



→ 7 et 8
JUIN 2016
MARSEILLE

PALAIS DU PHARO
58, boulevard Charles Livon

ADDICTIONS ICI & AILLEURS



PROGRAMME

MIGRATIONS, ADDICTIONS ET ACCESSIBILITÉ AUX SOINS

www.respadd.org

ADDICTIONS ICI & AILLEURS

21^{es}
RENCONTRES
PROFESSIONNELLES
DU **RESPADD**

MIGRATIONS, ADDICTIONS ET ACCESSIBILITÉ AUX SOINS

MARDI 7 JUIN

12h30 – Accueil des participants

Président de séance : **Serge Longère**, directeur du Bus 31/32,
délégué régional RESPADD, Marseille

▶ **13h30 – 14h00** → **Plénière d'ouverture**

- ▶ **Anne Borgne**, présidente du RESPADD
- ▶ **Béatrice Stambul**, présidente du BUS 31/32
- ▶ **Patrick Padovani**, adjoint au maire chargé de l'hygiène, de la santé et du handicap, Ville de Marseille
- ▶ Agence régionale de santé

▶ **14h00 – 15h30**

→ **LA MONDIALISATION CRIMINELLE**

▶ **Alain Tarrius**, Professeur émérite de sociologie et d'anthropologie urbaine, université Toulouse-Jean Jaurès

→ **FRENCH DECONNECTION : AU CŒUR DES TRAFICS**

▶ **Philippe Pujol**, journaliste indépendant

15h30 – 16h00 – Pause

▶ **16h00 – 17h30** TABLE RONDE : **MIGRATIONS ET ADDICTIONS EN 2016**

Discutant : ▶ **Jean-Jacques Santucci**, directeur Addiction Méditerranée, Marseille

→ **DE L'USAGE DE DROGUES EN CONTEXTE DE VIOLENCE COLLECTIVE
ET DE MIGRATION À L'ÉPOQUE MODERNE**

▶ **Pierre-Pascal Vandini**, Médecins sans frontières, CSAPA Casanova,
délégué régional RESPADD, Marseille

→ **PROJETS LAMBDA ET DASS : DEUX PROJETS D'ACCOMPAGNEMENT MOBILE
À DESTINATION DES "MIGRANTS" (DEMANDEURS D'ASILE, SANS-PAPIERS)
USAGERS DE DROGUES**

▶ **François Baufoy**, **Odile Jacmain**, *Projet Lama ASBL, Bruxelles*

→ **USAGES ET MODALITÉS D'USAGE DE DROGUES CHEZ LES « NOUVELLES »
POPULATIONS MIGRANTES**

▶ **Michel Gandilhon**, *OFDT, Saint-Denis*

8h30 – Accueil des participants

Président de séance : **Abdelka Boumansour**, directeur général, pôle Addictions, Groupe SOS Solidarités

▶ 9h00 – 9h15 → Ouverture

▶ **Abdelka Boumansour**, directeur général, pôle Addictions, Groupe SOS Solidarités

▶ 9h15-10h45 TABLE RONDE : **ACCUEIL DES POPULATIONS ISSUES D'EUROPE DE L'EST**

Discutant : ▶ **Serge Longère**, directeur du Bus 31/32, délégué régional RESPADD, Marseille

→ **PRÉCARITÉ ET SANTÉ MENTALE : INTERVENTION DU PSYCHOLOGUE AUPRÈS DU PUBLIC MIGRATOIRE POLONAIS EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE**

▶ **Ania Stencel**, psychologue, Paris

→ **INTERVENTION PSYCHOSOCIALE AUPRÈS DES USAGERS MIGRANTS DE L'EST DE L'EUROPE**

▶ **Catherine Péquart, Olga Smirnova**, équipe Bociiek, CAARUD-CSAPA Charonne, Paris

→ **10 ANS D'ACCOMPAGNEMENT DU PUBLIC BULGARE EN CSAPA ET EN CAARUD À BORDEAUX**

▶ **Brigitte Reiller, Krassimira Totcheva**, CAARUD Planterose, Bordeaux

10h45-11h15 – Pause café

▶ 11h15 – 12h45 TABLE RONDE : **ENTRE LA FRANCE ET L'AFRIQUE**

Discutante : ▶ **Sandrine Musso**, anthropologue, université Aix-Marseille

→ **TRAVAIL DE RUE À DAKAR, SÉNÉGAL (PROGRAMME EXPERTISE FRANCE)**

▶ **Lionel Sayag**, PROSES, Saint-Denis

→ **LES STRUCTURES D'ADDICTOLOGIE AU MAROC**

▶ **Fatima El Omari**, psychiatre, Rabat, Maroc

13h00-14h30 – Déjeuner (offert)

Présidente de séance : **Michèle Benhaim**, psychologue, université Aix-Marseille

▶ 14h30-15h30 → **LE CANNABIS : DU RIF À LA CANEBIÈRE**

▶ **Kenza Afsahi**, économiste, Paris

15h30-15h45 – Pause

▶ 15h45-17h00 **NOUVEAUX PUBLICS, NOUVEAUX BESOINS : ET MAINTENANT ?**

Débat organisé dans le cadre de la pré-AG de la Fédération Addiction

Quels sont les enjeux posés par les questions d'immigration : droits sociaux et coûts, problèmes de cultures et de langues, gestion de l'exclusion, etc. ?

Discutant : ▶ **Albert Herszkowicz**, médecin de santé publique, Paris

▶ **Anne Borgne**, présidente du RESPADD

▶ **Julien Bouvret**, vice-président du RESPADD

▶ **Jean-Pierre Couteron**, président de la Fédération Addiction

▶ **Xavier Aknine**, référent du pôle Médecin Généraliste Addiction (MGA), Fédération Addiction

▶ 17h00-17h15 → **CONCLUSION**

▶ **Nathalie Joannard**, bureau des pratiques addictives, Direction générale de la santé

▶ **Anne Borgne**, présidente du RESPADD

Modalités d'inscription et informations pratiques

→ INSCRIPTION GRATUITE MAIS OBLIGATOIRE
UNIQUEMENT SUR : www.respadd.org

Attention, le nombre de places est limité.

Numéro d'organisme de formation :
n° 117 537 160 75

Pour tout renseignement
complémentaire,
contactez
le Respadd au
01 40 44 50 26

ACCÈS PALAIS DU PHARO

58 boulevard Charles Livon – 13007 Marseille



→ BUS

Depuis la gare Saint-Charles : ligne 82s, direction "Pharo/Catalans".

→ MÉTRO

Depuis la gare Saint-Charles : ligne M1 (ligne bleue), direction "La Fourragère", descendre à Vieux-Port/Hôtel de Ville", puis City Navette, ou bus 83 (direction "Rond-Point du Prado"), ou bus 82 ou 82s (direction "Pharo/Catalans").

→ TRAIN

Marseille Saint-Charles : Gare sncf à environ 2,5 km du Pharo.

→ VOITURE

Autoroute A55 ou A7 – Sortie "Vieux-Port", puis suivre la direction "Pharo / Les Plages".



Sommaire

INTRODUCTION	2
FRENCH DECONNECTION : AU CŒUR DES TRAFICS	4
LA MONDIALISATION CRIMINELLE	6
TABLE RONDE : MIGRATIONS ET ADDICTIONS EN 2016	8
• Usages et modalités d’usage de drogues chez les “nouvelles” populations migrantes	8
• De l’usage de drogues en contexte de violence collective et de migration à l’époque moderne.....	10
• Projets LAMBDA et DASS : deux projets d’accompagnement mobile à destination des “migrants” (demandeurs d’asile, sans-papiers) usagers de drogues	12
TABLE RONDE : ACCUEIL DES POPULATION ISSUES D’EUROPE DE L’EST..	14
• Précarité et santé mentale : intervention du psychologue auprès du public migratoire polonais en souffrance psychique.....	14
• Intervention psychosociale auprès des usagers migrants de l’est de l’Europe...	19
• 10 ans d’accompagnement du public bulgare en CSAPA et en CAARUD à Bordeaux.....	22
TABLE RONDE : ENTRE LA FRANCE ET L’AFRIQUE	25
• Travail de rue à Dakar, Sénégal (programme Esther)	27
LE CANNABIS : DU RIF À LA CANEBIÈRE	30
NOUVEAUX PUBLICS, NOUVEAUX BESOINS : ET MAINTENANT ?	33
CONCLUSION	39

INTRODUCTION

● **Anne Borgne**, présidente du RESPADD

Anne Borgne accueille l'ensemble des participants aux 21es rencontres professionnelles du RESPADD. Elle se propose, en introduction, de rappeler l'histoire du RESPADD.

Le Réseau Hôpital sans tabac (une association loi de 1901) a été fondé en 1996 par l'APHP et la MNH. Son objectif était de diffuser dans l'ensemble des établissements de santé des stratégies d'aide à l'arrêt du tabac. En 2007, fort de son expérience sur la problématique du tabac, le réseau a englobé toutes les pratiques addictives et est devenu le RESPADD.

● **Béatrice Stambul**, présidente du Bus 31/32

Béatrice Stambul a intitulé son intervention : « bienvenue à Marseille, son Vieux-Port, sa bouillabaisse ». Si ce colloque c'était tenu à Strasbourg, elle aurait intitulé son intervention : « bienvenue à Strasbourg, sa cathédrale, sa choucroute, sa salle de consommation ». Mais Marseille n'a pas de salle de consommation...

Si Marseille n'a pas de salle de consommation, elle a un port. La ville est cosmopolite. Son urbanisme rend perplexe. Des tours s'érigent au milieu d'un vieux tissu de petits villages. Marseille a surtout une image négative qui lui colle à la peau. Malgré le fait que la ville a été sacrée capitale de la culture en 2013, malgré le MuCem, elle n'a pas réussi à effacer cette image qui reste encore très attachée aux règlements de compte. Bien évidemment, ceux-ci sont liés au trafic de drogue. Chaque événement fait la une du journal télévisé. Comme s'ils n'avaient lieu qu'à Marseille... Comme s'ils avaient une autre qualité que ceux de Grenoble ou Lyon.

Concernant la question de la consommation de drogues, celle-ci semble majorée à Marseille par un ensemble de facteurs. Le port, pour commencer, est un haut lieu d'échange et de trafic. La ville est, par ailleurs, pauvre. La consommation de drogues est fortement corrélée à la pauvreté et la précarité. Le brassage des populations constitue un autre facteur.

L'histoire de Marseille est liée à l'héroïne. Qui n'a jamais entendu parler de la « French Connection », des filières corses ou siciliennes, de l'assassinat du Juge Michel ? Après avoir tenté de se débarrasser de cette image, la ville tente aujourd'hui de se la réapproprier et de la comprendre. Si la consommation d'héroïne a fortement baissé (elle est aujourd'hui inférieure à la moyenne nationale), on assiste à une explosion de la consommation de cocaïne. Marseille est également devenue la ville des médicaments : d'abord l'Artane®, aujourd'hui, la Ritaline® (la cocaïne du pauvre). La prévalence de la consommation est supérieure à la moyenne nationale, notamment celle de l'injection. L'âge de la primo-consommation a diminué.

La ville de Marseille a payé un lourd tribut au sida qui a emporté un grand nombre de jeunes, notamment les deuxièmes générations issues de l'immigration. Béatrice Stambul rend hommage à Mohamed , décédé le 20 mai et 2000, et Mansour, décédé le 19 janvier 2005, deux acteurs incontournables de l'activité du Bus Echange de seringues de Médecins du Monde. Aujourd'hui, c'est l'épidémie de l'hépatite C qui mobilise toutes les forces afin d'éviter de connaître une nouvelle tragédie comme celle du VIH.

Marseille bénéficie d'un tissu institutionnel et associatif de professionnels de l'addictologie et de la réduction des risques. Quoique nourri, ce tissu est disparate. Il n'a pas une bonne couverture territoriale et se concentre essentiellement dans le centre-ville, à l'écart des

grandes zones de consommation. Force est de constater, par ailleurs, que de nombreux dispositifs sont sous-financés. Le Bus 31/32, une structure en première ligne, se retrouve aujourd'hui extrêmement démunie, avec des moyens très inférieurs aux besoins.

L'audition publique sur la réduction des risques s'est tenue les 6 et 7 juin derniers. Pendant deux jours, la réduction des risques faisait enfin l'unanimité. Tout le monde la pratiquait, tout le monde l'avait toujours pratiquée, tout le monde l'avait inventée. Béatrice Stambul s'en réjouit. Cette audition a non seulement prouvé que la réduction des risques a fait la preuve de leur efficacité, mais elle a offert des pistes et des outils pour aller plus loin. Malheureusement, la politique française en matière de drogue s'appuie toujours sur la loi du 31 décembre 1970. Cette loi est responsable des lenteurs actuelles qui rendent si difficile la création de tout nouveau dispositif.

La mobilisation internationale s'est cristallisée autour de la session spéciale de l'ONU sur la question des drogues d'avril dernier. Si aucune avancée n'a été enregistrée, elle a permis toutefois à des réseaux internationaux de s'organiser. À ce sujet, Béatrice Stambul rappelle à l'assistance l'organisation, le 26 juin prochain, de la « Journée internationale contre l'abus et le trafic de drogues » organisée dans le cadre de la campagne mondiale : « Support Don't Punish » (« soutenez, ne punissez pas »). La journée de lutte contre la drogue a ainsi été transformée en journée de lutte contre la guerre à la drogue.

Si l'on veut que les projets avancent, il faut réformer la loi. Bien que validées depuis des années, les salles de consommation seront expérimentées pendant 6 ans. Bien que trois sites aient été retenus pour Marseille, le Maire de la ville a décidé, pour des raisons qui lui appartiennent, de ne plus être favorable au projet ; ce qui envoie un signal très négatif pour l'avenir. Béatrice Stambul refuse d'en rester là. Le CSAPA CAARUD Bus 31/32, en partenariat avec le CAARUD Asud, a récemment demandé un rendez-vous au Maire pour reparler de la nécessité d'ouvrir une salle de consommation à Marseille. Béatrice Stambul conclut que si l'on veut mettre en place un dispositif adapté à la configuration locale ce sera non pas hors loi, mais avant la loi.

● **Patrick Padovani**, adjoint au maire chargé de l'hygiène, de la santé et du handicap

Patrick Padovani convient qu'il y a quelque chose de plus dangereux à Marseille que les kalachnikovs. C'est de prendre la parole après Béatrice Stambul tant sa verve, son réalisme, son professionnalisme et sa franchise sont communicatifs.

Patrick Padovani présente, au nom du sénateur maire Jean-Claude Gaudin, ses souhaits de bienvenue dans la ville de Marseille, dans ce magnifique palais du Pharo. Ce palais a été construit pour l'Impératrice Eugénie à la demande de Napoléon III. Ce bâtiment n'a jamais été occupé par la famille impériale et il a été restitué, une centaine d'années après sa construction, à la ville de Marseille qui l'a transformé en palais des congrès.

L'on peut admirer depuis ce bâtiment tout ce qui fait la fierté des Marseillais, tout ce qui fait que les Marseillais sont addicts à leur ville. Riche de plus de 2600 ans d'histoire, la ville de Marseille a développé une passion de l'accueil et de l'insertion. Le thème de ces 21es Rencontres reflète bien l'histoire de la ville, une terre de passage et de migration, un véritable patchwork de la Méditerranée où se côtoient toutes les communautés autour d'un slogan : « fiers d'être marseillais ».

L'histoire des acteurs de ma réduction des risques à Marseille est particulièrement riche. Elle est jalonnée de réflexions et d'actions qui ont permis de tisser une communion entre les acteurs politiques et le tissu associatif. Patrick Padovani est adjoint au maire et chargé de la mission Sida et toxicomanie (ouverte en 1995 par Jean-François Mattéi). Cette mission a un

double objectif : l'accompagnement à la fois des usagers de drogues et des associations sur le terrain. Tout le monde à en tête, ici à Marseille, le programme particulièrement innovant d'échangeurs automatiques de seringues qui a été ouvert malgré les réticences dans la totalité des mairies de secteur. Ce programme a permis de faire passer la prévalence du VIH chez les injecteurs de drogues de 60 % à moins de 1 %.

Pendant trois ans un comité d'expert, dont de nombreux membres sont dans cette salle, a mené une réflexion autour des salles de consommation supervisée. L'énorme travail restitué participe aujourd'hui, et Patrick Padovani en est fier, à l'expérimentation inscrite dans la loi de modernisation de santé de Mme Marisol Touraine. Cette satisfaction n'est malheureusement pas totale. Marseille risque de n'être que le témoin de cette expérimentation. Il est vrai que le Maire de la ville, pourtant favorable à ces salles, a changé d'avis et est revenu sur sa décision. Toutefois, Patrick Padovani garde espoir et demeure convaincu que Marseille n'aura pas besoin d'attendre 6 ans avant d'offrir aux usagers de drogues la possibilité de bénéficier de tels espaces.

Cette conviction, Patrick Padovani la puise dans l'engagement du tissu associatif marseillais qui accompagne, sur le terrain, de façon remarquable tous ceux que l'on continue de stigmatiser aujourd'hui. Dans notre société devenue hautement addictogène, il est plus que jamais indispensable de rester vigilant à ce que la réduction des risques et des dommages constitue toujours une stratégie de santé publique. Les outils et les méthodes sont toujours en mouvement et doivent être perpétuellement repensés. Les évolutions des usagers et des usages justifient une remise en question constante des actions et des politiques.

Patrick Padovani souhaite que ces 21es Rencontres permettent de construire de nouveaux outils réactualisés de réduction des risques au service des usagers.

