, démarchant de nouveaux, et inspirant éventuellement par son modèle d'autres jeunes délinquants.

Cependant, la présence des dealers en banlieue est loin d'être toujours tolérée dans les quartiers : dès les années 1980, les habitants, refusant d'être des complices passifs du trafic, se livrent à de régulières « chasses aux dealers », ces derniers étant accueillis à coups de bâton, souvent pour venger la dépendance ou la mort d'un proche[21]. Ces actions punitives ont été massives dans les quartiers de Lille sud au printemps 1993, pour prendre un exemple non francilien. Révoltés par la revente dans les rues de la cité d'une héroïne venue des Pays-Bas, sur fond d'apparente inertie des services de

[17] *Procès-verbaux rassemblés de décembre 1982 à mars 1983, Dossiers « Toxicomanie » de Bernard Leroy. Archives du ministère de la Justice, CAC 19950397/24.*

[18] *Le Monde, 2 avril 1979.*

[19] *Note OCRTIS « Les foyers de la drogue ». 26 février 1990. Archives de l'OCRTIS, CAC 19920255/2.*

[20] *Duprez D, Kokoreff M. Les mondes de la drogue. Paris, Odile Jacob, 2000 : 69-71.*

[21] *Une illustration au début du film Le Thé au harem d'Archimède de Mehdi Charef (1985).*

police, près de 200 jeunes habitants du quartier des Biscottes s'en prennent spontanément aux dealers, constitués de groupes d'immigrés clandestins, les chassant et incendiant systématiquement leurs véhicules[22].

De nouveaux modèles délinquants, plus proches de l'économie criminelle mafieuse que de la petite délinquance, se construisent et font école, à l'image du parcours de l'ancien braqueur Charles M'Bous, dit « Jean Gab'1 ». Enfant confié à la DDASS, comme ses douze frères et sœurs, après le meurtre de sa mère par son père, ce jeune homme d'origine camerounaise connaît un parcours chaotique : après avoir traîné avec une bande de délinquants noirs dans le Paris des années 1980, vécu du « dépouillage » de ses malheureuses victimes dans la rue, il connaît plusieurs séjours en prison et en sort endurci avec la volonté de devenir braqueur. L'appât d'un gain conséquent et rapide le fait se tourner très vite vers le commerce de l'héroïne et du crack. Il vend directement ou par le biais de rabatteurs recrutés ponctuellement, à Paris, porte de Bagnolet ou porte de Montreuil, à la Goutte d'Or mais aussi en banlieue. Et c'est en des termes économiques qu'il relate rétrospectivement ses activités dans son autobiographie, déclarant avoir tenté de réaliser des « OPA agressives » à Roubaix ou à Lyon, développé des techniques d'ouverture de marché, d'approche et de fidélisation de la clientèle[23]. En outre, autre indice de professionnalisation, les groupes s'arment également pour défendre leur marché de l'intrusion des bandes concurrentes. Et conséquence de ce processus, les saisies massives de stupéfiants réalisées en banlieue se multiplient, témoignant de ce changement d'échelle du trafic : « Si l'on prend l'exemple du cannabis, la saisie record effectuée par la brigade des stupéfiants en février 1993 [...] : c'est tout d'abord 243 kg de haschisch et 464 000 francs en liquide qui sont découverts dans deux appartements situés à la cité des 4000 à La Courneuve et à la cité des Francs-Moisins à Saint-Denis. Les enquêteurs ne s'arrêtent pas là et c'est 36 caisses de plus de 50 kg qu'ils saisiront dans un magasin de Saint-Denis, ce qui représente au total une prise de plus de 2 tonnes de cannabis »[24].

Le déplacement des centres de gravité du trafic de drogue vers les banlieues finira par se traduire institutionnellement par un rapprochement de la politique de la drogue à celle de la ville quand le ministère de la Ville naît en 1990. De même, face au péril sanitaire, les mesures de réduction des risques, à mesure de leur généralisation en France dans les années 1990, ont ciblé des départements jugés prioritaires comme la Seine-Saint-Denis. Toutefois, il est évident que l'investissement fut insuffisant et que l'histoire a continué sur les brisées que cet article a tenté de cerner…

22 *« Lille sud, la révolte contre les dealers », Journal d'Antenne 2, 13 h 00. 23 mai 1993. Archives INA.*

23 *GAB'1 Jean (M'Bous Charles). Sur la tombe de ma mère. Paris, Don Quichotte, 2013 : 231-66.*

24 *Boullenger N. Approche ethno-sociologique de l'usage d'héroïne et de médicaments en Seine-Saint-Denis. Rapport, février 1995. Archives du ministère de la Santé, CAC 19980329/64.*

Abonnement

Je souhaite m'abonner gratuitement à la revue *Swaps*

Participation de 10 euros pour frais d'envoi des quatre numéros annuels

À retourner à VIH.org / Swaps / Pistes, Chaire d'addictologie CNAM, case 216, 2 rue Conté, 75003 Paris

nom prénom

profession organisme

adresse

code postal ville

tél. e-mail

Précarité des usagers des CAARUD : ce que disent les chiffres

Agnès Cadet-Taïrou / OFDT

Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD) reçoivent des usagers de drogues qui, en moyenne, présentent un degré de vulnérabilité sociale supérieur à celui de l'ensemble de la population. Certains connaissent des conditions de vie particulièrement dégradées. Ainsi, l'étude ENa-CAARUD, qui interroge tous les deux (ou trois) ans l'ensemble des usagers des CAARUD, est relativement adaptée à la mesure et au suivi des niveaux de précarité sociale parmi les usagers problématiques de drogues. Au vu des résultats, un tiers peuvent être considérés comme fortement démunis, un tiers comme modérément précaires, tandis qu'une catégorie intermédiaire réunit des usagers dits « moyennement précaires ».

Les usagers ont ainsi été répartis dans trois classes de précarité[2] (Tableau 1). Ces données doivent toutefois être considérées avec prudence[1-3]. En premier lieu, parce que mesurer la précarité sociale des personnes à l'aide de quelques variables quantitatives est nécessairement réducteur et tend à caricaturer les situations. En outre, parce que le recrutement des CAARUD sur une semaine donnée comporte un biais de sélection[4] en minimisant le poids de ceux qui les fréquentent peu.

Vue d'ensemble

Le premier déterminant de la précarité se rapporte aux ressources. Une minorité, parmi les usagers des CAARUD, vit de revenus du travail (17 %) (Tableau 2). Un gros quart d'entre eux (27 %), se trouve sans revenus hors mendicité et/ou vit essentiellement de ressources « non officielles » (prostitution, deal, etc.). La plus grande partie, enfin, vit principalement de ressources sociales (57 %). La moitié des usagers (47 %), cependant, ne dispose pas d'un logement stable[5] : 15 % restent sans abris, de même que tout ou partie des 11 % qui sont logés temporairement en institution ou en hôtel, situation qui correspond souvent à une solution d'urgence pour l'hiver[6] ; plus d'une personne sur dix (12 %) vit en squat. Enfin, une très large majorité des usagers des CAARUD est couverte par la Sécurité sociale[7] (87 %), par le biais de la couverture maladie universelle (CMU) pour les trois quart d'entre eux. Une frange d'usagers accèderait aux soins par l'aide médicale de l'État (AME) (4 %). Il reste toutefois 10 % des usagers qui apparaissent sans couverture, les uns se disent non affiliés sans AME, les autres ne connaissent pas leur situation. Si parmi les premiers, quatre sur dix pourraient être des personnes en situation irrégulière, c'est seulement le cas d'une personne sur dix qui ne connaît pas sa situation.

Sur le plan géographique, le niveau de précarité des usagers interrogés lors de l'enquête présente d'assez fortes disparités. En métropole, l'Île-de-France se démarque, avec un usager sur deux classé comme fortement précaire, alors qu'inversement, un peu plus d'un sur dix seulement est classé ainsi, au sein d'une bande qui traverse la France d'ouest en nord-est, de la région Poitou-

[1] *Taux de réponse égal à 74 % des usagers en 2012 parmi les 142 CAARUD ayant participé à l'enquête.*

[2] *Un score de précarité socio-économique a été créé à partir de trois variables catégorisées de la manière suivante : couverture santé : 0 affilié à la Sécurité sociale avec une couverture complémentaire ; 1 affilié à la Sécurité sociale sans couverture complémentaire (CMU ou non) ; 2 pas d'affiliation à la Sécurité sociale (avec ou sans AME) ; logement : 0 durable (indépendant ou durable chez des proches) ; 1 en institution ou provisoire chez des proches ; 2 sans domicile fixe (SDF) ou vivant en squat ; origine des ressources : 0 revenus d'emplois et/ou ASSEDIC ; 1 prestations sociales ou ressources provenant d'un tiers ; 2 autres ressources (illégales ou non officielles) et sans revenus. Le score de précarité correspond à la somme des scores pour chacune de ces variables, ensuite catégorisé en trois classes : niveau de précarité faible (" 2), moyen (3 ou 4), et fort (" 4). Cette classification est adaptée à la description de la population fréquentant les CAARUD qui présente un niveau de précarité important et non à la population générale. Ses résultats sont concordants avec une classification hiérarchique ascendante réalisée sur les données 2008 à partir des mêmes variables.*

[3] *Cadet-Taïrou A, Said S. Profils et pratiques des usagers en 2012. Tendances, n° 98, 2015 : 8 p.*

Charentes à la région Champagne-Ardenne (Figure 1). Alors que ces données paraissent, pour l'Île-de-France, rendre compte de manière assez juste de la situation des usagers susceptibles de fréquenter les CAARUD, il faut garder à l'esprit que, en particulier dans les zones rurales, le « recrutement » des CAARUD est soumis à la disponibilité et à l'accessibilité de l'offre. Il est dès lors possible que certains usagers précaires aient difficilement accès au CAARUD et n'apparaissent pas dans ces statistiques. Hors métropole, les CAARUD de Guyane accueillent la part la plus importante d'usagers démunis (plus de six sur dix) alors que la Guadeloupe connaît une situation proche de l'Île-de-France.

Entre 2008 et 2012[8], on observe une légère augmentation de la part des usagers les moins précaires (de 20 à 24 %,**[9]), aux dépens de celle des personnes se situant à un niveau médian. Cependant, cette évolution concerne très clairement les plus de 35 ans dont la part classée comme « modérément » précaire est passée de 20 à 27 % (**[9]) entre les deux sessions et, à un moindre degré, les 25-34 ans. Au contraire, chez les moins de 25 ans, ce sont les parts d'usagers qui connaissent des conditions de précarité moyenne ou forte qui augmentent chacune légèrement (respectivement de 32 à 37 % et de 44 à 49 %, non significatif [NS]) aux dépens de la part des moins précaires qui baisse significativement de 23 à 14 % (**[9]). La part des usagers « fortement » précaire, quant à elle, est quasiment stable après 25 ans.

Jeunesse, crack, situation irrégulière, facteurs de vulnérabilité sociale

Plusieurs éléments caractérisent les usagers les plus précaires sans préjuger de leur lien (cause, conséquence, concomitance, etc.) avec la situation de précarité.

