

Recherche-action sur les besoins
et l'offre de services à destination des

usagers de drogues par injection

en Région wallonne

NOVEMBRE 2010



eur@tox

Avec le soutien de la
Région wallonne



Recherche-action sur les besoins
et l'offre de services à destination des

usagers de drogues par injection

en Région wallonne

NOVEMBRE 2010

Cette recherche a été réalisée conjointement
par les asbl Eurotox et Modus Vivendi

Auteurs : **Carol Sacré, Coralie Dumas, Michaël Hogge**

Avec la collaboration de **Catherine Van Huyck**

Coordinateurs : **Lucia Casero** (Eurotox) et **Catherine Van Huyck** (Modus Vivendi)

Cette recherche est téléchargeable gratuitement sur les sites suivants :
www.eurotox.org et www.modusvivendi-be.org



eur@tox

Avec le soutien de la
Région wallonne



Table des matières

Remerciements	9
Abréviations	11
I. Cadre théorique	13
1. Contextualisation de l'étude	13
1.1. ORIGINE DE L'ÉTUDE	13
1.2. STRUCTURE GÉNÉRALE DE L'ÉTUDE	14
2. Problématique de l'injection	15
A. LE PUBLIC D'USAGERS DE DROGUES PAR INJECTION (UDI)	15
A.1 Prévalence de l'usage	15
A.1.1. Données issues de l'indicateur de demande de traitement (TDI)	16
A.1.2. Les traitements de substitution aux opiacés	17
A.1.3. Les données issues des «opérations Boule de Neige» (BdN)	17
A.1.4. En prison	19
A.1.5. Données issues des activités réalisées en milieu festif	19
A.1.6. Données issues du dispositif d'accès au matériel d'injection	20
A.2 Données socio - démographiques	20
A.2.1. Age et sexe	20
Les personnes en traitement de substitution	20
Les personnes en traitement pour problème d'abus ou dépendance	21
Données issues des opérations Boule de Neige	21
Données issues des activités réalisées en milieu festif	21
Données locales	21
A.2.2. Le niveau d'étude	22
Les personnes en traitement pour problème d'abus ou dépendance	22
Données issues des opérations Boule de Neige	22
A.2.3. Situation socio économique	22
Données TDI Communauté française	22
Données issues des opérations Boule de Neige	22
A.2.4. Précarité	23
Données Boule de Neige	23
B. PROBLÉMATIQUE SOCIO-SANITAIRE	23
B.1 Maladies infectieuses	23
B.1.1. Le sida	23
B.1.2. Les hépatites	24
Prison	26
B.1.3. Les Pratiques à risques	26
Le partage du matériel d'injection: seringues, mais aussi cuillères, filtres, eau, garrots	26
Les comportements sexuels à risques	27
Le tatouage et le piercing	27

B.2	Mortalité et morbidité	28
B.3	Accès au traitement	28
C.	LES PUBLICS UDI DITS «CACHÉS» CONCERNÉS PAR L'ÉTUDE	28
C.1	Les jeunes	28
	La consommation en rue	29
	La consommation en milieu festif et en dehors des grandes zones urbaines	31
C.2	Les femmes	31
C.3	Les populations d'origine étrangère	36
D.	DISPOSITIF SOCIO-SANITAIRE DE BAS SEUIL, ACCESSIBLE AUX UDI	38
D.1	Le dispositif d'accès au matériel d'injection	39
	D.1.1. Cadre légal et réglementaire	39
	D.1.2. Le dispositif d'accès au matériel	39
	Les comptoirs d'échange de matériel d'injection	41
	La vente de matériel en pharmacie : le Stérifix	42
	Les machines de distribution et de récupération	43
	Les salles de consommation	43
	D.1.3. La récupération des seringues	43
D.2	Le dispositif spécialisé ou à mission « assuétudés »	45
D.3	Le dispositif généraliste	45
3.	Objectifs généraux de l'étude	46
4.	Description de la méthodologie commune	47
<hr/>		
II.	État des lieux des services à disposition des usagers de drogues par injection (UDI)	49
<hr/>		
1.	Objectifs de l'enquête	49
2.	Méthodologie	49
	2.1 LA POPULATION D'ENQUÊTE	49
	2.1.1 Critères de sélection	49
	2.2. LES OUTILS DE RÉCOLTE DES DONNÉES	52
	2.2.1 Le questionnaire	52
	Le contenu du questionnaire	53
	La vérification de la collecte des données	53
	2.2.2 Les entretiens semi-directifs	54
	2.2.3 Enquête auprès des pharmacies	54
3.	Les biais et limites	55
4.	Résultats et discussions	56
	4.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ENQUÊTE	56
	4.1.1 Taux de réponse et répartition géographique des structures	56

