

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 68 / 3^e trimestre 2012

Édito / 24

« **Insite** »
porte-drapeau pour lutter
contre la guerre anti-drogue / 2

La misère serait-elle
moins pénible au soleil ? / 5

L'ouverture
de salles de consommation
est un débat éthique / 8

Bientôt
une salle de consommation
à moindre risque à Paris ? / 15



/ 11

L'îlot Chalon,
le « ghetto » parisien de la drogue
du début des années 1980 / 17

**Oser aborder un sujet
sensible : le trafic** / 22

« Insite »

porte-drapeau pour lutter contre la guerre anti-drogue

Pierre Chappard / Coordinateur du Réseau français de réduction des risques

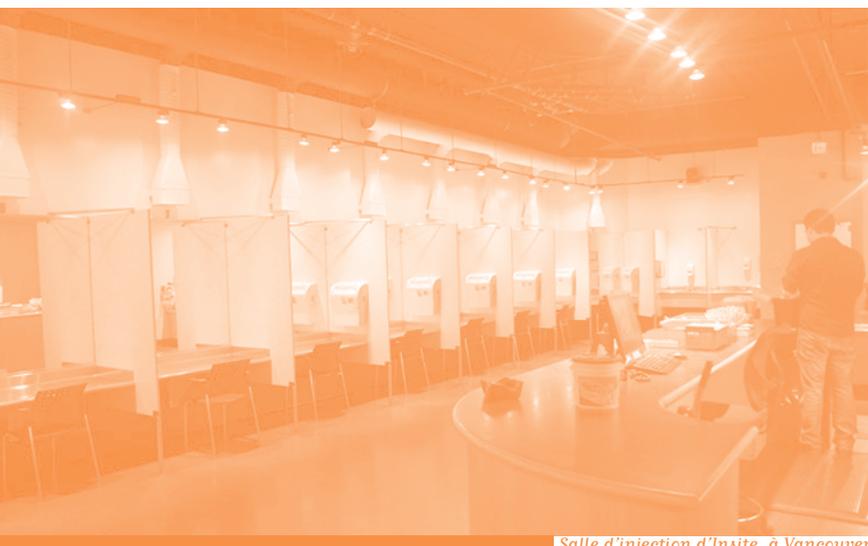
Vancouver, ville portuaire mondialisée, la plus importante de l'ouest canadien, située dans la province de la Colombie-Britannique, à la frontière des États-Unis. C'est ici que la seule salle d'injection supervisée (SIS) d'Amérique du Nord, Insite, a ouvert en 2003, au grand dam des États-Unis...

À la fin des années 1980, à Vancouver, les usagers de drogues sont ravagés par le sida et les overdoses (OD). Comme dans toutes les villes européennes mondialisées, se développent des scènes ouvertes de consommation et de deal d'héroïne, notamment dans le quartier le plus pauvre du Canada, le *Downtown Eastside*. Grâce au travail de plusieurs associations, un véritable mouvement social et culturel va naître en faveur de la réduction des risques et des salles d'injection supervisée (SIS) à Vancouver. « Ça commence en 1990 avec une conférence sur la réduction des risques *Out of harm's way*. The Carnegie Community Action Project, l'organisateur, invite des Américains et des Européens pour parler de réduction des risques sous une grande tente de cirque, dans un parc, dans le quartier du Downtown Eastside » explique Sarah Evans, ancienne manager d'Insite. « Puis, il y a le travail de l'association d'usagers de drogues de Vancouver "VANDU" (Vancouver Drug User Union). En 1994, ils ouvrent un site d'injection illégal, *The Black Alley*, qu'ils gèrent eux même pendant dix ou onze mois. La gestion de la salle par une association d'usagers ne tient pas dans la durée, mais l'idée

d'une SIS est née. Et, surtout, il y a le PHS (Portland Hotel Society) Community Services Society (PHS), une organisation non gouverne-

mentale de logement progressiste très puissante qui commence à faire du lobbying en direction des politiques »¹. En 1997, le taux de nouvelles infections au VIH dépasse celui de toutes les autres villes du monde occidental. Le maire conservateur, Philip Owen, s'engage alors dans la politique suisse des quatre piliers et commence à militer pour les SIS. Mais son parti politique, en désaccord, le tue politiquement en désignant un autre candidat à la mairie. Le parti conservateur subit alors un échec complet aux élections municipales et, finalement, en novembre 2002, Larry Campbell, membre d'un parti de gauche, devient maire après avoir promis d'ouvrir une SIS. Le mouvement s'accélère ensuite. En réaction à l'inaction du gouvernement fédéral, un collectif d'associations communautaires de réduction des risques ouvre une salle non autorisée, dans le quartier d'Eastside. Parallèlement, le PHS commence à construire Insite. Une fois construite, il l'utilise comme un site de démonstration pour convaincre les politiques. Il persuade le ministre fédéral de la Santé, Allan Rock, qui accorde une dérogation à la loi sur les stupéfiants, permettant ainsi de consommer dans la salle. Le PHS ouvre Insite en septembre 2003 en cogestion avec le Vancouver Regional Health Authority. Quelques jours plus tard, la salle illégale est fermée par la police.

¹ Chappard P, Couteron JP. *Salle de shoot, les salles d'injection supervisée à l'heure du débat français*. Édition La Découverte. À paraître en février 2013



Salle d'injection d'Insite, à Vancouver



Porte d'entrée d'Insite

L'expérience d'Insite

En pénétrant dans Insite au 139, East Hasting Street, la première chose qui frappe, c'est l'absence de vigile, contrairement à la plupart des salles de consommation européennes. « La priorité ici, c'est la construction de la relation de confiance et le contact humain » affirme Russ Maynard, coordinateur du programme, qui nous accueille. « D'ailleurs, ici, les règles ne sont pas affichées, elles sont expliquées oralement, et nous expliquons à quoi elles servent ». La structure est ouverte de 10 heures du matin à 4 heures du matin, 365 jours par an. Une fois dans la salle d'entrée, les usagers montrent ce qu'ils vont consommer et donne un pseudo. Les usagers se dirigent ensuite vers la salle d'attente. Quand une place d'injection se libère, ils sont appelés par un membre de l'équipe. Pas de gestion de la file d'attente avec des panneaux électroniques, comme dans les salles de Genève ou Bilbao, là encore, la relation humaine est privilégiée. « Ça demande une grande attention de la part des professionnels pour la gestion de la file d'attente, et s'il y a quelqu'un qui est en manque, il a la priorité » explique Russ Maynard. Avant de s'injecter, les usagers doivent se laver les mains. Ils se rendent ensuite à un bureau au centre de la pièce où un membre de l'équipe leur donne le matériel d'injection et leur indique l'un des douze postes d'injection. Ils peuvent s'injecter ce qu'ils veulent (majoritairement héroïne, cocaïne, mais aussi et de plus en plus de l'Oxycontin®) dans n'importe quel endroit du corps. Et surtout, pour ne pas être contraints de se presser et rater l'injection, ils peuvent prendre le temps qu'ils veulent. Les postes d'injection sont bien éclairés, séparés par des grands panneaux. Ils sont composés d'une surface en métal facilement nettoyable, d'un container pour mettre son matériel usagé et d'une large glace, qui a deux fonctions. « Elle permet aux professionnels de voir ce que font

les usagers sans les déranger. Mais elle permet aussi aux usagers de voir ce qui se passe derrière sans difficulté et sans parano. C'est très important pour des personnes qui ont l'habitude de se shooter dans les allées, toujours en alerte, à surveiller leurs arrières ! » précise Russ Maynard. Si les usagers n'arrivent pas à s'injecter, les infirmières gèrent une petite salle pour leur apprendre à trouver leur veine, et qui peut également servir de salle de réanimation. En cas d'OD, elles peuvent administrer de la naloxone par voie nasale, ce qui a l'avantage de ne pas avoir à trouver une veine chez des personnes qui n'en ont souvent plus. Si l'OD est plus grave, l'équipe appelle les urgences. Deux cents OD ont lieu chaque année dans ces murs, sans qu'aucune d'elles n'aient été fatales.

Une fois l'injection terminée, les usagers se rendent au *chill out* (salle de détente), tenu par des pairs, qui servent le café, discutent, conseillent. Ils peuvent y rester autant de temps qu'ils veulent, et s'ils souhaitent se faire une nouvelle injection, ils doivent sortir et repasser par la porte d'entrée.

Trois catégories de professionnels travaillent à Insite : les travailleurs sociaux, payés par les PHS, les travailleurs médicaux (infirmiers et médecins), rémunérés par le Vancouver Regional Authority, et les travailleurs pairs, payés par Line, une émanation de VANDU.

Depuis 2003, Insite a beaucoup grandi. En 2006, Onsite, une « cure de désintoxication », s'est installé au premier étage. Onsite est né parce que les sevrages proposés dans la ville ne convenaient pas à la majorité des usagers d'Insite : il fallait « montrer patte blanche », attendre plusieurs semaines... Ici, la priorité n'est pas le sevrage, mais de proposer une pause de la rue, d'entamer un traitement méthadone, voire un sevrage, si l'utilisateur le souhaite. Les usagers peuvent rester une heure ou une semaine, et ils sont accueillis à chaque fois qu'ils en font la demande. « Même si les usagers ne restent qu'une heure, ce geste est mis en valeur, pour ne pas les décourager de recommencer » complète Russ Maynard.



Un an plus tard, le deuxième étage a accueilli une posture, un pied-à-terre pour les usagers qui ont fini la « detox » mais qui sont en attente d'un futur logement.

Cette intégration d'une salle d'injection et de services de sevrage sur le même site géographique est exemplaire. Elle montre à quel point les soins et la réduction des risques ne sont pas opposés, et à quel point les salles de consommation ne sont pas ces impasses que dénoncent les opposants.

Insite, figure de proue de la recherche

L'autre particularité d'Insite est de s'être allié, avant même que le projet commence, avec une équipe de chercheurs de l'université de Colombie-Britannique (BC Center for Excellence in HIV), menée par Julio Montaner et Thomas Kerr. Grâce à des études de cohortes qu'aucune autre équipe n'a pu réaliser, ces chercheurs ont apporté des preuves irréfutables de l'intérêt des SIS. Les données de leurs recherches ont été publiées dans des revues médicales prestigieuses. La dernière étude, parue dans le *Lancet* en 2011, montre qu'Insite réduit de 35 % les OD mortelles autour de la salle, prouvant de manière rigoureuse ce dont tout le monde se doutait. Une autre étude, publiée en 2007, montre que les demandes de sevrage et de substitution ont augmenté de 30 % quand la salle s'est installée en 2003, ce qui indique qu'elle est aussi une porte d'accès aux soins pour des usagers pourtant marginalisés et exclus du système.

Ce sont ces études incontestables qui ont permis de sauver Insite face à l'opposition des États-Unis et du gouvernement conservateur canadien Harper arrivé au pouvoir en 2007. La réduction des risques, accusée de saper la guerre contre la drogue, est attaquée par le gouvernement fédéral des États-Unis depuis les années 1980. Insite, à la frontière des États-Unis et porté aux nues par le milieu américain de la réduction des risques, est vu comme une provocation par le pays de la tolérance zéro. Dès son ouverture, en 2003, les États-Unis ont critiqué cette mesure, leur consulat à Vancouver se tenant en première ligne. En 2008, l'OICS (Organe international de contrôle des stupéfiants) ordonne au gouvernement canadien de fermer Insite sous peine d'être accusé d'hérésie en matière de politique des drogues. Enfin, un câble révélé par Wikileaks, en octobre 2011, nous apprend que

le gouvernement américain demande directement, en novembre 2009, au gouvernement canadien d'agir de manière plus déterminée pour fermer Insite.

La Cour suprême dit oui à Insite : une voie pour l'ouverture de nouveaux centres d'injection supervisée

Mais le gouvernement Harper, aussitôt élu, n'avait pas attendu les Américains pour essayer de faire fermer Insite par tous les moyens. Comme souvent en Amérique du Nord, ce conflit sera tranché devant les tribunaux. En septembre 2012, la Cour suprême canadienne tranche finalement en faveur d'Insite et ordonne au ministre de la Santé fédéral, de maintenir ouvert ce centre d'injection supervisée. Elle appuie son jugement sur l'article 7 de la Charte des droits et libertés, qui stipule que les citoyens ont droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de leur personne. Fermer Insite serait « violer le droit fondamental des usagers de drogues à obtenir des services de santé et mettrait leur vie en danger ». Pour la Cour, Insite a sauvé des vies, sans provoquer une hausse des méfaits liés à la consommation de drogues et à la criminalité dans les environs.