Le niveau de précarité est maximum chez les plus jeunes. Un usager de moins de 25 ans sur deux semble connaître un fort niveau de précarité contre moins d'un sur trois pour les plus âgés. Les écarts sont majeurs sur le champ des revenus, les moins de 25 ans bénéficiant très peu des aides sociales : celles-ci constituent le revenu principal de seulement 15 % d'entre eux, une large majorité (67 %) ne disposant d'aucun revenu officiel. Ils disposent moins souvent d'un logement durable que leurs aînés (43 versus 58 % chez les 35 ans et plus) et si la proportion d'usagers sans abris est identique dans toutes les classes d'âge, c'est que les plus jeunes bénéficient plus souvent, au moment de l'enquête, d'une solution temporaire offerte par une institution (16 versus 10 % pour les plus de 25 ans). La part des « squatters », quant à elle, est stable, 17 % pour les deux classes d'âge inférieures à 35 ans, puis diminue de moitié au-delà. À l'inverse, les usagers vivent d'autant plus seuls qu'ils sont âgés, les plus jeunes vivant davantage en couple, avec des amis ou encore avec leur parents (10 % des moins de 25 ans pour cette dernière situation). Enfin, 16 % d'entre eux n'ont pas de droits ouverts à la Sécurité sociale ou ignorent leur situation contre 9 % des autres usagers.

Les plus précaires sont d'avantage « sans-papiers » et « probablement » en situation irrégulière (89 % des personnes apparemment en situation irrégulière sont fortement précaires). Ils déclarent plus souvent avoir été incarcérés au cours des douze derniers mois (près d'un sur cinq). Concernant le contexte de vie, il apparaît que plus les usagers connaissent des niveaux importants de précarité, moins ils vivent en couple (alors même que la précarité est plus importante chez les plus jeunes, qui vivent plus souvent en couple que les plus âgés), mais plus ils vivent « avec des amis[11] ».

Les usagers les plus précaires, au-delà de leur probable diversité sont proportionnellement moins nombreux à utiliser l'injection que les autres (37 versus 44 % pour l'ensemble des deux autres catégories), mais ceux qui ont injecté un produit au cours des 30 derniers jours n'ont ni plus ni moins partagé leur matériel que les autres. Ils sont nettement surconsommateurs de crack et dans une moindre mesure d'alcool (qu'ils considèrent plus fréquemment que les autres comme étant les produits qui leur posent le plus de problème (respectivement 10 et 24 % contre 3 et 16 % pour la catégorie des moins précaires). Enfin, ils consomment moins d'opiacés, qu'il s'agisse d'héroïne ou de médicaments.

Différents profils de vulnérabilité sociale

Une classification statistique[12] à visée descriptive a été mise en œuvre de manière à repérer dans la population enquêtée plusieurs grands profils d'usagers déjà plus ou moins connus qualitativement. Bien que schématique, elle illustre l'absence d'uniformité des usagers de drogues les plus précaires.

Les jeunes précaires ou en errance (14 % des usagers) constituent le groupe en moyenne le plus jeune (quatre sur dix ont moins de 25 ans et leur moyenne d'âge n'atteint pas 27 ans). Ils se caractérisent par une grande fragilité : 61 % sont dans une situation de forte précarité, plus de la moitié n'ayant aucune ressource légale et 37 % vivant en squat ou se trouvant sans abri. Ils se singularisent par un

[4] *On peut ajouter que 177 personnes (17 % des non répondants) n'ont pu participer pour un problème de langue.*

[5] *Défini par le fait de penser pouvoir passer les six prochains mois dans son logement.*

[6] *L'enquête ayant été menée en novembre.*

[7] *Tous régimes confondus.*

[8] *Nous avons préféré comparer les données 2008-2012 plutôt que 2010-2012, en raison d'une incertitude sur l'échantillon de 2010, le taux d'inclusion ayant baissé de manière sensible en 2010.*

[9] *Dans tous le document : NS = différence non statistiquement significative, * = différence significative au risque alpha égal à 5 % et **= différence significative au risque alpha égal à 1 %.*

[10] *VC : variables ayant servi à la construction des classes. Les disparités entre les groupes observables sur ces variables sont à l'origine de la construction des groupes.*

[11] *Expression censée désigner la vie plus ou moins en communauté et non la cohabitation parfois subie dans un squat.*

[12] *Méthode des nuées dynamiques ; variables entrées : classe d'âge, classe de précarité, injection au cours du mois, usage récent (UR) d'héroïne, UR de BHD, UR de méthadone, UR de sulfate de morphine, UR de MDMA et/ou d'ecstasy, UR de crack, UR d'au moins un hallucinogène, UR de benzodiazépines, Prescription d'un TSO ; nombre de classes fixé empiriquement à 6. Le logiciel utilisé est SPSS 18.0.0.*

Déroulement de l'enquête

L'enquête incluait a priori tous les usagers reçus dans un centre ou rencontrés par une équipe mobile du 26 novembre au 2 décembre 2012. Le questionnaire était complété lors d'un entretien en face à face mené par des intervenants travailleurs sociaux, éducateurs, infirmiers, etc.). Après la semaine d'inclusion, une semaine supplémentaire a été laissée aux intervenants pour compléter le questionnaire avec les usagers. Un dispositif permettait de compter et de qualifier a minima les usagers n'ayant pas rempli le questionnaire.

Tableau 1. Caractéristiques des usagers des CAARUD selon les classes de précarité

		Modérée 24 %	Moyenne 43 %	Forte 33 %		Ensemble
Sexe	Femme	21	20	18	NS	20
Classe d'âge	Moins de 25 ans	7	10	16		12
	25-34 ans	31	34	36	**	34
	35 ans et plus	62	57	48		54
Logement	Indépendant ou durable chez des proches ou en institution	97	58	3	VC[10]	53
	Provisoire, chez des proches (famille/amis)	3	13	8		9
	Provisoire en institution ou hôtel	0	7	23		11
	Sans abri (à la rue)	0	6	37		15
	Squat	0	6	27		12
Ressources	Revenus d'emploi et ASSEDIC	52	10	1		17
	Prestations sociales	48	76	43	VC	57
	Ressources illégales ou non officielles/sans revenus	0	15	57		27
Couverture sociale	Affilié sécurité sociale	100	98	74		87
	Non affilié avec AME	0	0	10	VC	4
	Non affilié sans AME/ ne sait pas	0	1	16		9
Situation administrative	Papiers d'identité valides	97	93	75		86
	Sans papiers (situation irrégulière/papiers refusés)	1	1	16	**	7
	Papiers perdus, volés, à refaire, en cours	3	6	9		7
Probable étranger en situation irrégulière (à partir des deux questions sus-jacentes)		0,5	2	20	**	8
Entourage actuel	En couple	27	24	17		23
	Avec ses parents	8	7	1	**	6
	Seul	61	60	64		61
	Avec des amis	4	8	18		11
Incarcération (12 derniers mois)		7	14	18	**	14
Traitement de substitution		68	63	47	**	60
Injection (30 derniers jours)		54	50	37	**	46
Partage du petit matériel (tout sauf seringue)		20	24	20	NS	22
Consommations (30 derniers jours)	Alcool	60	63	71	**	66
	Crack	12	15	24	**	17
	Cannabis	67	75	75	**	73
	Hallucinogènes	11	16	16	**	15
	MDMA/amphétamine	18	16	19	NS	18
	Cocaïne ou *free base*	36	36	35	NS	36
	Opiacés	79	76	66	**	73
	Benzodiazépines	33	33	28	*	31

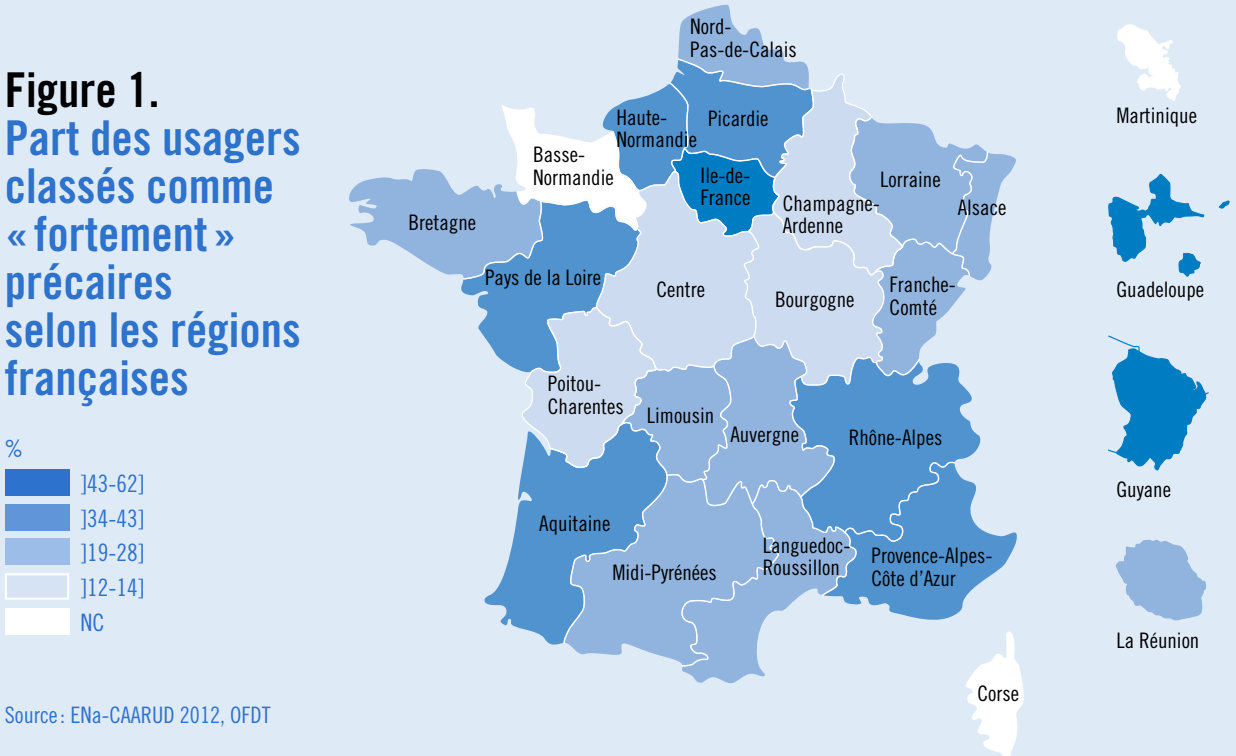
NS : différence de distribution des réponses selon les groupes non statistiquement significatives ; MDMA : 3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine.
* $p < 0,05$ (khi-2 de Pearson)
** $p < 0,01$
Source : ENa-CAARUD 2012, OFDT

Tableau 2. Caractéristiques sociales des usagers des CAARUD selon les classes d'âge