4.1.2 Les différents types d'institutions et de services	58
4.1.3 Classification des structures	59
Classification par secteur d'activité	60
Classification par niveaux de bas seuil	60
Classification par zone géographique	62
4.2 CARACTÉRISTIQUES DES SERVICES / INSTITUTIONS	63
4.2.1 Statut et financement des institutions	63
4.2.2 Implantation des structures	64
4.2.3 Les équipes mobiles	65
4.2.4 Couverture horaire du dispositif	65
4.2.5 Niveau d'accessibilité des structures	66
4.3 LE PUBLIC	67
4.3.1 Les publics visés par les services	67
4.3.2 Les usagers de drogues par injection	67
Lieux de rencontre des UDI	67
Nombre d'UDI rencontrés	68
Fréquence de contact avec des UDI	70
4.3.3 Les groupes cibles de la recherche : les jeunes, les femmes et les personnes d'origine étrangère	72
Les femmes injectrices	73
Les jeunes injecteurs	73
Les injecteurs d'origine étrangère	74
4.4 L'OFFRE DE SERVICES ET LES RESSOURCES HUMAINES	74
4.4.1 Description des services et des conditions d'accès à ces services	74
Les prestations relationnelles	76
Les prestations sociales et administratives	76
Les prestations médicales	77
La prise en charge psychologique et les soins psychiatriques	78
Les prestations matérielles	78
L'information et la sensibilisation	78
4.4.2 L'accès au matériel d'injection stérile	79
Cartographie et couverture horaire	79
Le matériel distribué	80
La récupération du matériel d'injection	81
Les pharmacies	83
4.4.3 Les ressources humaines	85
Formation et espace de réflexion	86
Les usagers de drogues : un public peu connu et trop souvent stigmatisé par les professionnels	88
4.5 OUTILS ET STRATÉGIES MIS EN ŒUVRE POUR TOUCHER LES UDI	89
4.5.1 Le bas seuil d'accès	89
4.5.2 L'accessibilité géographique	90
4.5.3 Les équipes mobiles	91
4.5.4 La prise en charge des enfants au sein des structures	91
4.6 LA PARTICIPATION DES USAGERS DE DROGUES	92
4.7 PARTENARIAT ET TRAVAIL EN RÉSEAU	93

4.8 LES DIFFICULTÉS ET LES BESOINS DU DISPOSITIF	96
4.8.1 Les difficultés rencontrées avec les publics cibles de la recherche	96
Les femmes	96
Contraception et grossesses	98
Les jeunes	99
Les personnes d'origine étrangère	99
4.8.2 Les difficultés générales rencontrées avec le public UDI	100
La co-existence de publics différenciés	100
Les difficultés rencontrées dans le cadre des actions menées en faveur des UDI	102
4.8.3 Les manques exprimés par les professionnels au niveau de l'offre	102
<hr/>	
III. Connaissance des UDI ciblés par l'étude	105
<hr/>	
1. Problématique, hypothèses et objectifs de recherche	105
1.1. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE	105
1.1.1 Stigmatisation, liens sociaux et relation aux autres	106
1.1.2 Les conditions sociales, les contextes d'usages et les modalités d'engagement	106
1.1.3 L'accès aux services de bas seuil et l'identification des besoins	106
1.2 OBJECTIFS DE RECHERCHE	106
2. Méthodologie	107
2.1 EXPLICATION DE LA DÉMARCHE DE L'ENQUÊTE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE	107
2.1.1 Phase exploratoire	107
A. Observations directes et entretiens exploratoires	107
B. Sélection des sites de recherches	108
2.1.2 Description du déroulement de l'enquête de terrain	108
A. Relation avec les usagers et position de recherche	109
B. Organisation et déroulement des entretiens	110
C. Observations participantes et discussions informelles	110
2.1.3 Approche de recherche participative avec les travailleurs sociaux : explication de la démarche par questionnaire.	110
Méthodes mixtes	110
3. Résultats de recherche	111
3.1 LES PUBLICS CACHÉS : QUI SONT- ILS ?	111
3.1.1 Préambule	111
3.1.2 Présentation des personnes rencontrées dans le cadre de la recherche via questionnaire (n=67)	111
A. Logements	112
B. Sources de revenus	112
C. Niveau d'étude et origine	113
D. Contact avec les éducateurs de rue	113
3.1.3 Par sous groupes	114
A. Les femmes (n=30)	114
B. Les jeunes (n=36)	117
C. Les migrants (n=26)	121
3.1.4 Conclusions	125

3.2 QUE VIVENT-ILS ? QUE DISENT-ILS ?	125
3.2.1 Introduction	125
3.2.2 Stigmatisation et liens sociaux	125
A. Rejete par les siens, la rupture du réseau naturel	128
B. De la violence : «etre femme usagere et travailleuse du sexe»	137
C. Paradoxe des structures spécialisées qui produisent de la stigmatisation	140
D. Toxland ou le deuxième monde	145
3.2.3 CONTEXTE DE CONSOMMATION, MODALITÉS D'ENGAGEMENTS	150
a. Préambule	150
B. Dealand	151
C. La première fois : les circonstances et les modalités d'engagement	153
D. Les contextes d'usages, les lieux, les prises de risques et les peurs	156
3.2.4 ACCES AUX DISPOSITIFS SOCIO-SANITAIRES & PERCEPTION DE L'OFFRE	166
A. L'urgence et la temporalité des usagers	166
B. Le bas seuil et les catégories	170
C. Prise de risques et accès à l'information et au matériel	176
D. L'accompagnement rapproché	184
E. L'accueil	187
F. En dehors des villes	188
G. Finalement, quels sont leurs besoins ?	188
3.2.5 Conclusion : La fonction «humanisante» du dispositif de bas seuil	189
<hr/>	
IV. Regards croisés et conclusions : l'offre de services au regard des besoins des usagers	193
<hr/>	
1. L'adaptation de l'offre au contexte de vie des usagers	193
2. L'accès au matériel d'injection	194
3. Une prise en charge globale : dimensions sociales et économiques	197
4. Le travail avec les pairs et la participation des usagers aux structures	199
5. La parentalité et l'usage de drogues	201
6. Stigmatisation et accès au dispositif	202
7. Créer du lien et installer des relations empathiques	203
8. Les spécificités des publics dits «cachés»	204
8.1 DES MINEURS AUX JEUNES ADULTES	204
8.2 LES MIGRANTS ET LES PERSONNES D'ORIGINE ÉTRANGÈRE	205
8.3 LES FEMMES	207
<hr/>	
V. Recommandations générales	209
<hr/>	
VI. Bibliographie	213
<hr/>	
VII. Liste des tableaux et figures	22
<hr/>	