Ce jugement de la Cour suprême ouvre la voie à d'autres villes, comme Toronto, Victoria, Montréal ou Québec, qui se préparent à installer les SIS qu'elles avaient en projet. Et à San Francisco ou à New York, on se prend à espérer que les salles de shoot clandestines des programmes d'échange de seringues connaissent, un jour, le destin d'Insite...

Mais, aujourd'hui, ce qui menace le plus Insite est... son succès. Au départ du projet, 700 personnes fréquentaient le centre chaque jour. Ils sont plus de 1 300 aujourd'hui. Alors que l'opinion vancouveroise est favorable à 70 % à l'existence d'Insite, Russ Maynard affirme : « Il n'est plus possible de faire notre travail correctement. Nous travaillons à ouvrir un deuxième lieu. » Mais en pleine crise mondiale, il n'y croit pas beaucoup lui-même. C'est un nouveau combat qui s'annonce...

La misère serait-elle moins pénible au soleil ?

Brigitte Reboulot / Crips, PACA

En 1994, l'Observatoire régional de la santé confirmait dans son enquête que les toxicomanes séropositifs au VIH étaient plus nombreux en région PACA. Quatre ans plus tard, Entractes ouvre ses portes à Nice et se transforme en Caarud en 2006. Neuf cent usagers, 18 000 passages et 100 000 seringues distribuées en 2011, et pourtant, sous couvert de problèmes de cohabitation avec les habitants du quartier, la mairie de Nice a annoncé la fermeture d'Entractes pour le 31 octobre 2012. Mais s'agit-il seulement de la tranquillité des riverains ?

À partir de 1992-1993, les premiers lieux d'accueil à bas seuil pour usagers de drogue se sont mis en place en France. En 1994, l'enquête de l'Observatoire régional de la santé souligne que « c'est en PACA que les toxicomanes séropositifs au VIH sont les plus nombreux avec une prévalence estimée dans cette population entre 37 % et 46 % ». La moitié des cas de sida déclarés à cette époque dans le département des Alpes-Maritimes sont liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse.

Histoire de la boutique Entractes : pas vraiment un long fleuve tranquille

Il faut pourtant attendre mars 1998 pour que la boutique d'Entractes ouvre ses portes à Nice, dans des locaux mis à disposition par la mairie de Nice, sous les bons auspices d'un comité de pilotage réunissant le préfet, le directeur de la police, le procureur, l'adjoint au maire délégué à la santé et nombre d'acteurs œuvrant dans la lutte contre le sida, la réduction des risques et la prise en charge de la toxicomanie.

Transformée en Caarud (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) depuis 2006, Entractes a accueilli, au cours de l'année 2011, 900 usagers, avec près de 18 000 passages, plus de 100 000 seringues distribuées, une file active quotidienne de 80 à 90 personnes. Bien sûr, ces

quatorze années n'ont pas été un long fleuve tranquille, elles ont été émaillées d'incidents avec les riverains, impliquant parfois des débordements dans la presse locale. Plusieurs initiatives du comité de quartier ont mobilisé les hostiles, parfois déplacé les élus. Une seringue abandonnée sur un trottoir qui se fiche malencontreusement dans une tong défraie la chronique dans la presse locale à l'été 2011. Mais au cours de ces années, les nuisances aux riverains ont plutôt été contenues par l'équipe du Caarud grâce à la présence des éducateurs dans et devant le centre. Depuis plusieurs années, un immeuble jouxtant le Caarud est squatté, entretenant l'amalgame entre incivilités et actes de malveillance des squatteurs et fonctionnement du centre. Bien sûr le nombre d'usagers fréquentant le dispositif aurait justifié un local plus vaste. Plusieurs pistes ont été évoquées, vite abandonnées devant la difficulté de concilier la situation en centre-ville pour être accessible à ce public marginalisé et tous les points sensibles des différents quartiers.

L'utilité sociale et sanitaire est reconnue par tous les acteurs de santé publique, à la fois par la qualité de l'accueil des usagers en grande précarité et aussi par la diminution des contaminations par le VIH : dans le département des Alpes-Maritimes, les usagers de drogue ne représentent plus que 2 % des nouvelles séropositivités de 2003 à 2011.



Coup de tonnerre le 20 juillet 2012 ! C'est à la Une de *Nice-Matin* dans un communiqué de presse du maire que l'équipe d'Entractes apprend que le Caarud doit fermer ses portes à la fin de l'été !

Quelle mouche a piqué Christian Estrosi ?

Officiellement, il « *refuse que les riverains continuent à subir les nuisances générées actuellement en termes de salubrité et de sécurité publiques* ». Dans l'entourage du maire, on explique que « *la drogue, ça répond à la loi du marché, de l'offre et de la demande : si on ferme le lieu d'accueil, les usagers partiront et il n'y aura plus de problème de drogue à Nice* ». Le conseil d'administration de la fondation ACTES demande à son personnel d'être discret et pense arranger le problème en allant discuter au cabinet du maire. Mauvaise pioche.

Peu à peu les langues se délient, « *il y a urgence à nettoyer le quartier à cause du programme immobilier* ». Bouygues a racheté le squat, et le dernier propriétaire de l'immeuble où est situé le Caarud vient de conclure un accord pour céder ses appartements. Reste le Caarud dans des locaux municipaux. Et la mairie a promis de vendre.

L'Agence régionale de santé (ARS) est aux abonnés absents. Le délégué territorial a omis de se rendre à la réunion proposée par le maire et se retrouve mis devant le fait accompli.

Les associations, la Coordination régionale de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH), réagissent dans la presse. La mairie se dit prête à trouver une solution et propose fin septembre une délocalisation dans un quartier éloigné à l'est, par un nouveau communiqué de presse précisant l'adresse de ce nouveau local. On aurait voulu déclencher la vindicte des futurs riverains qu'on ne s'y serait pas pris autrement ! Comité de quartier et copropriétaires se mobilisent, manifestent avec l'avalanche des commentaires habituels « *bien sûr que c'est nécessaire, mais pas chez nous* », « *les drogués on n'en veut pas, on laissera pas faire* ». Le 4 octobre, après une manifestation de protestation où des habitantes s'étaient enchaînées aux grilles de l'immeuble, Christian Estrosi fait machine arrière, renonce à déménager le Caarud et confirme la fermeture. Éric Ciotti, président du conseil général et monsieur Sécurité de l'UMP, vient à sa rescousse, considérant que « *ces centres n'ont pas leur place en milieu urbain et recommandant que ces structures soient à l'avenir installées en milieu hospitalier* ». On est loin de la circulaire de janvier 1995, cosignée par Simone Veil et Philippe Douste-Blazy, préconisant « la mise en place de lieux de contact avec les toxicomanes les plus marginali-

sés. Ils ne visent pas à une prise en charge des problèmes de dépendance et ne sont pas, à ce titre, à confondre avec les centres de soins. Ils constituent davantage une aide à la vie quotidienne de toxicomanes actifs dans des aires géographiques de concentration de cette population ».

Les réunions qui ont suivi ont entériné un projet de lieu d'accueil à l'intérieur du nouvel hôpital Pasteur 2 en construction, dont l'ouverture est prévue pour début 2014. Et pour 2013, un dispositif transitoire avec une équipe mobile, « *mais surtout sans maraude au centre-ville* ».

Fin octobre, dans un ultime ressaut, les présidents de AIDES et du COREVIH PACA alertent le cabinet de Marisol Touraine. Lettre morte.

Un beau gâchis ! Comment en est-on arrivé là ?

Un cumul de circonstances et de défaillances.

Une mairie très loin de la santé publique : on est loin de l'ancienne équipe municipale dont l'adjoint au maire, professeur de génétique, lui aussi, avait suivi les traces, à petits pas certes, de Jean-François Mattei, le monsieur sida-toxicomanie de Marseille. Mais tout de même, une boutique, un distributeur de seringues, maintenant on le sait, c'était déjà bien. Pour Christian Estrosi, la décision unilatérale et le communiqué de presse font office de concertation. Sécurité et rénovation immobilière viennent en contrepoids des objectifs de santé publique.

Une fondation bien sous tous rapports : ACTES, très vieille association niçoise, autrefois appelée Patronage Saint-Pierre, « la SARL du social » avec plus de 300 salariés qui tirent ses subsides à 80 % des collectivités territoriales, mairie et conseil général, souvent par des conventions de gré à gré. La fondation ACTES s'est engagée dans la lutte contre le sida et la toxicomanie par la porte de la grande précarité, à une époque où les subventions publiques étaient pléthoriques. À l'origine du projet de la boutique, elle avait été un gage de respectabilité pour ceux qui regardaient avec réticence certaines associations s'occuper d'usagers de drogue sans exiger au préalable qu'ils sortent de leur addiction. Au moment du conflit, son manque de conviction dans la réduction des risques l'a empêchée de se battre publiquement contre les décisions arbitraires, injustifiées et graves de conséquences des élus locaux.

Une ARS désengagée : jusqu'en 2010, dans cette région particulièrement touchée, un programme régional spécifique était consacré à la lutte contre le sida. Depuis, le programme régional de santé publique se décline par entrées populationnelles. Un axe peu prioritaire, des subventions en baisse. La réduction des risques liés à

l'usage de drogue, qui a prouvé son efficacité en termes de contamination par le VIH, n'a jamais, au cours des quinze dernières années, été mise à l'honneur par les services de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) puis de l'ARS PACA. Un manque regrettable qui aurait pu motiver les élus locaux. L'existence des Caarud, inscrite dans la loi du 9 août 2004 (art. L. 3121-5 du code de la santé publique) n'a pas été défendue. Elle ne dépend pourtant pas de la compétence municipale. L'octroi d'un budget complémentaire pour le loyer d'un local adéquat aurait pu pallier la fin de mise à disposition par la mairie.

Le 31 octobre, **Entractes a fermé** dans l'indifférence et le silence assourdissant des services de l'État

Reste le petit Caarud de prévention et soin des addictions (PSA) récemment installé près du port. Vingt places pour les usagers à problème, quel que soit le produit, souvent l'alcool. La clientèle n'est pas la même. Les rapports sont courtois avec les travailleurs sociaux et les éducateurs d'Entractes. Mais les usagers y vont peu, n'y trouvent pas leur place. Également mis sur la sellette cet été, PSA tente de se faire oublier par crainte de passer aussi à la trappe.

Et l'équipe d'Entractes ? En attendant l'octroi d'un véhicule adapté pour l'équipe mobile, c'est avec une voiture et deux scooters qu'ils continuent de diffuser matériel d'injection et conseils aux usagers dans le centre-ville.

Les vigiles du centre commercial voisin signalent, depuis la fermeture, qu'ils trouvent tous les matins une cinquantaine de seringues dans les sacs des issues de secours.

Un nouveau directeur vient d'être nommé à l'ARS PACA. Le délégué territorial rêve de rejoindre le pôle de cohésion sociale du « 9-3 ».

Les usagers sont posés sur les marches de Notre-Dame par dizaines. Toute la journée. Régulièrement délogés par les puissants jets d'arrosage haute pression (Kärcher ?) des services municipaux du nettoyage.

Et demain, pour que la loi de la République s'applique aussi à Nice, on fait quoi ?

Abonnement

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

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

À retourner à l'association Pistes, service des maladies infectieuses, hôpital Tenon, 4 rue de la Chine, 75020 Paris

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail

L'ouverture de salles de consommation est un débat éthique

Élisabeth Avril / Directrice de l'association Gaïa-Paris

La mise en place de salles de consommation est une étape supplémentaire dans la politique de réduction des risques, elle pose des questions éthiques, sociales et économiques complexes. Que doit-on faire ou ne pas faire pour les usagers ? La consommation n'est pas le seul symptôme à prendre en compte, ces structures permettront de répondre à cet enjeu d'éthique sociale, une éthique du moindre mal, du préférable, du gain de chance et du vivre ensemble. Certains élus parisiens ont déjà pris position pour ce dispositif : la première salle devrait ouvrir en 2013 près de la gare du Nord.