FRENCH DECONNECTION : AU CŒUR DES TRAFICS

● **Philippe Pujol**, journaliste

Ancien journaliste au quotidien la Marseillaise, Philippe Pujol a enquêté pendant une dizaine d'années sur le milieu de la drogue. Si ses papiers étaient consacrés essentiellement aux règlements de compte, il a acquis, au fil des années, une expertise sur les consommateurs de drogues. Ceux qui s'entretuent, rappelle-t-il, sont également ceux qui consomment le plus. Philippe Pujol a écrit un premier livre intitulé « French déconnection ». Il proposait aux lecteurs une monographie contemporaine sur les drogues à Marseille, notamment la cocaïne et le cannabis. Il a écrit un second livre, « La fabrique du monstre » qui traite plus spécifiquement des questions du clientélisme et des systèmes politiques.

Philippe Pujol a enquêté sur le réseau de drogue de la cité de la Castellane, considéré comme l'un des plus importants de Marseille. Avant que le réseau ne tombe en 2013, un gamin pouvait gagner jusqu'à 65 euros par jour pour faire le guetteur. Ceux qui travaillaient en scooter étaient rémunérés jusqu'à 80 euros par jour. De telles sommes peuvent paraître importantes.

Les jeunes qui tombent dans les réseaux de drogues sont toujours ceux qui sont les plus vulnérables ; c'est-à-dire ceux qui ne disposent pas d'une figure adulte protectrice (un parent, un entraîneur de foot, etc.). Lorsqu'ils tombent, la plupart sont au collège, en classe de 5e. Ils font, au départ, des « vacances » pour les dealers pendant les mois d'été pour

remplacer les guetteurs partis en vacance. Dans certaines cités, celles qui ne disposent pas d'un tissu associatif, les dealers jouent le rôle d'animateur de quartier pendant les mois de juillet et août.

Pour pouvoir tenir dans ce type de « métier », il faut avoir, soit du courage soit beaucoup de drogue. En général, ces gamins préfèrent la drogue, beaucoup plus facile d'accès que le courage et se retrouvent à devoir reverser 40 à 50 euros aux dealers pour leur propre consommation. Le métier de guetteur est extrêmement difficile. Ils doivent surveiller la concurrence, « les microbes » (des gamins très jeunes envoyés par un réseau concurrent pour détourner les clients), les forces de police. Toute erreur est systématiquement sanctionnée. Si des policiers patrouillent dans la cité, le salaire des guetteurs est automatiquement retenu. La pression est telle que ces gamins consomment de plus en plus de drogue. Ils s'endettent pour financer leur dépendance et acceptent de dealer gratuitement pour rembourser leur dette.

Philippe Pujol souligne que la majorité des règlements de comptes ne sont pas liés aux démantèlements des réseaux, mais aux tensions liées à la concurrence qui règne dans les cités, notamment entre ces jeunes surendettés qui se battent souvent pour des sommes dérisoires. Ces règlements de comptes ne sont pas une problématique sécuritaire ou policière, mais une problématique sociale. Les politiques ont le plus grand mal à tenir un tel discours et la question reste encore aujourd'hui tabou.

La légalisation de la drogue est-elle la solution au problème ? Philippe Pujol estime que la légalisation est seule à même de faciliter l'accès à des soins et freiner, voire baisser, la consommation de stupéfiants. Il doute toutefois qu'elle permette de mettre fin au trafic. On assisterait même à une augmentation de la contrebande. Il faut savoir que le « shit » qui arrive à Marseille (principalement depuis l'Afrique) est de très bonne qualité. Il est très fort en THC ; 35 à 38 % contre 15 % la plupart du temps. Les revendeurs sont obligés de le couper avec divers produits qui vont du henné, dans le meilleur des cas, au goudron en passant par l'huile de vidange. Le shit revendu par les derniers maillons de la chaîne est d'une si mauvaise qualité que certains en renforcent l'effet en y ajoutant des produits pharmaceutiques divers comme, par exemple, des tranquillisants pour vache. D'où une addiction très forte.

En conclusion, Philippe Pujol rappelle que Marseille concentre un grand nombre de réseaux. Tous les réseaux d'influence sont liés les uns aux autres. Le clientélisme immobilier (« le fléau qui ronge Marseille ») favorise la multiplication des réseaux de stupéfiants qui alimentent d'autres réseaux.

Questions de la salle

Lionel Sayag aborde la question de la composition des produits. Philippe Pujol, dans son exposé, fait référence aux divers produits de coupe (le henné, le goudron, l'huile de vidange) utilisés. Comment expliquer que des consommateurs continuent d'utiliser des produits d'aussi mauvaise qualité ?

Philippe Pujol explique que ce « shit » coupé attire les consommateurs dits « low-cost ». Ce type de réseau se situe en bout de chaîne. On les trouve dans les cités les plus défavorisées et pauvres. Le réseau de stupéfiant de la cité Kallisté est tenu par des Comoriens qui achètent les produits dans les cités les plus proches, qui elles-mêmes s'approvisionnent dans d'autres cités. Le produit est coupé tout au long de la chaîne. Philippe Pujol a vu de ses propres yeux des dealers couper le shit avec de l'huile de vidange. Le produit n'est pas fumable. Pourtant, les guetteurs le fument, ce qui témoigne de leur désespoir.

Sur ce sujet, un intervenant signale que couper les produits avec des tranquillisants est une pratique très connue, notamment pour l'héroïne ; ce qui provoque d'énormes dégâts chez les usagers de drogues.

Interrogé sur les motivations des règlements de compte, Philippe Pujol confirme qu'elles sont de nature économique. Toutefois, les sommes en jeu sont le plus souvent dérisoires. Le trafic de stupéfiants rapporte certes des sommes colossales, mais cet argent bénéficie essentiellement aux grands fournisseurs en Afrique. Les dealers dans les cités marseillaises ne touchent pas des sommes énormes, bien au contraire. Car, contrairement aux fournisseurs, ils ne disposent de capacités pour blanchir l'argent. À Marseille, les seuls qui arrivent vraiment à gagner de l'argent sont les coupeurs. Ils sont une quinzaine dans la ville et ils travaillent pour plusieurs réseaux. Le nombre de personnes à Marseille dont le réseau rapporte plus de 4000 euros par mois s'élève au maximum à 50. L'immense majorité, les gretteurs par exemple, ne gagnent pas d'argent. Au contraire, ils sont endettés.

Le débat s'engage autour de la question de la légalisation du cannabis. Sur ce point, Philippe Pujol est convaincu que la dépénalisation est inévitable en France. Elle aura un effet très positif sur la consommation qui baissera. La vente légale sera probablement reprise par des grands groupes. Quoi qu'il en soit, la légalisation du cannabis ne permettra pas de régler les problèmes dans les cités qui continueront de vendre des produits de contrebande. La dépénalisation, si elle est mise en place, devra être accompagnée d'un vrai projet de politique de la ville.

Une intervenante convient que la légalisation du cannabis ne permettra pas de résoudre tous les problèmes sociaux. Elle ne permettra pas, non plus, de supprimer tous les trafics (ce qui est de toute façon impossible). Toutefois, la dépénalisation, elle en est convaincue, permettra d'améliorer les conditions de vie dans certaines cités où les trafiquants font aujourd'hui la loi.

Un intervenant, infirmier, évoque une généralisation du deal de cocaïne sur les lieux traditionnels de deal de shit. Ces deux drogues sont-elles vendues par les mêmes réseaux ? La consommation de cocaïne, anciennement tabou dans certains milieux, a-t-elle été désacralisée dans les cités ?

Philippe Pujol fait observer que le tabou concerne aujourd'hui les drogues injectées. La cocaïne et le shit sont aujourd'hui vendus par le même réseau. Il a pu constater, par ailleurs, que de plus en plus de jeunes consomment de la cocaïne dans les Cités.

LA MONDIALISATION CRIMINELLE

- **Alain Tarrius**, Professeur émérite de sociologie et d'anthropologie urbaine, université Toulouse-Jean Jaurès

Alain Tarrius propose de suivre la naissance d'une pieuvre criminelle dont l'origine se situe autour de la Mer Noire et dont les tentacules supportent les routes de trafic de femmes et d'héroïne jusqu'au Levant Espagnol.

L'exposé d'Alain Tarrius prend son point de départ dans le quartier de Belsunce à Marseille. 350 petites boutiques exposent en vitrine des œillets en plastique et des couscoussiers d'aluminium. Ces échoppes vendent à l'époque de l'électroménager allemand, des pièces de rechange de voiture produites dans le Piémont italien, des tissus traditionnels hollandais, des

vêtements en provenance des quartiers juifs de Paris ou de Strasbourg. Leur chiffre d'affaires est estimé, en 1987, à 3 milliards de francs. Ces 350 boutiquiers s'appuient sur un réseau de plus de 5000 personnes et attirent environ 700 000 personnes, venues d'Algérie et de Tunisie par mer ou air. Ce marché souterrain est le premier comptoir commercial de la façade méditerranéenne.

En 1989, le gouvernement algérien annule le résultat des élections législatives favorables au Front islamique du salut. Le conflit qui opposera l'état algérien au Groupe islamique armé dure le long de la décennie 1990. Les boutiquiers algériens de Belsunce sont soumis à l'impôt révolutionnaire prélevé par les groupes clandestins du mouvement islamique. Ils décident de passer la main aux Marocains. Entre 1990 et 2000, 1,2 million de Marocains émigrent dans les nations européennes (France, Espagne, Italie du Nord, Belgique). Deux routes naissent en Europe. La première relie le bassin ouest-méditerranéen à la Belgique. En 1994, entre 120 et 130 000 Marocains effectuent des parcours commerciaux entre les nations d'Europe du Nord et l'Andalousie. La seconde voie relie le bassin est Méditerranéen à l'Allemagne.

Une troisième voie va naître à la fin des années 90. Cette voie relie l'Europe depuis la Mer Noire, via les ports d'Odessa, de Sotchi, de Poti, de Trébizonde et de Varna. Elle est empruntée par des transmigrants, essentiellement Afghans, qui se chargent de produits électroniques fabriqués par des grandes firmes du Sud-est asiatique, passés par Dubaï ou Koweït-City. Ce commerce souterrain est estimé à 6 milliards de dollars. Débarqués dans les ports de Bulgarie (c'est-à-dire dans la communauté européenne) les produits sont revendus à des relais commerciaux ainsi qu'à des Bulgares et des Syriens installés à Sofia. On assiste à la naissance d'une mondialisation par le bas. Une mondialisation entre pauvres ; une mondialisation pour les pauvres et par les pauvres.

La Bulgarie et la Syrie sont d'ancien « pays frères ». En 1990, 1200 entreprises syriennes et afghanes s'ouvrent à Sofia. La communauté syrienne encourage le déploiement de la transmigration afghane et investit une partie des bénéfices du commerce dans l'achat et la restauration de logements délabrés de l'ancien centre-ville. Au début des années 2000, quand les mafias bulgares et géorgiennes chasseront des Bulgares pauvres de leurs logements dans les banlieues de Sofia, ces derniers seront accueillis par les Syriens qui les hébergeront. La conception du rapport entre les migrants et les populations locales est complètement à l'inverse de celle que nous connaissons en France à la même période.

Des dizaines de milliers d'Afghans se trouvent contraints de participer aux activités de réseaux criminels et y associent, de fait, des grandes firmes de l'électronique asiatique. Ces nouvelles accointances, étendues aux populations balkaniques, fournissent une main-d'œuvre afghane aux entreprises sud-italiennes pratiquant le blanchiment du même argent sale.

Ce phénomène est accompagné d'un regain des migrations féminines contraintes pour la prostitution. En 2011, on recense plus de 10 800 femmes, originaires des Balkans et du Caucase, dans les clubs de prostitution tolérés (donc légaux) du Levant espagnol. Alain Tarrus a réalisé une enquête à la Junquera où les revenus de la prostitution servent à blanchir ceux de la drogue. La fusion des trafics femmes/drogues, particulièrement héroïne et cocaïne, est gérée par les mafias russo-italiennes.

Après un passage par le sud de l'Italie, où les femmes apprennent à associer la vente de cocaïne à leurs propres services, elles rejoignent les clubs de prostitution espagnols. Elles y travaillent de deux à six années puis, ayant obtenu des papiers qui leur permettent une circulation en Europe, celles qui n'ont pas trouvé un époux ou un travail (migrent pour le travail du sexe en France, puis, un ou deux ans plus tard, en Allemagne, en Belgique aux Pays-Bas et en République Tchèque.

Cette association prostitution/drogue en Espagne a aussi des conséquences sur les trafics de drogue dans les Pyrénées-Orientales. Les mafias concèdent aux petits dealers locaux le commerce des drogues chimiques (MDMA, méthamphétamines) produites dans les banlieues de Barcelone. Les bénéfiques étant insuffisants, ces revendeurs sont incités à élargir la diffusion vers les collégiens et les lycéens. Dans une enquête, Alain Tarrus a noté que sur un échantillon de 49 jeunes garçons et filles sous protection du service départemental de l'Aide sociale à l'enfance, 19 jeunes consommaient des drogues chimiques.

TABLE RONDE : MIGRATIONS ET ADDICTIONS EN 2016

Discutant : Jean-Jacques Santucci, directeur Addiction Méditerranée, Marseille

Jean-Jacques Santucci remercie les organisateurs de cette journée de lui avoir confié la tâche de discuter cette table ronde consacrée aux migrations et aux addictions en 2016. Ce lien entre migration et addiction lui inspire plusieurs pensées et images. Les images lui sont venues, pour commencer, des migrants et de ce qu'elles disent de leurs conditions d'existence, de ce à quoi ils sont confrontés et qui les amène à fuir, de leurs traumatismes, des deuils, des pertes, de leur perte. Ces images évoquent leur voyage, leur déracinement, cet arrachement. Puis leur arrivée dans nos pays, la façon dont ils sont accueillis, et très souvent, leur déception. Jean-Jacques Santucci a ensuite pensé à Sigmund Freud lorsqu'il écrit, dans « Malaise dans la civilisation », que le stupéfiant est un briseur de soucis extrêmement efficace qui permet à l'homme d'échapper à sa condition. L'effet antalgique du stupéfiant est une façon pour l'homme de s'aménager un rapport au monde qui lui fasse moins mal. Ce thème lui a également évoqué la composante plus spécifiquement économique des drogues ; des substances qui sont souvent l'enjeu de relations commerciales, sources de revenus, mais si sont également le moyen d'appartenir à un groupe et d'accéder à un statut social.

🕒 **Usages et modalités d'usage de drogues chez les « nouvelles » populations migrantes**
👤 **Michel Gandilhon**
OFDT, Saint-Denis

Michel Gandilhon présente le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) mis en place par l'OFDT en 1999 pour essayer de mesurer, au travers d'une observation ethnographique, les tendances émergentes dans le champ des drogues illicites. Le dispositif s'appuie sur un réseau de sept coordinations locales implantées dans sept grandes métropoles françaises (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse). TREND a été créé à un moment charnière dans l'histoire des drogues qui a vu une arrivée massive de la cocaïne sur le continent européen, mais également celle des drogues de synthèse. 1999 est également une date charnière dans l'histoire de l'immigration. Les statistiques en France affichent, après une stabilisation dans les années 90, une nette reprise des flux migratoires que l'on peut lier à la mondialisation et à différents événements géopolitiques très importants : la chute du rideau de fer, l'élargissement de la Communauté européenne, la guerre en Yougoslavie et la guerre civile en Algérie.

📄 Les migrants d'Europe de l'Est

Le réseau des sites TREND a été aux premières loges de cette reprise et de l'arrivée de nouvelles vagues migratoires. À commencer par les arrivées de jeunes hommes en provenance de Russie et de Pologne, puis des Balkans et de Bulgarie. Aujourd'hui une nouvelle vague provient du Kosovo et d'Albanie. Ces arrivées de migrants d'Europe de l'Est n'étaient pas sans poser quelques difficultés dans les CAARUD, la Russie, l'Ukraine et la région du Caucase étant affectée, depuis de nombreuses années, par une épidémie d'héroïne. Les chiffres du rapport mondial sur les drogues de l'ONU estiment, en 2010, à plusieurs millions les usagers d'héroïne en Russie et en Ukraine. Les overdoses tuent des dizaines de milliers de personnes chaque année. Les migrations ont plusieurs causes. Certaines personnes viennent chercher en France des possibilités de se soigner. On constate également une sorte de Lumpen immigration de gens profondément désaffiliés que l'on retrouve dans les structures de bas seuil.

Le profil type est un jeune homme âgé entre 18 et 30 ans en grande situation de précarité sociale. Toutefois, un nouveau profil a émergé ces dernières années, celui de populations en provenance de Géorgie, des usagers venant en France pour essayer de se faire soigner. On a affaire à des populations plus insérées avec un bagage universitaire ou scolaire plus développé.

Cette immigration a pour caractéristique, sur le plan des pratiques, de s'assimiler assez rapidement au paysage des usagers de drogues. Ainsi, dans la région du Sud Ouest, par exemple, l'héroïne est devenue quasiment introuvable et les usagers se tournent vers la consommation de Subutex® et de sulfate de morphine, notamment en injection. Ces nouveaux usagers proviennent de zones géographiques où, hormis la Géorgie, les programmes de réduction des risques sont inexistantes. Le cas de la Russie est, à ce titre, particulièrement parlant. En effet, après l'annexion de la Crimée, l'une des premières décisions de Vladimir Poutine a été de fermer les programmes de prescription de Méthadone. On a donc à faire à une population marginalisée, injectrice, peu au fait des pratiques de réduction des risques et avec des prévalences au VHC extrêmement importantes. Un travail prioritaire de prévention et d'accès aux soins doit être développé en direction de ces populations (certaines, qui plus est, regroupées dans des squats difficiles d'accès), cela d'autant plus qu'elles ont des pratiques, en termes de partage de matériel et d'injection, qui méritent d'être surveillées.

■ Les usagers de drogues originaires de Chine.