		Moins de 25 ans n = 322	25-34 ans n = 941	35 ans et plus n = 1 518	Ensemble n = 2 781
Logement	**Durable**	**43**	**49**	**58**	**53**
	Indépendant	26	37	46	41
	Durable, chez des proches (famille/amis)	13	8	7	8
	Durable en institution	4	4	6	5
	Provisoire	**57**	**51**	**42**	**47**
	Provisoire, chez des proches (famille/amis)	10	11	8	9
	Provisoire en institution ou hôtel	16	9	10	11
	Sans abri (à la rue)	15	15	16	15
	Squat	17	17	8	12
Ressources	Revenus d'emploi et ASSEDIC	19	16	16	17
	Prestations sociales/ressources venant d'un tiers	15	58	65	57
	Ressources illégales, non officielles, sans revenus	67	26	19	27
Couverture santé	**Affilié Sécurité sociale**	**82**	**86**	**89**	**87**
	Avec CMU	58	69	62	64
	Avec affection de longue durée (ALD)	6	9	17	13
	Non affilié	**11**	**10**	**9**	**9**
	Avec AME	2	3	4	4
	Sans AME	8	7	5	6
	Autre ou ne sait pas	7	4	3	4
Situation administrative	Papiers d'identité valides	88	86	86	86
	Sans papiers (situation irrégulière, papiers refusés	5	6	7	7
	Papiers perdus, volés, à refaire, en cours	6	7	6	7
Entourage	En couple	35	26	18	23
	Avec ses parents	10	6	5	6
	Seul	41	54	69	61
	Avec des amis	14	14	8	11
Niveau global de précarité	Modéré	14	22	27	24
	Moyen	37	43	44	43
	Fort	49	35	29	33

Source : ENa-CAARUD 2012, OFDT

Figure 1. Part des usagers classés comme « fortement » précaires selon les régions françaises



Source : ENa-CAARUD 2012, OFDT

« presque » mono-usage de substances psychotropes (2,2 substances différentes au cours du mois passé[13], 0,9 si l'on excepte alcool et cannabis versus 3,9 pour l'ensemble des usagers), par un relativement faible « intérêt » pour les opiacés (héroïne dans les 30 derniers jours, 13 %, buprénorphine haut dosage [BHD], méthadone et morphine entre 8 et 10 % chacun). En dépit de cette faible consommation, ils fréquentent assidument les CAARUD : près de 64 % s'y rendent au moins une fois par semaine dont la moitié tous les jours ou presque. Ils sont dans le même temps moins nombreux que les autres profils à avoir fréquenté un Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dans l'année, ce qui pose l'hypothèse d'une présence dans les CAARUD moins liées aux usages de drogues qu'au soutien que ces derniers procurent. Si 25 % d'entre eux ont été rencontrés en Île-de-France, qui concentre 24 % de tous les usagers des CAARUD inclus dans l'enquête, ils apparaissent proportionnellement plus nombreux (22 % des usagers) sur la façade nord-ouest de la France (régions de la Basse-Normandie au Nord-Pas-de-Calais) qui ne compte que pour 14 % de l'échantillon gobal.

Les « précaires traditionnels » (19 % de l'échantillon) : six usagers de ce profil sur dix sont également en situation de forte précarité ; près d'un tiers ne dispose d'aucune ressource légale ou officielle et près d'un sur cinq n'a pas ou plus de papiers d'identité. Relativement âgés, 40 ans en moyenne, ils vivent très majoritairement seuls (68 %). Leur consommation se centre d'abord sur les opiacés, neuf sur dix reçoivent des médicaments de substitution aux opiacés (MSO), en grande majorité de la BHD, et près de 60 % d'entre eux ont pris de la cocaïne au cours des 30 derniers jours, dont sept sur dix sous forme de crack ou de *free base*. La prise de benzodiazépines concerne près d'un usager sur deux (30 % chez l'ensemble des usagers). Un peu moins d'un sur deux également est injecteur récent. Ces usagers se caractérisent par leur taux élevé d'incarcération dans l'année (20 %), de même que leur fort recours aux soins institutionnels (hospitalisation, CSAPA, CAARUD). Enfin, 37 % des personnes classées dans ce groupe ont été rencontrées en Île-de-France.

Enfin, plus hétérogènes sont **les « polyusagers festifs »** (17 % de l'ensemble). Plutôt jeunes (26 % ont moins de 25 ans), ils se répartissent entre, d'une part, ceux qui bénéficient de ressources sociales (45 %) et, d'autre part, ceux connaissant une forte précarité (44 %) : un quart d'entre eux vit en squat, un cinquième est sans abri et 36 % ne disposent d'aucune ressource légale. Ils se distinguent par la part (18 %) de ceux vivant « avec des amis ». Ce groupe qui rassemble des usagers de drogues ayant probablement un lien fort avec l'espace festif est caractérisé par un polyusage intense (7 substances « classiques » différentes en moyenne dans le mois) : les usages récents de cannabis, d'opiacés et de stimulants concernent chacun environ 90 % des personnes de ce groupe. Les substances hallucinogènes entrent dans l'éventail des produits de 7 usagers sur 10 et l'alcool de 8 sur 10. Si 72 % des usagers disent recevoir un traitement de substitution, l'opiacé majoritairement consommé est l'héroïne. La pratique récente de l'injection concerne une majorité d'entre eux (66 %) de même que celle du partage de matériel (29 % des injecteurs récents). En outre un injecteur récent sur cinq s'est fait aider par un tiers au cours du mois passé[14]. Signe également des prises de risque, 13,5 % d'entre eux déclarent avoir déjà été victimes d'une surdose (versus 7 % pour l'ensemble) et à peu près autant signalent avoir été hospitalisés pour un traumatisme au cours des douze derniers mois. Presque tous ont été rencontrés dans un CAARUD hors Île-de France (91 %).

Conclusion

La description de plusieurs profils, parfois antagonistes dans leur caractéristiques (mono-usage des « jeunes précaires »/polyusage majeur des « jeunes festifs » par exemple), prouve que les parcours qui mènent à l'extrême précarité sociale sont divers, en particulier du point de vue des pratiques de consommation et les besoins différenciés. Cependant, plusieurs facteurs particulièrement liés à la vulnérabilité sociale peuvent être mis en évidence à travers ces données. Certains d'entre eux peuvent être envisagés comme jouant un rôle dans le processus de précarisation : la jeunesse, indubitablement, en particulier parce qu'elle limite l'accès à certaines aides sociales ; l'usage de crack, sans doute partiellement ; le fait d'être en situation irrégulière, vraisemblablement. Il semble, à supposer que l'on puisse concevoir les différentes classes d'âge comme un cycle de vie, que la situation sociale des usagers des CAARUD s'améliore avec l'âge, un seuil étant notamment franchi lorsqu'ils accèdent aux revenus sociaux. Ainsi, si l'on ne peut que s'alarmer de la vulnérabilité des plus jeunes, qui hypothèque fortement leur avenir, force est de constater qu'en dépit de la crise économique actuelle, l'État providence constitue un rempart efficace dans la lutte contre la précarisation, y compris pour les usagers les plus marginalisés.

[13] *En outre 7 % d'entre eux, non inclus dans cette moyenne, ne déclarent aucune consommation de psychotropes.*

[14] *Pratique favorisant la contamination par le virus de l'hépatite C.*

De l'offre et de l'usage de drogues en temps de crise

Michel Gandilhon / OFDT

La France avec la crise dite « des subprimes » de 2008 connaît une situation économique d'une gravité sans précédent depuis les années 1930. Chômage, sous-emploi de masse, développement de la précarité touchent aujourd'hui une partie significative de la population. Les dernières observations réalisées dans le cadre du dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) montrent que cette situation affecte aussi les modalités de l'usage de drogues en France, notamment dans les populations dites « insérées », que ce soit du côté de l'offre comme de la demande.

La question du développement de la précarité sociale au sein de la population des usagers de drogues ne constitue pas une nouveauté pour le dispositif TREND (voir encadré). Il n'en reste pas moins que, depuis l'année 2010, les signes d'une fragilité sociale accrue au sein de milieux qui ne se résument pas aux personnes les plus désaffiliées de l'espace urbain, apparaissent avec plus de force et de netteté. Une des manifestations du phénomène, rapportée par la quasi-totalité des sites du dispositif TREND, en 2013 et 2014[1], réside dans l'évolution des pratiques des dealers, lesquels tentent de pallier les problèmes posés par la paupérisation d'un ensemble sans cesse croissant d'usagers appartenant aux classes moyennes.

L'adaptation de l'offre de drogues à la crise

Cette évolution se manifeste particulièrement par la disponibilité sur le marché parallèle de doses, quel que soit le type de produits, de plus en plus fractionnées pour être vendues à des prix plus accessibles, notamment dans un contexte où le prix des principales substances illicites (cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne) tend, après des années de baisse, à croître (voir tableau p. 15). Certes, cette tendance au fractionnement des doses ne constitue pas une nouveauté. Il a toujours été à l'œuvre dans les milieux les plus précaires du fait de la limitation objective du pouvoir d'achat propre à ces publics. Limitation incitant les dealers à élargir vers le bas leur gamme de prix, voire à recourir à une forme d'économie de crédit quand, à partir d'un certain stade, les maigres revenus de l'usager (RSA, allocations chômage) sont dilapidés[2]. Ainsi à Lille, le seul site du dispositif TREND où existe un marché de rue structuré de l'héroïne, celle-ci n'est que rarement vendue au gramme, une des formes les plus disponibles étant la « bonbonne » de brune circulant au prix de 10 euros[3]. Dans la région parisienne, où le marché de l'héroïne est beaucoup moins visible, la même pratique est à l'œuvre et se développe avec la crise, puisque les dealers peuvent proposer des demi-grammes (20 euros), voire des quarts de gramme (10 euros)[4]. Le phénomène nouveau ne réside donc pas dans le procédé commercial, mais dans le fait qu'il affecte désormais un public composé d'usagers dits « insérés » visiblement fragilisés par la crise économique en cours (voir encadré p. 14).

Le chlorhydrate de cocaïne, dont l'usage est pour de nombreux usagers associé à une certaine forme de « réussite » sociale, est particulièrement concerné par le développement de cette forme de marché *discount* ou *low cost*. Et ce d'autant plus qu'après des années de baisse

→

[1] *Cadet-Taïrou A. et al. Substances illicites ou détournées : les tendances récentes (2013-2014). Tendances n° 96, OFDT, 2014. Le document est téléchargeable sur le site de l'OFDT : www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/substances-illicites-ou-detournees-les-tendances-recentes-2013-2014-tendances-96-decembre-2014/*

[2] *Gandilhon M. Le petit trafic de cocaïne en France. Tendances n° 53, OFDT, 2007.*

[3] *Lancial N, Lose S. Tendances récentes et nouvelles drogues, synthèse des résultats 2013. OFDT, Le Cèdre bleu, 2014.*

[4] *Pfau G, Pequart C. Tendances récentes et nouvelles drogues, synthèse des résultats 2013. OFDT, Association Charonne, 2014.*

Qui sont les usagers insérés ?