En France, le questionnement des intervenants sur les salles de consommation existe depuis l'essor de la réduction des risques dans le pays, c'est-à-dire le milieu des années 1990. Le retard pris par rapport aux autres pays européens et le fondement essentiellement médical et tourné vers l'abstinence de cette politique de réduction des risques « à la française » n'ont pas permis la structuration et l'évolution de ce débat. De même, l'information objective de l'opinion publique et des professionnels du champ social est difficile, trop souvent la médiatisation de l'usage de drogues aborde la problématique de façon populiste. Le soin, avec l'objectif final de l'abstinence, est mis en avant et a occulté pendant de nombreuses années les débats. Que doit-on faire ou ne pas faire pour les usagers, qui restent malgré tout consommateurs, les anciens, les nouveaux, qui s'enfoncent dans la précarité et la désaffiliation sociale. Les salles de consommation répondent à cet enjeu d'éthique sociale. C'est une éthique du moindre mal, du préférable, du gain de chance et du vivre ensemble. La salle de consommation permet de mettre en place une stratégie de recherche de contact des usagers, qui tente de rompre l'isolement créé par le processus pathologique de la dépendance. Ce contact permet un accès aux personnes en grande difficulté. Le contact étant rétabli, un travail global peut être mené avec la personne. Cet accompagnement social et médical n'est pas centré sur un symptôme : la consom-

mation. Il s'agit de prendre en considération les besoins élémentaires des usagers avec toutes les contraintes en présence (absence de logement, absence de droits, précarité sociale et affective, etc.), l'usage de drogues faisant partie de ces contraintes. L'évolution vers une amélioration de la qualité de vie et de la santé globale est alors possible. Les détracteurs de ce dispositif voient dans les salles de consommation un lieu de relégation, de non-respect des lois de la République et de laisser-faire. D'autres y voient une certaine forme de laxisme qui s'opposerait à la volonté de « s'en sortir ». D'après cette frange de l'opinion, il serait encore crédible de défendre l'existence d'un monde sans drogues. D'autres encore défendent la théorie de l'incitation, il suffirait à un jeune d'entendre parler d'un tel lieu pour qu'il se transforme, comme « par contagion », en un usager de drogues en errance. Les salles de consommation seraient des exemples nocifs pour la jeunesse. Deux visions du monde social s'opposent : la dépendance comme processus pathologique GLOBAL et la dépendance comme conséquence des mauvais choix de l'individu. Dans le premier cas, il s'agit d'une éthique sociale acceptant de prendre en compte des stratégies, comme celle de la salle de consommation à moindre risque (SCMR), qui permet de sauver des vies ; dans l'autre cas, il s'agit d'un abandon des « addicts » à la loi du marché, la responsabilité de « s'en sortir » leur incombe et ne doit pas nuire au reste

de la société. La réponse devient alors essentiellement répressive, en pensant la contrainte comme salvatrice, la répression protège l'individu et la société.

Salle de consommation à moindre risque : qu'est-ce que c'est ?

Une salle de consommation à moindre risque est un lieu d'accueil pour les usagers de drogues en situation de précarité et dont le mode de vie et les consommations donnent lieu à des rassemblements urbains dits « scènes de consommation ». Ces structures, qui existent dans plusieurs pays européens, au Canada et en Australie, ont d'abord été pensées pour répondre aux usagers de drogues injecteurs d'opiacés, le plus souvent d'héroïne, dans les années 1980. Avec le développement des consommations de cocaïne par voie injectable et fumable, sous forme de « crack » ou cocaïne base dans les années 1990-2000, nombre de ces accueils se sont transformés et proposent des espaces supervisés d'injection et d'inhalation, parfois même la voie nasale peut faire l'objet d'un espace spécifique (Quai 9 à Genève). Ces structures sont hétérogènes en qualité et en moyens, elles se sont construites selon les besoins du terrain, la réduction des risques étant fondée sur des réponses pragmatiques aux besoins identifiés. Elles proposent au minimum un lieu d'accueil, de convivialité et de repos et un espace ou des sous-espaces dédiés aux consommations sous la supervision de personnel qualifié. Le plus souvent, la structure est insérée dans un réseau de services, qui permet un continuum de prise en charge qui va de la rue au rétablissement d'un état de santé, au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La salle de consommation doit offrir des prestations sociales telles qu'un accueil convivial, un espace de repos et de collation, des informations et orientations concernant les démarches sociales visant à réintégrer le droit commun, un accompagnement dans ces démarches par un travailleur social qualifié. Des prestations de soins telles que des soins infirmiers, des conseils et informations concernant les risques liés aux pratiques de consommation et aux drogues, une consulta-

tion médicale, une possibilité de dépistage et de *counselling* des hépatites et du VIH grâce aux tests de dépistage rapides avec possibilité de confirmation sérologique en cas de dépistage positif, une orientation et un accompagnement vers les services médicaux spécialisés.

Paris, comme d'autres grandes villes européennes, a vu le rassemblement d'usagers de drogues dans certains quartiers dès la fin des années 1970 et le début des années 1980. Ces lieux se sont déplacés au cours des années –

plus souvent en réponse à la pression policière ou à l'évacuation de squats – pour se concentrer essentiellement dans le nord-est parisien. En 2012, les quartiers des gares du Nord et de l'Est (10^e arrondissement), certaines parties des 18^e et 19^e arrondissements, dont la porte de la Chapelle et les boulevards extérieurs, le quartier de Stalingrad sont les scènes de consommations publiques de drogues. Les drogues les plus consommées et vendues sont le crack, les médicaments détournés de leur usage (Skénan[®], Subutex[®]), l'héroïne et la cocaïne. Les populations consommatrices sont mouvantes sur ces quartiers et s'entrecroisent. Ainsi, le quartier de la gare du Nord est un lieu de consommation par voie intraveineuse (Skénan[®], Subutex[®], héroïne, cocaïne), les quartiers de Stalingrad, jardins d'Éole, porte de la Chapelle sont plutôt des lieux de consommation par voie fumable (crack essentiellement). Cela engendre des problèmes dans la vie des quartiers : usagers qui consomment dans les cages d'escaliers, les toilettes publiques, entre deux voitures, dans les lieux publics à la vue des passants et du voisinage ; comportement antisociaux ; violence ; matériel de consommation abandonné sur la voie publique, dans les halls d'immeuble. Cela entraîne également des problèmes dans les Caarud¹ et Csapa² ; les usagers, ne sachant pas où aller, vont consommer dans les toilettes ou devant les établissements sur la voie publique pour les fumeurs.

Différents publics susceptibles de fréquenter une SCMR peuvent être identifiés à Paris, ces personnes ont en commun, outre le fait d'être usagères de drogues, un profil souvent marqué par la précarité, une forte morbidité psychiatrique et un usage de multiples substances³. À Paris, 77% des usagers rencontrés sont en situation de précarité modérée ou forte⁴.

Précarité socio-économique et avec une dimension psychologique souvent ancienne

– Les jeunes de moins de 30 ans en errance : ils sont souvent accompagnés de chiens, « sans chez soi », sans ressources, sans soutien familial, sans protection sociale, injecteurs de Skénan[®], de cocaïne et de crack, consommateurs d'alcool, dont l'état de santé est souvent dégradé (dénutrition, dermatoses, infections pulmonaires à répétition, troubles psychiatriques mal évalués et non traités).

– Les 30 à 50 ans, présentant une forte prévalence de l'hépatite C⁵ et souvent porteurs d'atteintes hépatiques sévères : ils sont plus ancrés dans la précarité et dans la polyconsommation, en particulier celle d'alcool et de produits de substitution détournés, ils fréquentent les Caarud parisiens.

¹ Caarud : établissement médicosocial, centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues

² Csapa : établissement médicosocial, centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

³ Drogues chiffres clés, janvier 2012, OFDT

⁴ Phénomènes émergents liés aux drogues en 2009, tendances récentes sur le site de Paris

⁵ Prévalence de l'hépatite C entre 60 et 70 %, Éna-Caarud 2008/OFDT, DGS : enquête Coquelicot, InVS 2004



– Les étrangers, injecteurs de Skénan[®], d'héroïne et de méthadone, sans droit ni titre, présentant une forte prévalence de l'hépatite C : ils sont originaires des pays de l'Est, le plus souvent hébergés à l'hôtel dans un cadre familial, d'où une consommation dans l'espace public.

– Les consommateurs de crack très précarisés : ils sont soit très ancrés dans la consommation, plutôt fumeurs, de la communauté afro-antillaise ; soit consommateurs plus occasionnels, injecteurs et/ou fumeurs.

Ces populations très fragilisées, dont le nombre est difficile à estimer (entre 3 à 5 000 personnes), prennent de nombreux risques en consommant dans la rue, les injections se font vite, dans de mauvaises conditions d'hygiène. Les polyconsommations associées à un état de santé précaire sont responsables de nombreux maux, traumatismes et abcès, qui sont pris en charge souvent tardivement. Ces retards au diagnostic et aux traitements entraînent des hospitalisations plus longues et souvent plus complexes. Il y a 9 Caarud à Paris, dont 8 dans le nord-est, qui reçoivent des usagers de drogues précaires et qui délivrent du matériel de réduction des risques. En 2012, l'association Safe, gestionnaire des 2 automates autour de la gare du Nord, a distribué 200 000 seringues dont 130 000 au seul automate de la rue de Maubeuge. L'association Gaïa-Paris, qui gère un Caarud mobile dont l'antenne stationne rue de Maubeuge, reçoit 2 200 usagers différents chaque année avec plus de 11 000 passages. Quatre-vingts mille seringues et petit matériel d'injection sont délivrés sur ce site. Les urgences de l'hôpital Lariboisière délivrent à la demande des jetons pour obtenir un kit d'injection dans les automates, en 2011, 600 jetons étaient distribués par semaine, en 2012, c'est près de 1 400 jetons par semaine. Une partie de ce matériel d'injection est utilisée autour de la gare du Nord. Environ 50 000 seringues usagées sont récupérées chaque année par les automates de l'association Safe et les intervenants de l'association Gaïa. En 2011 et début 2012, la voirie et les équipes de prévention ont constaté une augmentation importante du matériel souillé et abandonné aux abords de la gare et de l'hôpital (esplanade, parkings et toilettes publiques). Une campagne de sensibilisation des usagers a été menée, en direct lors des contacts dans l'antenne mobile ou en maraude et par le biais de flyers. La mairie du 10^e arrondissement s'est mobilisée ainsi que les services de la voirie afin de ramasser quotidiennement ce matériel. Les toilettes publiques du quartier dites « sanisettes » sont utilisées comme lieux de consommation, les services du SMASH⁶ y ramassent plus de 5 000 seringues par semaine.

Les riverains de la gare du Nord, de la Goutte-d'Or, des quartiers de Laumière, Stalingrad ou

jardin d'Éole se mobilisent régulièrement contre les nuisances vécues dans leur quartier, ils pétitionnent auprès des mairies d'arrondissement, manifestent. Leurs protestations font référence aux multiples tensions palpables dans ces quartiers où le « problème » des usagers de drogues en est un parmi d'autres : mendicité, troubles du comportement de personnes en état d'ébriété, bruits, rixes, matériel usagé visible, incivilités de toutes sortes (tapage nocturne) et agressions physiques. L'usager de drogues devient le responsable de tous les maux du quartier.

Aux abords de la gare du Nord et de l'hôpital Lariboisière, les riverains sont particulièrement exposés à ces nuisances liées au trafic de rue, trafic de misère où les usagers s'échangent et se revendent des comprimés de Skénan[®] ou de Subutex[®] pour quelques euros. La présence et les interventions policières, très marquées depuis 2007, n'ont pas réduit l'ampleur du phénomène. Les riverains sont souvent demandeurs de plus de répression, rêvent d'un monde sans drogues et perçoivent les usagers de drogues comme des « ennemis », d'autres, moins nombreux, mais plus pragmatiques – association Action Barbès – voient dans l'expérimentation d'une salle de consommation une part de la réponse à ces situations humainement dramatiques, qui ont des répercussions sur leur vie quotidienne.