Voyant ces nouveaux migrants arriver, le dispositif TREND a décidé de lancer en 2005 une investigation spécifique ce qui l'avait conduit à rencontrer, essentiellement à Paris, un deuxième type de population, plus cachée, celle des migrants en provenance de Chine. Ils représentaient 7 % de la file active du Bus Méthadone. Ces migrants chinois semblent consommer essentiellement de l'héroïne fumée (« Chasse au dragon »). Le produit est chauffé sur un papier en aluminium et la fumée est aspirée à l'aide d'une paille ou d'une pipe. Contrairement aux migrants originaires des pays de l'Est, les usagers de drogues chinois sont relativement intégrés. Souvent clandestins, ils bénéficient toutefois de relais communautaires (ceci est également vrai des migrants maghrébins) et travaillent dans le textile ou la restauration.

■ Les usagers de drogues originaires du Maghreb

Comme les migrants d'origine chinoise, les usagers de drogues originaires du Maghreb bénéficient de liens communautaires forts. Ils se caractérisent par une consommation élevée de médicaments, et notamment les Benzodiazépines comme le Rivotril®, également appelé le « stimulant du pauvre ». Plus récemment, on constate un nouveau phénomène depuis 2011, suite au Printemps arabe : la consommation du trihexyphénydyle (Artane®). Ce produit a une histoire très particulière en Algérie et en Tunisie où sa consommation a commencé à

se développer dès les années 90. Il semblerait que le pouvoir algérien utilisait l'Artane® comme une sorte de stimulant et le distribuait aux soldats chargés de combattre les islamistes. Cette consommation pose aujourd'hui un certain nombre de problèmes, notamment dans les centres de rétention administrative.

● Questions de la salle

Une intervenante, longtemps infirmière dans des structures à bas seuil, tient à faire observer que les migrants d'origine maghrébine qu'elle a rencontrés lors de son activité étaient exclus de leurs familles et ne bénéficiaient, pour la plupart, d'aucun soutien communautaire.

Olga Smirnova, Association Charonne, travaille exclusivement avec des migrants russophones. Elle indique que cette population, toujours très précaire, commence, depuis peu, à disposer de structures communautaires.

🕒 De l'usage de drogues en contexte de violence collective et de migration à l'époque moderne

● Pierre-pascal Vandini

Médecins sans Frontières, CSAPA Casanova, délégué régional RESPADD, Marseille

Pierre-Pascal Vandini voyage depuis trente ans à travers le monde. Il nous propose aujourd'hui un voyage dans le temps et dans l'espace, de la Birmanie des années 80 à la jungle de Calais aujourd'hui. Un voyage où l'usage de drogues s'inscrit dans un environnement de violence et de migration.

📍 La Birmanie

Pierre-Pascal Vandini s'est rendu en Birmanie en 1984. En pleine guerre civile, il a rencontré des membres des Karens, un groupe en rébellion contre le gouvernement central, s'étant réfugié dans la jungle. Tous les déplacements, notamment militaires, se faisaient à pied dans un environnement pour le moins hostile à l'être humain. Les Karens consommaient la noix de bétel, un produit très peu connu en France. Pourtant, on comptabilise environ 600 millions de consommateurs au niveau mondial, notamment en Asie du Sud-Est, ce qui en fait la quatrième substance psychoactive utilisée dans le monde. La noix de bétel est consommée dans une feuille et mélangée avec de la chaux. Elle est traditionnellement utilisée au moment des grandes fêtes ou des mariages. Cette pratique a été détournée chez les Karens, dont l'objectif de rendre les soldats plus endurants lors des longues marches à travers la jungle.

📍 Les territoires palestiniens

Pierre-Pascal Vandini s'est régulièrement rendu en Palestine, entre 1994 et 2004. Il a pu observer à Gaza, lors d'une période particulièrement tendue où les forces israéliennes bombardaient quotidiennement les abords de la ville afin d'en empêcher toute sortie, une augmentation, chez les « combattants », de la consommation de thé au Tramadol. En fait, les comprimés de Tramadol sont devenus dangereusement populaires à Gaza en tant qu'antidote au stress généré par l'occupation israélienne.

📍 La Somalie

Pierre-Pascal Vandini a assisté en 1989 à la création de la République du Somaliland. Il a rencontré, dans le nord du pays (à la frontière avec Djibouti), un groupe rebelle en rupture avec son commandement. Les combattants – des enfants soldats – étaient pour la plupart âgés de moins de 18 ans. Ils mâchent régulièrement du Khat (des feuilles d'un arbuste originaire d'Éthiopie).

■ Calais

Pierre-Pascal Vandini s'est rendu dans le camp de Calais en septembre 2015. Ce camp était, tout du mois à l'époque, un lieu de non-droit entouré de grillages. Les réfugiés n'ont pas été accueillis, ils ont été regroupés dans un dépôt d'ordures. Il aura fallu six mois aux autorités pour amener l'eau dans ce camp alors que plus de 3500 personnes y étaient entassées. Tous les jours, les réfugiés parcourent à pied les 7 kilomètres qui les séparent de la préfecture pour tenter de régulariser leur situation. Très vite, l'alcool est arrivé dans la zone. Le cannabis a suivi, puis les réseaux de prostitution. Dès le début, des personnes extérieures au camp sont venues y construire des épiceries qui outre des produits de consommation de base ont proposé des jeunes filles originaires d'Afrique subsaharienne.

À cela s'ajoute le fait que les deux principales communautés originaires d'Érythrée ont importé leur conflit à Calais. Chaque soir, des milliers de personnes se bagarrent armés de bâtons. La police se contente d'observer. Une fois la bagarre terminée (on déplore parfois un ou deux morts), les différents protagonistes se saoulent ce qui peut entraîner un nouveau conflit.

Pierre-Pascal Vandini a pu constater que les humanitaires qui œuvraient dans le camp n'avaient aucune notion en addictologie. Leur premier instinct était de culpabiliser la consommation de drogues (licites ou illicites). Or, les personnes qui échouent à Calais ont un vécu très lourd qui, dans la grande majorité des cas, a entraîné une rupture des liens familiaux et sociaux.

Dans ces différents exemples de conflits, la prise de produits psychoactifs est souvent liée à un état de stress aigu. Les drogues ont également un rôle social. Certains usagers se droguent par devoir, d'autres par défense. D'autres encore se droguent par nécessité vitale (pour se soulager ou survivre). Pierre-Pascal Vandini conclut que les soignants doivent tenir compte de l'environnement social dans lequel est née l'addiction, dans lequel elle s'est développée, ainsi que les différentes comorbidités qui sont souvent le résultat de la violence.

● Questions de la salle

Une intervenante rappelle qu'environ 80 % des usagers de drogues ont vécu des événements traumatiques. Quelles solutions peut-on entreprendre avec cette population de réfugiés dont les problématiques ne sont pas toujours correctement appréhendées par les professionnels de soins ? Des populations qui, faut-il le rappeler, ne parlent pas toujours le français.

Pierre-Pascal Vandini estime que la langue n'est pas un problème pour les soignants. Ils peuvent toujours bénéficier de l'aide d'interprètes. Cela étant dit, pour soigner un réfugié, il faut connaître son histoire, son vécu. Un soignant ne peut pas aider un réfugié de Somalie s'il ne connaît pas les événements d'une extrême violence qui se sont déroulés dans ce pays. Les soignants ne doivent pas hésiter à faire appel aux différentes associations disponibles sur le territoire pour obtenir des informations sur la culture et le vécu social des personnes qu'ils sont amenés à traiter.

© Projets LAMBDA et DASS : deux projets d'accompagnement mobile à destination des « migrants » (demandeurs d'asile, sans-papiers) usagers de drogues

● François Baulay
● Odile Jacmain,
Projet Lama ASBL, Bruxelles

LAMBDA et DASS sont deux dispositifs d'équipes mobiles. Le premier est dédié aux demandeurs d'asile. Le second vise les patients désaffiliés (souvent sans papier). Ce sont deux initiatives de la Concertation Bas Seuil, un regroupement de trois institutions bruxelloises : la MASS de Bruxelles (Maison d'accueil socio-sanitaire – service ambulatoire toxicomanie à bas seuil d'accès), le Projet LAMA asbl (accompagnement thérapeutique pour toxicomanes en milieu urbain) et le centre TRANSIT (centre d'hébergement et d'accueil de crise pour toxicomanes).

François Baulay et Odile Jacmain participent au projet LAMA, un dispositif ambulatoire médical, psychologique et social, dont l'objectif est de donner un accès aux traitements de substitution et d'offrir un accompagnement pluridisciplinaire à un public de consommateurs marginalisé. Le projet développe, à ce titre, des stratégies de santé publique et de réduction des risques. Il est implanté sur quatre sites différents à Bruxelles (Ixelles, Schaerbeek, Anderlecht et Molenbeek) dans des communes défavorisées avec une forte présence de personnes issues de l'immigration des années 50 et 60. Le projet dispose également de 6 appartements supervisés. Les équipes pluridisciplinaires réparties sur les différents sites précités sont constituées de médecins généralistes, d'infirmiers, de psychiatres, de psychologues, d'assistants sociaux et d'éducateurs. Le dispositif ambulatoire à bas seuil se veut accessible à tous et l'accueil n'est subordonné à aucune exigence administrative. La file active est d'environ 900 patients. Le nombre de consultations s'élève à 25 000 par an.

Les actions menées par le projet s'inscrivent aujourd'hui dans un contexte de crise économique et sociale. Les différentes politiques d'austérité déployées en Belgique ont eu un impact, à tous les niveaux, sur les politiques de santé et d'éducation. On assiste aujourd'hui à un véritable recul des acquis sociaux et de la protection sociale en Belgique. Pourtant, François Baulay souligne l'importance des déterminants sociaux de la santé – l'emploi, le logement, l'éducation – pour envisager autrement un rapport aux drogues.

Les profils des usagers de drogues ont évolué ces dernières années. Le nouveau public (plus précaire, désaffilié, éloigné du monde du travail) présente des situations complexes à décoder et à accompagner. Ils cumulent les risques : contact avec des produits frelatés, partage de matériel d'injection, prostitution de rue. La prévalence à l'hépatite C est élevée (environ 40 % des patients suivis). Les institutions bruxelloises bas seuil sont saturées. On comptabilise aujourd'hui jusqu'à trois nouvelles demandes par jour dans les dispositifs ambulatoires ou les centres de crise et les institutions sont obligées d'innover et de revoir leur cadre de travail pour pouvoir accueillir le plus grand nombre de patients et ne pas renier leurs ambitions thérapeutiques.

La Concertation Bas Seuil, créée en 2010, regroupe plus de 1400 patients, dont 30 % ne sont pas couverts par la sécurité sociale. Elle met l'accent et son expertise sur les traitements de substitution aux opiacés. Elle s'adresse à un public particulièrement vulnérable quelle accompagne dans les services sociaux afin de leur en faciliter l'accès. La Concertation s'inscrit dans une démarche de réduction des risques : publication et distribution d'information et de flyers ; mise à disposition de matériels stériles d'injection. Un focus important est fait sur le traitement des hépatites C et sur l'accompagnement des patients les plus précaires dans un parcours de soins. La Concertation Bas Seuil soutient également la mise en place de nouveaux dispositifs pour essayer de répondre à la réalité du terrain, notamment les salles de consommation à moindre risque ou les projets de « housing

first » (qui propose un logement aux personnes en très grande précarité). Enfin, la Concertation offre enfin un soutien et des formations aux équipes de bas seuil, lesquelles réalisent un travail compliqué et parfois usant.

■ Le projet LAMBDA (Liaison et Accompagnement Mobile pour Demandeur d'Asile)

Le projet LAMBDA vise les demandeurs d'asile usagers de drogues. Il a été mis en place à la demande du CIRE (Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers) qui s'est vu attribuer, dans un contexte de fortes réductions budgétaires, de nouveaux publics à accompagner en logements individuels, dont des consommateurs de produits. Le projet a été mis en place en mai 2015 avec la création d'une nouvelle équipe mobile constituée de deux accompagnateurs à mi-temps.

Le projet a démarré avant la crise de l'accueil que la Belgique rencontre depuis juillet 2015 comme en témoigne la situation critique au parc Maximilien à Bruxelles. Sur ce point, François Baulay rappelle que si 1000 demandes d'asile avaient été enregistrées en avril 2015, leur nombre était de plus de 5500 au mois de septembre de la même année. L'arrivée massive de candidats réfugiés a pris de court les services belges. L'Office des Étrangers n'est pas en mesure, aujourd'hui, de traiter plus de 250 demandes d'asile par jour. Le gouvernement ne proposant aucun dispositif d'accueil, un camp a été mis en place par des ONG dans le parc Maximilien pour faire face à cette crise. Depuis 2016, le nombre de demandes d'asile a fortement chuté.

Le projet LAMBDA vise un public particulièrement fragilisé. Exilées, ces personnes font face à des bouleversements considérables que ce soit au niveau identitaire, affectif, économique ou social. Certains ont vécu des événements très traumatiques (guerre, torture, viol) et il leur est donc difficile de placer leur confiance en autrui. Ces traumatismes sont très difficiles à décoder, car ces réfugiés ont le plus grand mal à s'exprimer sur ce qu'ils ont vécu. Ils essaient plutôt de les taire, de les cacher. Au-delà des problèmes de santé mentale dont ils sont victimes, certaines personnes ont recours aux drogues (licites ou illicites). Chez certains, originaires d'Afghanistan par exemple, la consommation de drogues est antérieure à la migration. Chez d'autres, la consommation s'est installée pendant le parcours migratoire ou à l'arrivée dans le pays d'accueil. Le projet LAMBDA est confronté à un public problématique, qui n'a pas bénéficié des programmes de réduction des risques mis en place en Europe de l'Ouest depuis plusieurs années. Ils n'ont pas connaissance des différents dispositifs qui sont mis à leur disposition. L'accès aux soins leur est plus difficile, leur consommation entraînant pour certains un sentiment de honte. Ils ont également peur que leur consommation ait une incidence négative sur leur demande d'asile.

Le projet LAMBDA intervient pour créer le lien entre le secteur de l'accueil des demandeurs d'asile et le secteur du soin spécialisé en toxicomanie. L'objectif est donc de partir à la rencontre des usagers de drogues en vue de faciliter leur inclusion dans les centres de soins. Le projet met également en place un dispositif d'interprétariat pour aider les réfugiés à s'exprimer. Il offre enfin un accompagnement aux personnels des structures d'accueil pour gérer la problématique des toxicomanies.

■ Le projet DASS (Dispositif d'Accès Socio-Sanitaire)

Le projet DASS est porté par La Concertation Bas Seuil. Il a été soutenu pour son lancement par le Fonds Contigo de la Fondation Roi Baudouin. Le projet a été lancé en septembre 2015. Il s'adresse aux usagers de drogues en situation de vulnérabilité. Parmi eux, les personnes en séjour illégal constituent de 10 à 30 % des publics de l'ambulatoire à bas seuil de Bruxelles. Le projet s'inscrit dans une stratégie de santé publique pour renforcer l'accès aux soins. Il poursuit un double objectif: accompagner ces publics vers l'accès aux soins

(AMU, conventions internationales des mutuelles, lieux de santé) et sensibiliser les différents partenaires à leurs besoins.

La cellule DASS s'adresse donc aux usagers des structures bas seuil. Ce public éprouve les plus grandes difficultés pour faire valoir ses droits à l'accès aux soins. C'est un public toxicomane qui cumule les vulnérabilités, que ce soit sur le plan physique, psychique et/ou matériel. On retrouve souvent des populations migrantes, des exilés et des patients double diagnostic (toxicomanes avec un trouble mental).

DASS remplit différentes missions. Sa mission principale est l'inclusion de ce public dans le réseau de soins, de première ligne dans un premier temps et de seconde ligne lorsque cela est possible. Pour cela, la cellule réceptionne les demandes, fait un point sur les situations, ceci en vue d'orienter les personnes vers un parcours de soins. La cellule informe également l'utilisateur sur ses droits. La majorité des patients sont tellement désaffiliés qu'ils n'ont pas connaissance des dispositifs dont ils pourraient bénéficier. Le projet poursuit un ensemble de missions sous-jacentes :

- Établir un réseau de soins autour de l'utilisateur pour renforcer son ancrage social.
- Sensibiliser les prestataires sociaux et de soins aux conditions de vie et aux besoins spécifiques des usagers.
- Établir des partenariats pour maximiser l'accès aux soins.

Après neuf mois d'activité, il est aujourd'hui possible d'établir un premier bilan du projet DASS. D'un point de vue quantitatif, la cellule a recueilli 29 demandes. Actuellement 17 suivis effectifs sont en cours. Pour ces suivis, on compte 31 déplacements (de 1 à 2 déplacements par usagers) et 19 accompagnements. On comptabilise 7 personnes ayant eu un accès aux soins. D'un point de vue qualitatif, le projet DASS offre un accompagnement physique des usagers. Par là on entend un « portage » de l'utilisateur, de ses droits, de ses désirs. Le projet ambitionne de redonner de la valeur à la parole de l'utilisateur : de lui redonner une légitimité d'être ici, à ce moment-là. Le projet rend à l'utilisateur le droit d'exister dans une société qui lui est assez hostile.

TABLE RONDE : ACCUEIL DES POPULATIONS ISSUES D'EUROPE DE L'EST

Discutant : Serge Longère, directeur du Bus 31/32, délégué régional RESPADD, Marseille

📍 **Précarité et santé mentale : intervention du psychologue auprès du public migratoire polonais en souffrance psychique**

📍 **Anna Peine-Stencel**
Psychologue, Paris

Ania Stencel est psychologue clinicienne au sein d'un CSAPA de l'Association Aurore. Elle se propose, aujourd'hui de présenter son travail de fin d'études consacré à l'intervention du psychologue auprès du public migratoire polonais en souffrance psychique. Ania Stencel a eu l'occasion, lors notamment de son stage au sein de l'équipe Bociek, de rencontrer ce public polonais témoignant d'une véritable détresse psychologique. Il a été prouvé que la migration peut avoir des conséquences néfastes d'ordre psychopathologique. Ainsi, en 1912, Pollock a démontré que l'incidence de la morbidité mentale à New York était deux fois plus

importante chez les personnes étrangères. D'autres études plus récentes confirment que la psychopathologie est plus élevée chez les sujets immigrés que chez les sujets natifs.