L'usage de drogues s'est développé au cours des dix dernières années au sein de populations plus « insérées » socialement, à savoir disposant d'un logement, de revenus (salaires, allocations) et d'un réseau social. Les usages ont fréquemment démarré par le cannabis et les stimulants en plus de l'alcool. Largement composées d'usagers « récréatifs », les populations insérées sont, pour une grande part d'entre elles, visibles par les dispositifs d'observations ethnographiques du dispositif TREND par le biais de l'espace festif, alternatif ou conventionnel, que beaucoup semblent fréquenter.

régulière de son prix moyen – en 20 ans il a été divisé par plus de deux, passant de 150 euros le gramme au début des années 1990 à 60 euros en 2010 –, celui-ci remonte significativement et devient de plus en plus difficilement abordable, y compris pour des publics relevant de milieux plus ou moins favorisés.

Dès lors, le fractionnement des doses (0,10, 0,20, 0,50 gramme) est de plus en plus décrit par les observateurs des sites et cette réalité touche aussi bien le milieu alternatif (*free parties, raves*) que l'espace festif commercial (clubs, discothèques). Il semble que les revendeurs, en vendant des doses accessibles à partir de 10 euros, tendent à répondre à un problème de limitation du marché provoqué par les contraintes de pouvoir d'achat de leur clientèle. Cependant, ce phénomène touche d'autre produit que la cocaïne. Il est à l'œuvre également pour une substance comme le cristal de MDMA, produit qui fait depuis quelques années l'objet d'un engouement certain, malgré un prix relativement élevé, notamment chez les jeunes usagers de l'espace festif. Ainsi, ce produit est fréquemment vendu par les dealers, eux-mêmes souvent usagers, sous la forme de « parachute », contenant de petites quantités, dont le prix n'excède pas 10 euros.

L'adaptation de la demande à la crise

Cette adaptation aux réalités de la crise économique ne concerne pas seulement les revendeurs. Les usagers mettent en place de nombreuses stratégies afin de surmonter les difficultés d'approvisionnement consécutives à la diminution de leur pouvoir d'achat. À côté des achats groupés ou du recours direct au marché de gros, via notamment le micro-trafic, la principale consiste à « substituer » un produit moins onéreux à un autre (aux effets psychotropes similaires) jugé moins accessible du fait d'un prix trop élevé. Là encore ce type de pratique ne constitue pas une nouveauté dans les milieux marginalisés, notamment parmi les consommateurs d'opiacés, où il est fréquent que des médicaments comme le Subutex® (buprénorphine haut dosage) ou le Skénan® (sulfate de morphine) remplacent une héroïne inaccessible à cause de son prix ou d'une disponibilité problématique[5]. Dans les milieux « insérés », il semble que l'on assiste à un report croissant en direction des amphétamines (*speed*) qui tendent à se substituer à la cocaïne. Si le *speed* est un produit qui a toujours été présent dans l'espace festif, et notamment dans le milieu dit « alternatif », et que son statut de cocaïne du « pauvre » est bien établi, il semble aujourd'hui, comme le montre le site de Toulouse, que dans le contexte actuel de crise il vienne répondre aux besoins de nombreux usagers paupérisés : *« On observe beaucoup de speed. En ce moment, c'est halucinant tous ces gens qui prennent du speed.* […]. *Ils n'ont plus de sous. Tu vois, ça fait un peu drogue du pauvre* […] »[6]. Ainsi, alors que les années précédentes, l'usage des amphétamines était moins évoqué par le réseau des sites, la demande de *speed* serait en augmentation du fait d'un prix relativement modique (14 euros le gramme).

Le même constat peut être dressé pour la consommation de cocaïne basée, laquelle jusqu'à récemment était le fait de deux groupes à peu près imperméables sur le plan social et se présentant comme suit : une sphère de consommateurs de *free base*, personnes plutôt insérées fabriquant leur produit elles-mêmes, et une population d'usagers extrêmement précarisés, essentiellement présents dans la région parisienne, se procurant leur consommation sur le marché parallèle[7]. Depuis quelques années, les observations ethnographiques montrent que cette dichotomie est en partie dépassée compte tenu de l'évolution du public qui fréquente le marché du crack à Paris. En effet, le site parisien fait état de la présence de plus en plus importante d'usagers dont le profil tranche avec celui que l'on a l'habitude d'y trouver. Ainsi certains usagers insérés de *free base*, qui n'ont plus les moyens d'acheter de la cocaïne afin de la transformer, après adjonction d'ammoniaque ou de bicarbonate de soude, en base, viennent se procurer directement le produit sur les scènes de *deal* de crack du nord-est de Paris. Ce glissement touche également un public de provinciaux qui

[5] *La pénurie d'héroïne observée en Europe en 2011 s'est manifestée en France sous la forme d'une diminution importante de son taux de pureté moyen, laquelle a provoqué un report important des usagers sur les sulfates de morphine. Voir à ce sujet la note du dispositif TREND destinée à l'ANSM : « L'usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France, tendances récentes 2012-2013 ». www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxatu7.pdf*

[6] *Sudérie G. Rapport TREND Toulouse. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2013 sur le site de Toulouse. ORSMIP, OFDT, 2014.*

[7] *Gandilhon M, Cadet-Taïrou A, Lahaie E. La cocaïne basée en France métropolitaine : évolutions récentes. Tendances n° 90, OFDT, 2013.*

Tableau. Évolution des prix médians depuis 2000

	TREND 2000	2010	2011*	2012*	2013*	Tendance 2010-2013
Héroïne	59	42	40	43,4	46,5	↗
Cocaïne	84	67	68	70,6	76,6	↗
Ecstasy (cp)	15	7,7	7	10	8,2	↗
MDMA (poudre)	ND	60	63	56,3	54,7	
Résine de cannabis	ND	5	5,4	6,9	6,6	↗
Herbe de cannabis	ND	8	8	9,6	10,4	↗
Amphétamines	15	16	15,5	14,3	13,8	

*Données TREND issues du Baromètre semestriel « prix » pour l'héroïne, la cocaïne, le comprimé d'ecstasy, la résine et l'herbe de cannabis.
S'agissant des amphétamines des observations ethnographiques TREND.
MDMA : 3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine.

Sources : TREND/OFDT

« monte » à Paris s'approvisionner comme en atteste l'augmentation des interpellations dans les gares de Lyon et Montparnasse. Par ailleurs, l'émergence depuis deux-trois ans d'une offre de cocaïne basée, organisée dans certaines cités parisiennes sur un modèle similaire à celui de la résine de cannabis, pourrait être un symptôme du même processus, puisque la clientèle y est décrite comme relevant de milieux sociaux insérés. Ces phénomènes de décloisonnement social ne sont pas propres à la région parisienne. Ainsi, les sites de Metz, Marseille et Rennes[8] font état dans l'espace urbain de la présence d'un public atypique composé de salariés pauvres (*working poor*), d'étudiants désargentés ou de jeunes en errance se livrant pour survivre à une « économie de la débrouille »[9] faite de petites reventes de drogues ou de médicaments, et fréquentant les mêmes lieux que les usagers les plus désaffiliés (squats, CAARUD).

Tous ces faits démontrent que la crise économique, en pesant sur les pratiques et les consommations des usagers insérés, tend à estomper les frontières sociologiques et à brouiller les repères en favorisant des porosités entre des publics a priori très éloignés sur le plan social.

[8] *Les synthèses réalisées par ces sites sont téléchargeables à l'adresse suivante : www.ofdt.fr/regions-et-territoires/reseau-des-sites-trend/syntheses-des-resultats-trend-2013-par-sites/*

[9] *Roche P. (Dir.) La Proximité à l'épreuve de l'économie de la débrouille. Association départementale de développement des actions de prévention (addap. 13), 2008.*

Le dispositif TREND : méthodologie

Le dispositif TREND s'attache depuis sa mise en place par l'OFDT en 1999 à détecter les phénomènes émergents et les tendances récentes dans le champ des drogues illicites, qu'il s'agisse des produits, de l'offre, des modes d'usage ou des profils de consommateurs. Pour remplir sa mission d'observation, il s'appuie sur un réseau de sept sites (Bordeaux, Marseille, Lille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse), dotés d'outils de collecte communs (observations ethnographiques, questionnaires qualitatifs, groupes focaux), et opérant dans l'espace urbain (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues [CAARUD], squats) comme dans l'espace festif (free parties, clubs, discothèque). TREND comprend également un dispositif d'observation et de veille centré sur l'étude de la composition toxicologique des produits illicites : Système d'identification national des toxiques (SINTES).

Ouverture du CEPIAD à Dakar, premier centre méthadone en Afrique de l'Ouest

Idrissa Ba / Pédopsychiatre et addictologue, co-investigateur principal des études ANRS 12208 et 12243, coordonnateur technique du CEPIAD
Annie Leprêtre / Infectiologue, co-investigateur principal des études ANRS 12208 et 12243, hôpital Simone Veil, hôpital Bichat-Claude Bernard
Maryvonne Maynart / Infectiologue et addictologue, expert technique au CEPIAD

Le 1er décembre 2014, le Pr Awa Marie Coll Seck, ministre de la Santé du Sénégal, inaugurait les locaux du Centre de prise en charge intégrée des addictions à Dakar (CEPIAD) en présence des partenaires du projet (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau [ESTHER], mairie de Paris, Agence nationale de recherche sur le sida [ANRS], United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], le Fonds mondial, Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée [IMEA], Division infections sexuellement transmissibles [IST]/sida et division de la santé mentale du ministère de la Santé et de l'Action sociale) sous la direction du Conseil national de lutte contre le sida (CNLS) du Sénégal. Dans son discours, la secrétaire exécutive du CNLS, le Dr Safiatou Thiam, a souligné l'efficacité du processus de la recherche opérationnelle qui a permis l'ouverture du premier « centre méthadone » en Afrique de l'Ouest.

Leprêtre A, Ba I, Lacombe K et al. Prevalence and behavioural risks for HIV and HCV infections in a population of drug users of Dakar, Senegal: the ANRS 12243 UDSEN study. JIAS 2015, 18:19888

Le CEPIAD est une unité du service de psychiatrie, logé au sein du CHNU de Fann dans des locaux réhabilités à cet effet : un bâtiment d'un étage dédié aux consultations et à la délivrance de méthadone est flanqué d'une grande case de convivialité avec douches et d'une petite case pour préparer les repas communautaires, le terrain environnant permettant le développement d'activités sportives et de jardinage. L'hôpital de Fann est proche de deux quartiers où vivent de nombreux consommateurs de drogues.

L'objectif principal du CEPIAD est d'offrir une prise en charge ambulatoire globale aux personnes dépendantes de substances psychoactives dans le respect de leurs droits humains. L'approche combine réductions des risques et activités liées à l'autonomisation des consommateurs de drogues (ergothérapie, réinsertion professionnelle, activités de convivialité, autosupport, etc.). Ainsi, l'offre de soins du CEPIAD comprend le traitement de substitution aux opiacés par méthadone, la prise en charge addictologique, somatique et psychiatrique des dépendances, le conseil et dépistage du VIH et des hépatites virales B et C, le traitement antirétroviral, la prévention et le traitement des IST et de la tuberculose, un programme d'échange de seringues (PES) fixe et des activités occupationnelles et de redynamisation. À terme, des actions spécifiques pour les femmes seront développées.