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier chaleureusement tous les usagers qui ont accepté de participer à notre enquête, en nous livrant une partie de leur vécu de manière à favoriser la production de connaissances sur la problématique de l'injection en Région wallonne. Nous espérons sincèrement que ces données pourront être exploitées utilement, et qu'elles permettront d'améliorer la qualité des actions socio-sanitaires développées à leur égard en tenant compte de leurs besoins et de leurs attentes. Nous remercions particulièrement les remorqueurs usagers de Liège et Charleroi (en particulier Momo et Fabian), qui nous ont facilité la prise de contact avec certains usagers.

Pour leur collaboration, l'échange cordial et la bonne circulation de l'information, indispensables à la réalisation de ce travail, nous tenons à remercier également: Le comptoir asbl (Charleroi), Carolo Rue et Carolo Contact drogues (Charleroi), Accueil drogues (Liège), Start (Liège), Synapse (Mons), Diapason (Charleroi) et Icar (Liège) qui ont partagé avec nous leurs expériences de terrain, et nous ont aussi aidé à entrer en contact avec les publics que nous visons et ont également participé activement à la passation des questionnaires.

Nous tenons à adresser un remerciement nominatif aux personnes suivantes, pour leur participation engagée et enthousiaste à la collecte de données: Esméralda Lovato (Start et association BOGOLAN), Luc Helin (Icar), ainsi que tous les travailleurs sociaux qui nous ont accompagné au long de l'enquête de terrain, à savoir: Laurie, Laurence, Nicolas et Marylène du comptoir de Charleroi, Abdel et Isaac de l'Abri de nuit, Anne-Lise d'Accueil Drogues, Emmanuel Nicolas (coordinateur de l'abri de nuit rue Dourlet), l'équipe d'éducateurs de Carolo Rue, Stéphane Catarossi du Point Jaune, l'AMO de Charleroi, ainsi que Marcel Leroy (journaliste à Charleroi).

Nous remercions également les institutions qui nous ont fourni, parfois avant leur publication, des données éclairantes pour la rédaction de ce rapport: la Cellule Recherche et Concertation de Charleroi, l'Observatoire Liégeois de prévention et de concertation sur les Drogues, Point J, ainsi que l'Université de Gand.

Nous remercions vivement les nombreuses institutions de terrain qui ont acceptés de répondre à notre questionnaire d'enquête sur le dispositif de bas seuil malgré un emploi du temps assurément chargé, ainsi que les personnes qui ont accepté de nous recevoir en entretien exploratoire afin de nous aider à cerner les problématiques spécifiques aux publics que nous avons ciblés: à Bruxelles, Maureen Louhenapessy (SIREAS), à Jumet Denis Uvier du Collectif des projets solidaires -Les Jardins de la Résistance-; à Charleroi, le Manu Condé, Tony Guzman (Diapason) ainsi que: à Liège, Michel Villain (ICAR) et Philippe Bolette (START). Nous remercions également les différents professionnels qui ont accepté de nous recevoir pour un entretien semi-directif.

Pour l'enquête menée auprès des pharmaciens, nous remercions les associations de pharmaciens de la province de Liège (APPL) et de la ville de Charleroi, en particulier Monsieur Pétré pour sa disponibilité ainsi que les pharmaciens qui ont acceptés de donner de leur temps pour un entretien.

Merci également au membres du comité d'accompagnement pour leur disponibilité et leurs conseils: Jérôme Boonen (coordinateur de la Cellule Recherche et Concertation de la ville de Charleroi), Olivier Servais (professeur et directeur adjoint du LAAP -laboratoire d'anthropologie prospective de l'UCL), Olivier Gosselain (professeur en anthropologie à l'ULB), Yves Coppieters (docteur en Médecine, MD, MPH, PhD, professeur et chercheur à l'Ecole de Santé Publique de l'ULB) et Alain Levêque (docteur en Médecine, MD, MPH, PhD, professeur et président de l'Ecole de Santé Publique de L'ULB), Didier Devleeschouwer (coordinateur de la Plate forme de Santé mentale namuroise), Roger Collinet (ancien éducateur de rue auprès des injecteurs de la ville de Liège et éducateur au projet TADAM), Mira Goldwicht (Modus Vivendi), Martine Dal (directrice de Prospective Jeunesse), Philippe Bastin (directeur de Infor-Drogues) et Jaques Van Russelt (Président de la Fedito wallonne)

Enfin, nous remercions le cabinet et l'administration du Ministère de la Santé en Région wallonne, qui nous ont fait confiance en acceptant de financer cette étude.