■ L'immigration polonaise en France

Il n'existe pas de consensus aujourd'hui quant au nombre exact de migrants originaires de Pologne en France. On estime toutefois leur nombre entre 500 000 et 1 million. Cette forte densité est due à une succession de flux migratoires. Depuis le XIXe siècle, la France a été la destination de quatre grandes vagues migratoires :

- La 1^{ère} vague est liée à l'insurrection de la Pologne de novembre 1830.
- La 2^{ème} vague est due à l'arrivée de mineurs polonais de Westphalie et de Rhénanie après la signature d'une convention d'immigration entre la France et la Pologne. De 1919 à 1931, la population polonaise passa de quelque dizaine de milliers de personnes à un demi-million.
- La 3^{ème} vague est due à la Seconde Guerre mondiale. En 1939, des militaires qui avaient réussi à échapper aux Allemands gagnèrent la France où, sous la direction du général Sikorski, se reconstitua une armée polonaise. En 1944-45, une nouvelle émigration se dessina avec l'arrivée des personnes déplacées et anciens prisonniers des camps allemands.
- La 4^{ème} vague est survenue après la proclamation de l'état de guerre par le général Jaruzelski, le 13 décembre 1981. Cette émigration politique, et économique par la suite, se concentra sur les grandes villes et la région parisienne.

Aujourd'hui, les changements survenus en Pologne après son adhésion à l'Union Européenne en 2004 provoquent chaque année des nouvelles arrivées de migrants polonais. Toutefois, on ne peut plus vraiment parler de flux migratoires, mais plutôt de déplacements.

En dépit de l'ancienneté et de l'importance de l'immigration polonaise en France, peu d'études portent sur les troubles psychopathologiques chez les migrants polonais. Toutefois, l'attention portée sur ce même sujet est plus forte dans d'autres pays :

En Grande-Bretagne, en 1951 déjà, Kino s'est intéressé aux jeunes hommes de nationalité polonaise. Il a pu mettre en évidence une forme de désordre psychotique aigu dont les caractéristiques comprenaient des états d'agitation et d'angoisse associés à une confusion et une attitude de méfiance à l'égard de l'entourage. En 1971, Cochrane a mis en évidence une symptomatologie psychotique de l'ordre de la schizophrénie ou de l'angoisse. Il a également montré que les femmes étaient plus atteintes que les hommes et qu'elles étaient plus sujettes aux symptômes névrotiques. La même étude désigne davantage d'hommes souffrant d'alcoolisme. En 1980, Hitch et Rack ont constaté un nombre d'hospitalisations plus élevé chez les personnes immigrées et ont confirmé les observations de Cochrane sur la psychopathologie des migrants polonais, à savoir la présence de troubles tels que la schizophrénie, la paranoïa et l'alcoolisme.

Aux États-Unis, Mostwin (1976) a pu démontrer que le déracinement pouvait être une source d'anxiété chez les Polonais. Liebermann a constaté, en 1979, que les Polonais établis dans le pays souffraient de troubles dépressifs. Bukoff (1987) a mis en évidence qu'un quart des Polonais examinés aux États-Unis avaient souffert ou souffrent encore de problèmes mentaux : 11 % avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie, 10 % avaient reçu un diagnostic de schizophrénie paranoïde et 8 % présentaient des désordres de la personnalité ou une dépression.

En Allemagne, Masumbuku (1993) a réalisé une étude s'appuyant sur 150 réfugiés polonais. Il put constater que 85 % souffraient d'une symptomatologie anxio-dépressive à la suite du rejet de leur demande d'asile. Certains présentaient même des signes de nature psychotique comme des idées délirantes hypocondriaques ou des sensations de modifications corporelles.

L'étude réalisée par Burvill en 1982 sur les Polonais installés en Australie souligne un taux important de névroses chez les femmes et un taux élevé d'alcoolisme chez les hommes migrants.

Les recherches conduites sur les migrants polonais au Canada, font état de troubles psychologiques dans cette population, notamment des addictions et de la schizophrénie (Adlaf, 1989) ainsi des troubles de l'humeur et de la personnalité (Chandrasena, 1991).

Dans une recherche publiée en 1966, Eisenberg a étudié les troubles dépressifs chez 32 immigrés polonais séjournant en Israël. Les résultats obtenus montrent la prédominance de la dépression chez les femmes migrantes. Quant aux hommes, ils souffraient davantage de troubles bipolaires.

Hanna Devarenne-Megas a réalisé une étude portant sur 115 migrants polonais demeurant en France. Trois groupes ont été constitués : deux groupes cliniques réunissant des personnes en consultation médicale et/ou psychologique et un groupe contrôle constitué de participants aux réunions de l'Association culturelle franco-polonaise. L'étude montre que la principale différence détectée parmi les trois groupes ne réside pas dans la qualité de la psychopathologie, mais plutôt dans son aspect quantitatif. Les résultats montrent que certains migrants souffrent de symptômes psychopathologiques tels que l'anxiété, la nervosité, les troubles du sommeil, des somatisations et des sentiments de culpabilité. Ces troubles se montrent légèrement plus accentués que les manifestations de la sensibilité interpersonnelle, l'hostilité-impulsivité et les symptômes dépressifs. L'étude montre également que les troubles psychopathologiques de type névrotique touchent davantage les femmes migrantes que les hommes.

Hanna Devarenne-Megas conclut que le processus de la migration ne s'inscrit pas dans le vécu d'un sujet comme une sorte de traumatisme principal ou univoque, mais qu'il constitue un facteur de risque supplémentaire dans le déclenchement ou l'aggravation du trouble pathologique. Elle émet également l'hypothèse que certaines variables pré-migratoires comme les antécédents familiaux et personnels ainsi que des variables post-migratoires telles que l'impact des conditions sociales, économiques et culturelles participent à la constitution de la psychopathologie observée. La psychopathologie ne serait qu'une réponse personnelle donc non universelle, mais toujours à envisager chez le sujet confronté aux difficultés de la migration.

■ La clinique de la précarité

La précarité est définie par Joseph Wresinski comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible ». La précarité peut donc être comprise comme une peur de perdre les objets sociaux qui constituent pour un sujet une forme de sécurité.

Il convient toutefois de distinguer la précarité sociale de la précarité psychique. Ainsi, Denis Mellier précise que « si la précarité sociale s'accompagne d'une rupture du réseau d'étayage constitué tacitement par tout sujet en société, la précarité psychique désigne alors le rapport de ce sujet vis-à-vis des autres, mais aussi de lui-même, de son sentiment d'existence ».

La santé mentale peut être définie comme un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté. Les États européens distinguent la santé mentale positive, notion proche de celle de bien-être, et la santé mentale négative, qui regroupe la détresse psychologique témoignant d'une souffrance psychique plus ou moins importante et les troubles mentaux. La souffrance psychique est un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Pour Denis Mellier, la notion de souffrance psychique est indissociable de celle de la précarité.

Les souffrances des sujets en situation de précarité sont très difficiles à identifier, car elles ne se traduisent guère par un symptôme d'angoisse (un signal d'alarme selon Sigmund Freud) ni par une émotion clairement communicable. D'après Jean Furtos, il existe trois modalités cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale chez l'individu en contexte de précarité.

- Le premier type de souffrance peut stimuler, aider à vivre, comme le « bon stress ». Dans ce cas de figure, il faut admettre que le sujet est structuré sur la position existentielle suivante : « quoi qu'il arrive, je m'en sortirai ».
- Le deuxième type de souffrance commence à empêcher de vivre. Cette modalité du souffrir est construite selon le registre existentiel suivant : « si je perds (ou si j'ai perdu), je suis foutu ». Le malaise peut s'exprimer de différentes manières : par une mélancolie, un hédonisme réactif, l'amertume, l'agressivité ou la violence, des affectations somatiques diverses.
- Le troisième type de souffrance s'accompagne des effets psychiques les plus invalidants. Il s'agit d'une souffrance qui empêche de souffrir sa souffrance, selon la position existentielle suivante « tout est foutu, vivons-disparaissons ». Cette dernière modalité de la souffrance est facilement observable chez les personnes très précaires, exclues, marginalisées, chez lesquelles le lien social fait défaut et la demande de soin est quasiment inexistante.

Ania Stencil présente les spécificités de l'intervention clinique. Afin de pouvoir traiter des situations de précarité psychiques, tout professionnel a besoin d'un modèle d'intervention différent de celui qu'on utilise pour traiter des situations classiques. L'intervention classique se définit en termes de demande, de symptôme et de cadre. La clinique de la précarité est également concernée par cette dynamique, mais les personnes précaires ont des caractéristiques spécifiques.

- La demande. Lors de son stage de fin d'études, Ania Stencil a été confrontée, à plusieurs reprises, à des patients qui n'adressaient pas de demande directe de prise en charge psychologique alors même que des indices de souffrance psychique avaient été clairement identifiés. Quelle position faut-il adapter face à ces personnes chez lesquelles les demandes d'ordre médical ou administratif priment sur toute demande de prise en charge psychologique ? Tout en sachant que toute intervention clinique classique démarre à la demande potentielle du sujet, faut-il attendre l'expression de cette demande ou proposer une offre de contenant à ces personnes ? Michel Soulé évoque, à ce sujet, une « demande masquée ». Il existerait donc chez les personnes en situation de précarité, une demande virtuelle qui pourra se concrétiser un jour en termes de demande de soins.

- Le symptôme. Les situations de précarités psychiques sont caractérisées par une extrême variabilité des symptômes. La subjectivation devenant difficile chez ces personnes, les symptômes peuvent s'exprimer dans les registres du corps, de l'agir, du mental ou du sociétal. Classiquement, les symptômes peuvent être définis comme une expression d'une conflictualité psychique. Il s'agit fondamentalement d'un compromis entre le désir et la défense. Ce qui fait symptôme chez les personnes en grande précarité psychique, dépend bien souvent du contre-transfert des professionnels, d'un indice, de ce qui fait « signal d'alarme » pour eux, puisque les personnes précaires sont incapables d'exprimer leurs souffrances.
- Le cadre. L'intervention thérapeutique classique se caractérise par un cadre que le sujet investit lors de sa demande. Le respect de ce cadre est une condition nécessaire pour tout processus thérapeutique. Mais en situation de précarité, aucune demande de soins n'étant adressée au professionnel, il est difficile de parler de cadre. En ce qui concerne les situations de précarité, où les caractéristiques des permanences et des régularités du cadre ne sont souvent pas respectées par les patients, il est probablement plus approprié de parler d'un « dispositif ». Un dispositif peut être vu comme une préparation pour un travail psychique. Il s'accompagne d'une disposition, d'un état d'esprit, d'une attitude ou d'une manière d'être du clinicien.

L'intervention clinique en situation de précarité implique donc le développement d'un accueil et d'une hospitalité psychique particulière chez les cliniciens.

Les professionnels sont amenés de plus en plus à utiliser la démarche proactive de l'« aller vers » afin de créer des liens avec le public en souffrance psychique et de l'emmener progressivement vers l'univers du soin (autant médical que psychiatrique). Le professionnel doit se déplacer pour rencontrer ce public spécifique. Le rôle et la place du professionnel ne sont pas clairement identifiés par les patients ce qui favorise le dialogue. Pour Jean Furtos, le modèle d'aller vers « consiste à construire un non-modèle, quelque chose de non cassable qui peut seulement avoir lieu ou pas, créer une rythmique, les conditions d'une relation différenciée. Il s'agit de considérer le clinicien comme un praticien malléable qui n'a pas la hantise d'être manipulé. La transitionnalité plus ou moins brute qui s'y déploie peut évidemment être intégrée en tant que processus dans des cadres plus formalisés ». En dehors de sa participation directe à l'accueil des publics précaires, le clinicien doit absolument s'accompagner d'une équipe pluridisciplinaire afin de penser les enjeux sous-jacents aux situations de précarité. La pluridisciplinarité est un axe fondamental du travail avec la précarité.

Certains chercheurs s'accordent que chez les migrants, le stress provoqué par la perte de la communauté et du réseau social, la perte de projet de vie, le changement dans les repères sociaux et économiques, les inquiétudes liées à la survie économique et la perte de rôles sociaux signifiants explique la prévalence et la persistance des comorbidités psychiatriques. Étant donné que le modèle biomédical n'est guère adapté à des migrants, les démarches de soins nécessitent un modèle multidimensionnel prenant en compte à la fois les dimensions biophysiologicals, socio-politiques et psychologiques. De nombreuses critiques ont été faites à l'égard du modèle biomédical appliqué aux populations migrantes, car il est fondé sur le postulat que la maladie serait située à l'intérieur des individus. Une telle approche présente d'importantes limites, car elle ne prend pas en compte certaines dimensions déterminantes dans le vécu de migrants comme, par exemple, les violences politiques ou les faits de guerre.

Pour conclure sa présentation, Ania Stencel cite quelques lignes d'un ouvrage connu qui décrit parfaitement la réalité clinique de la précarité : le Petit Prince d'Antoine de Saint-Exupéry

- *Qu'est-ce que signifie « apprivoiser » ?*
- *C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Ça signifie « créer des liens... »*
- *Créer des liens ?*
- *Bien sûr, dit le renard. Tu n'es encore pour moi qu'un petit garçon tout semblable à cent mille petits garçons. Et je n'ai pas besoin de toi. Et tu n'as pas besoin de moi non plus. Je ne suis pour toi qu'un renard semblable à cent mille renards. Mais, si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre. Tu seras pour moi unique au monde. Je serai pour toi unique au monde...*
- *Je commence à comprendre, dit le Petit Prince. Il y a une fleur... je crois qu'elle m'a apprivoisé...*

● Questions de la salle

Jean-Charles Ouattara est psychologue clinicien. Il travaille dans un CAARUD à Nice. Il est amené, dans le cadre de ses fonctions, à rencontrer des populations de migrants originaires des pays d'Europe de l'Est. Le CAARUD a la chance de pouvoir bénéficier d'une traductrice. Or, organiser une consultation psychologique avec l'aide d'une traductrice exige une triangulation assez particulière. Jean-Charles Ouattara rappelle que parler une langue consiste à organiser son monde intérieur et extérieur d'une certaine manière. Jean-Charles Ouattara souhaite savoir si Ania Stencel a pu observer une différence entre les personnes qui ont migré de façon volontaire (qui ont préparé leur départ) et celles qui ont dû fuir leur pays.

Ania Stencel est bien en mal de répondre à cette question. Les personnes qu'elle a pu rencontrer sont très précaires et vivent, parfois depuis de nombreuses années, dans la rue. Quelles que soient les raisons de leur départ, les personnes racontent leur venue en France comme quelque chose qui n'était pas du tout préparé.

Joséphine Rudelle-Prudhon, éducatrice spécialisée au CAARUD de Nice, juge nécessaire d'analyser les raisons qui ont poussé les migrants à quitter leur pays. La migration pose certaines questions spécifiques. Les personnes rencontrées par Ania Stencel étaient-elles déjà dans une situation précaire dans leur pays d'origine ? Joséphine Rudelle-Prudhon a donné des cours de français à des publics en provenance d'Europe de l'Est. Souvent très diplômées, ces personnes se sentaient marginalisées en France. Elles avaient perdu leurs repères, mais également leur statut social. Ces personnes ne se rendent jamais dans les CAARUD dont le public est plus spécifique, mais surtout plus isolé. Joséphine Rudelle-Prudhon prend l'exemple des migrants Tchéchènes qui sont souvent mis à l'écart et rejetés par leur propre communauté. Les publics très précaires, et notamment ceux qui souffrent d'un problème d'addiction, sont marginalisés.

Ania Stencel confirme l'isolement des personnes en situation de grande précarité.

🗣 Intervention psychosociale auprès des usagers migrants de l'est de l'Europe

● Catherine Péquart
● Olga Smirnova,

■ Le dispositif BIOCEK

Le dispositif mobile BOCIEK a été conçu au cours de l'année 2006. La DASS (direction des affaires sanitaires et sociales) s'était émue, à l'époque, de la présence de Polonais en errance dans la capitale et souhaitait concevoir une démarche spécifique pour cette population cible. Le dispositif a donc été mis en place en 2007 avec pour objectif d'aller vers les publics migrants de l'Est européen en grande précarité sociale et de santé (somatique et psychique).

BOCIEK signifie « cigogne » en polonais. Le nom a été maintenu même si les publics se sont diversifiés depuis l'ouverture du dispositif. Il s'adresse à des migrants des pays de l'Est européen : polonophones, russophones (depuis septembre 2009), bulgarophones (depuis 2010) et roumanophones (depuis mai 2013).

BOCIEK s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire regroupant des psychologues et des travailleurs sociaux. L'action du dispositif est mobile. L'équipe organise des maraudes, mais également des permanences dans les structures partenaires. Elle réalise aussi des interventions à la demande. Le dispositif s'appuie sur des partenariats avec des services et des établissements à vocations différentes (social, médico-social, sanitaire) dans l'optique d'opérer, autant que faire se peut, un transfert vers ces différents établissements.