Un PES mobile complète le dispositif. Ce programme fonctionne depuis novembre 2011 : des binômes composés de travailleurs sociaux, pairs éducateurs et médiateurs associatifs équipés d'un véhicule sillonnent les quartiers de Dakar et de sa périphérie à la rencontre des consommateurs d'héroïne et/ou de crack/cocaïne (consommateurs de drogues injectables [CDI]). En 2014, 300 sorties ont été réalisées dans la région de Dakar permettant 3 752 contacts avec des CDI ; 178 CDI non connus antérieurement par l'équipe dont 164 hommes et 14 femmes ont été rencontrés. L'analyse de la base de données du PES montre que 605 consommateurs de

drogues injectables ont été ainsi touchés en 2014 parmi lesquels 53 CDI (soit 8,8 %). Au cours des sorties, 16 816 seringues ont été distribuées et 9 511 seringues ont été récupérées (56,7 %), l'équipe a également distribué 14 518 préservatifs.

L'accueil des patients sur le lieu fixe du CEPIAD a débuté le 27 janvier 2015 et au 31 mars 2015, 200 CDI avaient débuté un suivi et 22 patients étaient sous méthadone. Outre les consultations médicales, d'addictologie, sociales et psychologiques, les CDI peuvent d'ores et déjà bénéficier d'un bilan standard (numération formule sanguine [NFS], glycémie, sérologie VIH, VHB, VHC, radiographie des poumons), de matériel de réduction des risques (RdR) (seringues, cupules, tampons secs, tampons alcoolisés, filtre, préservatifs) et d'activités de convivialité : groupes de parole, micro-jardinage, activités d'expression artistique, cuisine, informatique, club méthadone.

La recherche opérationnelle dont est issu le CEPIAD a débuté en 2008. Au Sénégal, l'épidémie VIH/sida est de type concentré avec une prévalence basse en population générale (0,7 % avec un ratio femmes/hommes à 1,6)[1] et élevée au sein des deux populations clés que sont les homosexuels masculins (MSM) (21,8 %) et les travailleuses du sexe (TS) (18,5 %)[2]. Aussi, le CNLS a souhaité mesurer la prévalence du VIH au sein des usagers de drogues en s'appuyant sur ses partenaires de longue date dans la recherche sur le VIH/sida au Sénégal, à savoir le Centre régional de recherche et de formation (CRCF), site sud ANRS et ESTHER.

Une étude de faisabilité de l'enquête de prévalence (étude ANRS 12208) menée fin 2008/début 2009 a confirmé l'existence de consommateurs d'héroïne et de cocaïne/crack dans les quartiers pauvres de Dakar et de sa banlieue et l'existence d'un usage intraveineux apparu dans les années 1980, avec l'arrivée de l'héroïne. Cet usage était minoritaire et connu pour être responsable de nombreux décès par les consommateurs (« Chacun ici a peur de s'injecter car tous les gens qui ont injecté sont morts ») et fortement associé à la rencontre avec des consommateurs de drogues européens, au Sénégal, ou suite à un séjour en Europe. Les consommateurs étaient massivement demandeurs de traitements de substitution, d'accès aux soins somatiques et de lien social. Cette étude confirmait également leur invisibilité sociale, parade au contexte social et judiciaire répressif.

Les résultats de cette pré-enquête ont renforcé le CNLS et le comité de suivi de la recherche dans la nécessité de mener une enquête de prévalence du VIH et des hépatites virales à même de fournir des données incontestables sur la vulnérabilité des consommateurs d'héroïne et de cocaïne de la région de Dakar afin de pouvoir construire des réponses sanitaires adaptées.

La méthodologie Respondent Driven Sampling (RDS) a été retenue pour le recrutement de l'échantillon « gold standard » pour les enquêtes de prévalence du VIH en populations « cachées » et une étude de prévalence du VHC a été ajoutée.

Le plaidoyer et les formations sur la RdR ont été associés à la préparation de l'enquête pour la sécurité des consommateurs et l'appropriation du « package OMS/ONUSIDA/UNODC »[3] par les personnels du secteur médico-social et les autorités sénégalaises.

Ainsi, un processus de formation « en tâche d'huile », concernant dans un premier temps les acteurs de la recherche du CRCF et du service de psychiatrie du CHU de Fann à travers la construction commune des objectifs de l'enquête a débuté en 2009. Ces formations ont été adaptées et étendues à partir de 2010 aux personnels soignants et pharmaciens des services de maladies infectieuses, de psychiatrie et de centres de santé de Dakar et sa région ainsi qu'aux associations de lutte contre le VIH/sida et de lutte contre la drogue grâce au soutien d'ESTHER.

Également grâce à ESTHER et aux convictions du Dr Fatima Assouab (ministère de la Santé) et du Dr Mohammed Essalhi de l'association Hasnouna à Tanger, un compagnonnage avec le Maroc a débuté en 2010. Les liens entre les deux pays ainsi que leur proximité culturelle et économique ont fait de ce compagnonnage, qui s'est depuis étendu à la formation de l'ensemble des personnels du PES puis du CEPIAD, une pierre angulaire du plaidoyer. Un compagnonnage avec le Dr Bertrand Lebeau (hôpital de Montfermeil) pour la mise en place du programme méthadone et Lionel Sayag (association PROSES, Montreuil) pour l'accompagnement du PES mobile complète ce volet formation.

Le Fonds Mondial soutient le CNLS à travers le financement d'une part importante du programme et par l'assistance technique mise à disposition dans le cadre de l'initiative 5 % (Expertise France) pour la période de mise en place du CEPIAD.

L'enquête ANRS 12243 « Étude de prévalence et de pratiques à risque de l'infection à VIH, VHB et VHC chez les usagers de drogues injectables de la région de Dakar » s'est déroulée d'avril à juillet 2011 au CRCF[4].

Elle a été précédée par la formation des enquêteurs au contact et aux problématiques des CDI par un travail de terrain de quatre mois qui a permis une cartographie des

[1] *International 2012 ANdlSedlDASel. Enquête démographique et de danté. Indicateurs multiples au Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011. Calverton, Maryland USA: ANSD and ICF International.*

[2] *UNAIDS. Global AIDS Response progress reporting: monitoring the 2011 political declaration on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2012. reporting.http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_en.pdf. Last accessed 3 January 2014. 201.*

[3] *WHO/UNODC/UNAIDS TECHNICAL GUIDE for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users.*

[4] *Résultats à consulter dans « Prevalence and behavioral risks for HIV and HCV infections in a population of drug users of Dakar, Senegal: the ANRS 12243 UDSEN study ». À paraître dans JAIDS.*

principaux quartiers d'achat et de consommation et l'information des CDI sur la future enquête. Face à l'importance des problèmes de santé des consommateurs rencontrés, un accueil médical facilité aux consultations médicales du CRCF a été mis en place en mars 2011 et a perduré jusqu'à l'ouverture du CEPIAD.

Principaux résultats de l'enquête

Estimation des prévalences dans la population de consommateurs de drogues injectables de la région de Dakar : 5,2 % pour le VIH [IC ($\alpha = 0,25$)] : (0,038-0,063) et de 23,3 % pour le VHC [IC ($\alpha = 0,25$)] : (0,212-0,252).

Dans l'échantillon (n = 506), la prévalence du VIH était significativement différente entre les consommateurs qui avaient utilisé l'injection au moins une fois dans leur vie et ceux qui ne l'avaient jamais fait : 9,4 versus 2,5 % (p = 0,001), les femmes et les hommes : 13 versus 3 % (p = 0,001), y compris parmi ceux qui avaient utilisé l'injection au moins une fois dans leur vie : 21,1 versus 7,5 % (p = 0,0001). La séroprévalence du VHC était significativement plus élevée chez les CDI ayant utilisé l'injection au moins une fois et ceux qui n'avaient jamais injecté 38,85 versus 18 % (p = 0,0001).

L'analyse des principales caractéristiques de l'échantillon montre qu'il s'agit d'une population majoritairement masculine (86,4 %) d'âge mûr (âge moyen : 40,1 ans) et socialement précaire.

Dans le mois précédant l'enquête, 91,5 % avaient consommés de l'héroïne, 64 % du cannabis, 49,4 % du crack, 49,4 % de l'alcool, 29,8 % des benzodiazépines et 13,6 % du chlorhydrate de cocaïne. L'âge moyen de la première injection pour ceux qui l'avaient utilisé au moins une fois (27,7 %) était de 30,8 ans. Parmi les enquêtés, 13,8 % avaient utilisé l'injection dans le mois précédant l'enquête, 12,9 % avaient partagé leur seringue avec un autre injecteur et le petit matériel d'injection pour plus d'un quart d'entre eux.

Les femmes incluses dans l'étude (n = 69) étaient plus jeunes que les hommes (36,1 versus 43,0 ans) et consommaient surtout de l'héroïne et du crack (respectivement 79 et 46 %). Une plus grande proportion de rapports sexuels contre de l'argent ou de la drogue (62,3 versus 20,6 % ; p < 0,001).

Outre la vulnérabilité au VIH, attendue, des CDI ayant déjà injecté des drogues et des femmes CDI, cette enquête a mis en évidence la vulnérabilité au VIH des consommateurs d'héroïne et/ou de crack/cocaïne n'ayant jamais utilisé l'injection avec une séroprévalence quatre fois plus importante qu'en population générale. Elle a également montré l'importance des CDI comme population clé pour le contrôle de l'infection par le VHC au Sénégal, la séroprévalence en population générale étant estimée à 2 % par le programme national de lutte contre les hépatites.

De l'avis de tous, cette enquête, qui s'est déroulée dans une excellente atmosphère, a participé à la déconstruction d'idées reçues sur les consommateurs de drogues, permettant ainsi à ces personnels d'être fiers d'avoir su accueillir une nouvelle population vulnérable au VIH et d'avoir pu accompagner les démarches de soins de certains.

La consultation du CRCF a rapidement été « adoptée » par les CDI comme recours en cas de maladie, ce d'autant qu'au vu de la prévalence du VIH de 9,5 % chez les CDI ayant déjà utilisé l'injection, le CNLS a autorisé, en novembre 2011, la poursuite du travail de terrain avec distribution de seringues aux injecteurs.

Pendant le travail de terrain préparatoire à l'enquête, l'équipe de recherche avait été alertée par le taux de mortalité important rapporté par les CDI parmi ceux qui utilisent l'injection. Le suivi des décès au sein de la population des CDI connus de l'équipe du PES confirme cette surmortalité, puisque l'équipe a rapporté, de juin 2011 à décembre 2013, 56 décès : 52 hommes et 4 femmes, âge moyen : 43,5 ans (extrêmes : 25-60), dont 50 % d'injecteurs. Par ailleurs, parmi les 111 CDI qui ont consulté au CRCF entre mars 2011 et octobre 2013, six tuberculoses ont été diagnostiquées.

Aussi, pour répondre aux besoins de santé et de prévention des CDI de Dakar, majoritairement dépendant de l'héroïne, le choix d'un centre de prise en charge intégrant toutes les dimensions de la santé s'est imposé. L'ouverture du CEPIAD est la concrétisation de la mobilisation des autorités de santé sénégalaises sur la problématique des CDI. En effet, ils ont été reconnus comme population clé dans les stratégies nationales et inclus comme cibles prioritaires dans les plans nationaux de lutte contre le sida, permettant également une mobilisation technique et financière pour la construction du CEPIAD.