Ces éléments du contexte parisien, bien connus des intervenants de la réduction des risques, sont autant d'arguments en faveur de l'ouverture expérimentale d'une ou de plusieurs salles de consommation. Sous les dénominations de « drogués », « toxicomanes », « ennemis » des espaces urbains, autant de sujets distincts et d'histoires dramatiques sont connus souvent des seuls intervenants de terrain qui tentent, depuis 20 ans, d'être les médiateurs de cette question sociale complexe qui ne peut être solutionnée par des « il faut que... » et des « il n'y a qu'à... ». Les projets innovants et pertinents naissent des observations concrètes du terrain et doivent répondre à des besoins identifiés et aboutir à des réponses pragmatiques et efficaces. Aujourd'hui, à Paris, les politiques et les associations ont à répondre à cette question et à avoir le courage d'expérimenter ce dispositif qui a fait ses preuves en termes de diminution des overdoses mortelles, d'accès aux soins et à la réhabilitation. Les élus de Paris, particulièrement ceux de la mairie du 10^e arrondissement, ont pris clairement position en faveur de cette expérimentation et une première salle devrait ouvrir en 2013 sur le site de la gare du Nord.

⁶ SMASH : Service municipal d'actions de salubrité et d'hygiène de la ville de Paris



N° 68

actu- alités scienti- fiques

Dorénavant, *Swaps* réserve

un **cahier central** à la diffusion des connaissances scientifiques en addictologie à partir d'analyses critiques et de résumés d'articles issus de la littérature scientifique internationale.

Ce supplément régulier a été rendu possible grâce au soutien de la Direction générale de la santé.

LA RÉDACTION

Les séropositifs meurent davantage du tabac que de l'infection au VIH

Parmi les personnes séropositives bien prises en charge par les antirétroviraux, ceux qui fument perdent plus d'années de vie à cause du tabagisme que du VIH. C'est ce que vient de montrer une étude danoise qui souligne l'importance de la prise en charge du tabagisme chez ces patients. Les auteurs ont estimé les effets du tabagisme sur la mortalité, le risque relatif de mortalité et l'espérance de vie par rapport aux effets de l'infection au VIH chez 2 921 patients traités entre 1995 et 2010, en comparaison avec 10 642 sujets contrôles. Les résultats montrent que la mortalité toutes causes confondues et la mortalité non liée à l'infection au VIH sont augmentées chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs (RR = 4,4; IC₉₅: 3,0-6,7; et RR = 5,3; IC₉₅: 3,2-8,8, respectivement). L'excès de mortalité (taux pour 1 000 personnes) parmi les fumeurs par rapport aux non-fumeurs était de 17,6 (13,3-21,9) pour les patients séropositifs, et de 4,8 (3,2-6,4) pour les contrôles. L'espérance de vie d'un patient séropositif de 35 ans qui fume est de 62,6 ans, alors qu'elle est de 78,4 ans pour un patient non fumeur. Le nombre d'années de vie perdues lié au tabagisme associé au VIH est de 12,3 ans alors qu'il est de 5,1 ans pour la seule infection au VIH. Enfin, le risque de mortalité attribuable au tabagisme était de 61,5% chez les séropositifs, contre 34,2% dans la population contrôlée. En conclusion, dans nos pays où la prise en charge de l'infection au VIH est bien organisée et les traitements accessibles, les personnes séropositives perdent plus d'années de vie à cause du tabagisme que du VIH. L'excès de mortalité des fumeurs est triplé et le risque de mortalité attribuable au tabagisme est doublé parmi les séropositifs, en comparaison avec le reste de la population.

Helleberg M, Afzal S, Kronborg G et al. Mortality attributable to smoking among HIV-1-infected individuals: a nationwide, population-based cohort study.

Clin Infect Dis. 2012 Dec 18. [Epub ahead of print].

Jacques Le Houezec / Conseil en santé publique, directeur de www.treatobacco.net

La varénicline est bien tolérée chez les séropositifs au VIH

La prévalence du tabagisme est très élevée dans la population séropositive au VIH (40 à 85 % selon les études). Compte tenu du facteur aggravant que représente le tabagisme dans cette population (risque doublé de contracter une pneumonie, risque accru de broncho-pneumopathie chronique obstructive [BPCO], de cancer, etc.), il est donc très important de prendre en charge l'arrêt du tabac chez ces patients. Dans cette étude, les patients ont reçu une première intervention en face à face, puis 11 séances hebdomadaires par téléphone réalisées par une infirmière tabacologue. Pendant ces 12 semaines de traitement, 118 patients ont été traités par la varénicline (dose standard à 1 mg deux fois par jour après augmentation progressive des doses), et 110 patients ont été traités par l'association d'un patch à 21 mg par jour avec des gommes à 4 mg *ad libitum* (au maximum jusqu'à 24 gommes par jour). Les patients étaient encouragés à utiliser la varénicline, mais pouvaient choisir le traitement nicotinique de substitution (TNS) s'ils le désiraient, ou étaient assignés au TNS s'ils présentaient des antécédents de schizophrénie, de trouble bipolaire, ou s'ils avaient un score de dépression de Beck supérieur à 20. L'efficacité du traitement a été testée à 3 mois avec validation biologique (cotinine salivaire et/ou monoxyde de carbone [CO] si le patient continuait à prendre un TNS). Parmi les patients traités par varénicline, les événements indésirables les plus fréquents ont été les nausées, les troubles du sommeil et les troubles de l'humeur. Un patient a rapporté des idées suicidaires, mais aucune complication cardio-vasculaire n'a été notée. Il n'y a pas eu de différence d'événements indésirables selon que les patients étaient ou non sous association de traitements antiviraux. Il y a tout de même 14,4 % des patients sous varénicline qui ont arrêté le traitement pour effets indésirables et ont été mis sous TNS (10 pour changement d'humeur, 4 pour nausées ou vomissements et 3 pour maux de tête ou fatigue). Les pourcentages d'abstinence confirmés à 3 mois ont été de 11,8 % dans le groupe TNS et de 25,6 % dans le groupe varénicline (OR = 2,54 ; IC₉₅:1,43-4,49). Cet effet favorable de la varénicline par rapport au TNS a été confirmé dans plusieurs analyses prenant en compte différents facteurs (antécédents de dépression ou de trouble bipolaire ; indice de masse corporelle [IMC] < 10, IMC < 20),

sans que l'OR perde sa significativité. Seule la schizophrénie n'a pas pu être prise en compte, car il n'y avait que 7 patients avec des antécédents de schizophrénie dans le groupe TNS et aucun dans le groupe varénicline. La principale limitation de cette étude est qu'elle n'était ni randomisée, ni en double insu. Elle semble cependant confirmer la relative bonne tolérance de la varénicline dans un groupe de patients séropositifs au VIH.

Ferketich AK, Diaz P, Browning KK et al. Safety of varenicline among smokers enrolled in the lung HIV study. *Nicotine Tob Res.* 2012 May 15. [Epub ahead of print]

Jacques Le Houezec

Résultats d'une méta-analyse sur les disparités raciales et ethniques dans la prévalence de l'infection VIH/sida parmi les injecteurs de drogue

Dans le dernier numéro de la revue *Addiction*, Des Jarlais et al. publient les résultats d'une méta-analyse sur les particularités au sein des minorités ethniques ou raciales pour la prévalence de l'infection VIH/sida parmi les PWID, nouvel acronyme pour définir les « people who inject drugs », qui vient se substituer aux IDU (« injecting drug users ») signifiant, en quelque sorte, l'inclusion des usagers de drogue dans la population générale. Resterait à en trouver l'équivalent en français !

Cette analyse est justifiée par des interrogations sur l'impact des phénomènes de discrimination ethnique/raciale. Le rôle de la stigmatisation de l'usage de drogue conduit au déni du phénomène par les leaders des communautés minoritaires, les tensions entre minorités et majorité limitent la mise en place de programmes dédiés aux usagers de drogue, et l'on constate que les comportements individuels ne suffisent pas à expliquer les différences de prévalence entre minorités et majorité.

L'étude obéit aux règles désormais standardisées des méta-analyses, tant pour la recherche et la sélection des publications que pour la validation statistique des données conservées pour l'inclusion dans l'analyse statistique groupée. Toutes les études publiées, du début des années 1980 jusqu'à fin 2010, ont été recherchées et évaluées : plus de 43 000 citations dont 215 publications choisies. Les études sélectionnées devaient comporter des données de préva-

lence fondées sur des données biologiques et non sur de simples déclarations, en distinguant parmi les populations d'injecteurs étudiées la population majoritaire et les populations minoritaires dites « ethnico-raciales ». Cela recouvre des notions très variables selon les contextes : notions ethniques (la minorité ouïghoure parmi les Han, majoritaire en Chine, les Roms en Hongrie, les Aborigènes ou « native » en Australie, les Tamouls en Inde), des notions de type racial (afro-américain, noir, noir hispanique, caucasien, etc.) comme par exemple aux États-Unis où la nationalité dominante (Français, Hollandais, Anglais, Russe, etc.) versus les étrangers ou immigrés regroupés. Ainsi, l'analyse divise empiriquement population majoritaire et groupes minoritaires dans chaque pays sans rechercher à conceptualiser cette dernière catégorie. Une part importante des études est américaine, les autres se répartissent dans le monde entier avec une très faible représentation de travaux menés en Europe, quelques études en Espagne, aux Pays-Bas ou en Italie et une seule étude française publiée... en 1987, comparant Français et étrangers incarcérés à la maison d'arrêt de Fresnes.

La méta-analyse regroupe donc 214 études de 14 pays et l'analyse statistique groupée porte sur 106 715 individus. Parmi les 214 études, 106 montrent une prévalence plus élevée dans les minorités, 102 n'ont pas un odds-ratio (OR) plus élevé dans les minorités ethniques, 6 études indiquent un excès dans la population majoritaire. La distribution des OR associés aux « minorités » dans chaque étude suit une distribution normale, ce qui évoque un phénomène résultant de processus multiples et complexes. Globalement, le sur-risque est de l'ordre de 2 (OR: 2,09; IC₉₅: 1,92-2,28) pour les études américaines, ce sur-risque des minorités est de 2,22 (IC₉₅: 2,03-2,34) comparé à 1,43 (IC₉₅: 1,15-1,80) dans les études menées ailleurs qu'aux États-Unis.

Le sur-risque subi par les minorités existe pour tous les niveaux de prévalence, ce qui signifie que l'inégalité « ethnico-raciale » existe aussi bien dans les épidémies de niveau bas que dans les épidémies importantes. Pour les auteurs, le fait que les épidémies débutantes peuvent être d'emblée inégalitaires et se perpétuer ainsi au cours du temps peut être une explication. S'appuyant sur l'exemple de la Chine, ils évoquent des situations, en particulier l'introduction des drogues dans une région ou un pays s'effectuant à travers des minorités défavorisées ou discriminées, qui créent et entretiennent les conditions d'une diffusion rapide de l'épidémie parmi les membres de ces communautés minoritaires.

D'autres processus évoqués sont : désinvestissement par les autorités des services publics servant les populations

minoritaires ; phénomènes de discrimination dans l'emploi et le logement ; et, enfin, concentration des minorités dans des quartiers ségrégués.

Parmi les usagers de drogue, ceux qui appartiennent aux minorités ont, dans la plupart des pays, un risque accru d'être infecté par le VIH. Ce sur-risque n'est pas seulement lié à des comportements individuels mais résulte d'un ensemble de processus associant la pauvreté, la marginalisation sociale et la participation des minorités à la distribution des drogues. On peut objecter que seules les minorités qui sont impliquées fortement dans l'usage de drogue sont étudiées et non toutes les minorités existant au sein d'une société donnée. Le caractère fruste de la définition des minorités et l'absence de référence aux contextes dans lesquels s'exercent les phénomènes de domination, à leur histoire et aux politiques qui peuvent s'attacher selon les pays à entretenir la domination ou au contraire à la combattre, peuvent laisser le lecteur français particulièrement insatisfait. C'est le propre de ces grandes études « mondialisées » que d'estomper la réalité contingente des rapports sociaux au profit de rapports de force abstraits. On peut aussi objecter que l'étude ne tient pas compte du temps et agrège des études menées dans des contextes « avant » ou « sans politique de réduction des risques » et d'autres menées dans un contexte de « Harm reduction ».

Il n'empêche que cette étude invite à considérer les « dommages » de l'usage de drogue sous le prisme des rapports de domination et non sous le seul angle des comportements ou des vulnérabilités individuelles. En France, clairement, de telles données manquent encore.