Les publics vus par le dispositif ont des caractéristiques spécifiques qui varient selon la nationalité d'origine. Ainsi, les Polonais rencontrés souffrent d'addictions aux drogues ou d'alcool. Comme vu précédemment, ils présentent des troubles psychologiques liés à la migration. Le public russophone présente également des troubles addictifs. Nombreux souffrent de maladies somatiques (pour lesquelles ils viennent en France pour se soigner). Le public bulgare est plus varié : personnes âgées avec des problématiques de santé, jeunes (garçons comme filles) pratiquant la prostitution, des familles. Le public roumanophone partage les mêmes caractéristiques que les Bulgares. Ces différentes populations ont donc des problématiques spécifiques. Elles ont toutefois en commun le parcours migratoire et ses conséquences.

Catherine Péquart rappelle que Charonne est une association de taille moyenne avec un CSAPA, deux CAARUD et un centre d'hébergement et de stabilisation. L'association emploie 80 salariés. BIOCEK reçoit des financements annuels. C'est donc un projet fragile, qui risque d'être annulé d'une année sur l'autre.

■ Le projet SPASIBO

Olga Smirnova présente la démarche déployée par BIOCEK pour accompagner les personnes russophones précaires vers le soin. L'objectif principal du dispositif est de créer du lien entre l'usager migrant qui ne maîtrise pas le français (ou pas suffisamment) et l'institution qui l'accueille.

BIOCEK développe, depuis trois ans, des projets annexes. Ainsi, le projet SPASIBO (« merci » en russe) est un projet inter-associatif à destination des usagers de drogues russophones. Il s'appuie sur un réseau de partenaires associatifs (Charonne, EGO-Aurore, GAÏA, SAFE, Coordination Toxicomanies) et sur des structures institutionnelles. Mis en place depuis 2015, le dispositif a pour premier objectif d'établir un diagnostic territorial. Il vise également à adapter les outils de prévention et d'informer le public russophone sur les démarches de réduction des risques. Olga Smirnova insiste sur le terme d'adaptation. Il s'agit non seulement de traduire les divers documents concernant la réduction des risques, mais de proposer des outils spécifiques adaptés aux différences culturelles. La culture en

matière de réduction des risques des publics russophones est quasiment inexistante. Enfin, SPASIBO propose diverses actions pour sensibiliser les professionnels des CAARUD.

La migration russe est en partie économique. Elle est également sanitaire. Certains migrants sont venus en France pour se soigner, notamment des maladies infectieuses (VIH, VHC et tuberculose), mais également pour accéder aux traitements de substitution qui sont interdits en Russie et dont l'accès est encore aujourd'hui difficile dans les autres pays de l'ex-URSS. Les migrants russophones proviennent essentiellement d'Ukraine, de Géorgie, de Russie (la région du Caucase) et des Pays baltes.

Le dispositif SPASIBO intervient dans le cadre d'un :

- Suivi en addictologie
- Suivi en psychiatrie
- Suivi ou consultation en hôpital général
- Consultation médicale dans le cadre d'un accompagnement global
- Dépistage des maladies infectieuses

Techniquement, lorsque le dispositif intervient en tant que tiers dans une consultation médicale, il utilise l'outil que l'on appelle médiation. La médiation est devenue un mot valise, chacun y donnant un sens particulier. À ce titre, le dispositif n'échappe pas à la règle et donne probablement au mot médiation un sens qui lui est propre.

Il s'agit toujours d'un entretien à trois : le médecin, le patient et le médiateur (un travailleur social éducateur ou un psychologue). Le médiateur se situe toujours entre deux personnes, entre la personne et l'institution, entre deux cultures. Lors d'une médiation, les trois parties se positionnent généralement en triangle, mais le médiateur peut toujours s'adapter. L'objectif de la médiation est de favoriser la circulation de l'information et de la parole, de créer le lien.

Pour que la médiation puisse être mise en œuvre, il est important d'avoir un contact préalable avec le patient. Il faut qu'une demande ait été exprimée, soit par le patient soit de la part du professionnel de santé. L'initiative doit venir de la part de l'un des protagonistes et être acceptée par le deuxième. Bien sûr, les deux parties doivent avoir une absolue confiance en le médiateur, sans quoi il n'y aura pas de dialogue possible.

Souvent les médiateurs sont confondus avec des traducteurs. Il existe pourtant de nombreuses différences entre la médiation telle qu'elle est conçue par le dispositif et le travail d'un interprète. Pour commencer, l'interprète traduit mot à mot tout ce qui est dit. Le médiateur a pour principal objectif de transférer le sens global du message que la personne veut passer. Sa mission est donc de déchiffrer le message et de s'assurer qu'il est bien arrivé au destinataire. L'objectif de la traduction est de transmettre l'information. Celui de la médiation est de créer du lien. Dans ce cadre, la médiation est plus adaptée à la prise en charge des personnes précaires.

Olga Smirnova présente deux exemples de médiation en addictologie, le premier avec un médiateur-psychologue, le second avec un médiateur-éducateur.

- Le médiateur-psychologue. On sait que l'addiction est surtout liée à des problèmes psychologiques, voire psychiatriques. Pourtant, pour la majorité des patients l'addiction est avant tout un problème de dépendance chimique. Ainsi si les patients rencontrent volontairement un médecin, ils ne pensent pas avoir besoin d'un psychologue. Inclure un psychologue dans une consultation médicale permet d'ouvrir un espace de parole et de réflexion au patient. Le psychologue va amener le patient vers un travail plus psychique sur la situation, sur son parcours, sur le produit et sur la

dépendance. Cela permet au patient de parler sans s'assumer en tant que personne demandant une aide psychologique. Cela permet également de se décentrer de la plainte somatique, souvent une « plainte-écran » pour le sujet.

- Le médiateur-éducateur. Le rôle de l'éducateur est de poser le cadre. La réduction des risques sera systématiquement abordée (le lieu du travail éducatif). L'éducateur devra se montrer particulièrement vigilant sur la demande du patient. Ainsi, les patients russophones, compte tenu de la culture du soin dans son pays d'origine, ont une demande initiale de sevrage. Il revient souvent à l'éducateur de l'informer que le sevrage n'est pas forcément recommandé et qu'il est préférable de prendre un traitement de substitution.

Malheureusement, la médiation ne marche pas toujours. Il peut arriver que le patient soit méfiant (ce qui est son droit), ceci est d'autant plus fort s'il souffre d'un trouble paranoïaque ou si son parcours migratoire a été difficile. Il est, dans ce dernier cas, difficile pour le patient de faire confiance à un tiers, surtout si celui-ci a le même pays d'origine. La médiation peut également échouer du fait de l'angoisse du professionnel qui peut se sentir exclu de la démarche. Enfin, la médiation est inefficace lorsque l'objectif n'est pas de créer du lien, ce qui est souvent vrai dans le milieu hospitalier.

La médiation a ses limites. La culture de réduction des risques est encore absente dans les pays de l'ex-URSS. La figure du toxicomane y est stigmatisée. Soit il n'existe pas (comme en Russie) soit il existe, mais c'est un criminel. Lorsque les migrants russophones arrivent en France et qu'ils voient le dispositif d'état mis en place pour les aider à avoir accès aux soins, voire à les aider pour s'assumer en tant que toxicomane, ils sont extrêmement méfiants. Cette bienveillance est trop brutale. Lorsqu'ils arrivent dans un CAARUD, ils vont utiliser la barrière de la langue comme un mécanisme de défense. Briser cette défense peut s'avérer assez violent. La médiation ne peut pas être utilisée en cas de délire paranoïaque ou de schizophrénie. Par ailleurs, le choix de l'usager, du professionnel ou de la structure doit toujours être respecté. La médiation n'est jamais obligatoire et ne peut pas être forcée.

● Questions de la salle

Stéphane Richard, éducateur au CAARUD Entracte à Nice, confirme la méfiance des migrants originaires d'Europe de l'Est. Il a toutefois remarqué qu'il était plus facile pour eux de s'exprimer dans une unité mobile que dans un local.

Olga Smirnova abonde dans son sens. Elle intervient à la fois dans les CAARUD classiques et dans les unités mobiles. Le contact n'est pas le même. La mobilité, l'ouverture, la possibilité de partir à tout moment (les discussions se passent dans la rue) facilitent effectivement le contact.

© 10 ans d'accompagnement du public bulgare en CSAPA et en CAARUD à Bordeaux

● Brigitte Reiller
● Krassimira Totcheva,

■ Les particularités de la population bulgare.

Les premiers Bulgares reçus par le CAARUD venaient pour des traitements de substitution, uniquement du Subutex®, avec des posologies très élevées. Ils étaient tous injecteurs et présentaient des complications somatiques (très mauvais état veineux, ulcères, anévrismes) qu'on ne voit que rarement chez les usagers « autochtones ». La population est uniquement masculine.

Brigitte Reiller a constaté que ce public bulgare se déplaçait souvent en groupe. Ils étaient beaucoup plus adaptés que la population locale d'usagers que le CAARUD était habitué à recevoir. De surcroît, ils ne semblaient pas présenter de pathologies psychiatriques graves. Par contre, dès le départ, Brigitte Reiller a été très frappée par l'importance des comorbidités somatiques, notamment infectieuses. Des dépistages ont révélé une forte prévalence au VHC (environ 99 % des usagers) ainsi que des sérologies VIH positives. Le problème de l'annonce du diagnostic s'est rapidement posé. Avec l'aide de Krassimira Totcheva, Brigitte Reiller a annoncé toutes les sérologies positives aux patients.

Ces constats ont amené le CAARUD à engager des partenariats avec :

- La mairie (médiateurs socioculturels).
- Les structures sanitaires (services infectieux, la PASS, l'USCA, le SMPR)
- Les structures médico-sociales (ambulatoire et hébergement)
- Des services d'interprétariat et de droit des étrangers (CIMADE, ASTI).

Krassimira Totcheva est d'origine bulgare. Ses collègues au sein du CAARUD font souvent appel à elle et lui posent de nombreuses questions sur ce public. Des questions auxquelles elle n'arrivait absolument pas à répondre puisqu'il s'agit d'un public d'origine Rom qu'elle connaît très peu, car déjà très marginalisé et précaire dans son pays d'origine.

■ Un voyage en Bulgarie : à la rencontre des populations Roms

Pour chercher des réponses à ces questions, le CAARUD a proposé, en avril 2014, une semaine de stage professionnel en Bulgarie effectuée grâce aux subventions de l'Agence nationale européenne dans le cadre du programme Léonardo. Le stage s'est effectué dans la ville de Peshtera (21 000 habitants) située à 125 kilomètres de Sofia. Les deux quartiers roms se trouvent en périphérie de la ville.

Entre 7 et 9 millions de Roms vivent en Europe aujourd'hui dont environ deux tiers en Europe centrale et orientale. Originaires du nord de l'Inde, ils quitteront la région au 5^{ème} siècle pour s'installer dans les Balkans au 13^{ème} siècle. Ils furent réduits en esclavage pendant 5 siècles, notamment en Roumanie. On distingue trois grands groupes :

- Les Kalés (gitans) qui se sont installés en Espagne, au Portugal et en Turquie.
- Les Manouches qui vivent en Allemagne, en Italie et en France
- Les Roms. Ils sont les plus nombreux. Ils vivent essentiellement en Europe centrale.

Pour comprendre la position sociale et l'identité des Roms en Bulgarie, Krassimira Totcheva distingue trois grandes périodes historiques :

- 1396-1878. La Bulgarie est sous le joug ottoman. Les Roms ont un statut social très faible. Pour tenter de l'améliorer et dans l'espoir d'être mieux traités, ils acceptent de se convertir à la religion musulmane. La religion chez les Roms demeure encore aujourd'hui une question très complexe.

- 1878 -1944. L'État bulgare s'efforce de créer les conditions d'une cohabitation pacifique entre les différentes communautés ethniques du pays. La politique menée est essentiellement centrée sur la sédentarisation des minorités.
- 1945-1989. La politique envers les Roms pendant la période communiste était quelque peu contradictoire. Si le pays souhaite les assimiler culturellement (au travers, notamment, d'une politique de scolarisation forcée et d'assimilation), les mariages mixtes entre les Roms et les Bulgares sont interdits.

Les populations Roms demeurent aujourd'hui très marginalisées en Bulgarie. Ils sont répartis dans des quartiers situés à la périphérie des grandes villes et disposent, de ce fait, de très peu d'infrastructures. Les conditions d'hygiène y sont précaires. Les maisons sont souvent bâties de façon illégale (sans autorisation des communes). L'analphabétisme demeure important et les Roms ont un très faible niveau d'éducation (l'éducation n'est pas considérée comme une valeur). Les spécificités culturelles et les traditions fragilisent cette population comme les mariages (et les grossesses) précoces (entre 14-16 ans) et la pratique du « vol » de la mariée. Les populations Roms ne bénéficient d'aucune aide psychosociale. Ils souffrent du chômage, de la pauvreté et de l'isolation.

La population des Roms est la plus vulnérable en matière de toxicomanie ou de maladies infectieuses. Leur espérance de vie est nettement inférieure à celle du reste de la population. Leur accès aux soins très tardif. Une centaine de personnes seraient concernées par des problèmes d'addiction dans les deux quartiers Roms visités par les équipes du CAARUD. On constate une forte contamination par le VIH chez les usagers de drogues. Beaucoup des contaminations se font en prison. Les détenus y sont dépistés, mais ne sont pas traités

L'équipe du CAARUD rencontre l'association « Malipé » qui regroupe plusieurs médiateurs de santé issus de la communauté Rom. Krassimira Totcheva a appris que cette association avait mis en place un programme de distribution de matériel d'injection stérile. Ce programme a été très mal accepté dans les quartiers Roms, la communauté y voyant une incitation à la drogue. Pour communiquer avec ce public (souvent analphabète), les médiateurs ont développé des méthodes de travail adaptées : utilisation de cartes de jeu avec des messages de prévention, des vidéos, des maquettes du corps humain.

Krassimira Totcheva présente ensuite les tendances de la consommation de drogues en Bulgarie. Le cannabis est la drogue la plus consommée. Il est à noter que la Bulgarie est le 2e pays producteur d'amphétamines (dont la consommation provoque des cas fréquents de psychoses aiguës et sévères).

En 2013, la Bulgarie comptait 30 programmes de substitution (pour 4600 places). On distingue trois types de programmes : public, privé et mixte. Ceux qui disposent d'un financement public sont non seulement les plus difficiles d'accès, mais ils sont également les moins nombreux et les listes d'attente sont très importantes. Des programmes bénéficiant d'un financement mixte (état et usager) ont été mis en place à partir de 2007. Le tarif d'accès est plafonné à un tiers du salaire minimum (175 euros). Les programmes privés n'ont pas de limitation de tarifs.

L'équipe du CAARUD a également visité un service d'inféctiologie. Les traitements VIH sont gratuits et disponibles dans les hôpitaux des grandes villes. Les traitements hépatites sont chers, mais couverts par l'assurance maladie. On constate toutefois, un manque de coordination entre infectiologues, hépatologues et addictologues.

- L'accompagnement au CAARUD des populations bulgares.

Le CAARUD a mis en place un CVS dédié aux populations bulgares. L'objectif n'est pas d'isoler cette communauté des autres usagers, mais de faciliter leur expression. Ces

réunions ont permis de modifier leurs représentations sur les traitements de substitution (ils étaient, au départ, très opposés à la méthadone). Krassimira Totcheva a organisé la projection d'un court métrage pour réunir les usagers bulgares et les usagers français. Des ateliers sont organisés tous les mercredis (un des usagers bulgares est coiffeur et offre ses services à cette occasion). Une usagère française a mis en place des cours de français avec une association. Ces cours ont malheureusement été annulés faute de participation.

En conclusion, Brigitte Reiller remercie toute l'équipe du CEID et ses partenaires pour leur engagement à accompagner cette population.

● Questions de la salle

Michel Gandilhon souhaite savoir comment et pourquoi ces populations Roms se sont installées à Bordeaux. La légende veut qu'ils sont venus travailler pour finir le tramway et qu'ils sont restés. Retrouve-t-on ce type de communauté dans d'autres villes françaises ? Il a noté que les premiers usagers ont été reçus par le CAARUD en 2006. Il a pu lire dans le rapport TREND Bordeaux qu'il s'agissait, dans un premier temps, d'une migration d'hommes jeunes. Comment celle-ci a-t-elle évolué dans le temps ?

Brigitte Reiller confirme que le CAARUD reçoit uniquement des hommes. Effectivement, la population bulgare installée à Bordeaux est très spécifique. On ne peut émettre que des hypothèses quant aux raisons qui les ont poussées à s'installer à Bordeaux.

TABLE RONDE : ENTRE LA FRANCE ET L'AFRIQUE

Discutant : Sandrine Musso, anthropologue, université Aix-Marseille

Pendant 5 ans, Sandrine Musso a conduit une recherche sur les questions liées au sida et aux minorités postcoloniales. Cette recherche l'a amenée sur différents terrains : de la Goutte d'Or à Salon de Provence en passant par le Maroc. Sandrine Musso se propose de dérouler certaines scènes de terrains qui permettront de tirer quelques enseignements généraux sur les liens entre l'addiction et la migration.

■ 1996 : Quartier de la Goutte-d'Or

Sandrine Musso débute sa recherche dans le quartier de la Goutte-d'Or dans le 18^e arrondissement de Paris. Elle y rencontre un grand nombre de personnes et de professionnels. En préparant l'introduction à cette table ronde, elle s'est souvenue que l'une des premières professionnelles qu'elle avait rencontrée était Lia Calvacanti, la fondatrice, avec des jeunes du quartier issus de l'immigration, de l'association Espoir Goutte d'Or (EGO), un des premiers lieux d'accueil pour toxicomanes à Paris. Originaire du Brésil, Lia Calvacanti était éducatrice de rue et a importé en France une nouvelle méthodologie, celle du travail communautaire. Dès lors qu'il est question de migration, le prêt-à-penser nous offre l'image de migrants pauvres qui s'installent dans les pays riches. Mais la démarche de Lia Calvacanti est le symbole d'une autre forme de migration qui concerne les professionnels et qui témoigne de combien le Nord a pu bénéficier d'interventions qui sont nées dans le Sud. La fuite des professionnels de santé, notamment du continent africain, est l'un des phénomènes importants des migrations internationales contemporaines. Mais si on parle de « migrations sanitaires » pour les pauvres (qui viennent « creuser le trou de la sécurité sociale en France ») on parle plutôt de « tourisme médical » lorsqu'il s'agit des riches.