Premier centre de soins incluant le traitement de substitution aux opiacés par méthadone pour les consommateurs de drogues de l'Afrique de l'Ouest, le CEPIAD a également pour ambition de devenir un lieu de formation et de recherche à vocation régionale. Son démarrage s'est effectué dans un contexte de forte demande d'accès au traitement par méthadone, nécessitant la gestion d'une liste d'attente. Ainsi que le rapportait un médecin du CEPIAD « c'est parfois un peu compliqué mais que de beaux cadeaux on reçoit quand on entend les usagers dire : depuis que je suis sous méthadone, je peux remanger avec ma famille ».

Explosion de VIH chez les consommateurs de drogues en Grèce pendant la crise économique

Manina Terzidou / Responsable du Focal Point grec REITOX, University Mental Health Research Institute (UMHRI), Athènes, Grèce
Anastasios Fotiou / Responsable de la section épidémiologique du Focal Point grec REITOX, University Mental Health Research Institute (UMHRI), Athènes, Grèce
Traduction : **Charles Roncier**

En 2015, la Grèce est entrée dans sa sixième année de récession, avec un taux de croissance annuel de –9,9 %, une dette publique représentant 324 % du produit intérieur brut (PIB) et un taux de chômage estimé à 26 %. En Grèce, la santé est principalement financée par le secteur public, à travers le système national de santé, dont les dépenses sont passées de 9,3 % du PIB en 2010 à 6 % en 2014. Les mesures drastiques d'austérité ont provoqué des suicides chez les plus démunis et favorisé l'arrivée de nouveaux cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), notamment à cause de coupures budgétaires dans les programmes d'échange de seringues (PES).

L'impact de la récession économique et des politiques d'austérité sur la santé en général, sur la santé mentale et sur le bien-être de la population est bien documenté dans la littérature[1-3]. Les conditions sociales se détériorent durant une récession économique (chômage de longue durée, insécurité et perte d'emploi) et ont un impact négatif sur la santé[4-7*]. Les réductions budgétaires des services de santé entraînent un accès plus difficile aux soins et une augmentation de la prévalence des comportements à risque (alcool, drogues) et du stress[3]. La faible protection sociale aggrave les problèmes de santé, voire de santé mentale[2].

Déjà, avant la crise, en 2009, les relations entre difficultés économiques personnelles et dépression ont été confirmées dans une étude grecque[8]. En 2011, les mêmes auteurs ont constaté l'augmentation des tentatives de suicide de 36 % par rapport à 2009, avec un pourcentage significativement plus élevé chez les personnes ayant un score important sur l'indice de l'échelle de détresse personnelle et économique[9**]. La branche grecque de Médecins du Monde a rapporté une augmentation de 30 % du nombre de personnes demandant une aide médicale auprès de leurs équipes en 2009-2010[2].

En Grèce, le budget de l'État pour les services de santé mentale et la réadaptation des patients psychiatriques a été réduit de plus de 55 % entre 2011 et 2013. Les coupes dans les services concernant l'usage de drogue s'élèvent à 40 % des budgets initiaux[10].

Par ailleurs, à l'instar des autres conditions néfastes pour la santé, on a pu constater que les vulnérabilités face aux maladies infectieuses augmentent pendant les périodes de récession économique[11]. L'étude ci-dessous examine les caractéristiques épidémiologiques de l'épidémie de VIH chez les usagers de drogues injectables (UDI) en Grèce en 2011 dans le contexte de la crise économique qui frappe le pays depuis 2009, tout en étudiant les répercussions de cette crise sur la prévention du VIH et la réduction des risques liée à l'usage de drogues.

* *Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), 2014.*

** *Index of Personal and Economic Distress scale (IPED).*

1 *Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. Lancet 2013;381:1323-31.*

2 *Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. Lancet 2011;378:1457-8.*

3 *Vandoros S, Hessel P, Leone T, Avendano M. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. Eur J Public Health 2013;23:727-31.*

4 *OECD. Greece. 2015. www.oecd.org/greece/*

5 *Bartley M, Plewis I. Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness: data from the 1971-1991 Office for National Statistics' Longitudinal Study. Int J Epidemiol 2002;31:336-41.*

6 *Katikireddi SV, Niedzwiedz CL, Popham F. Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 Health Surveys of England. BMJ open 2012;2:e001790.*

Épidémie de VIH chez les consommateurs de drogues injectables en 2011

Avant 2011, le principal moteur de l'épidémie de VIH en Grèce était les comportements sexuels à haut risque, en particulier ceux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). L'usage de drogues injectables ne représentait pas plus de 16 cas par an, soit 3 % des infections par le VIH dont on connaît l'origine (Figure 1). En 2011, les données du système national de surveillance du VIH ont indiqué une forte augmentation de nouvelles infections par le VIH liées à l'usage de drogues par injection. À la fin de 2011, 266 cas de VIH concernaient des UDI, soit un cas sur trois (32,7 %) sur l'ensemble des cas signalés cette année-là (Figure 1)[12-14]. En 2012, le nombre d'infections par le VIH liées à l'usage de drogues par injection a encore augmenté : une personne dépistée sur deux, dont on connaît la source de transmission, a été attribuée à l'utilisation de drogues injectables (Figure 1).

Les données de prévalence sur le VIH de tests de diagnostic de routine (*drug services*) et les enquêtes séro-comportementales dans des échantillons communautaires d'UDI ont confirmé cette augmentation drastique des cas de VIH en 2011. Jusqu'en 2010, la prévalence des anticorps au VIH chez les UDI débutant un traitement pour l'usage de drogue en Grèce était parmi les plus bas observés dans l'Union européenne, ne dépassant jamais 2 % (Figure 2). En 2011, les données communiquées au Greek Reitox Focal Point ont montré une forte augmentation de la prévalence du VIH dans cette population, pour atteindre 4,4 % au niveau national, et environ 8 % à Athènes. D'autres augmentations de la prévalence ont été signalées en 2012, celle-ci allant de 5 à 8 % à l'échelle nationale chez les UDI commençant un traitement, selon les différentes sources (entre 7 et 11,5 % à Athènes). En 2013, la prévalence du VIH parmi les UDI testés dans le système de prise en charge lié à la drogue en Grèce se situait entre 6 % à l'échelle nationale et 10,7 % (selon les différentes sources) (Figure 2). Des prévalences plus élevées d'infection au VIH ont été rapportées dans des études communautaires. Environ 16 % dans « Aristote », enquête séro-comportementale impliquant 3 320 UDI à Athènes en 2012-2013[15-17].

Le contexte

Prévalence élevée du VHC : un signe de pratiques d'injection à haut risque[18]

En Grèce, la prévalence des anticorps anti-VHC chez les UDI débutant un traitement liée à la drogue était élevée et en augmentation pour la période 2002-2013 (Figure 3). Le nombre d'infections par le VHC a été encore plus élevé à Athènes que dans d'autres parties du pays, ce qui suggère des pratiques d'injection à haut risque chez les UDI de la capitale[10].

Les récessions économiques augmentent la vulnérabilité face au VIH

Le risque d'infection augmente pendant les périodes de récession économique[11,15,19-21]. À bien des égards, l'épidémie de VIH chez les UDI en 2011 à Athènes pourrait être associée à la crise économique du pays.

Nikolopoulos et al.[21] ont utilisé des données d'une trentaine de pays européens pour explorer les associations entre facteurs économique, socio-économique, politique et structurel, et augmentation des infections au VIH chez les UDI. Ils ont constaté que la baisse de la croissance économique et l'augmentation de l'inégalité du revenu national ont été associées à une probabilité élevée de flambées de VIH dans les communautés d'usagers de drogue, suggérant que davantage d'attention devrait être accordée à la promotion de l'égalité sur le revenu comme mesure de prévention en santé.

Les groupes socialement défavorisés les plus touchés en période de récession

Les récessions économiques exacerbent les inégalités de santé, et les risques liés à la santé affectent de manière disproportionnée les groupes socialement défavorisés, en particulier les utilisateurs de drogues injectables. Une étude fondée sur des données communautaires transversales de 1 404 UDI à Athènes a examiné les facteurs associés à l'infection par le VIH[17]. L'étude a révélé que les risques d'infection étaient 2,3 fois plus élevés chez les UDI sans abris que chez ceux qui déclaraient un logement stable.

Les difficultés économiques conduisent les UDI à rechercher des pratiques rentables afin de se shooter. La détérioration de la situation économique a été associée à des changements dans les modes d'utilisation de la drogue, passant par exemple du sniff à l'injection et à l'utilisation de drogues stimulantes, en particulier dans les endroits où l'héroïne est rare ou de mauvaise qualité[11,22]. On observe en Grèce que l'association de la pauvreté avec une mauvaise qualité d'héroïne (frelaté) aboutit à une augmentation de l'injection (par opposition au *sniffing*), notamment de stimulants chez les sous-groupes d'usagers de drogues à Athènes pendant la

[7] European-Monitoring-Centre-for-Drugs-and-Drug-Addiction (EMCDDA). Financing drug policy in Europe in the wake of the economic recession. Luxembourg: Publications Office of the European Union, Luxembourg. 2014.

[8] Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis C. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011;46:943-52.

[9] Economou M, Madianos M, Peppou LE, et al. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. J Affect Disord 2013;145:308-14.

[10] University Mental Health Research Institute (UMHRI). National Report to the EMCDDA: «Greece: New Developments,Trends». Athens: Greek Reitox Focal Point of the EMCDDA. 2014.

[11] Suhrcke M, Stuckler D, Suk JE, et al. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. PLoS One 2011;6:e20724.

[12] Fotiou A, Micha K, Paraskevis D, et al. HIV outbreak among injecting drug users in Greece: an updated report for the EMCDDA on the recent outbreak of HIV infections among drug injectors in Greece. Athens: Greek Reitox Focal Point. 2012.

[13] Hellenic Centre for Disease Control & Prevention (KEELPNO). HIV/AIDS surveillance in Greece (Data reported through 31.12.2011). Athens: KEELPNO. 2012.

[14] Pharris A, Wiessing L, Sfetcu O, et al. Human immunodeficiency virus in injecting drug users in Europe following a reported increase of cases in Greece and Romania, 2011. Euro Surveill 2011;16.pii:20032.

[15] Paraskevis D, Nikolopoulos G, Fotiou A, et al. Economic recession and emergence of an HIV-1 outbreak among drug injectors in Athens metropolitan area: a longitudinal study. PLoS One 2013;8:e78941.

[16] Reacting to an outbreak (nd). Issue 165: The human element Retrieved 13 March 2015, from www.internationalinnovation.com

[17] Sypsa V, Paraskevis D, Malliori M, et al. Homelessness and other risk factors for HIV infection in the current outbreak among injection drug users in Athens, Greece. Am J Public Health 2015;105:196-204.