Des Jarlais DC, Bramson HA, Wong C et al. Racial/ethnic disparities in HIV infection among people who inject drugs: an international systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2012 Dec;107(12):2087-95. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.04027.x. Epub 2012 Oct 18

France Lert / Inserm UMRS 1018 (Villejuif)

Quel est le cadre juridique des premières salles d'injection supervisée au Canada ?

Au moment où s'ébauche, en France, l'installation de premières salles d'injection supervisée (SIS), l'article de Hyshka et al. sur la situation juridique et institutionnelle

de telles structures au Canada vient poser la question du régime juridique sous lequel elles peuvent être implantées mais aussi pérennisées et du rôle ambigu donné à l'évaluation pour perpétuer une situation d'expérimentation sans fin, et donc pour les SIS éminemment fragile.

Hyshka et al. discutent le cadre juridique dans lequel les SIS peuvent fonctionner au Canada. En effet, si le plaidoyer de santé publique, appuyé par des données scientifiques sur les risques et l'efficacité des méthodes de prévention et de réduction des risques, a joué un rôle important pour emporter la décision, il s'appuie aussi sur un cadre juridique. *Insite*, le programme de Vancouver a ouvert en 2003 dans le cadre d'une exemption accordée par le ministère de la Santé protégeant le personnel et les usagers de la structure des poursuites pénales. Cette exemption était conditionnée à une évaluation rigoureuse, largement satisfaite par les multiples publications de l'équipe tout au long de la période. Ces résultats ont cependant été contestés par le gouvernement nouvellement élu en Colombie-Britannique en 2006, qui a remis en question l'exemption dont bénéficiait le programme. Celui-ci aurait augmenté des dommages liés à l'usage de drogue et détourné les toxicomanes des traitements conduisant à l'abstinence. L'affaire est montée en appel à la Cour suprême du Canada, qui a finalement étendu l'exemption accordée à *Insite*.

Cette victoire juridique a été saluée par certains comme une jurisprudence fondant la possibilité d'étendre et de pérenniser les SIS alors que d'autres, au contraire, arguaient que l'exemption accordée à *Insite* lui était spécifique et ne garantissait en rien la possibilité d'obtenir une telle exemption dans d'autres contextes et avec d'autres équipes.

Insite a ouvert trois salles d'injection non autorisées au sein d'un programme beaucoup plus large comportant les différentes composantes d'un programme de réduction des risques (traitement de substitution, distribution de seringues, dépistage) dans le contexte d'un accroissement brutal de la disponibilité de la cocaïne, d'une épidémie d'overdoses mortelles, d'une incidence d'infection par le VIH de 18% par an dans le centre-ville. Le caractère dramatique de la situation, complètement documenté par les chercheurs et les acteurs de terrain, a suscité l'adhésion de larges secteurs de la population sans faire disparaître tous les détracteurs.

La base juridique de la protection contre les poursuites des professionnels et des usagers est la section 56 de la loi sur les drogues (CDSA [Controlled Drugs and Substances Act]) qui autorise le ministère à exempter de poursuites pénales pour des raisons médicales ou scientifiques ou « *otherwise in the public interest* ». Cette formulation générale donne une large marge de manœuvre

au ministère de la Santé qui a assorti l'autorisation donnée à *Insite* d'une évaluation rigoureuse.

Une autre voie juridique a été utilisée en 2001 par le Dr Peter (centre de Vancouver). Confronté à des pratiques à risque – l'injection de drogues dans des lieux extérieurs –, l'équivalent de l'ordre professionnel des infirmiers(ères) a revendiqué la fourniture de matériel stérile aux usagers injecteurs et la supervision de l'injection comme un acte professionnel et donc autorisé. Là encore, cette définition est fragile, et ce service s'est engagé dans la demande d'une exemption d'application de ce fameux article 56.

Cependant, ce cadre juridique fragile laisse une large place, en particulier dans un contexte administratif et politique décentralisé comme c'est le cas au Canada, au poids des autorités locales. C'est le cas dans d'autres grandes villes du Canada comme Toronto, Ottawa ou Montréal et plus encore dans les villes moyennes. En effet, la situation d'épidémie majeure du centre-ville de Vancouver, qui a légitimé les décisions de santé publique, n'est pas générale, fort heureusement ! Les usagers de drogue ne vivent pas forcément dans des conditions sociales aussi dégradées, les usagers sont plus dispersés, les scènes ouvertes n'existent pas ou sont plus diffuses. Ils ont encore moins les instruments scientifiques que représente l'équipe de renommée mondiale du British Columbia Centre for Excellence to HIV/AIDS pour apporter ces preuves. D'ailleurs, les données scientifiques fournies par les chercheurs de l'équipe Wood, Kerr et Montaner ont bien documenté toutes les dimensions individuelles, épidémiologiques et d'ordre public de l'impact du programme de Vancouver. Pour autant, les preuves du bénéfice du programme *Insite* reposent sur l'observation, beaucoup sur des données déclarées, sans données de comparaison avec des programmes alternatifs. C'est souvent le cas dans l'expérimentation de nouvelles stratégies de prévention.

L'intérêt de cet article est de discuter l'articulation entre un cadre juridique (l'application du droit) et institutionnel (le pouvoir des institutions locales) et le rôle dévolu à la recherche. Celle-ci ne doit pas servir d'alibi à une demande sans fin de preuves qui, finalement, sous couvert de science, entretient une discrimination collective des usagers de drogue en refusant la méthadone pendant plus de 30 ans, les programmes d'échange de seringues (aux États-Unis) ou la substitution par l'héroïne démontrée utile depuis maintenant plus de 10 ans. En ce sens, cet article donne à réfléchir à l'étape qui commence enfin en France.

Hyshka E, Bubela T, Wild TC. Prospects for scaling-up supervised injection facilities in Canada: the role of evidence in legal and political decision-making. *Addiction*. 2013 Jan 3. doi: 10.1111/add.12064. [Epub ahead of print]

France Lert

Bientôt une salle de consommation à moindre risque à Paris ?

Florence Arnold-Richez / Journaliste

Le projet de Salle de consommation à moindre risque à visée éducative (SCMRE) de Médecins du Monde et Gaïa-Paris pourrait voir le jour au printemps 2013. C'est un premier pas pour une relance de la politique de réduction des risques. Chiche !

Deux ans pour libéraliser la vente de seringues en pharmacie, sept pour généraliser les traitements de substitution à l'héroïne, mais trois et demi pour obtenir le feu vert pour expérimenter les « Salles de consommation à moindre risque à visée éducative » (SCMRE) ? C'est ce qu'espèrent *Médecins du Monde* (MDM) et l'association *Gaïa-Paris* qui ont tout récemment rendu public* leur projet de *SCMRE*, salles d'injection et d'inhalation sous contrôle médical, après trois années d'élaboration de projets et polémiques.

Avec comme « *design* », celui de la salle de Vancouver, lieu convivial « *qui ressemble plus à un salon de coiffure qu'à un centre d'accueil* », expliquait le Dr Élisabeth Avril, la responsable du projet. Et l'objectif général, bien sûr et surtout, d'améliorer la santé des usagers (réduction des risques liés au virus de l'immunodéficience humaine [VIH], hépatites virales, overdoses, accès aux soins de base, etc.) et la sécurité des plus précaires, mais aussi, et de façon clairement affichée, d'améliorer la tran-

quillité et la sécurité des habitants des quartiers concernés. « *Nous avons également pour objectifs spécifiques d'entrer en contact avec le maximum d'usagers de drogue afin de favoriser l'insertion sociale des plus marginalisés (et les orienter vers des Caarud et Csapa d'Île-de-France), de promouvoir l'éducation aux risques liés à l'injection intraveineuse et à tout*

autre mode de consommation, de contribuer à la formation des professionnels et à la recherche dans le domaine de la réduction des risques », ajoutait-elle.

Bien au-delà d'une « salle de shoot »

La salle, qui pourrait être ouverte 7 jours sur 7 et 8 heures par jour, assurerait un accueil, anonyme et gratuit, quotidien, de 200 à 250 passages de consommateurs de drogues par voie intraveineuse et par inhalation (crack notamment). Les mineurs, les personnes en état d'ébriété, trop agitées ou déjà « *sous produits* », celles qui exigent d'utiliser leurs propres matériels et de pouvoir récupérer leurs « *cotons* », celles qui ont l'intention d'injecter dans des sites inappropriés (abcès, ulcères, parties génitales, etc.) seront refusés. « *Les femmes enceintes, comme les couples d'injecteurs, feront l'objet d'une procédure d'inclusion et d'un suivi spécifiques dans le programme* », précisait Élisabeth Avril.

Avant d'être admis dans le dispositif, chaque usager se soumettra à un entretien destiné à retracer son parcours de consommateur et recevra une carte d'accès lui permettant de consommer sur place la drogue qu'il aura lui-même apportée, avec, impérativement, le matériel stérile fourni. Après, en arrivant dans la salle, il remet sa carte et attend qu'une place se libère pour accéder à un « *poste de consommation* ».

* Le communiqué issu de cette conférence de presse du 9 octobre 2012 est signé par le Réseau français de réduction des risques, Sidaaction, la Fédération Addiction, SOS Hépatites, Saïe, Gaïa-Paris, Aides, l'ANPAA, Act Up Paris, l'Association française pour la réduction des risques (AFR), Médecins du Monde, le Collectif Hypertension, Élus santé publique & territoires, Élus locaux contre le sida, le Syndicat de la magistrature, le Mouvement des jeunes socialistes, les Jeunes Verts.



Le programme SCMRE permettra aussi aux usagers d'avoir accès à des traitements de substitution aux opiacés et au sevrage. La présence de médecins et d'infirmiers garantira la prise en charge des surdoses et malaises, avec un recours au Narcan® si nécessaire. Toute l'équipe d'accueil, comme les usagers, seront par ailleurs formés aux gestes de première urgence, et le dispositif a prévu la mise en place d'un protocole d'urgence avec les hôpitaux les plus proches. Tous les intervenants seront formés à l'approche éducative liée à la consommation de drogues. Des « usagers pairs » nettoieront chaque jour les environs de la salle et on mettra en place des réunions régulières de riverains, auxquels on remettra un numéro de téléphone spécifique. Pour finir, le dispositif a pour projet d'assurer des formations auprès des forces de l'ordre et de la « Suge » (sureté générale de la SNCF), et, bien sûr, d'accueillir les stagiaires et membres d'équipes d'autres structures.

Ne pas vendre la peau de l'ours, mais y croire...

Pour le moment, les promoteurs de la SCMRE se refusent à préciser le lieu d'implantation envisagé, arguant que sa réussite dépend aussi du travail fait en amont avec les riverains et les forces de police. Le budget en est encore « en maquette » et dépendra de la « voilure » du dispositif agréé, de son amplitude horaire d'ouverture, du local retenu... On parle de 12 à 13 équivalents temps plein, d'une permanence médicale... Mais pour l'heure, on attend surtout et avant tout le feu vert des pouvoirs publics. Presque gagné si l'on en juge par la déclaration, fin août, de la ministre de la Santé, Marisol Touraine, qui avait affirmé que son ministère serait prêt « assez rapidement » à en lancer l'expérimentation ? Déjà, le Conseil de Paris avait voté en 2010 en faveur de cette initiative, et on sait que la région Île-de-France a apporté son sou-

ten depuis vingt bonnes années aux initiatives de réduction des risques. Le 27 septembre dernier, elle a même voté une subvention de 200 000 € pour la mise en place de cette SCMRE. Plusieurs maires de Paris ont engagé des réflexions sur ce sujet...

Mais « presque », « assez rapidement » et « plusieurs », ce n'est pas « tout à fait », « très bientôt » et « la plupart »... Le projet, lancé en fait le 19 mai 2009, lorsque le Réseau français de réduction des risques avait installé une salle de consommation à moindre risque dans les locaux d'Asud à Paris, a déjà, sur son principe, plus de trois années de « vol ». Selon Élisabeth Avril, on pourrait tabler sur une ouverture au printemps prochain, si notre sport favori, la procrastination frileuse, ne lui impose pas un délai « de rab », plus ou moins élastique. Les salles de consommation existent dans près d'une dizaine de pays, dont la Suisse et l'Allemagne. Des villes comme Paris, Marseille, Bordeaux et Strasbourg sont prêtes à s'investir, mais « la fenêtre de tirs est réduite » en raison des municipales de 2014, pendant lesquelles il risque « d'être difficile de défendre ces dispositifs », a souligné Jean-François Corty, de MDM. Les tirs de barrage de l'UMP parisienne, eux, sont bien réels, si l'on en juge les déclarations de Jean-François Legaret, président du groupe UMP au Conseil de Paris, et de Philippe Goujon, président de la fédération UMP de Paris et membre de la mission interparlementaire d'information sur les toxicomanies, qui « ont toujours estimé que la priorité nationale dans ce domaine était de prévenir et réduire la consommation et non de l'encadrer ».