1998 : Casablanca

En 1998, Sandrine Musso se rend au Maroc. Elle croise, à l'Association marocaine de lutte contre le sida, beaucoup de personnes qu'on appelle les victimes de la « double peine ». Cette « double peine » consiste à punir un délit par la peine de prison en y ajoutant une interdiction temporaire du territoire français (3,5 ou 10 ans). Ainsi, des usagers de drogues, souvent par injection, se sont vus (après avoir vécu une grande partie de leur enfance en France) expulsés d'Europe et renvoyés dans le pays d'origine de leurs parents. Il faudra attendre 1997 pour obtenir l'inexpulsabilité des personnes étrangères malades et 1998 pour l'accès à un titre de séjour « de plein droit ».

C'est à Casablanca que Sandrine Musso rencontre Bouchra Alaoui. Son expulsion avait eu lieu en 1996, au moment où elle avait voulu régulariser sa situation administrative et s'était pour cela rendue à la préfecture de son département de résidence. Après quasiment une décennie d'une dépendance à l'héroïne, elle venait d'entamer un parcours de « réinsertion » et suivait un traitement de substitution à la Méthadone. En pleine rupture familiale du fait de son usage de drogue, Bouchra n'a pas réussi à récupérer les papiers administratifs qui lui auraient permis de renouveler son titre de séjour. Elle se retrouve donc expulsée dans le pays d'origine de ses parents, le Maroc. Lors de son arrivée à Casablanca, elle avait trouvé refuge chez un de ses frères. Il n'existait pas de traitements de substitution à la dépendance aux opiacés au Maroc. Bouchra replonge dans des pratiques addictives, cette fois en combinant, du fait de la rareté de l'héroïne et de la cocaïne, la consommation d'alcool avec celle de médicaments et de cannabis. La visibilité de ces pratiques, le fait de fumer des cigarettes en public et ses tenues vestimentaires, sans compter son fort accent français, en firent très vite un sujet de conversation et de vive condamnation morale dans le quartier populaire où elle résidait. Les relations avec son frère aîné devinrent violentes et conflictuelles. Bouchra Alaoui est décédée en 1999. Elle était toujours au Maroc au moment de sa mort, du fait des blocages administratifs liés à la mesure de cinq ans d'interdiction du territoire français prise à son encontre.


En 1999, les traitements de substitution ne sont toujours pas disponibles au Maroc. Ils le sont depuis maintenant trois ans dans les pays du nord. Il faut se rappeler, par ailleurs, qu'en 2001, le directeur de l'Usaid (Agence des États-Unis pour le développement international) déclarait que l'accès aux traitements contre le sida n'était pas envisageable en Afrique. Selon lui, l'observance au traitement ne pouvait guère se réaliser dans des pays où les individus n'avaient pas de montre et ne savaient pas encore lire l'heure.

1999 : La Goutte d'or

Après son séjour à Casablanca, Sandrine Russo retourne à la Goutte-d'Or et fait la connaissance de Mohamed dans un lieu d'accueil bas seuil. Né à Casablanca en 1967, il perd ses parents à l'âge de sept ans. Il est placé dans un orphelinat d'un quartier populaire de la ville avec un de ses frères. Lorsqu'il en sort à l'âge de 18 ans, il a une formation de base en menuiserie, mais il ne trouve pas de travail. En 1988, il prend un bateau en cachette avec un ami. Le bateau arrive à Marseille, puis ils prennent le chemin de la capitale. À Barbès, il retrouve d'anciens amis. Le seul circuit professionnel dans lequel il s'insère est celui du trafic de drogue. Il va lui-même commencer à consommer. Il découvre en 1999 qu'il est contaminé par l'hépatite C. L'annonce de cette maladie lui ouvre la possibilité d'être régularisé. En effet, la loi prévoit la possibilité pour l'étranger dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale de solliciter une carte de séjour temporaire. La délivrance de cette carte de séjour temporaire est conditionnée d'une part par la justification des conséquences d'une exceptionnelle gravité que le défaut de prise en charge médicale pourrait entraîner et d'autre part par l'absence de la possibilité pour l'étranger de bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine. Il n'existe pas de traitement pour l'hépatite C au Maroc en 1999 (il n'en existe toujours pas aujourd'hui)

L'annonce de la maladie entraîne pour Mohamed l'accès à une naissance administrative et, en même temps, à une forme de mort sociale. C'est ce qu'il explique à Sandrine Musso dans un entretien dont elle donne lecture d'un extrait : « Aujourd'hui, j'ai donné mon vrai nom pour essayer d'avoir mes papiers et être soigné. Mais moi, quand je suis venu en France je n'étais pas malade. Et si je rentre malade comme ça, personne ne va m'accepter. Quand t'es malade, là-bas au Maroc, personne ne s'approche de toi. Je ne veux pas qu'ils sachent. Maintenant je ne pourrais plus jamais retourner là-bas avec eux. Je ne peux rien faire. C'est comme quelqu'un qui a le sida, il ne peut pas se marier ni avoir des enfants ». Cet extrait montre combien l'accès à la naissance administrative a cette ambivalence qu'il est aussi, pour Mohamed, une mort sociale et qu'il va signer le deuil d'un retour triomphant au pays. Car les projets migratoires visent un monde meilleur, une forme de réussite sociale. Le désir de migration est également un désir de réussite. La maladie et l'addiction signent l'abandon du projet qui a présidé à la migration.

L'histoire de Mohamed nous apprend comment le dommage au corps physique est devenu la seule légitimité de présence sur un territoire.

 1999 : Rabat

Sandrine Musso assiste aux 10es assises nationales de l'Association marocaine de lutte contre le sida. Elles sont consacrées à la question des trajectoires migratoires et de la maladie. La présidente de l'association demande à Sandrine Musso d'intervenir lors d'une conférence. Elle apprend, en lisant le programme, que les migrants dont il est question ne sont plus du tout les mêmes que ceux dont il était question à la fin des années 90. À cette époque, la figure du migrant était celle de l'immigré expulsé. En effet, les premiers cas de sida enregistrés au Maroc (comme en Algérie ou en Tunisie) sont liés à des personnes expulsées de différents pays d'Europe ou à des aller-retour de travailleurs migrants isolés travaillant en foyer. À ces figures s'est substituée aujourd'hui la figure du migrant africain subsaharien. Comme on le sait, le Maroc est payé pour endiguer les migrations subsahariennes pour qu'elles n'arrivent pas en Europe. Il est remarquable de voir à quel point les figures prises par les migrants viennent dire quelque chose de l'état du monde.

 **Travail de rue à Dakar, Sénégal (programme Expertise France)**

 **Lionel Sayag**

Proses, Saint-Denis

Lionel Sayag présente le travail de compagnonnage qu'il effectue via le GIP Expertise France auprès de l'équipe de rue de Dakar.

L'Afrique de l'Ouest est une zone de transit majeure vers l'Europe. Pendant longtemps, certains ont pensé que ces trafics n'avaient que très peu d'incidences sur les populations sous prétexte que l'Africain ne consommait pas d'héroïne ou de cocaïne et qu'il n'injectait pas. La situation est malheureusement plus compliquée. L'Afrique de l'Ouest est non seulement une voie royale pour une quantité de produits assez massivement consommés en Europe (cocaïne, héroïne, amphétamine et, dans une moindre mesure, méthamphétamine), c'est également un lieu de consommation.

Si les modes de consommation varient d'un pays à l'autre, le contexte répressif est relativement uniforme. Les peines prévues pour l'usage simple de drogues sont de 1 à 3 ans fermes. L'usage d'une petite quantité de cannabis peut conduire à des peines de 6 mois. Les conditions de rétention sont notoirement difficiles (une soixantaine de personnes entassées dans la même pièce) et violentes. Quant aux traitements de substitution, leur disponibilité est

très variable. Rares sont les pays du continent africains qui disposent de programmes de distribution de seringues.

■ L'usage des drogues injectables au Sénégal : un premier état des lieux.

Une enquête a été réalisée, avec l'ANRS, entre 2010 et 2011 pour établir un premier état des lieux des pratiques à risque et de la séroprévalence VIH, VHC et VHB chez les usagers de drogues injectables dans la région de Dakar. Cette enquête avait pour objectif secondaire de démontrer, notamment auprès des financeurs, qu'il y avait nécessité et intérêt pour la communauté et les usagers de drogues de mettre en place une politique de réduction des risques.

Les principaux résultats de l'enquête sont les suivants :

- La population des usages précaires d'héroïne et/ou de cocaïne/crack de la région de Dakar est estimée à 1324.
- 506 usagers ont été inclus dans l'enquête, dont 91,5 % avaient consommé de l'héroïne au cours du dernier mois. 27,5 % des enquêtés s'étaient injectés une drogue au moins une fois dans leur vie et 13,8 % avaient utilisé l'injection au cours du dernier mois.
- Sur les 506 usagers, 86,4 % sont des hommes.
- L'âge médian est relativement élevé : 44 ans pour les hommes et 35 ans pour les femmes.
- 26,8 % des usagers (homme ou femme) ont au moins une fois dans leur vie, échangé un rapport sexuel contre de l'argent ou de la drogue.
- La prévalence du VIH est de 4,4 % vs 0,7 % en population générale. Elle est de 9,4 % chez les usagers de drogues ayant déjà utilisé l'injection vs 2,5 % chez les non-injecteurs. La prévalence du VIH est élevée chez les femmes : 21,1 % pour celles ayant déjà injecté vs 7,5 % pour les autres.
- La prévalence du VHC s'élève à 23,7 % (contre 1 % pour la population générale). Elle est plus élevée pour les usagers de drogues ayant déjà utilisé l'injection (38,9 % vs 18 % pour les non-injecteurs).

■ Le compagnonnage

L'enquête était couplée avec un programme de compagnonnage mis en place en octobre 2012. Il est spécifiquement axé sur le renforcement des compétences de l'équipe mobile et des outils de réduction des risques utilisés par l'équipe dans leurs contacts avec les consommateurs. Il propose et anime en partenariat avec l'équipe un groupe de travail avec les usagers de drogues sur la création d'outils d'information les plus accessibles et acceptables. Le compagnonnage anime également un groupe de réflexion pour discuter des difficultés de terrain rencontrées au quotidien par l'équipe mobile.

■ L'équipe « Outreach »

L'équipe « Outreach » compte une quinzaine de personnes. Elle était composée en partie de personnes ayant participé à l'enquête susmentionnée et qui avaient donc une connaissance des publics et l'habitude de travailler autour des pratiques d'échange sur les modes de consommation et les risques. Cette équipe était, de surcroît, composée en grande partie d'usagers actifs qui avaient, à ce titre, une connaissance très fine des usages et notamment du circuit de vente, de distribution et de consommation. Lors de leur intervention sur le terrain, des binômes sont formés regroupant un travailleur social et un membre de la santé communautaire pour favoriser une dynamique d'alliance et d'échange.

Dans le cadre du compagnonnage, Lionel Sayag est intervenu à Dakar pour renforcer les compétences de l'équipe « Outreach » et les aider à mieux connaître les réalités de l'injection et à définir le matériel adapté aux pratiques de consommation locales.

L'équipe intervient six jours dans quatre zones couvertes de Dakar à Pikine. Le travail se fait en binôme. Les maraudes pédestres sont d'une durée de 1 h 30 ou 2 heures.

L'équipe « Outreach » déploie un ensemble d'actions:

- L'échange et la récupération dans la rue du matériel de réduction des risques (seringues, petit matériel, préservatifs). L'échange se fait de façon classique (bien que le contexte le soit beaucoup moins). L'équipe arrive aujourd'hui à récupérer environ 50 % des seringues. Elle s'appuie sur les dealers ou certains usagers relais pour mettre à disposition le matériel.
- Les causeries. Ces causeries sont organisées sur site d'intervention et au CEPIAD (centre méthadone). Les échanges sur site portent sur le VIH, la réduction des risques, les overdoses, les polyconsommations. Les rencontres organisées au CEPIAD permettent d'aborder d'autres thématiques comme l'estime de soi ou les droits humains.
- Les groupes de parole (méthadone)
- Les interventions auprès des familles. Lorsque les équipes interviennent sur site, elles le font sous le regard de la communauté. Rares sont les usagers qui vivent dans la rue. La majorité est hébergée chez des amis ou, dans la majorité des cas, dans leurs familles. Ainsi, les binômes rencontrent ponctuellement les familles des usagers pour leur expliquer la nature de leurs interventions et leur remettre du matériel de consommation. Avec l'introduction de la méthadone, l'équipe a pu bénéficier d'un véritable soutien de la part des familles qui sont pour la plupart favorables aux traitements de substitution.
- L'accompagnement vers les soins. L'équipe d'Outreach a pour mission d'identifier les personnes malades pour les référencer au CEPIAD afin qu'ils puissent bénéficier de soins ou des dépistages gratuits, voire de l'accès à des médicaments via des ordonnances. L'accompagnement physique des usagers est réalisé tous les jours de la semaine, y compris les weekends.
- Les ateliers au CEPIAD (centre méthadone).

■ Le programme Outreach : la suite...

Les femmes constituent un groupe à risque. De nouvelles actions devront être déployées pour les atteindre. Elles sont aujourd'hui majoritairement des usagères de crack ce qui oblige les équipes à développer des actions la nuit. L'équipe éprouve également des difficultés pour atteindre les populations jeunes, beaucoup plus méfiantes. Lionel Sayag insiste également sur la nécessité de rencontrer les détenus aux vues des conditions déplorables de détentions.

Lionel Sayag insiste enfin sur la nécessité de capitaliser et partager l'expérience du Sénégal avec les pays de la sous-région (Burkina, Mali, Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée).

Lionel Sayag passe la parole à Bertrand Lebeau.

Bertrand Lebeau se propose de faire un focus sur le programme méthadone mis en place au Sénégal. Il avait été contacté en 2007 par Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (ESTHER) pour faire du compagnonnage en vue de l'ouverture d'un centre méthadone à Dakar. La méthadone avait été choisie pour des raisons financières et parce que les intervenants sénégalais s'inquiétaient des éventuels mésusages de la buprémorphine. Bertrand Lebeau ajoute qu'il n'y a pas de sécurité sociale au Sénégal.

À l'époque, seulement deux médecins psychiatres de Dakar – Tabara Sylla et Idrissa Ba – avaient suivi un DU d'addictologie à Paris. C'est auprès de ces deux personnes que Bertrand Lebeau est intervenu dans un premier temps pour expliquer ce qu'est la méthadone. Il a particulièrement insisté sur la question de l'initialisation (un programme similaire avait été déployé à Tanger et plusieurs décès avaient été déplorés).

Bertrand Lebeau a détecté plusieurs problématiques. Les intervenants n'avaient aucune idée du niveau de pureté de l'héroïne consommée à Dakar. Par ailleurs, les personnes attendaient ce programme méthadone avec une telle impatience, persuadées qu'elle allait métamorphoser leur existence. Le programme risquait, à ce titre, de créer beaucoup de désillusions. Afin d'éviter de retrouver de la méthadone sur le marché noir, le centre avait décidé d'être ouvert 7 jours sur 7 et qu'aucune distribution ne se ferait à domicile. Bertrand Lebeau a tenté d'expliquer que cette organisation était probablement trop lourde. Il admet aujourd'hui s'être trompé. De surcroît, un programme de distribution à domicile sera mis en place prochainement.

Le programme méthadone rencontre aujourd'hui un grand succès. Le CEPIAD est devenu aujourd'hui le premier centre d'addictologie d'Afrique de l'Ouest. Bertrand Lebeau espère que la palette de l'offre en termes d'addiction sera étendue (Tabara Sylla envisage de mettre en place un programme spécifique dédié aux problématiques liées à l'alcool).

Questions de la salle


Olga Smirnova souhaite connaître le projet thérapeutique prévu pour les personnes substituées à la méthadone. Ces personnes sont-elles orientées vers un traitement à vie ou un sevrage ?

Bertrand Lebeau confirme qu'il existe dorénavant au Sénégal des gens sous méthadone, avec ses avantages et ses inconvénients. Sur la durée des traitements, il avait insisté auprès des équipes pour leur faire comprendre que ces traitements seraient longs, voire très longs.

Marie-Claire Sanya, psychologue social, confirme les fortes attentes en Afrique vis-à-vis de la méthadone, considérée comme un produit magique.

LE CANNABIS : DU RIF À LA CANEBIÈRE

Kenza Afsahi, économiste, Lille

 Une brève histoire du cannabis au Maroc

Le kif est l'appellation marocaine du plant de cannabis. Il signifie « bonheur suprême » en arabe. L'introduction du cannabis au Maroc remonte probablement au 7^e siècle dans le sillage des conquêtes arabes à travers l'Afrique du Nord. Les premières dates, toutefois, datent du 9^e siècle. Les Arabes ont intégré le cannabis dans différents domaines et en ont fait différents usages. Ils l'ont utilisé à des fins alimentaires, sous forme de céréale. Ils l'ont également utilisé à des fins techniques, que ce soit pour l'éclairage ou la fabrication de textile. Suite à la bataille de Talas (8^e siècle) entre des troupes abbassides et les troupes chinoises de la dynastie Tang, les Arabes apprennent des prisonniers chinois le secret de fabrication du papier à partir du chanvre. À partir du 12^e siècle, le cannabis sera utilisé à des

fins médicinales, comme sédatif ou comme anesthésiant. Il a aussi rempli des fonctions religieuses. Il est utilisé, dans un premier temps, par les mystiques soufis qui ont propagé et popularisé la consommation dans la population générale.