[18] Vickerman P, Hickman M, May M, et al. Can hepatitis C virus prevalence be used as a measure of injection-related human immunodeficiency virus risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis. Addiction 2010;105:311-8.

[19] Bonovas S, Nikolopoulos G. High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. J Prev Med Hyg 2012;53:169-71.

[20] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Health inequalities, the financial crisis, and infectious disease in Europe. Stockholm: ECDC. 2013.

[21] Nikolopoulos GK, Fotiou A, Kanavou E, et al. National Income Inequality and Declining GDP Growth Rates Are Associated with Increases in HIV Diagnoses among People Who Inject Drugs in Europe: A Panel Data Analysis. PLoS ONE 2015;10:e0122367.

Figure 1. Les nouvelles infections par le VIH dont l'usage de drogues injectables est l'origine probable de transmission en Grèce, années 2006-2014[13]. Source : Données combinées de KEELPNO, 2015

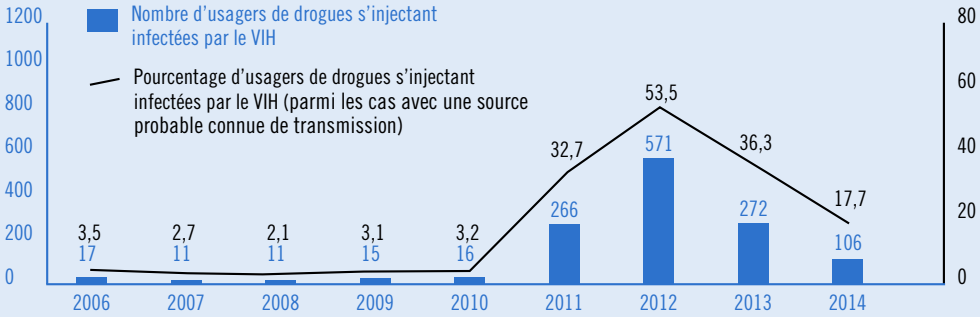


Figure 2. Évolution de la prévalence des anticorps au VIH chez les UDI testés lors de leur entrée dans les établissements de traitement liés à la drogue en Grèce. Échantillons nationaux 2002-2013, par source de données. Source : Greek REITOX Focal Point, 2014

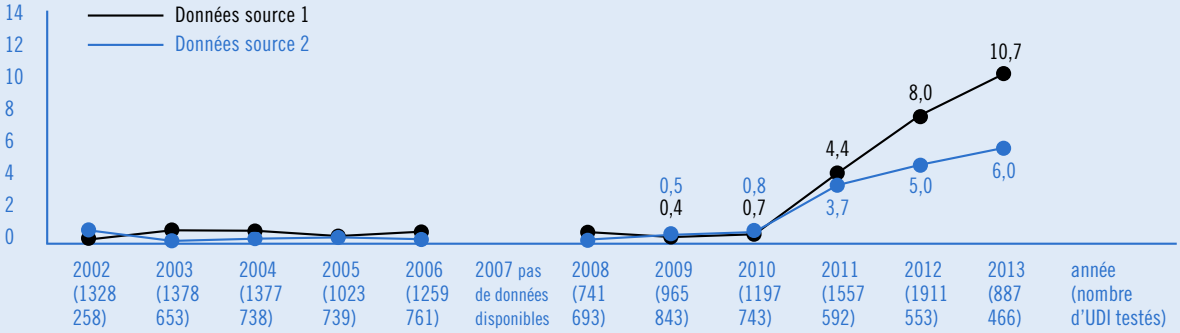


Figure 3. Évolution de la prévalence des anticorps anti-VHC chez les UDI testés lors de leur prise en charge pour des traitements liés à la drogue en Grèce. Échantillons nationaux 2002-2013, par source de données. Source : Greek REITOX Focal Point, 2014

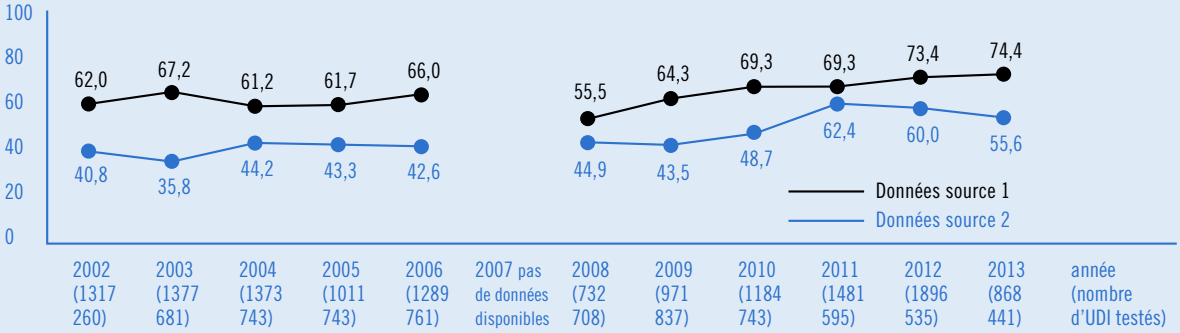
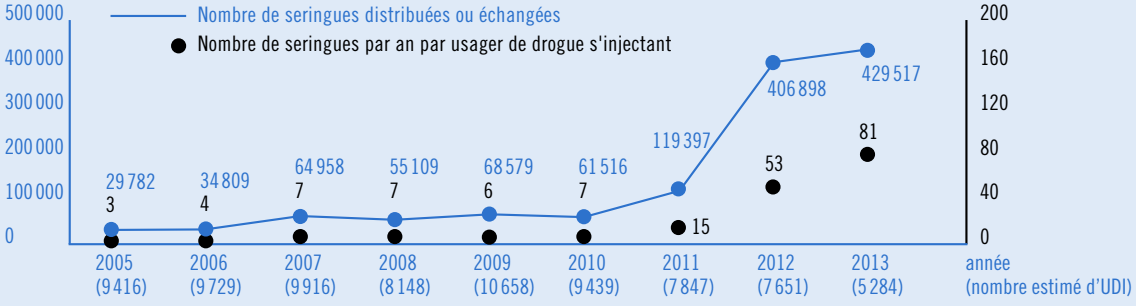


Figure 4. Évolution du nombre de seringues distribuées ou échangées par le biais des programmes d'aiguilles et de seringues en Grèce (2005-2013). Source : Greek REITOX Focal Point



période 2008-2012[12], ce qui conduit à une plus grande vulnérabilité face aux infections. Dans leur étude, Sypsa et al.[17] ont constaté que la probabilité d'infection par le VIH était deux fois plus élevée chez les usagers qui s'injectaient de la drogue au moins une fois par jour que chez les injecteurs moins fréquents et respectivement presque neuf et trois fois plus élevée parmi ceux qui s'injectaient du *speedball* et de la cocaïne, que chez ceux qui n'utilisaient pas ces substances comme drogue principale.

L'austérité budgétaire a considérablement affecté les conditions socio-économiques des UDI eux-mêmes et leurs milieux de vie (famille, quartier, région, etc.), ce qui entraîne moins d'argent de poche de la part de la famille, moins de charité dans la rue. Les experts de la commission ad hoc formés par le Greek Reitox Focal Point pour discuter des facteurs possibles qui contribuent à l'épidémie en 2011 avaient convenu que les utilisateurs de drogues avaient recours au travail sexuel en plus grand nombre et plus fréquemment pour répondre à leurs besoins financiers[23].

Une faible couverture des services

L'une des principales conditions préalables à la mise en place d'un programme de prévention du VIH est la disponibilité des services dans le domaine de la réduction de la demande, en particulier le traitement et la réduction des risques. Des preuves suggèrent que l'épidémie de VIH induite par l'injection de drogue prospère dans des environnements où les services sont disproportionnellement faibles par rapport aux besoins[24]. L'épidémie de VIH en Grèce semble être associée à la faible couverture des services au long terme dans le domaine de la réduction des risques, par exemple la distribution de seringues propres (Figure 4) et le manque de créneaux dans les programmes de traitements de substitution à Athènes, qui ont une liste d'attente très importante : plus de 5 000 utilisateurs en 2011 avec une période d'attente moyenne de six à sept ans. Le manque de coordination entre les services concernés a aggravé la situation.

[22] *Friedman SR, Rossi D, Braine N. Theorizing « Big Events » as a potential risk environment for drug use, drug-related harm and HIV epidemic outbreaks. Int J Drug Policy 2009;20:283-91.*

[23] *Malliori M, Terzidou M, Paraskevis D, Hatzakis A. HIV/AIDS among IDUS in Greece: report of a recent outbreak and initial response policies. Report submitted to the EMCDDA. Athens. 2011.*

[24] *Wiessing L, Likatavicius G, Klempova D, et al. Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users. Am J Public Health 2009;99:1049-52.*

[25] *Malliori M, Golna C, Souliotis K, Hatzakis, A. Managing opioid dependence treatment and controlling for HIV incidence among injecting drug users in Greece: a case study of optimism in the face of adversity. Addiction 2013;108:1174-5.*

L'explosion du nombre de cas : un réveil des consciences

L'épidémie de VIH est arrivée au plus mauvais moment en Grèce : au cœur de la pire crise économique que le pays ait jamais connu. Dans le seul domaine des drogues, des mesures d'austérité budgétaire ont été prises : jusqu'à 40 % de compressions budgétaires dans les services[10].

Malgré les contraintes financières, les organisations gouvernementales et non gouvernementales ont répondu rapidement et vigoureusement au problème. Pris en charge par des organisations internationales telles que l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) et l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), un large éventail de mesures ont été prises, reflétant une approche combinée pour endiguer l'épidémie.

Depuis 2011, 32 nouvelles unités de traitement de substitution aux opiacés (TSO) ont été mises en place par l'organisation grecque contre la drogue (OKANA). En conséquence, il n'y a plus de liste d'attente pour commencer un TSO à Thessalonique (la deuxième plus grande ville de Grèce) et elle a diminué de manière spectaculaire à Athènes. Le nombre total d'unités de traitement de la toxicomanie est passé de 77 en 2010 à 105 en 2013 (les unités de TSO ont plus que doublé : de 25 à 53) et le nombre d'utilisateurs suivant un traitement est passé de 8 831 en 2010 à 12 777 en 2013 (les patients avec un TSO : de 6 264 à 9 973)[10,25]. Une première unité des TSO dans les prisons a été inaugurée en 2012 et a commencé à offrir ses services en 2013. Les réponses dans le domaine des TSO ont entraîné une augmentation substantielle de la couverture d'Athènes pour cette prise en charge, d'environ 28 % en 2010 à 44 % en 2013.

Les programmes d'échange de seringues (PES) ont également été significativement déployés entre 2011 et 2013. Le nombre de sites offrant des PES est passé de 4 en 2010 à 19 en 2013, tandis que le nombre de seringues distribuées ou échangées est passé de 61 516 à 429 517 durant la même période. Les réponses dans le domaine des PES ont entraîné une augmentation substantielle de la couverture à Athènes, qui passe ainsi d'environ 16 seringues par an et par UDI en 2010 à 216 en 2013[10], approchant donc les normes établies par les organisations internationales. L'avancée majeure est la fondation de la première salle d'injection sous supervision médicale : Odysseas (Ulysses), créée par OKANA à Athènes en 2012.