Pour leur part, MDM, Gaïa et plusieurs autres associations (Aides, Sidaction, Act Up, Syndicat de la magistrature, etc.) ont rappelé, dans un communiqué commun, la promesse de François Hollande de laisser Paris et Marseille expérimenter de telles salles, soulignant que l'Inserm a « validé scientifiquement » leur intérêt.

Alors, y croire... Pour faire !

Pour soutenir le webdoc sur la RdR

Lors de cette conférence de presse, le Réseau français de réduction des risques a lancé un appel à collecte de fonds auprès des particuliers, associations, et sociétés, sur le site KissKissBankBank.com, pour réaliser un webdocumentaire sur la réduction des risques. Avec, en ligne de mire, la réunion, en 75 jours, à partir du 9 octobre, des 5 000 euros qui manquent pour compléter le financement du projet, et, *in fine*, une mise en ligne début 2013.

L'objectif est de créer un documentaire multimédia incluant photos, textes, vidéos et sons sur les addictions, abordées sans tabous ni culpabilisation par une multitude d'acteurs concernés (personnes addictes et leurs proches, professionnels des addictions, etc.).

Le webdoc sera réalisé par l'agence de création audiovisuelle et multimédia *So Bam*, fondée par Marc Chiapello et Joss de Richoufftz, tous deux issus des milieux associatifs, multimédia et « électroniques ». Avec, dans l'équipe, Nelly Jones, jeune journaliste qui a travaillé sur la RdR à Vancouver, notamment pour Radio Canada.

Pour aider les promoteurs du projet, rendez-vous sur le site KissKissBankBank.com:

www.kisskissbankbank.com/a-consommer-avec-moderation



L'îlot Chalon, le « ghetto » parisien de la drogue du début des années 1980

Alexandre Marchant / Doctorant en histoire (ENS de Cachan)

Au début des années 1980 en France, sur fond de massification de l'usage d'héroïne, l'attention médiatique se focalise sur de nouveaux lieux de la drogue, qu'une lecture sensationnaliste et racoleuse portée par quelques journaux ou hebdomadaires dépeint comme des endroits sordides et dangereux tels que, à Paris, la « rue de la drogue » de Belleville, les passages de la rue du Faubourg-Montmartre ou encore le quartier de la Goutte-d'Or. Mais la plus emblématique des nouvelles scènes de l'héroïne de cette époque restera pendant longtemps un petit ensemble de bâtisses vétustes et de ruelles glauques tapies dans l'ombre de la gare de Lyon : l'îlot Chalon.

Qualifié dans les médias de « cancer urbain de la drogue », comparé par *Paris Match* à Cholon, le quartier chinois de Saigon réputé pour son marché de l'opium et ses « ruelles lépreuses » désertées par la police¹, nommé le « Lower East Side » parisien par *Libération*², cette cour des miracles contemporaine a frappé les consciences avec ses images de saleté, de violence et de mort : trafic et shoots collectifs au « brown sugar » en pleine rue, violences (on va jusqu'à parler d'une agression toutes les dix minutes) et prostitution se manifestent en plein jour dans les passages Brunoy, Gatbois ou encore Raguinot, tandis que les entrepôts abandonnés servent de refuges pour des centaines d'immigrés clandestins et de lieu de stockage de stupéfiants et que les vieux habitants du quartier, terrorisés et cloîtrés dans leurs appartements,

doivent enjamber chaque jour les toxicomanes dans le hall de leur immeuble délabré. Retraçons ici l'histoire de ce ghetto qui défraya la chronique, notamment au début de l'année 1984.

¹ *Paris-Match*, n°1819, semaine du 6 avril 1984. Reportage-photo « Passage pour l'Enfer », et n°1826, semaine du 25 mai 1984. Reportage-photo « Chalon, l'îlot sans retour »

² *Libération*, 8 mai 1984

Une friche urbaine, un quartier pauvre et pluriethnique

Bien avant d'être désigné au début des années 1980 par les élus du 12^e comme une « honte pour Paris et pour l'arrondissement », l'îlot Chalon était déjà considéré depuis le début du siècle comme un îlot d'insalubrité à rénover impérativement. Comme son nom l'indique, ce bout de quartier de 9 hectares, né en 1847 avec la gare et aujourd'hui détruit, était enclavé entre les chemins de fer, l'avenue Daumesnil et les rues de Rambouillet et Chalon. Contrastant avec les immeubles haussmanniens qui l'enserraient, l'îlot était constitué de vieux immeubles de cinq étages maximum, de hangars, d'ateliers et de locaux industriels hérités du XIX^e siècle et désaffectés à l'image de l'ancienne usine des bois exotiques Duchiron, dans laquelle une descente de police, fin octobre 1983, mettra la main sur un important stock d'héroïne d'une valeur de 50 000 francs. En 1975, 66 % des surfaces étaient considérées par la municipalité comme étant dans un état de grande dégradation, en raison de l'absence de rénovation



depuis des décennies et du surpeuplement dont ces logements exigus (à seulement une ou deux pièces pour 80 % d'entre eux, sans sanitaires intérieurs) faisaient l'objet. L'îlot Chalon était aussi un quartier d'immigration, nourri pendant plus d'un siècle par plusieurs vagues différentes : de « quartier italien » à la fin du XIX^e siècle, l'îlot devint pendant l'entre-deux-guerres le premier « quartier chinois » de Paris, réputé pour ses salles de ma-jong et aussi quelques petites fumeries d'opium clandestines. Par la suite, des Maghrébins vinrent s'installer et prendre, comme les autres, la relève des petits commerces (épiceries, restaurants, cafés et dépôt d'artisanat destinés au commerce ambulants), qui animaient les rues de Chalon et Hector-Malot. Enfin, à la fin des années 1960, l'îlot Chalon commença à se métamorphoser en « quartier africain » avec une importante immigration de Sénégalais qui occupèrent des hôtels meublés et se spécialisèrent dans le colportage d'objets d'art et de pacotille. En 1982, à l'époque où se manifestent les problèmes de drogue, l'îlot Chalon est la zone de Paris où se concentre le plus d'étrangers : leur part est passée de 14,5 % en 1958 (« Musulmans » d'Algérie compris) à 75,3 % en 1982, pour une population de 5 000 habitants (33,3 % de Sénégalais, 13,1 % d'Algériens, 7,3 % de Tunisiens, 6 % de Vietnamiens, 5,9 % de Marocains, 5,1 % de Chinois, 2,5 % de Maliens, 2,5 % de Yougoslaves, 1 % d'Espagnols, et 2,3 % d'autres nationalités). Mais aux premiers commerçants sénégalais qui se sont insérés sans mal dans les sociabilités et les activités commerciales semi-légales semi-clandestines du quartier, se sont ajoutés au cours de la décennie 1970 de nouveaux immigrés africains, ouvriers ou chômeurs, réguliers ou clandestins à la recherche d'un logement bon marché. L'opération de régularisation exceptionnelle des sans-papiers effectuée par les socialistes au pouvoir en 1982 a permis de recenser officiellement 900 Africains, mais leur nombre est sans doute plus proche de 1 500³.

L'îlot fut longtemps un quartier populaire, cosmopolite et pittoresque apprécié de ses habitants et même des Parisiens, sa dégradation sur le long terme (qui a pu donner naissance à l'économie informelle et lucrative de la drogue) est le fruit de la négligence de bon nombre d'acteurs. Au niveau des pouvoirs publics, aucun projet de réaménagement n'a abouti pendant près d'un siècle. Au lendemain de la Première Guerre mondiale, l'îlot est pourtant décrété insalubre par la préfecture de la Seine. En 1927, la municipalité parvient à forcer les propriétaires à rénover chaussée et trottoirs, mais pas à installer des égouts : la puanteur nauséabonde des rues de

³ Dussolier C. *L'îlot Chalon, histoire d'une rénovation : ses acteurs, ses enjeux, mémoire de maîtrise de géographie, Paris VII, 1982, publié en 1983 par le comité de défense des habitants de l'îlot Chalon*

veau projet de réaménagement voit le jour mais ne va pas à son terme. En 1976, dans le cadre des grandes opérations de restructuration de l'Est parisien, l'îlot est à nouveau ciblé comme priorité, mais la zone d'aménagement concerté (Z.A.C.) ne voit le jour qu'en 1980. À l'immobilisme des autorités municipales, devant la complexité des règles des opérations immobilières, s'ajoute la désinvolture de certains propriétaires : plusieurs immeubles appartiennent en effet à la SNCF qui y logeait son personnel cheminot avant de laisser les immeubles vétustes à l'abandon. À la fin des années 1970, apparaissent les premiers squats dans ces bâtiments désaffectés que la SNCF s'obstine à déclarer « vides de tout habitant », fermant les yeux sur l'économie informelle des nouveaux immigrants sénégalais avec des marchands de sommeil logeant leurs compatriotes et récoltant sans aucun droit des loyers. D'autres bâtiments avaient été mis entre les mains de mauvais gérants par la compagnie ferroviaire : en 1979, un incendie accidentel au Royal Hôtel de la Boule d'Or, passage Raguinot, lié à la suroccupation des lieux, fait trois morts et vingt blessés, tous africains. Les gérants seront condamnés en 1983 à 16 mois de prison avec sursis pour défaut de sécurité.

Une invasion de la drogue « télécommandée » ?

La dégradation de la vie du quartier est patente au début des années 1980. Le petit trafic amateur de haschisch marocain ou de « libanais rouge » est peu à peu remplacé par la vente de drogue dure. Le sol des impasses et des ruelles commence petit à petit à être jonché de matériel d'injection : seringues, bouteilles d'eau et citrons. Les habitants commencent à se plaindre de la présence de groupes de jeunes s'injectant en pleine rue et préparant la seringue sur le capot des voitures, ainsi que de la pression des dealers qui se mettent à contrôler la circulation dans les halls d'immeuble. Au cours de l'année 1983, une part croissante des toxicomanes interpellés pour consommation ou trafic dans la capitale déclarent se fournir dans l'îlot : on rapporte que près de 20 000 personnes s'y approvisionneraient quotidiennement. Les toxicomanes sans le sou venus de l'extérieur rapportent en échange de leur dose le produit de leur larcin : autoradios volés ou butins de cambriolages. Sur place, l'insécurité grandit, car le développement du trafic de drogue s'accompagne d'une importante hausse de la violence, avec notamment l'apparition de squats sauvages avec intimidation, qui est le fait de bandes organisées. En avril 1982, un groupe de 150 Sénégalais tente de s'approprier par la force un hôtel meublé de la rue de Chalon. En juin, plusieurs immeubles vides ou occupés clandestinement du pas-

sage Raguinot sont investis par une bande qui fracture les portes, chasse quelques occupants puis autorise d'autres Sénégalais à occuper les lieux, moyennant des loyers exorbitants. En septembre, pareille scène passage Gatbois, sous les yeux effarés des habitants du quartier. Des groupes se spécialisent également dans le racket de commerçants. L'essor des groupes délinquants ou « mafieux » se fait malheureusement sur fond d'inertie de la police. À chaque coup de force d'une bande, les habitants appellent la police, mais le commissariat du 12^e ou police secours n'interviennent que très rarement. Devant la multiplication des vols de voiture ou des agressions dans l'îlot, la police décourage le dépôt de plainte en rappelant à chaque victime que le quartier est ainsi et qu'il vaut mieux tout simplement l'éviter. L'îlot Chalon devient surnommé un « no flic's land ».