Abréviations

ASBL : Association sans but lucrative
APPL : Association Pharmaceutique de la Province de Liège
APB : Association Pharmaceutique Belge
BdN : Boule de Neige
BELSPO : Belgian Science Policy
CAPRU : Cellule d'analyse et de prospective en matière de ruralité
CCF : Commission Communautaire française
CF : Communauté française
CPAS : Centre Publicque d'Action Social
ENTS : Enregistrement national des traitements de substitution
ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
ETP: Equivalent temps plein
HBSC: Health Behaviour in School-aged Children
INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité
ISSP : Institut scientifique de santé publique
IPPJ : Institutions publiques de protection de la jeunesse
MASS : Maison d'accueil socio-sanitaire
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique
OEDT/ EMCDDA: Observatoire européen de drogues et toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PES : Programme d'échange de seringues
RdR : Réduction des Risques
RESU : Récupérateurs extérieurs de seringues usagées
RW : Région wallonne
SDF : Sans domicile fixe
TDI :Treatment Demand Indicator ; indicateur de demande de traitement
UDI : Usager de drogues par injection
VHC : virus de l'hépatite C
VIH :Virus de l'immunodéficience humaine
VHB : virus de l'hépatite B

I. Cadre théorique

1. CONTEXTUALISATION DE L'ÉTUDE

1.1. ORIGINE DE L'ÉTUDE

La présente étude s'inscrit dans le cadre du Plan stratégique n°3 (PST3) de 2009, financé par le gouvernement de la Région wallonne. Elle est à situer dans le troisième axe portant sur les projets spécifiquement dédiés à la problématique de la Réduction des Risques pour problème de dépendance à des drogues injectables. La présente recherche-action veut dresser un portrait des besoins et de l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection en région Wallonne.

Le document «Constats et recommandations en vue d'un plan concerté en matière d'assuétudes (RW/CF/CCF)¹» du Collège d'experts en assuétudes de juin 2005, précise que : «Le Collège insiste pour que des données fiables puissent être récoltées et diffusées de manière à mieux orienter les politiques en matière d'assuétudes et de manière aussi à mieux documenter les acteurs de terrain.»

Le dispositif d'échange de seringues vise un accès adapté aux besoins spécifiques des situations locales dans tous les cantons judiciaires pour tous les citoyens (zones urbaines et rurales, grandes villes, villages, communes,...) sans faire la promotion de l'usage, mais en intégrant cette réalité des drogues naturellement dans le champ de la promotion de la santé. L'intention étant malgré tout de servir prioritairement les citoyens les plus vulnérables (précarisés, SDF, migrants, (ex)détenus, femmes, jeunes, usagers des services de santé mentale, et autres exclus ou clandestins...).

Afin de garantir un dispositif adéquat en termes de santé publique, il faut d'abord pouvoir déterminer quels sont les besoins. C'est ce à quoi nous voudrions collaborer par ce projet de recherche-action.

Il n'existe pas d'étude généralisée de prévalence de l'usage et de l'injection et nous n'avons actuellement pas les moyens d'en effectuer. De plus ce type d'étude auprès de la population générale comporte toujours le biais de laisser de côté les populations les plus marginalisées et la part clandestine des phénomènes d'injection. L'évolution de nos pratiques est basée sur l'échange de savoirs et l'expérience empirique des réalités de terrain. Dans cette perspective la meilleure approche, pour adapter les services aux besoins, **est d'impliquer les usagers et les travailleurs de terrain dans la définition des risques et dans la mise en place des solutions.** Une évaluation participative de l'impact des actions de Réduction des Risques liés à l'injection permettrait de savoir si les services existant répondent à l'ensemble

1. Région wallonne/Communauté française /Commission Communauté française)

des besoins des usagers et leurs priorités. **Une étude des besoins et un état des lieux du dispositif semblent une étape indispensable pour orienter les stratégies.** C'est pourquoi nous préférons nous centrer sur une approche de type plus qualitative qui va à la rencontre des UDI d'une part et du dispositif existant d'autre part.

1.2. STRUCTURE GÉNÉRALE DE L'ÉTUDE

Toute prétention à mieux connaître et comprendre la consommation de drogues requiert une prise en compte des caractéristiques liées au contexte, à la personne et au produit. Les risques sont donc liés à la nature des produits consommés, mais aussi à la manière de consommer, aux circonstances de consommation, au contexte psychologique et social, ainsi qu'aux fragilités de chaque individu.

Concernant les usagers par intraveineuse, au stade des connaissances actuelles, il est impossible de tirer des généralités valables pour tous les publics et en toutes circonstances. Voilà pourquoi nous avons choisi une approche de type ethnographique qui privilégie la connaissance de la singularité des consommateurs.

Cette recherche-action contient deux composantes : une première partie qui explore les besoins du dispositif actuellement mis à disposition des usagers de drogues par injection et une deuxième partie qui cible les besoins des usagers en Région wallonne. Un croisement de l'analyse du dispositif selon les besoins des usagers est également proposé dans le document.

Compte tenu du calendrier imparti, de la diversité des publics et des zones géographiques à documenter, nous avons opéré des choix dans les publics et les sites à étudier. En effet, l'identification des publics injecteurs et à fortiori, des sous groupes qui nous intéressent, demande beaucoup de temps, parce que ceux-ci se dissimulent. Les catégories d'usagers femmes, jeunes et migrants sont considérées comme sous-représentées au sein du public qui fréquente le dispositif, or ces « sous groupes » sont considérés comme les plus à risques. Nous avons donc donné la priorité à ces sous-groupes dans la présente recherche. En ce qui concerne les sites géographiques, nous avons retenu, pour la partie portant sur les besoins des usagers la ville de Charleroi et de Liège, parce qu'il s'agit probablement des deux villes wallonnes où l'on rencontre le plus grand nombre d'injecteurs² (voir partie méthodologique).

Ce choix sélectif (des sites et des sous-publics) vise à concilier l'objectif général de la recherche avec la faisabilité d'une étude dont l'épaisseur empirique sera suffisante pour dégager des résultats significatifs (et opérationnels).