La culture du cannabis est pratiquée partout dans le Maghreb. Les premiers espaces de culture se situent dans le Constantinois (nord-est de l'Algérie), en Kabylie et en Tunisie. Au Maroc, il est cultivé sur l'ensemble du territoire, du nord au sud, dans les jardins, les potagers, jamais à grande échelle. Ce n'est qu'au 18^e siècle que la région de Ketama, située dans le Rif central, devient la principale zone de culture au Maroc.

En 1912, et jusqu'à l'indépendance en 1956, le Maroc est partagé en deux zones : l'une est sous occupation française, et l'autre, espagnole. Le Rif central étant sous tutelle espagnole, La France crée la Régie des Tabacs et du Kif et développera la culture de cannabis au-delà du Rif, dans le Moyen Atlas (Marrakech), dans le Gharb (Kenitra) et au nord de Fez. Les Espagnols n'ont pas créé de régies et toléreront la culture dans le Rif pour s'attirer la sympathie des tribus. Pendant le protectorat, deux marchés se feront donc concurrence : un marché de monopole et un marché de contrebande.

Ce n'est qu'à partir des années 60, que les cultivateurs du Rif commencent à produire le cannabis en quantités importantes, ceci pour répondre à une plus forte demande, notamment européenne. De nouvelles technologies sont introduites dans la région et le kif est transformé en haschisch. Les versions divergent quant à savoir qui a introduit ces techniques. Pour certains, ce sont les hippies européens et américains. Pour d'autres, ce sont des intermédiaires algériens à la recherche de possibles espaces de culture, suite à l'interdiction de la production de kif dans leur pays.

Pendant les années 70, le haschisch marocain jouit d'une excellente réputation. Une nouvelle classe de migrants – des intermédiaires marocains – émerge à cette époque. Certains s'installent aux Pays-Bas et participent à la renommée du Ketama. Ce haschisch a longtemps été apprécié par les Européens pour sa légèreté. Il contenait moins de THC que les produits libanais ou afghans. Les cultures vont donc s'étendre et dépasser l'espace historique. Elles atteignent les 10 000 hectares à la fin des années 70.

Pendant les années 80, le Maroc profite de l'état de guerre au Liban et en Afghanistan pour intensifier sa production et gagner de nouvelles parts de marché. Les superficies vont augmenter à 25 000 hectares au milieu de la décennie. Les cultures vont s'étendre à d'autres provinces et les superficies vont croître jusqu'à 134 000 hectares en 2003 (pour une production de haschisch estimée de 3080 tonnes). En 2005, la culture va commencer à baisser à la suite d'une période de sécheresse, mais également suite à des campagnes locales de communication.

Comment les cultivateurs procèdent pour répondre à la demande ? Pendant toute cette période, les cultivateurs augmentent leur production de haschisch et les réseaux de distribution se renforcent. Ils cherchent de nouvelles terres fertiles. Ils sont encouragés par l'introduction de nouvelles variétés par des trafiquants originaires du Liban, et notamment des variétés qui se suffisent à l'eau de pluie. Au départ, les cultures seront disséminées dans les forêts (les sols sont réputés riches en humus). Les forêts seront donc sauvagement défrichées pendant les années 80. Les cultivateurs vont ensuite chercher à cultiver près des points d'eau afin d'augmenter les rentabilités à l'hectare ainsi que les taux de THC. Ils modernisent les systèmes d'irrigation par le creusement de puits et l'achat de pompes. Ils utilisent également des engrais chimiques et des pesticides de manière intensive. Les cultivateurs investissent dans le traçage de pistes non goudronnées nécessaires au transport du cannabis. L'organisation est entièrement bouleversée.

L'industrialisation du haschisch au Maroc a atteint ces limites ces quinze dernières années. La production de cannabis en grande quantité entraîne la baisse des prix de la matière première (cannabis brut) qui passe de 110 à 30 dirhams. La surabondance du produit entraîne une perte de son attractivité. Les surfaces avaient atteint une masse critique en 2003. Mais depuis cette date, le gouvernement a commencé à afficher une politique rigoureuse qui tendait à réduire de plus en plus les surfaces cultivées. Les médias font régulièrement état de saisies de cannabis, d'éradications des cultures et d'arrestations de producteurs ou d'intermédiaires. Suite aux répressions exercées sur les cultivateurs, les surfaces cultivées de cannabis auraient atteint 47 500 hectares en 2011.

Le goût des consommateurs européens a évolué. Alors que le haschisch était très prisé au départ, certains consommateurs lui préfèrent l'herbe aujourd'hui (pour différentes raisons pas toujours rationnelles). Ils veulent, par ailleurs, des produits à forts taux de THC. Parallèlement, la culture de cannabis a augmenté en Europe. On note l'arrivée d'une culture d'auto-consommation, mais également d'une culture industrielle bénéficiant de véritables laboratoires de recherche. Les consommateurs européens ont désormais à disposition des produits diversifiés qui concurrencent fortement le haschisch marocain.

Il convient alors de noter qu'après ce fléchissement, le marché marocain a su réagir grâce aux informations fournies par les intermédiaires qui ramènent de nouvelles graines au Maroc. Depuis environ une dizaine d'années, on observe l'apparition de nouvelles variétés hybrides de cannabis permettant aux cultivateurs de produire un haschisch à une plus forte teneur en THC (15 % contre 8 % traditionnellement). Ces nouvelles variétés ont progressivement remplacé la variété locale. Or elles nécessitent beaucoup plus d'eau, d'entretien et de fertilisants. Ce qui amène les cultivateurs à moderniser à nouveau les techniques de culture.

Les nouvelles variétés d'hybrides proviennent, dans un premier temps, des Pays-Bas ou de Belgique. Le développement de variétés hybrides a une longue histoire dans ces pays. Certaines variétés ont été importées d'Espagne où les graines sont vendues légalement. Les paysans marocains essayent de cultiver ces variétés sur des petites parcelles de terre. Si le résultat est satisfaisant, la culture se propage dans d'autres villages. Les graines, alors qu'elles étaient traditionnellement offertes, sont désormais vendues. Elles font partie désormais du coût de production du haschisch.

Ces nouvelles variétés ont modifié l'appellation traditionnelle du kif, que les paysans nomment aujourd'hui la bledia (« l'authentique », « celle du bled »). Le mot « kif » est de moins en moins prononcé par les cultivateurs, qui établissent une distinction entre le plant d'origine, qui a tendance à disparaître, et les nouvelles variétés. Les hybrides sont désignés par des noms mettant l'accent sur leur pays d'origine. Ils s'appellent gaouriya (l'européenne en argot marocain), pakistania ou mexicana. La variété la plus répandue en 2013 s'appelle « graine de moutarde ». Elle ne plaît pas aux paysans locaux qui n'apprécient pas son goût. Elle est en passe d'être remplacée par la gaouriya.

Les variétés hybrides ont modifié le processus de production au Maroc. Le calendrier de culture et de transformation a changé. Le besoin en main-d'œuvre et en ressources naturelles a également changé. Les expérimentations des variétés hybrides (conçues pour la culture en intérieur) ont eu pour conséquence de fragiliser les sols. Les cultivateurs sont obligés de puiser dans les nappes phréatiques qui s'épuisent progressivement. En 2014, dans certains villages historiques, les sols épuisés par des années d'exploitation ne fournissent plus les rendements attendus. La répression orchestrée par le gouvernement envers les cultivateurs continue et les Marocains ouvrent le marché vers l'Afrique.

Pour terminer son exposé, Kenza Afsahi présente ensuite plusieurs photographies prises dans le Rif.

● Questions de la salle

Un intervenant souhaite savoir si le gouvernement marocain poursuit sa politique de répression.

Kenza Afsahi lui répond que si la répression des cultivateurs a diminué depuis le Printemps arabe, les arrestations des trafiquants ont augmenté. Si un paysan est arrêté dans un village, le risque de révolte est important. L'arrestation d'un trafiquant, au contraire, n'entraîne aucune tension dans les populations locales. Sachant que certains trafiquants voient même leur arrestation comme un signe de prestige. Le Rif, par ailleurs, n'est pas une région violente. Les paysans ne sont pas armés et le gouvernement est tenté de respecter la culture du cannabis, vue comme une tradition de la région.

Interrogée sur l'implication des femmes dans la culture du cannabis, Kenza Afsahi indique qu'elles se sont énormément impliquées, notamment lorsque les surfaces ont été augmentées dans les années 60. Elle ajoute que les femmes fument rarement du haschisch. En revanche, elles consomment le kif sous forme de gâteau appelé le maajoun.

NOUVEAUX PUBLICS, NOUVEAUX BESOINS : ET MAINTENANT ?

Discutant : Albert Herszkowicz, médecin de santé publique, Paris

Débat avec le public en présence de :

Anne Borgne, présidente du RESPADD

Julien Bouvret, vice-président du RESPADD

Jean-Pierre Couteron, président de la Fédération Addiction

Xavier Aknine, référent du pôle Médecin Généraliste Addiction, Fédération Addiction.

Albert Herszkowicz ouvre ce dernier débat de la journée. Les différents exposés de ces deux journées, et notamment ceux de la matinée, ont montré que les structures et les associations ont pris la mesure des enjeux du soin aux personnes migrantes. Elles ne se contentent pas de déployer une « clinique de l'addiction », mais commencent à réfléchir, depuis quelques années déjà, au contexte anthropologique et sociologique de la migration, aux traumatismes qui peuvent y être associés et aux problèmes de langage.

Albert Herszkowicz demande aux quatre intervenants à ce débat d'aborder, lors de leur allocution, trois questions :

- L'accent doit-il être mis sur la réduction des risques ou doit-elle également intégrer une démarche de soins à la personne ?
- Comment s'articulent les questions médicales et sociales ?
- Quelle est la place de la médiation culturelle et des intervenants qui partagent une communauté de langage et d'imaginaire avec les personnes prises en charge ?

Avant de lancer le débat, Anne Borgne tient à préciser que cette table ronde est organisée par le RESPADD en partenariat avec la fédération Addiction. Le thème de la discussion a été choisi conjointement par le RESPADD et la Fédération Addiction.

Pour Julien Bouvret, le thème de ces journées – migrations et addictions – lui évoque celui de la rencontre. Comment peut-on rencontrer l'autre ? Où peut-on se rencontrer ? Comment les soignants peuvent-ils se rendre accessibles à l'autre ? Sachant que l'un des principaux écueils est de considérer la migration uniquement pour elle-même et de ne pas la considérer comme la composante d'une singularité. « La migration n'est pas rien. Elle n'est pas tout, non plus ». Les intervenants doivent fluctuer dans cet entre-deux ; entre ce tout et ce rien. L'intervention se veut le miroir des personnes migrantes vivant entre deux pays, entre deux cultures, deux statuts et parfois deux temporalités (celle de l'action et celle de l'attente).

La rencontre ne peut se faire uniquement physiquement. La rencontre doit être basée sur une relation. Cette relation, ce lien qu'on arrive à nourrir avec l'autre, repose, dans un premier temps en tout cas, sur la reconnaissance. Axel Honneth, un philosophe de l'école de Francfort, nous explique que « la reconnaissance c'est la relation à soi-même, au travers du regard d'autrui ». Il ajoute que « pour reconnaître l'autre, il faut lui conférer une valeur sociale ». Hier, dans les débats de la fin de journée, il était justement question de cette valeur que l'on donne à l'autre. On pourrait penser que c'est parce qu'on connaît une personne qu'on la reconnaît. Axel Honneth nous apprend que c'est l'inverse. Il faut d'abord reconnaître une personne pour la connaître. Cette reconnaissance doit être signifiée à l'autre.

Julien Bouvret est responsable d'un CSAPA et d'une ELSA (les deux structures étant portées par un CHS) à Dole. Cette démarche de reconnaissance est au centre des actions qui sont menées au sein de ces structures. Ainsi dans une volonté de s'ouvrir à l'autre, une partie des équipes s'est engagée dans une formation en ethnopsychiatrie. Dans le même ordre d'idée – et il y en a beaucoup été question ces deux jours – le CSAPA, comme l'ELSA, peuvent s'appuyer sur une quinzaine d'interprètes, tous personnels paramédicaux ou socioéducatifs. Car, bien évidemment, l'intérêt, lors d'une intervention, est non seulement de comprendre l'autre, mais également de se faire comprendre, surtout lorsqu'il s'agit de co-construire un projet avec la personne qui est accueillie.

Afin de venir en aide aux publics les plus précarisés, les structures développent une démarche « d'aller-vers ». Cette démarche est double. Il s'agit, bien évidemment, d'aller vers les usagers. Le CSAPA a ainsi conventionné des permanences au sein des centres d'hébergement pour rencontrer les personnes. La démarche « d'aller-vers » ne concerne pas uniquement les usagers et s'adresse également aux professionnels. Il s'agit de comprendre la logique de l'autre, sa logique de travail. Les structures ne sont qu'un maillon de la chaîne. Lorsqu'il s'agit de migration, lorsque la principale préoccupation d'une personne est de savoir où manger, le soin est bien souvent secondaire. Le CSAPA s'efforce de tisser des liens avec d'autres professionnels. C'est à ce titre que le centre participe tous les mois à la réunion de veille sociale qui regroupe le CCAS, l'APAS, les centres d'hébergement. Julien Bouvret insiste sur l'importance des réseaux, car ils favorisent les rencontres. Ces rencontres se font sur des temps décontextualisés, autour de l'échange de pratiques ou des logiques de travail. Comme Albert Jacquard nous le rappelle : « nous sommes le lien que nous tissons ».

Anne Borgne se propose de présenter deux vignettes cliniques. La première concerne un jeune Malien de 14 ans souffrant d'une drépanocytose sévère et suivi à l'hôpital de Bondy. Anne Borgne l'a connu à travers le prisme de sa consommation de tabac. Ce jeune garçon était plutôt passif. Le lien a été difficile à mettre en place. Le suivi a été très long. Cela d'autant plus qu'à la consommation de tabac s'est rajoutée celle du cannabis. Il a suivi ce chemin tristement classique que l'on connaît : déscolarisation et deal de drogue pour

financer sa consommation. L'été, sa mère l'envoie vivre deux mois chez sa grand-mère dans un village au Mali où il arrête toute consommation. Dès son retour à Bondy, il reprend ses habitudes. Ces passages aux urgences pour des crises drépanocytaires aiguës sont devenus de plus en plus fréquents. C'est au cours de ces nombreuses hospitalisations qu'il a développé une appétence jugée anormale par les équipes du service interne pour les antalgiques. Anne Borgne voyant la situation de ce jeune garçon se dégrader décide de rencontrer, accompagnée par une psychologue, sa mère pour évaluer le contexte familial. Lors de la consultation, la mère s'emporta et se mit à hurler que son fils allait la tuer, qu'elle allait bientôt mourir. Plus elle criait, plus le fils se recroquevillait jusqu'à se rouler en boule sur sa chaise. Sa mère lui tournait le dos, hurlant. Elle n'arrivait même plus à parler à son fils. Face à cette situation, Anne Borgne décide de contacter un spécialiste en ethnopsychiatrie pour organiser une consultation. Malheureusement, le fonctionnement hospitalier est complexe et rigide. Le temps d'obtenir un rendez-vous, le jeune homme était décédé aux urgences d'une crise drépanocytaire. Anne Borgne a suivi ce garçon pendant 5 ans. Elle ne disposait malheureusement pas des armes adaptées pour l'aider.

Le second cas concerne un homme polonais âgé de 40 ans souffrant d'alcoolodépendance. Anne Borgne ne sait pas grand-chose sur son passé. Il ne racontait que ce qu'il voulait bien raconter. Toutefois, elle a compris qu'il avait précipitamment quitté la Pologne, il y a cinq ans, après avoir égorgé son beau-frère (probablement sous l'effet de l'alcool). C'est peu dire qu'il faisait peur à tout le monde dans l'établissement de santé dans lequel il était hébergé. Pourtant, toutes les personnes qui ont osé l'approcher convenaient qu'il était plutôt avenant. En liaison avec son alcoolodépendance, cet homme souffrait d'une pancréatopathie aiguë. Il a été hospitalisé pour une pause de cathéter en vue d'améliorer l'inflammation de son pancréas qui entraînait des douleurs massives pour lesquelles il prenait des doses de morphinique absolument phénoménales (des doses qu'il était impossible de diminuer tant il souffrait). Son hospitalisation avait été programmée pour trois jours. En fait, il a fugué et a quitté l'établissement l'après-midi après son opération (sans morphine !). Anne Borgne savait qu'elle ne pouvait pas tout comprendre du passé certainement difficile et violent de ce patient. Sa situation sociale est très compliquée. Il ne dispose pas de logement (il est hébergé dans l'établissement de santé depuis 2014). Il est sans papier. Il est recherché pour meurtre par toutes les polices d'Europe. Il ne voit plus ses enfants depuis son arrivée en France il y a 5 ans et souffre d'un grand manque affectif (comme en témoigne l'affection qu'il porte aux soignants de l'établissement de santé). Pour conclure, Anne Borgne fait observer que le cadre hospitalier, qu'il soit privé ou public, n'est pas adapté pour traiter la totalité de l'accompagnement dont ont besoin de tels patients.