Les rumeurs « complotistes » ne tardent donc pas à circuler dans l'îlot. La passivité policière devant la délinquance et l'arrivée massive et soudaine de la drogue seraient le fruit d'une stratégie concertée entre les différentes autorités publiques pour laisser pourrir le quartier, faire fuir les habitants et préparer ainsi la rénovation urbaine. En effet, les habitants avaient rejeté, dans leur large majorité, l'ambitieux projet de rénovation-substitution de la Z.A.C. de 1980, qui prévoyait de nombreux relogements (réhabilitation de 150 logements existants, construction de 480 logements neufs, de 4 000 m² de commerces et 15 000 m² de bureaux, remodelage de toutes les voies d'accès) et allait naturellement expulser les habitants sans droits. Un « comité de défense des habitants de l'îlot Chalon » s'était constitué alors et avait exigé que les habitants soient associés à un projet qui semblait être imposé d'en haut de façon arbitraire. Or, c'est l'année même où est désigné l'aménageur de la Z.A.C. par le Conseil de Paris (la « SEMEA Chalon », société d'économie mixte avec capitaux provenant de la ville de Paris, de la SNCF et de quelques propriétaires privés), en 1982, que les premiers signes visibles de toxicomanie et de trafic se sont manifestés. Les témoignages recueillis par des sociologues ou des journalistes, en

1984, montrent ces lourds soupçons de la part des habitants : on pointe la responsabilité du maire de Paris, Jacques Chirac, ou du maire du 12^e, Paul Pernin, qu'un habitant accuse d'avoir « amené par la main et installé les dealers dans l'îlot Chalon » ; un autre déclare à *Libération* que « les préfets, le maire, les gouvernements ont laissé monter la gangrène pour nous indemniser comme des miséreux le jour où ils se décideront enfin à raser le quartier »⁴. À la théorie trop sophistiquée du complot, il est

toutefois préférable de substituer les coïncidences de calendrier et un effet de déversement venu de l'extérieur. Ces années-là, la police expulse en effet plusieurs squatters dans le 14^e et dans le 19^e, dont une opération très médiatisée au 173, rue de Flandres avec destruction immédiate par bulldozer de l'immeuble qui était occupé par 500 squatters, en grande partie antillais, et saisit d'importantes quantités de haschisch, héroïne et cocaïne⁵. Les dealers délogés de ce qui était alors considéré comme la « plaque tournante de la drogue » de l'Est parisien sont venus logiquement vers l'îlot Chalon, où se trouvaient des lieux propices à leurs activités et surtout une main d'œuvre prête à l'emploi : le colportage était en effet devenu une activité de moins en moins lucrative et toute une génération de jeunes marchands ambulants entre 18 et 25 ans se firent recruter facilement dans le cadre de ce nouveau marché.

Dans le courant de l'année 1983, le comité Chalon tente de rallier à sa cause l'attention médiatique et y parvient en partie⁶. Sans doute en écho à cette exposition publique, les descentes de policiers se font plus fréquentes dans l'îlot fin 1983, et visent en particulier les squats. En octobre, sept immeubles sont évacués en deux semaines, puis le quartier vit au rythme des « opérations coup-de-poing », à hauteur d'une par semaine, officiellement au nom de la lutte contre le trafic de drogue. Tandis que le comité Chalon déclare que plusieurs expulsions sont irrégulières, le problème n'est pas réglé pour autant et les habitants s'exaspèrent.

Les opérations anti-drogue de 1984 et la fin de l'îlot Chalon

Début 1984, la tension est extrême. Deux immeubles brûlent, rue de Chalon et passage Raguinot : on soupçonne des incendies criminels. Excédés, les habitants tentent de ramener l'ordre dans l'îlot par eux-mêmes. Les commerçants des rues de Chalon et Malot placardent sur leurs devantures des affiches représentant un toxicomane se piquant et refusent de servir drogués et dealers. L'hostilité monte entre les différentes communautés de l'îlot. Les Maghrébins s'en prennent aux Sénégalais, accusés d'être responsables de la déperdition du quartier, et attaquent également brutalement les toxicomanes pour agir sur la demande. Les bagarres sont fréquentes, avec barres de fer, chaînes ou coups-de-poing américains.

Mais l'impulsion finale pour une intervention d'envergure viendra d'un autre endroit. Car pendant ce temps-là, au palais de justice, exaspérés par l'inefficacité de la police, une poignée de jeunes magistrats, encouragés par les procureurs de la République, Robert Bouchery et Michel Jéol, est bien décidée à faire bouger les choses. Depuis le

⁴ de Rudder V. Guillon M. *Autochtones et immigrés en quartier populaire, d'Aligre à l'îlot Chalon*, Paris, CIEMI-L'Harmattan, 1987, partie 2 : « De la ségrégation à l'exclusion, l'îlot Chalon », pp. 160-222

⁵ Archive INA : www.ina.fr/video/CAB830114001/operation-policier-d-expulsion-d-un-squat-du-19eme-arrondissement.fr.html. Seule une centaine de squatters présents au moment de l'opération sont appréhendés par la police

⁶ Entre autres, *Le Monde*, 5 et 29 janvier 1983, *Le Parisien libéré*, 3 et 19 janvier 1983, *Libération*, 29 juin 1983 ou encore *Le Quotidien de Paris à plusieurs reprises*



début de l'année, ils arpentent incognito le terrain de l'îlot et décident de porter l'affaire au plus haut niveau. Ayant obtenu un rendez-vous à l'Élysée avec deux proches collaborateurs du président Mitterrand, Jean Glavany, chef de cabinet, et Michel Charasse, conseiller technique, les jeunes juges décident d'emmener ces derniers début février faire un tour, incognito également, dans l'îlot. Accablés devant le spectacle hallucinant qui se joue sous leurs yeux, ils font soudain de la question de l'îlot Chalon une affaire d'État. Organisée en quelques jours, une grande « rafle anti-drogue » est montée. Le 14 février au matin, 500 C.R.S. et gendarmes mobiles, et 200 inspecteurs de la brigade des stupéfiants, dirigés par le commissaire Philippe Vénère, accompagnés de chiens renifleurs investissent l'îlot. Squats, hôtels et boutiques sont systématiquement fouillés, des contrôles d'identité ont lieu jusque dans la gare de Lyon. Six cents personnes sont interpellées, 50 déferées immédiatement au Parquet et un kilo d'héroïne est saisi. Plusieurs dizaines d'immigrés en situation irrégulière sont expulsés et de nombreux petits dealers sont condamnés à des peines d'un à trois ans de prison.

Mais le cauchemar ne prend pas fin pour autant immédiatement. Les descentes, de moindre importance, se multiplient pendant trois mois, conduisant à plus de 1 000 arrestations. Les rixes sont nombreuses : les rabatteurs postés aux coins de rues préviennent systématiquement les dealers de l'arrivée des cars de police secours, et les policiers sont accueillis par des bouteilles, des pots de peinture ou des bonbonnes de gaz lancés depuis les fenêtres. Ainsi, 17 policiers sont blessés durant la première quinzaine d'avril. Début mai, deux personnes sont

tuées au cours d'affrontements, dont un jeune homme de 19 ans, Christophe Rivière, venu de Villeneuve-Saint-Georges pour acheter sa dose, pris à parti dans une bagarre entre commerçants et dealers, et blessé à la tête : il s'effondre en sang dans le hall du TGV de la gare de Lyon et son cadavre fait l'objet d'une photographie **double-page de Paris Match** dans son numéro du 25 mai. Mais les assauts répétés de la police finissent par tarir le marché sur le long terme. Des petits revendeurs, les mailles du filet se resserrent progressivement sur les grossistes. Des inspecteurs arrivés de Dakar secondent les policiers français et, début mai, l'interpellation d'une Mauritanienne porteuse de doses d'un gramme d'héroïne fait frémir les grossistes, qui décident de délocaliser leurs activités⁷. À la mi-mai, une dernière descente de police ferme un dernier squat : arrêtés,

expulsés ou partis d'eux-mêmes, les fauteurs de troubles quittent peu à peu l'îlot. Quelques jours plus tard, les bulldozers arrivent pour détruire les immeubles insalubres, desquels les habitants ont été indemnisés ou relogés par la municipalité, pour permettre ainsi la mise en œuvre de la rénovation.

Les conséquences (néfastes) de la répression

Les événements de 1984 sont ressentis comme un immense traumatisme pour les habitants de l'îlot. La couverture médiatique dont le quartier fait alors l'objet imposa une lecture catastrophiste du problème de l'héroïnomanie⁸. Mais les jugements sont aussi souvent teintés de xénophobie latente et d'amalgame entre dealers et population africaine. La presse insiste dans ses descriptions sur les rues devenues « terres sénégalaises » où l'on palabre en habits traditionnels. *Paris Match* va jusqu'à parler « d'Afrique frigorifiée et bruyante » ou de « verrue exotique » pour qualifier l'îlot, qui ressemblerait à Bobo-Dioulasso (qui, au passage, n'est pas au Sénégal mais au Burkina-Faso !). Le compositeur nationaliste Jean-Pax Méfret parle dans sa chanson « flash » de 1984 du dealer à la « main d'ébène de l'îlot Chalon ». Ces amalgames sont redoutés par nombre d'acteurs associatifs : le 14 avril 1984, Gustave Massiah, du collectif Cedetim (Centre d'études anti-impérialistes, devenu aujourd'hui Centre d'études et d'initiatives de solidarité internationale), publie dans *Peuples noirs, peuples africains*, une « lettre ouverte à François Mitterrand » condamnant la politique étrangère de la France en Afrique et le traitement domestique de l'immigration clandestine. Massiah l'assimile aux 1 000 arrestations qui ont alors eu lieu dans l'îlot de « ratissages ». Il dénonce les brutalités policières et les expulsions qui brisent les familles, introduisent une sorte de responsabilité collective (tous les habitants sont considérés comme suspects pour simplement vivre à proximité de trafiquants), légitiment les rapprochements entre drogue, immigrés et insalubrité et un certain racisme populaire dirigé contre les Noirs⁹.

Une autre conséquence de la répression fut aussi le simple déplacement du problème. Selon certains, la destruction de l'îlot Chalon aurait poussé les populations marginalisées vers le Nord-Est parisien, et notamment vers la Goutte-d'Or. Là-bas, des rumeurs au milieu de la décennie courent sur un présumé transfert d'activités des dealers et des proxénètes vers des zones plus sûres¹⁰. Les marchés ouverts de la rue s'y sont déplacés : ainsi vers 1985-1986, il n'était guère difficile de se procurer de l'héroïne auprès de vendeurs ghanéens aux alentours de la rue Ordener ou

⁷ Martin-Chauffier G. « Des magistrats en jeans et baskets forcent le quartier interdit », in : *Paris Match*, n°1826

⁸ Bulart C, Yvorel JJ, Ingerflom CS. *Consommation de drogue, représentations sociales et attitudes du pouvoir en France 1800-1988. Rapport final*, Reims, association Accueil et centre de soins pour toxicomanes, 1993, chapitre 5 (1984-1988)

⁹ *Peuples noirs, Peuples africains*, n°40, 1984, pp.12-15. Texte disponible en ligne : http://mongobeti.arts.uwa.edu.au/issues/pnpa40/pnpa40_02.html

¹⁰ Bacque MH. « En attendant la gentrification : discours et politique à la Goutte-d'Or, 1982-2000 », in : *Sociétés contemporaines*, n°63, 2006 ; ou Jean-Claude Toubon, Khelija Messamah, *Centralité immigrée, le quartier de la Goutte-d'Or*, Paris, L'Harmattan, 1990, pp. 368-369

¹¹ Entretien Jimmy Kempfer, octobre 2011

¹² Collinot JF. *Drogue : la tête à l'enfer*, Paris, Cerf, 1989, p. 49

¹³ « Le crack se répand à Paris », in : *Interdépendances*, n°116, mai 1994, pp. 5-6

Oser aborder un sujet sensible : le trafic

Vincent Benso / Sociologue, Technoplus/TREND

Il y a quelques semaines, se tenait un colloque sur le thème « Engagement des jeunes dans les trafics : quelle prévention ? ». L'organisation¹ et le succès d'un tel colloque témoignent d'une évolution dans l'appréhension du trafic et des possibilités de travailler dessus hors de l'axe répressif. Une évolution qui devrait concerner les mondes du soin, de la prévention et de la réduction des risques (RdR).