.....
 2. A l'heure actuelle, il n'existe pas d'enquêtes de prévalence qui nous permettraient d'estimer précisément le pourcentage d'UDI dans les différentes villes de Belgique. Néanmoins, différents indicateurs nous amènent à penser que les villes de Liège et Charleroi sont vraisemblablement les plus touchées par la problématique de l'injection. En effet, de manière générale et toute chose égale par ailleurs, plus une ville est grande et sa densité de population importante, plus on a tendance à y rencontrer un nombre important d'injecteurs; or Liège et Charleroi sont à ce niveau les villes les plus importantes de la Région wallonne. De même, ces deux villes sont celles où l'on observe le plus grand nombre de consommateurs d'héroïne qui suivent un traitement de substitution (Ledoux, 2007) et où l'on distribue annuellement le plus grand nombre de seringues via les comptoirs d'échange. Enfin, un examen a priori révèle qu'il s'agit des villes wallonnes où le plus grand nombre de structures d'aide (y compris de RdR) et de prise en charge à destination des UDI peut être observé, ce qui présuppose que ces deux villes sont davantage touchées par cette problématique

2. PROBLÉMATIQUE DE L'INJECTION

A. LE PUBLIC D'USAGERS DE DROGUES PAR INJECTION (UDI)

A.1 Prévalence de l'usage

La prévalence de l'usage de drogues dans la population générale n'est que peu systématiquement étudiée en Belgique³. A l'heure actuelle, nous ne disposons que de données parcellaires sur la prévalence d'usage de produits autres que l'alcool et le cannabis (qui eux, sont relativement bien étudiés). En effet, l'enquête de santé par interview menée tous les quatre ans par l'Institut Scientifique de Santé Publique au sein de la population générale belge âgée de 15 à 64 ans⁴ n'inclut que depuis 2008 des questions relatives à des produits tels que la cocaïne, les amphétamines, la buprénorphine, l'héroïne, la méthadone, ou encore l'ecstasy⁵. En outre, les indicateurs de consommation de ces produits restent relativement grossiers et faiblement informatifs, parce que la seule question qui est posée est celle de savoir si la personne a consommé au moins une fois un de ces produits au cours des 12 derniers mois, mais aussi parce que l'ISSP présente des statistiques regroupées par types de produits (e.g. les opiacés, qui regroupent l'héroïne, la méthadone et la buprénorphine) et non par produits. Nous ne disposons donc pas de données sur la prévalence de consommation récente (30 derniers jours) ainsi qu'au cours de la vie, ni sur l'âge de la première consommation ou encore sur la fréquence d'usage de produits durant les 30 derniers jours précédant l'enquête. Cette enquête nous apprend donc uniquement que 0,9% des personnes interrogées ont consommé au moins une fois de la cocaïne au cours des 12 derniers mois, 0,9% des amphétamines et/ou de l'ecstasy et 0,2% des opiacés. Les tranches d'âges les plus « concernées » par la consommation de ces produits sont les 15-24 ans et les 25-34 ans. Malheureusement, les modes de consommation de ces différents produits ne sont actuellement pas évalués. En outre, cette enquête réalisée dans la population générale ne tient pas compte du public marginalisé qui est un public potentiellement consommateur de drogues, en particulier par injection (d'où une probable sous-estimation dans cette enquête de la consommation d'opiacés et des autres drogues injectables)⁶.

Cette enquête ne nous permet donc pas d'évaluer la prévalence de consommation de drogues par injection dans la population générale⁷. Mais quand bien même elle le permettrait, il faudrait garder à l'esprit que la population des usagers de « drogues illicites » est une population difficile à atteindre, car cachée du fait du caractère illicite de la consommation. En outre, la pratique de

- 3 La Belgique ne réalise pas à l'heure actuelle de véritables enquêtes de prévalence sur l'usage de drogues dans la population générale. Une étude de faisabilité a toutefois été récemment conduite par l'Université de Gant (voir Decorte T, Mortelmans D, Tieberghien J, De Moor S. *Haalbaarheid van een repetitieve prevalentiestudie onder de algemene bevolking*. Université de Gent. Gent, Academia press, 2009)
- 4 Gisle L, Hesse E, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J, Tafforeau J. *Enquête de santé, 2008. Rapport II – Style de Vie et Prévention*. Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance. Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, 2010
- 5 Il existe également deux autres enquêtes de prévalence menées en Belgique, mais elles sont uniquement centrées sur la population des jeunes et elles ne portent pas sur tous les produits: l'enquête de santé HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) menée auprès des jeunes de 12-20 ans, qui comporte un volet assuétude « alcool-tabac-cannabis-ecstasy », et l'enquête ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), qui n'est toutefois plus réalisée en Communauté française de Belgique depuis 2004 faute de support financier
- 6 Dans la méthodologie utilisée dans l'enquête de Santé par Interview de L'ISSP ne sont pas incluses les personnes qui ne sont pas inscrites dans le registre national, les personnes en institution ainsi que les personnes âgées de plus de 64 ans
- 7 A titre informatif, au niveau européen, les estimations de la prévalence de l'usage de drogues par injection varient généralement, selon les pays, entre moins de un cas et cinq cas sur mille chez les personnes âgées de 15 et 64 ans (voir OEDT, 2009)

l'injection est quant à elle encore beaucoup plus stigmatisée et marginalisée, ce qui rend extrêmement difficile toute tentative d'estimation du nombre d'injecteurs sur un territoire donné. Néanmoins, et malgré l'absence d'une estimation précise du nombre d'usagers de drogues par injection en Belgique (et a fortiori en Région wallonne), différents indicateurs objectifs permettent d'en dresser une approximation :

A.1.1. DONNÉES ISSUES DE L'INDICATEUR DE DEMANDE DE TRAITEMENT (TDI)

Cet indicateur (appelé TDI, pour Treatment Demand Indicator) consiste en l'enregistrement annuel des demandes de traitement relatives à un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale⁸, dans le cadre du monitoring initié par l'OEDT. Il permet d'estimer le nombre et de dresser le profil de personnes ayant fait une telle demande auprès d'un centre spécialisé et ce, grâce à un système de récolte des données composé d'une vingtaine de variables.