Le programme « Aristote », modèle d'intervention « cherche-teste-traite-retient » visant à réduire la transmission du VIH et les comportements à risque, a été mis en œuvre à Athènes entre août 2012 et décembre 2013. Ce programme a recruté des personnes répondantes, environ 3 320 consommateurs de drogues injectables très exposés au VIH. Les participants ont été dépistés pour le VIH et ceux qui étaient positifs ont eu accès aux services de prise en charge et aux traitements antirétroviraux (ARV). « Aristote » a été mené par l'École de médecine de l'université d'Athènes et OKANA en collaboration avec les organisations non gouvernementales (ONG) Praksis et Positive Voice. Il a été cofinancé principalement par le

Fonds social européen (cadre de référence stratégique national) et des ressources nationales[16]. Les analyses révèlent que ce programme a sensiblement diminué l'incidence du VIH chez les UDI, alors que la modélisation suggère que les taux d'incidence du VIH chez les UDI de cette population est de 88 % plus faible que si l'intervention n'avait pas été mise en œuvre[16]. Des analyses ont également montré que le dépistage du VIH peut être une stratégie efficace de prévention primaire par la réduction des comportements à haut risque[26].

Des initiatives importantes ont été aussi prises au niveau politique et au niveau de la société civile. En 2013, le ministère de la Santé a publié un plan d'action spécial pour répondre à l'épidémie de VIH/sida qui a considérablement amélioré la coordination des organismes compétents. Notamment, le rôle des ONG a été amélioré grâce à leur participation active dans le plaidoyer politique et leur implication dans les interventions de réduction des risques, à savoir l'échange de seringues, le dépistage rapide des maladies infectieuses, l'entrée dans le système de soin, la médiation et le soutien aux UDI particulièrement affectés par l'exclusion sociale (migrants, personnes arrêtées pour infractions liées à la drogue et femmes enceintes).

Situation à partir de 2014 et défis pour l'avenir

Les récentes données épidémiologiques et de traitement indiquent que les interventions visant à contrôler l'épidémie de VIH semblent avoir été efficaces.

Comparé aux années d'augmentation du nombre de cas (2011 et 2012), le taux de déclaration de l'infection à VIH a diminué sensiblement en 2013 et surtout en 2014 (17,7 % ; n = 106) ; les 599 nouvelles infections au VIH dont on connaît le mode de transmission en Grèce ont été attribuées à l'injection de drogues (Figure 1). L'épidémie a été contenue à Athènes, où elle avait commencé. Le nombre de nouvelles infections reste néanmoins élevé par rapport à la situation moyenne à l'échelle internationale.

Le commencement d'un TSO et l'adhésion au traitement ont également augmenté au cours des dernières années. Selon les données d'« Aristote », la proportion d'UDI qui ont déclaré avoir commencé un TSO est passée de 10 à 20 % au cours de l'intervention.

Des ARV gratuits et un accès prioritaire aux services de traitement médicalement assisté pour TSO existaient avant l'épidémie et continuent pour tous les UDI qui sont diagnostiqués avec des anticorps au VIH. Les prestations de santé sont offertes aux personnes infectées par le VIH, y compris les UDI. Dans l'ensemble de la période 2011-2013, sur la totalité des 1 075 UDI dont la séropositivité a été déclarée par le système de surveillance du VIH, 43,5 % ont commencé un traitement ARV. Parmi ceux-ci, 7,5 % ont interrompu ce traitement et 2,2 % sont morts[27].

Près de 13 000 utilisateurs étaient en traitement en 2013, plus de 11 000 d'entre eux étaient des usagers d'opiacés (soit plus de la moitié des consommateurs d'opiacés estimés en utilisant les chiffres de 2013 : 16 162), ce qui correspond à la moyenne européenne. Les données provenant d'autres indicateurs épidémiologiques montrent aussi une tendance à la baisse dans le nombre estimé d'usagers de drogues à haut risque (de 22 515 à 16 162) et dans le nombre de décès liés à la drogue (153 à 73) entre 2010 et 2013[10].

Ces succès peuvent être attribués à plusieurs facteurs, les plus importants étant l'action coordonnée de plusieurs organismes et de personnes opérant à la fois aux niveaux national et international, le soutien de la communauté grâce à la participation des ONG et la gestion appropriée des fonds européens qui sont disponibles depuis 2010 dans le pays.

Toutefois, comme cela a toujours été le cas avec les épidémies, le travail n'est pas terminé. Et la durabilité de ces résultats positifs est toujours un problème[28]. Déjà, à partir de 2014, les stratégies de prévention efficaces, ciblées, fondées sur des preuves qui avaient été développées pour contenir l'épidémie de VIH à Athènes – « Aristote » ou « Odysseas » – ont été abandonnées ou ont vu leurs opérations revues à la baisse en raison de l'arrêt du financement ou du manque de soutien politique. Les organisations apportant des soins liés à la drogue et aux ARV éprouvent de grandes difficultés à répondre à la demande accrue, les fonds ont été considérablement réduits, et le fardeau économique du traitement est élevé.

La résolution commune 2014 de la Commission des stupéfiants a souligné la nécessité de fournir des services de santé dans les régions connaissant des ralentissements économiques à long terme[29]. Le défi pour la Grèce est désormais de conserver la coopération et le financement de l'agence.

[26] *Sypsa V, Foticu A, Nikolopoulos G, et al. Is HIV testing an effective primary prevention strategy among injecting drug users? Results from a serobehavioral survey during an HIV outbreak in Athens, Greece (ARISTOTLE program). Paper presented at the 20th International AIDS Conference. 25 juillet 2014. http://pag.aids2014.org/Abstracts.aspx?AID=8605.*

[27] *Paraskeva D. HIV/AIDS and Economic Crisis in Greece. from diagnosis to treatment, management and challenges. 10th National Conference of Public Health and Health Services. 31 mars-2 avril 2014, Athènes, Grèce.*

[28] *Nikolopoulos G, Foticu A. (in press). Integrated interventions are dead. Long live sustainable integrated interventions! Austerity Challenges the Continuation of Effective Interventions in the Field of Drug Use-Related Harm Reduction. Substance Use and Misuse.*

[29] *United Nations. Providing sufficient health services to individuals affected by substance use disorders during long-term and sustained economic downturns, Resolution 57/7, Commission on Narcotic Drugs, E/CN.7/2014/L.14/Rev.1. 2014.*

Édito

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Secrétaire de rédaction
Brigitte Hulin

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Élisabeth Avril
Philippe Batel
Mustapha Benslimane
Vincent Benso
Catherine Brousselle
Jean-Pierre Couteron
Michel Gandilhon
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer†
France Lert
Alexandre Marchant
Isabelle Michot
Philippe Périn
Pierre Polomeni
Brigitte Reboulot

Gestion
Amanda Baptista

Réalisation graphique
Céline Debrenne
Impression : **Alliance Reims**
Dépôt légal : à parution
ISSN : 1277-7870
Commission paritaire : en cours

SWAPS
Chaire d'addictologie CNAM
case 216
2, rue Conté
75003 Paris

Téléphone : **01 58 80 87 31**
swaps@pistes.fr
www.pistes.fr/swaps

Publié par l'association Pistes (Promotion de l'information scientifique, thérapeutique, épidémiologique sur le sida), qui édite aussi Transcriptases et www.vih.org

Avec le soutien financier de la Direction générale de la Santé

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

et du laboratoire

Reckitt Benckiser Pharmaceuticals

Nul n'a besoin d'attendre les tendances du dispositif TREND de l'Observatoire français des drogues et toxicomanie (OFDT) pour être convaincu du lien qui existe entre la situation sociale de crise, voire de paupérisation, et les modalités d'offres et de demandes en matière de drogues. Tant la crise affecte autant les dealers que les usagers ! En dépit de cela, les dernières tendances 2013-2014 de l'OFDT montrent, quantitativement et qualitativement, l'adaptation de l'offre en matière de drogue à la crise. Ou comment les officines de vente tentent de pallier les problèmes posés par la paupérisation d'un ensemble sans cesse croissant d'usagers appartenant aux classes moyennes françaises. L'article de Michel Gandilhon (page 13) illustre parfaitement ces phénomènes d'adaptation, à commencer par une dichotomie sociale assez ancrée dans les esprits, celle de l'usage de *free base* dans les populations les plus insérées et économiquement saines, et celle du crack dans les bas-fonds de la société. La crise entraîne, en effet, un glissement vers le produit le moins cher, comme en témoigne les scènes de crack du nord-est parisien, qui connaissent un certain accroissement d'activité… sans oublier la mise à disposition, commercialement lucrative, de cocaïne basée dans les cités parisiennes, plutôt habituées au commerce de résine de cannabis. Des décloisonnements sociaux qui ne sauraient se cantonner à la sphère du grand Paris et qui touchent d'autres sites en province.

Autre exemple d'impact de la précarité sur la prise en charge des usagers de drogues, les données issues des CAARUD analysées par Agnès Cadet-Taïrou (OFDT) (page 8) : seuls 17 % des usagers des CAARUD vivent de revenu issu du travail, et 27 % se trouvent sans revenus hors mendicité, vivant de ressources dites « non officielles ». Mais en dépit d'une cartographie socio-comportementale et économique mise en place dans cette enquête, les parcours de vie qui mène à l'extrême précarité sociale chez les usagers de drogues sont multiformes, même s'il existe des marqueurs constants de vulnérabilité sociale comme le plus jeune âge, le fait d'être en situation irrégulière, voire comme cela est encore le cas l'usage du crack.

Cette dimension sociale, au-delà d'être le reflet direct d'une société, pose évidemment des problèmes sur l'aspect sanitaire des usagers des CAARUD. Comment, avec une telle problématique sociale, peut-on instituer dans les CAARUD et les CSAPA des méthodes innovantes de dépistage, puis de prise en charge, de différentes infections VIH, VHB, VHC mais aussi IST, alors même que la prise en charge sociale est la priorité ? De même quelle est place de la réduction des risques par rapport à cette très forte demande sociale, sans compter les risques de reconduite aux frontières ?

À ce titre, ce numéro de *Swaps* consacré à la précarité due à la crise ne saurait se limiter à la dimension économique hexagonale. C'est pourquoi nous avons ouvert un dossier sur le premier centre méthadone en Afrique de l'Ouest (page 16), premier centre de soins incluant le traitement de substitution aux opiacés par méthadone, dont l'existence même d'une liste d'attente confirme l'importance de la demande.

Enfin, il n'y aurait pas de débat sur la crise sans un focus sur la situation grecque (page 19). La Grèce, qui rentre dans sa sixième année de récession, a une dette publique représentant 324 % du produit intérieur brut (PIB) et un taux de chômage estimé à 26 %. Même si, en 2013, le ministère de la Santé grec a publié un plan d'action sociale pour répondre à l'épidémie VIH/sida liée à l'usage de drogue, il reste de nombreuses interrogations sur les laissés-pour-compte de ce programme national et plus encore sur la pérennisation des financements nationaux et internationaux.

GILLES PIALOUX