L'aspect destructeur de la revente est connu de la sociologie depuis la recherche pionnière menée en 1970 à San Francisco². Elle a montré que 40 % des revendeurs interrogés étaient préoccupés par leur propre usage de drogues, que les deux tiers d'entre eux avaient constaté des changements graves chez les autres vendeurs qu'ils connaissaient (addictions, pathologies mentales, décès, etc.) et que la moitié disait qu'il était difficile de sortir du trafic. Depuis, les études s'accumulent, et bien qu'elles s'attachent à des formes de revente très différentes, toutes vont dans le même sens : la figure du dealer prosélyte mais non consommateur, millionnaire et passant ses journées à flamber dans des voitures de luxe n'est qu'un mythe bien éloigné de la réalité – ou plutôt des réalités – du trafic.

« La revente est un moyen de se faire de la conso »

Et l'une de ces réalités est que la revente est une activité courante parmi les consommateurs, qui y voient un moyen de « se faire de la conso » gratuitement et de bénéficier d'un statut valorisé. Une autre de ces réalités est que la revente est aussi une porte d'entrée classique vers la consommation, notamment dans des quartiers populaires très marqués par le trafic. Mais qu'ils aient commencé par consommer ou

par dealer, les usagers-revendeurs sont finalement soumis aux mêmes risques spécifiques à cette double pratique (emballement des consommations, désocialisation, vols et violences, risques judiciaires, etc.) ainsi qu'aux mêmes mécanismes qui compliquent leur sortie de l'usage et/ou de la revente (dépendance aux produits et/ou aux revenus du trafic, obligation de continuer la revente pour rembourser des dettes contractées auprès des fournisseurs, difficultés à se réinsérer, etc.).

Les usagers-revendeurs réguliers constituent donc un groupe particulièrement vulnérable. D'ailleurs, comme le suggère une recherche-action menée auprès d'usagers-revendeurs de cocaïne en espace festif³, beaucoup d'entre eux passent par le système d'aide et de soin spécialisé (démarche volontaire ou injonction thérapeutique). Malheureusement, il semble que, lors des entretiens qu'ils ont pu avoir avec des professionnels, tout ce qui concerne la revente soit évacué au profit du seul usage.

À la décharge des intervenants, il faut d'abord préciser que les chiffres de cette étude sont limités et que des biais peuvent exister. Ensuite, il faut dire que, face aux professionnels qu'ils avaient rencontrés, les usagers-revendeurs interrogés n'avaient pas abordé spontanément la thématique de la revente de crainte de se sentir « jugés », de se faire exclure du dispositif, voire dénoncer aux autorités. Cependant, devant l'importance de cette dimension dans leur pratique, on ne peut que regretter

¹ Organisé par la mairie de Paris (DASES), le conseil général de Seine-Saint-Denis (Mission de prévention des conduites à risques) et le FFSU

² Blum RH. « Drug pushers: a collective portrait ». In : *Drugs and politics*. Dirigé par Rock PE., ed. Transaction books, New Jersey, 1977

³ Benso V. « Usagers-revendeurs de cocaïne en espace festif », mémoire de M2, dirigé par M. Joubert. Article consultable sur le site de Swaps (<http://www.pistes.fr/swaps>)

que les intervenants n'aient pas abordé davantage la question de la revente, y compris face à des individus leur relatant des consommations de plus de 10 g de cocaïne par semaine (minimum 2 000 euros par mois) qui impliquent d'être revendeur pour 90 % des usagers.

L'usage-revente : une pratique à prendre en compte en matière de prévention

En dépit des nombreux risques évoqués précédemment qui apparaissent comme autant de leviers possibles pour des actions vers les usagers-revendeurs, on peut tout autant regretter que les acteurs de la prévention, du soin ou de la RdR ne se soient pas encore emparés de cette thématique. Il faut dire que l'on touche à un sujet sensible (le trafic) sur lequel tout travail hors de l'axe répressif semble impossible. Mais – comme en témoigne la tenue de ce colloque – les choses sont en train de changer. D'abord parce que la répression a montré ses limites, ensuite parce que des sociologues et des économistes se sont acharnés depuis une dizaine d'années à faire entendre que la revente est loin d'être une activité économiquement rentable. Et puis, il est maintenant admis, en matière de drogues, que la demande conditionne autant l'offre que l'inverse et que la limite entre usagers et revendeurs est pour le moins floue et poreuse. Le lieu commun qui faisait des toxicomanes les victimes et des dealers les responsables du problème drogue est donc en train de voler en éclat comme le montre le succès populaire de séries comme *The Wire*, *Weeds* ou *Breaking Bad*.

Ce changement de paradigme ouvre un nouveau champ d'action pour les professionnels de la lutte contre les méfaits de l'usage de drogues, pourtant, à l'heure actuelle, seuls les professionnels de l'action sociale (type prévention de rue) l'investissent, via la prévention de l'engagement des jeunes dans le trafic. Un sujet moins éloigné de notre champ d'action qu'il n'y paraît puisque certaines pratiques intermédiaires, comme l'usage-revente, montrent que ces deux univers se croisent parfois, et aussi parce que des échanges de méthodes sont possibles, peut-être même nécessaires. C'est du moins ce que P. Jamouille et P. Roche, dont l'interven-

⁴ Jamouille P, Roche P, Raynal F. Recherche intervention « engagement des jeunes dans les trafics : quelle prévention ? »

⁵ Merci à B. Delavault, G. Lachaze, Jaëlle MdM, C. Mendes, S. Renois, M. Ruby, D. Seban et K. Touzani

⁶ Voir sur le site de l'AFR (a-f-r.org) rubrique formations

⁷ Lowenstein W. « Usage-revente, le long chemin », *Swaps* n°31, 2010

reconversion ou de « ne plus désormais dealer les produits les plus nocifs pour la santé »⁴. À travers ce dernier conseil qui vise autant à protéger le revendeur (qui risque d'être inquiété si les produits qu'il vend causent des incidents sanitaires) que ses clients, P. Jamouille et P. Roche posent les premières pierres du pont qui pourrait relier prévention de la délinquance et lutte contre les méfaits de l'usage de drogues.

Il est temps d'oser la prochaine étape : une recherche plus poussée sur le trafic

Quoi qu'il en soit, l'injonction à « oser la RdR » pourrait être inversée : peut-être est-il temps pour la RdR, mais aussi pour le soin, d'oser considérer le trafic comme un objet de travail. Car si des actions existent déjà, il s'agit toujours d'initiatives spontanées qui restent informelles et ne font donc pas l'objet de partage d'expérience, d'évaluation ni même de transmission d'un intervenant à l'autre.

C'est dans l'objectif de pallier cela que j'ai interviewé une poignée d'intervenants⁵ sélectionnés pour leur intérêt porté à la question de l'usage-revente et la variabilité de leurs terrains d'intervention, afin de mettre leurs discours en perspective et de voir ce que chacun développait dans ce domaine. De l'analyse des produits au suivi des goûteurs sur leur lieu de « travail », en passant par les conseils sur les produits de coupe à éviter ou la simple écoute active qui permet aux usagers-revendeurs de constater l'éventuel décalage entre « ce qu'ils vivent et l'histoire qu'ils se racontent », les actions informellement mises en place sont riches et variées, s'adaptant aux spécificités des terrains d'intervention. Globalement, elles relèvent de deux catégories : celles qui visent à protéger l'usager-revendeur et celles qui visent à protéger ses clients. Toutes reposent sur l'établissement d'un lien de confiance avec la personne et nécessitent autant de savoir que de savoir-être.

Le sujet mériterait une recherche plus poussée, mais d'ores et déjà un travail est lancé. La prochaine étape sera un cycle de formation⁶ qui commencera le 20 mars 2013 et dont le but sera évidemment de transmettre des connaissances formelles sur l'usage-revente (cadre juridique, risques, mécanismes, etc.), mais aussi de partager les techniques élaborées et de recueillir de nouvelles informations via les formés. À terme, espérons que nous arriverons à accélérer notre avancée sur ce que W. Lowenstein nommait « le long chemin »⁷ qui reste à parcourir pour atteindre la RdR et les soins en matière d'usage-revente.

tion était très attendue, ont recommandé dans leur conclusion : la nécessité « d'oser la RdR ». Ils voulaient signifier par là l'intérêt d'un modèle pragmatique proposant aux jeunes impliqués dans les trafics des conseils fondés sur notre connaissance des risques liés à leur pratique, comme par exemple de conserver une activité légale parallèle afin de faciliter leur

Édito

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles PIALOUX

Secrétaire de rédaction
Brigitte Hulin

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Élisabeth Avril
Philippe Batel
Mustapha Benslimane
Vincent Benso
Catherine Brousselle
Jean-Pierre Couteron
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer
France Lert
Alexandre Marchant
Philippe Périn
Pierre Poloméni
Brigitte Reboulot
Antonio Ugidos
Claudine Vallauri

Gestion
Amanda Baptista
Secrétariat, abonnements
Valérie Berrebi

Réalisation graphique
Céline Debranne

Impression : Stipa / 4M

Dépôt légal : à parution

ISSN : 1277-7870

Commission paritaire : en cours

SWAPS

Chaire d'addictologie CNAM
case courrier 1D4P20
292, rue Saint-Martin
75141 Paris Cedex 03

Téléphone : 01 56 01 74 36

Fax : 01 56 01 74 38

swaps@pistes.fr

www.pistes.fr/swaps

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

Avec la participation
du Crips Île-de-France, du Crips
Provence - Alpes - Côte d'Azur

Avec le soutien de la
Direction générale de la Santé



et du laboratoire



À défaut d'ouverture des salles elles-mêmes, un débat sur les salles de consommation supervisée s'est ouvert dès l'essor de la réduction des risques au milieu des années 1990... Cependant, en France, pays où la réduction des risques est inscrite dans la loi de santé publique, **les salles de consommation constituent encore un débat éthique**, comme le précise Élisabeth Avril dans cette nouvelle livraison de *Swaps* (voir page 8), et aussi un débat politique et sociétal. Pourtant, l'impulsion politique existe réellement puisque la ministre de la Santé, Marisol Touraine, espérait, en octobre 2012, annoncer le lancement des expérimentations pour la fin 2012 puis « *dans le courant de l'année 2013* » et avait confié à la présidente de la Mildt, Danièle Jourdain-Menninger, une mission technique et de faisabilité. Plusieurs projets municipaux ont émergé, dont celui probablement le plus avancé et discuté dans ces colonnes (voir page 15) **dans le 10^e arrondissement de Paris sur le site de la gare du Nord** et aussi un projet sur Marseille, Bordeaux et Strasbourg. Élisabeth Avril entend maintenir le débat dans l'espace éthique social où s'oppose, pour elle, l'acceptation de se préoccuper des stratégies de réduction des risques, qui tiennent compte des pratiques des individus et des lieux d'injection ou d'inhalation, avec la position « *d'abandon des "addictés" à la loi du marché* ». Il n'en demeure pas moins que ce débat devient de plus en plus politique, qu'il concerne à la fois les riverains, la municipalité, la région, voire la nation. Le calendrier politique, avec les municipales de 2014, pourrait venir polluer les aspects techniques et pratiques des salles de consommation comme outils de réduction des risques. Cette livraison de *Swaps* rappelle d'ailleurs que la légitimité des salles de consommation doit beaucoup à la concentration et aux rassemblements d'usagers de drogues dans certains quartiers apparus dès la fin des années 1970, comme l'illustre l'article historique d'Alexandre Marchant sur **l'îlot Chalon** (voir page 17), archétype du ghetto parisien de la drogue du début des années 1980. Il suffit de se rapporter à l'expertise collective de l'Inserm sur la réduction des risques de 2010 pour connaître le nombre d'évaluations d'expériences étrangères en matière de salles de consommation, que ce soit en Suisse où de telles salles existent depuis 1986, en Allemagne, en Australie, en Espagne et au Canada, notamment **à Vancouver avec le projet « Insite »** présenté ici par Pierre Chappard (voir page 2). Situation particulièrement pionnière en matière d'éthique de santé publique et de droit puisque la Cour suprême canadienne avait, en septembre 2012, ordonné à l'unanimité au ministre de la Santé fédéral de maintenir ouvert le centre d'injection supervisée de Vancouver. Jugement innovateur pour l'ouverture possible d'autres centres au Canada ! D'où un engouement pour cette salle d'injection, aujourd'hui victime de son succès et contrainte à l'expansion dans un contexte économique de crise. Une décision éthique qui peut faire rêver de ce côté de l'Atlantique.

GILLES PIALOUX