Toujours au niveau européen, environ 33% de l'ensemble des personnes qui sont entrées en traitement en 2007 ont déclaré utiliser l'injection comme mode d'administration habituel du produit pour lequel elles ont fait une demande de traitement⁹. En outre, environ un quart des patients en traitement en 2007 ont déclaré avoir déjà eu recours à l'injection par le passé (mais plus actuellement). L'injection de drogues en Europe est principalement liée à la consommation d'opiacés et, dans une moindre mesure, de psycho-stimulants (cocaïne et amphétamines). Ainsi, 45% des patients en traitement en 2007 pour un problème de consommation d'opiacés déclarent avoir recours à l'injection pour consommer leur produit. Les plus basses proportions d'injecteurs parmi les patients en traitement pour un problème de consommation d'opiacés sont rapportées au Danemark (2%) ainsi qu'en Belgique, Espagne, France et Hollande (moins de 25%). En ce qui concerne les psycho-stimulants, seulement 8% des patients en traitement en 2007 pour un problème de consommation de cocaïne consomment généralement ce produit par injection. En revanche, le recours à l'injection pour consommer des amphétamines est beaucoup plus courant (voir Table TDI-5 dans le bulletin statistique de l'EMCDDA).

En Communauté française de Belgique, les opiacés sont à l'origine de la moitié des admissions (50%) observées en 2007, suivis par l'alcool (20%), la cocaïne (13%) et le cannabis (9%)¹⁰. Parmi les patients ayant introduit une demande de traitement en 2007 et dont le mode de consommation est connu¹¹, environ 13% ont généralement recours à l'injection pour consommer leur produit. Plus précisément, 23% des consommateurs d'opiacés ont habituellement recours à l'injection (69,2% à la fumette/inhalation). Parmi les patients en traitement en 2007 pour un problème de consommation de cocaïne et dont le mode de consommation est connu, 14,3% déclarent se l'injecter, 59,5% la fumer et 25,6% la sniffer. Enfin, 18,2% des patients en traitement en 2007 pour un problème de consommation d'amphétamines ont généralement recours à l'injection pour consommer ce produit. De manière générale, les proportions de patients ayant recours à l'injection sont nettement moins importantes au sein des patients

8. La traduction belge du protocole TDI européen mentionne explicitement que la Belgique doit intégrer dans cette récolte les demandes de traitement liées à l'alcool. En outre, Eurotox prend également en compte les demandes de traitement pour problèmes de jeux/pari (y compris pour cyberdépendance). Le nombre de prises en charge de ce type reste toutefois largement minoritaire

9. OEDT (2010). *Selected Issues 2010. Trends in injecting drug use in Europe*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne

10. Rwubusisi M., Hogge M., Casero L., Van Huyck C., Dal M., Bastin P. *L'usage de drogues en Communauté française*. Rapport Eurotox 2009, p. 71

11. Il est à noter que nous ne connaissons le mode de consommation du produit principal que pour 45% des patients admis en 2007, ce qui s'explique en grande partie par le fait que cette variable n'est actuellement pas récoltée en région bruxelloise.

primo-demandeurs (sans antécédents thérapeutiques), et ce quel que soit le produit à l'origine de la demande de traitement.

Tableau 1 : Répartition des modes de consommation par type de produit principal consommé au sein des admissions TDI (n=4435), Communauté française, 2007.

	Injecté	Fumé/Inhalé	Voie orale	Sniffé	Autre
Opiacés	23%	69,2%	5,9%	1,7%	0,3%
Cocaïne/Crack	14,3%	59,5%	0,6%	25,6%	/
Stimulants	18,2%	18,2%	45,5%	18,2%	/
Hypnotiques/sédatifs	/	8,3%	91,7%	/	/
Cannabis	/	98,9%	1,1%	/	/
Alcool	/	/	100%	/	/
Autre	/	16,7%	16,7%	8,3%	58,3%

Recherche-Action. RW UDI 2010.

A.1.2. LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

En Belgique (de août 2006 à juillet 2007), la prévalence annuelle des personnes suivant un traitement à la méthadone est actuellement la plus élevée dans l'arrondissement de Liège: 41,74 personnes par 10 000 habitants. L'arrondissement de Charleroi a également une forte prévalence, avec 40.3 personnes par 10 000 habitants. Si l'on prend en compte l'ensemble des traitements de substitution (méthadone, subutex...), la prévalence des personnes sous traitement de substitution est de 25.31 patients pour 10 000 habitants en Région wallonne alors qu'elle est seulement de 14.43 pour l'ensemble de la Belgique¹². Mais bien entendu, tous les patients qui suivent un traitement de substitution n'ont pas forcément déjà eu recours à l'injection (on se rappellera par exemple, comme vu précédemment, que seulement 23% des patients en traitement pour un problème d'abus ou de dépendance aux opiacés et dont le mode de consommation est connu ont eu habituellement recours à l'injection pour consommer leur produit). En outre, ces chiffres doivent être relativisés par le fait que les traitements de substitution peuvent être prescrits aux patients pendant de longues durées. Les données de prévalence doivent donc être complétées par les données d'incidence annuelle des traitements (nouveaux cas annuels). Ainsi, 16,6% des patients en traitement de substitution en 2006-2007 sont de «nouveaux» patients (sans antécédent de traitement par méthadone ou qui avaient interrompu leur traitement). Dans l'arrondissement de Liège, le pourcentage de nouveaux patients est de 13,9%, alors qu'il est de 15% dans l'arrondissement de Charleroi.