Jean-Pierre Couteron est psychologue clinicien. Il a travaillé pendant trente ans dans le quartier du Val Fourré, à Mantes-la-Jolie. Il est issu d'une famille de quatre enfants de la bourgeoisie toulousaine. Ces parents étaient professeurs de Lettres classiques. Il a eu une enfance heureuse et paisible. Il n'a jamais été battu. Ses parents n'ont jamais divorcé. Lorsqu'il arrive fraîchement diplômé en psychologie pour prendre son poste dans un établissement du Val Fourré il est sous le choc. Il y a trente ans, le Val Fourré était un quartier dynamique. C'était déjà un lieu de brassage de populations et de cultures. On peut alors parler d'une véritable rencontre. Une rencontre que Jean-Pierre Couteron a ressentie de l'intérieur. Jeune psychologue, il sortait d'une université où il avait appris les fondements de l'analyse lacanienne. C'est donc armé des grands principes lacaniens (le grand autre, le petit autre) qu'il arrive dans ce nouveau « point de rencontre ». Il comprend assez vite que les outils qu'on lui avait enseignés (un enseignement qu'il ne rejette pas) ne l'aidaient pas dans sa pratique. Jean-Pierre Couteron subit un troisième choc. Celui d'un jeune patient d'origine algérienne qui lui explique que dans sa culture on dit que « c'est un choc qui te fait rentrer dans les problèmes, c'est un choc qui te fait sortir des problèmes ».

Jean-Pierre Couteron se propose de répondre aux trois questions posées en introduction de la table ronde par Albert Herszkowicz. Comment s'articulent les questions médicales et

sociales ? Pour certains patients, il faut aborder en premier les questions sociales, voire parfois économiques et familiales. Pour d'autres les questions médicales sont primordiales. En fait, Jean-Pierre Couteron estime que le soin ne doit pas s'appuyer sur des protocoles préétablis. Il faut s'employer, dans la mesure des moyens dont on dispose, d'ouvrir aux patients « la porte par laquelle ils ont envie de rentrer ». De tels propos peuvent paraître frappés du bon sens. Pourtant, ils ne sont pas toujours appliqués. Ainsi, le centre pour lequel il a travaillé a depuis été repris par un établissement hospitalier qui impose à nouveau aux professionnels de santé d'appliquer des protocoles et organise des parcours de soins immuables.

Quelle place donner à la réduction des risques et au soin à la personne ? Jean-Pierre Couteron rappelle que la réduction des risques a été adoptée très récemment dans les structures. Elle a même été parfois mal ressentie. Elle a été l'objet de nombreux débats dans les établissements de santé. Le changement n'est pas si naturel et il est très difficile à implanter. Ce qui fut d'ailleurs le cas pour le CAARUD qui a été aménagé dans le secteur du Val Fourré. Certaines des actions de réduction des risques déployées dans le quartier ont été mal perçues par certaines populations qui y voyaient une incitation à la drogue. Jean-Pierre Couteron se rappelle avoir rencontré des mères de famille africaines qui l'accusaient d'être « passé du côté du diable », d'être du côté de ceux qui emportaient leurs enfants, de les avoir trahies. Malgré ces réactions, Jean-Pierre Couteron a toujours été confiant que la réduction des risques permettait d'ouvrir des trajectoires nouvelles, d'accompagner autrement les patients. Sa rencontre avec la réduction des risques a été très formatrice. Il n'en demeure pas moins que le débat est loin d'être bouclé et que le chemin est encore long à parcourir. Lorsqu'il a quitté le Val Fourré, les dernières études montraient que certaines communautés ne s'adressaient pas aux secteurs de soins dès lors qu'ils étaient identifiés comme pratiquant la réduction des risques. A contrario, ces mêmes communautés préféraient s'adresser directement aux établissements hospitaliers, rentrer par une porte anonyme et essayer de faire traiter leur addiction sans que l'on sache que c'était justement un problème d'addiction cela qui les avaient amenés à consulter.

Quelle est la place de la médiation culturelle et des intervenants qui partagent une communauté de langage et d'imaginaire avec les personnes prises en charge ? Pour répondre à cette question, Jean-Pierre Couteron reprend le premier cas clinique présenté par Anne Borgne. Il a effectivement connu des familles qui pour traiter les problèmes d'addictions de leurs enfants les envoyaient plusieurs mois dans leur village d'origine. Effectivement, ces jeunes, sous haute surveillance, ne consommaient plus pendant plusieurs mois, ce qui pour les parents tenait quasiment du miracle. Lorsqu'ils revenaient en France, dans leur quartier, ces jeunes redéveloppaient une addiction, parfois plus sévère. Ceci entretenait dans les esprits des familles que c'était le quartier qui était mauvais, qu'il apportait le malheur, et qu'il existait là-bas, un paradis perdu vers lequel il fallait revenir tout en sachant que cela était impossible.

Après « trente ans de bons et loyaux services », Jean-Pierre Couteron a quitté le Val Fourré. Il travaille aujourd'hui dans un établissement à Boulogne-Billancourt. Il rencontre des parents normaliens, polytechniciens. Des parents qui viennent à deux dans les consultations et s'inquiètent de l'état de santé de leur enfant qui a fumé trois joints. Cette nouvelle expérience a permis à Jean-Pierre Couteron de mesurer l'écart entre les quartiers de nos villes ; un écart qu'il est très difficile de combler dans des postures qui ne resteraient que des postures cliniques.

Xavier Aknine se propose d'aborder les trois questions posées par Albert Herszkowicz, mais sous l'angle de la médecine générale. Pour cela, il va s'appuyer sur un travail de thèse qu'il a dirigé il y a quatre ans avec un interne de médecine générale, Rafik Khaled. Cette thèse repose sur une étude transversale établie à partir de la patientèle de deux cabinets de médecine générale à Aubervilliers et à Saint-Ouen et a permis de revisiter le profil des

patients migrants. Xavier Aknine est installé lui-même depuis 11 ans à Gagny dans un quartier très marqué par l'immigration maghrébine, et plus récemment africaine. Le phénomène de la migration, rappelle-t-il est mouvant et continue d'évoluer. La thèse montre d'ailleurs, que ce phénomène est très intense dans certains quartiers et qu'il est à l'origine de concentrations qui peuvent mettre en difficulté un certain nombre de professionnels, dont les médecins. Ainsi, à titre d'exemple, Aubervilliers est la ville de France qui concentre le plus d'étrangers. Lorsqu'un médecin s'installe à Aubervilliers, il ne fait pas le même travail que son homologue à Boulogne ou à Versailles.

Ce travail de thèse a été mené en 2011. L'enquête transversale s'est appuyée sur un échantillon de 250 personnes dont le critère d'inclusion était d'être né à l'étranger et d'être arrivé en France à partir du 1^{er} janvier 2000. Le questionnaire d'enquête a été traduit en mandarin, bengali et arabe. L'enquête montre que la population émigrante a évolué. L'étude regroupe plus de 34 nationalités. On note, parmi la population, une augmentation (+ 32 %) des personnes originaires d'Europe orientale.

Elle montre également une augmentation du nombre de patients migrants qui consultent en médecine générale, tout particulièrement en Seine Saint-Denis. 60 % des patients interrogés ont un médecin généraliste. Elle renvoie au rôle majeur de celui-ci comme acteur de soin de premiers recours. Contrairement aux idées reçues, un migrant, lorsqu'il arrive dans un territoire, ne se précipite pas dans un hôpital ou un CAARUD. Il consulte en premier un médecin généraliste.

L'enquête a également permis d'actualiser les données épidémiologiques et sociodémographiques. Il est montré que la population étudiée, celle des patients migrants, souffre énormément d'isolement social. L'isolement (34 % des adultes) et la présence d'au moins un enfant à l'étranger (pour 28 %) contribuent à la détérioration de l'état de santé psychique ressenti avec la migration. Cette population est très marquée par la précarité, y compris 10 ans après leur arrivée en France. Les années passées en France ne sont donc pas un signe de progrès pour ces personnes, mais, au contraire, témoignent d'une dégradation, autant du point de vue social que psychique.

L'enquête souligne que les patients migrants souffrent essentiellement de troubles psychiques. Ces troubles, qui se sont aggravés après l'arrivée sur le territoire français, touchent essentiellement les hommes qui constituent un groupe surexposé à la précarité sanitaire et sociale.

Ces patients ne disposent pas toujours de carnets de santé, ce qui n'est pas sans poser des difficultés aux médecins généralistes. La barrière de la langue est un obstacle important et plus de 50 % des patients migrants ne sont pas en capacité de s'exprimer en français et ont besoin d'une tierce personne pour exposer leur situation. L'étude souligne, à ce titre, le manque patent d'interprétariat professionnel.

Au niveau de l'accès au soin, l'enquête montre que 45 % sont bénéficiaires de l'AME et 35 % de la CMU. 9 % des patients interrogés ne disposaient d'aucun droit et 18 % avaient, au moins une fois, essuyé un refus de soins (y compris à l'hôpital). Le durcissement politique de l'accès aux soins pour les personnes en séjour irrégulier en France tout comme le peu d'empressement des principaux pays hôtes à ratifier des mesures protectrices minimales à leur égard soulève la question du respect du droit à la santé.

Même si le contexte économique ne s'y prête pas, la thèse propose plusieurs mesures et préconisations pour améliorer la situation des patients migrants. Plusieurs recommandations portent sur la santé psychique. Il est, par exemple, recommandé que les médecins généralistes s'inscrivent dans un réseau avec les CMP et les acteurs de la santé psychique. Les relais communautaires, par ailleurs, doivent être activés de manière beaucoup plus

efficace. L'étude préconise également le déploiement d'une action de sensibilisation en direction des médecins généralistes. Le COMEDE pourrait tout à fait jouer ce rôle. Plusieurs mesures devront être mises en place pour que les migrants qui arrivent en France bénéficient d'un minimum d'actions de santé. Un examen médical ciblé pourrait, par exemple, être pris en charge par l'État.

Pour conclure, Xavier Aknine insiste sur les refus de soins qui posent un problème déontologique insupportable en France et en Europe. L'irrégularité de la situation dans laquelle se trouvent certains migrants ne justifie en rien qu'ils soient privés de leur humanité et de leurs droits. Rafik Khaled conclut sa thèse en invitant la France (et d'autres pays industrialisés) à ratifier enfin la convention internationale sur la protection des droits des travailleurs migrants et de leurs familles.

Questions de la salle

Un intervenant souligne l'influence des aspects environnementaux sur les conduites addictives, notamment chez les migrants. Car on peut migrer par amour pour un pays, pour une personne. Mais de nombreuses personnes émigrent par obligation.

Une intervenante, ancienne médecin généraliste dans les quartiers nord de Marseille, revient sur la question des refus de soins, lesquels sont bien évidemment inadmissibles. Or, elle rappelle que le médecin généraliste est souvent isolé. Il devient rapidement un bouc émissaire. Il ne faut pas laisser les médecins gérer seuls cette question. Des microstructures ont été créées à ce titre, à Marseille avec des psychologues et des assistantes sociales qui peuvent se déplacer pour accompagner les médecins généralistes. Par ailleurs, elle estime que le paiement à l'acte est devenu caduc. Pour finir, l'intervenante fait observer que les maisons de santé sont l'avenir de la médecine de proximité. Elle a exercé au sein d'un centre mutualiste et c'est dans ce cadre qu'elle a pu, avant 1995, accueillir des usagers de drogues.

Xavier Aknine partage absolument les propos tenus. L'exemple des microstructures illustre tout à fait le travail de réseau qu'il invite à développer. Il partage également la réflexion sur le paiement à l'acte.

Toujours sur la question des microstructures, Patrick Padovani rappelle – et regrette – que celles-ci ont été abandonnées par l'ARS et supprimées. Pourtant, elles offraient sur Marseille et sur l'ensemble du département un service d'appui considérable aux médecins généralistes qui prenaient en charge ces publics.

Albert Herszkowicz estime, pour sa part, que les microstructures comme toutes autres formes de réseaux ou d'associations jouent un rôle considérable. Les patients ont besoin de toute la palette des offres de soins disponibles. Comme cela a été dit précédemment, certains ne veulent aller qu'à l'hôpital. D'autres refusent de mettre les pieds dans un CSAPA. D'autres au contraire sont très attachés à ce genre de structure. Il regrette profondément la suppression des microstructures. Plus généralement, il souligne que tout ce qui a été acquis ne doit pas être détruit. La disparition de ces structures constitue un véritable retour en arrière et ne peut qu'aggraver l'isolement de certains professionnels de santé.

Serge Longère profite de l'occasion pour remercier Patrick Padovani pour le soutien qu'il a apporté aux microstructures pendant plusieurs années ; un dispositif indispensable et incontournable pour tous ceux qui travaillent dans l'addictologie. Toutefois, il précise qu'il existe encore trois microstructures à Marseille. Elles sont, bien évidemment, en danger et Serge Longère a abordé ce point récemment avec la Présidente de la MIDELCA.

Jean-Pierre Couteron rappelle que le discours officiel favorise l'évolution des pratiques de soins. L'objectif est donc de faire émerger des nouvelles façons de fonctionner en

rapprochant les différents acteurs et en les mettant dans des postures de complémentarité. Mais il s'agit du discours officiel. Le discours réel veut que « chacun se bat pour son financement, chacun panique pour son budget ». Toute action qui viserait à effacer les frontières du champ professionnel sème un véritable vent de panique qui saisit y compris les plus altruistes qui préfèrent sécuriser leur champ plutôt que de l'ouvrir aux autres. Malheureusement, les logiques budgétaires prennent toujours le dessus.

Un intervenant, responsable du pôle addiction de l'Aude pour le groupe 'SOS solidarité', fait la distinction entre le milieu rural et le milieu urbain. La ville de Castelnaudary ne disposait que d'un seul médecin capable de prescrire des traitements de substitution. Le jour où ce médecin a eu un problème personnel, aucun autre médecin de la ville n'a été en mesure de prendre en charge sa fille active qui s'est retrouvée dans l'obligation de partir à Carcassonne.

Michel Delcroix évoque pour sa part sur la question de l'accessibilité aux soins des femmes migrantes enceintes, et notamment pour la prise en charge de l'arrêt du tabac. Les traitements ne leur sont pas accessibles, si ce n'est d'un point de vue financier. Le moment n'est-il pas venu de rembourser intégralement les substituts nicotiques, notamment pour toutes les femmes enceintes.

Albert Herszkowicz rappelle, sur ce point, que la difficulté n'est pas tant celle du remboursement puisqu'il est prévu pour les femmes enceintes, que celle de l'avance des frais. Une expérimentation est d'ailleurs menée en ce moment qui consiste à donner une certaine somme d'argent à des femmes enceintes qui acceptent de voir un tabacologue pendant leur grossesse.

Sans remettre en question le besoin de soigner les patients migrants en France, un intervenant insiste sur la nécessité aujourd'hui de former les personnes dans les pays de départ des immigrés pour prendre le problème de l'addiction à la source. Les dispositifs qui pourraient être mis en place devront, bien évidemment, prendre en compte les coutumes locales.

Albert Herszkowicz abonde dans son sens. Il rappelle, à ce sujet, les exemples présentés aux cours de ces journées, qu'il s'agisse du CAARUD de Bordeaux ou des dispositifs mis en place à Dakar.

CONCLUSION

 **Anne Borgne**, présidente du RESPADD

Anne Borgne souhaite faire un rappel des quelques points forts de ces journées organisées avec le Bus 31/32. Lors du pré-colloque consacré à la ville de Marseille, les discussions ont permis de souligner la précarité des usagers de drogues marseillais ainsi que la forte prévalence du VHC dans cette population. Si les structures sont nombreuses, leur nombre est néanmoins insuffisant devant l'ampleur de la problématique. Anne Borgne rappelle aux participants l'organisation le 26 juin de la journée de lutte contre la guerre à la drogue.

De l'intervention de Philippe Pujol, Anne Borgne a retenu une phrase : « Les règlements de comptes ne sont pas une problématique sécuritaire ou policière, mais une problématique sociale ». Alain Tarrus a proposé une histoire passionnante des flux migratoires et a mis l'accent sur cette nouvelle mondialisation vers le bas, ce nouveau commerce « poor to poor ».

Lors de la première table ronde, Pierre-Pascal Vandini a partagé avec l'assistance son expérience dans différents pays, certains en guerre, où il a rencontré des populations traumatisées par les conflits. Il a terminé son intervention en évoquant Calais, cette nouvelle zone de non-droit. François Baulay et Odile Jacmain ont ensuite présenté deux projets de proximité déployés en Belgique (LAMBDA et DASS) auprès de demandeurs d'asile et de personnes en situation d'extrême précarité.

Lors de la deuxième table ronde, Brigitte Reiller et Krassimira Totcheva ont raconté le voyage qu'elles ont réalisé en Bulgarie pour rencontrer et comprendre les populations Roms qu'elles reçoivent dans le CAARUD de Bordeaux. Catherine Péquart et Olga Smirnova ont présenté l'équipe BOCIEK du CAARUD Charonne. Dans leur intervention, elles ont établi une distinction entre le rôle des traducteurs et celui des médiateurs.

La troisième table ronde était consacrée plus particulièrement à l'Afrique. Lionel Sayag a présenté un programme de réduction des risques mis en place à Dakar au Sénégal. Bertrand Lebeau a évoqué l'introduction de la méthadone dans ce même pays.

Anne Borgne précise que les 22es rencontres du RESPADD auront lieu à Paris, les 15 et 16 juin prochains. Elles seront consacrées aux troubles cognitifs liés à la consommation de produits.

● **Nathalie Joannard**, bureau des pratiques addictives, Direction générale de la santé

Nathalie Joannard clôt le propos en remerciant le RESPADD, ses partenaires et l'ensemble des participants pour ces deux belles journées organisées dans un environnement exceptionnel. Elle insiste sur la grande qualité et la richesse des interventions proposées témoignant de la complexité de ces situations et conditions souvent critiques de prises en charge et d'accompagnement dès lors que les référents culturels, religieux ou encore idéologiques des patients sont différents des nôtres et déterminants dans l'accès aux soins et l'observance. Elle mesure aujourd'hui, grâce à ces rencontres, l'ampleur de la mission et les efforts réalisés par les équipes de terrain, leurs difficultés et la force de leur engagement et salue leur créativité et leur militantisme pour un accès aux soins équitable et juste pour tous.