Enfin, afin d'avoir une idée plus précise du nombre de patients en traitement de substitution dans les arrondissements de Liège et Charleroi, retenons aussi que de août 2006 à juillet 2007, on comptabilisait 2548 patients (dont environ 354 nouveaux patients) en traitement de substitution aux opiacés dans l'arrondissement de Liège, et 1736 patients (dont environ 260 nouveaux) dans l'arrondissement de Charleroi.

A.1.3. LES DONNÉES ISSUES DES «OPÉRATIONS BOULE DE NEIGE» (BdN)

Le principe des opérations Boule de Neige consiste à former en plusieurs séances (pour un total d'environ 15 heures) des consommateurs de rue (appelés «jobistes») afin qu'ils puissent

12. Ledoux Y., Brohée J.P., Lagrain J., Lambrechts V., Houben P., Spago B., Vansnick I. *Enregistrement national des traitements de substitution*. IPHBE, Rapport annuel, 31 décembre 2007

dispenser auprès de leurs pairs des messages de prévention sur le sida, les hépatites ainsi que d'autres risques liés à l'usage de drogues. L'intérêt de ces opérations est de permettre la transmission d'un message de prévention adapté à une catégorie de population très peu touchée (en raison de sa marginalité) par les campagnes de prévention classiques¹³.

Alors que le pourcentage d'usagers de drogues rencontrés lors des «opérations Boule de Neige¹⁴» reste constant d'année en année pour toutes les régions, on peut remarquer dans le tableau 2 que le pourcentage d'UDI (au cours de la vie) rencontrés diminue au cours des années pour Bruxelles, Namur et Charleroi. A Liège, le pourcentage d'UDI rencontrés a diminué de 2000 à 2005 et remonte en 2007.

Tableau 2 : Répartition en % des injecteurs (injection au cours de la vie) rencontrés lors des opérations BdN par ville, 2000 – 2007, Communauté française.

Année	n	Bruxelles	Liège	Mons	Namur	Charleroi
2000	232	-	76,0	35,7	-	-
2001	1050	53,4	71,2	58,1	47,0	69,0
2002	878	53,7	65,7	-	60,5	63,2
2003	666	36,3	68,7	-	44,8	74,0
2004	1139	46,0	63,7	-	64,1	60,7
2005	1047	49,4	56,3	-	61,1	61,9
2006	357	44,3	-	-	52,1	60,4
2007	618	48,6	68,5	-	54,6	54,3

Recherche-Action. RW UDI 2010.

Comme on peut le voir dans le tableau 3, parmi les villes ayant fait l'objet d'une opération en 2007, la proportion d'usagers ayant consommé par voie injectable au cours du dernier mois est plus importante à Liège (44%) et à Charleroi (40%).

Tableau 3 : Répartition en % des injecteurs (injection au cours du dernier mois) rencontrés lors des opérations BdN par ville, 2000 – 2007, Communauté française.

Année	n	Bruxelles	Liège	Mons	Namur	Charleroi
2000	232	-	63,6	21,4	-	-
2001	1050	35,3	53,5	48,6	28,0	59,3
2002	878	35,5	43,9	-	41,9	47,7
2003	666	22,3	48,0	-	25,4	59,0
2004	1139	24,3	42,2	-	43,6	53,3
2005	1047	30,1	39,7	-	38,1	48,9
2006	357	25,8	-	-	31,3	48,8
2007	618	32,9	44,3	-	31,1	40,0

Recherche-Action. RW UDI 2010.

13. Nous invitons le lecteur à être très prudent en ce qui concerne l'interprétation des résultats. En effet, les données recueillies ne concernent que des personnes rencontrées lors d'opérations Boule de Neige par les jobistes. Les échantillons sont donc le reflet du réseau social des jobistes et ne sont pas représentatifs des usagers drogues « en rue » en Communauté française

14. *Rapport Boule de Neige 2007*, Modus Vivendi, page 30

A titre complémentaire, une enquête réalisée au niveau du dispositif d'échange de seringues carolingien révèle que 86% des personnes rencontrées en 2007 consomment de l'héroïne et 88% de la cocaïne¹⁵.

A.1.4. EN PRISON

D'après l'enquête récemment réalisée sur les risques sanitaires liés à l'usage de drogues dans le milieu carcéral belge¹⁶, 14.5% (n=156) des détenus interrogés en 2008 (n=1078) ont déjà eu recours à l'injection au moins une fois dans leur vie, ce qui représente 22.1% des détenus ayant déclaré avoir déjà consommé au moins une fois un produit illégal, ou encore 40.1% des détenus ayant consommé de la drogue en prison. Enfin, 3.2% (n=34) des détenus interrogés ont déclaré avoir déjà eu recours à l'injection en prison (21.1% des détenus ayant déclaré avoir déjà eu recours à l'injection dans leur vie). On n'observe pas de différence au niveau des comportements d'injection en prison en fonction du sexe, mais la pratique est significativement plus répandue dans la tranche d'âge des 31-35 ans.

A.1.5. DONNÉES ISSUES DES ACTIVITÉS RÉALISÉES EN MILIEU FESTIF¹⁷

Des données relatives à l'usage des drogues en milieu festif sont récoltées à l'aide d'un questionnaire servant de prise de contact avec le public cible lors d'actions de Réduction des Risques menées en milieu festif. En raison d'absence de procédure d'échantillonnage, ces données doivent être interprétées avec prudence et considérées comme purement indicatives.

De manière globale, le public touché par les actions de Réduction des Risques en milieu festif wallon compte une trentaine de pourcent de répondants qui déclarent avoir « sniffé ¹⁸ » au moins une fois au cours de leur vie, et un peu moins de 15% durant les quatre dernières semaines. Trois pourcents affirment avoir déjà eu recours au moins une fois à l'injection dans leur vie, 1% au cours des 4 dernières semaines et moins de 1% au cours de l'événement.

Tableau 4 : Mode de consommation des personnes interrogées en milieu festif (Région wallonne - 2008) (n=3560).

Mode de consommation	%
Sniff	
Au cours de la vie	30,9
Au cours des 4 dernières semaines	14,5
Au cours de l'événement	9,4
Injection	
Au cours de la vie	3,1
Au cours des 4 dernières semaines	1,0
Au cours de l'événement	0,6

Recherche-Action. RW UDI 2010.

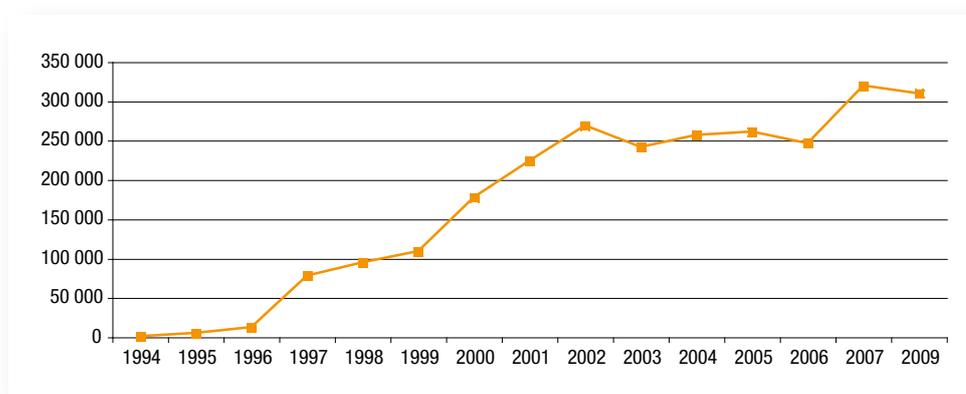
15. Boonen, J. *Evaluation du dispositif d'échange de seringues de Charleroi entre 2001 et 2007*. Cellule de Recherche et Concertation, Charleroi, 2010
16. Todts S., Glibert P., Van Malderen S., Saliez V., Hogge M. & Van Huyck C. *Usage de drogues dans les prisons belges : Monitoring des risques sanitaires*. 2008, SPF Justice. Bruxelles, 2009
17. *Consommation de drogues, lieux festifs et acteurs. Etat des lieux en Région wallonne*. Modus Vivendi, novembre 2009
18. On entend par le terme « injecteur », toute personne ayant injecté une substance en voie intraveineuse et par le terme « sniffeur » toute personne ayant sniffé une substance

A.1.6. DONNÉES ISSUES DU DISPOSITIF D'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION

Le nombre de seringues distribuées via le dispositif d'accès au matériel d'injection permet également de se faire une idée sur la pratique de l'injection. Bien entendu, ces chiffres ne permettent pas d'estimer le nombre d'injecteurs en Communauté française (ni en Région wallonne) parce qu'actuellement il n'y a aucun recensement du nombre d'usagers fréquentant ce dispositif.

En 2009, un total de 309.823 seringues a été distribué via les comptoirs d'échange de seringues, total auquel s'ajoute 39.900 seringues distribuées en pharmacie via la pochette Stérifix (nous ne connaissons toutefois pas le nombre de seringues vendues en pharmacie à l'unité ou par paquet de 10).

Figure 1 : Evolution du nombre de seringues distribuées en Communauté française via les comptoirs d'échange de seringues.



Recherche-Action. RW UDI 2010.

A.2 Données socio - démographiques

A.2.1. AGE ET SEXE

Les personnes en traitement de substitution

Les femmes représentent 24.9% de l'ensemble des personnes sous méthadone en Communauté française de Belgique (avec un pic spectaculaire de 37.1% à Neufchâteau)¹⁹. 60% des personnes en traitement ont moins de 30 ans dans la province du Luxembourg et 40% ont moins de 30 ans dans la province de Namur. Par contre la province de Liège a une population en traitement assez vieillissante par rapport à l'ensemble de la Région wallonne.

« Ces dernières données signalent que la population en traitement de substitution avec la méthadone est loin d'avoir arrêté son renouvellement. Nous verrons en intégrant les patients avec une délivrance de Subutex®, combien ce renouvellement est encore plus prononcé. Nous ne pouvons donc pas considérer que l'usage d'héroïne est stoppé et nous allons même constater qu'elle serait localement en croissance. Pour faire un tel constat nous devons évidemment considérer que l'offre de soins est relativement stable, sinon l'augmentation

19. Ledoux Y., Brohée J.P., Lagrain J., Lambrechts V., Houben P., Spago B., Vansnick I., *Enregistrement national des traitements de substitution*. IPHBE, Rapport annuel, 31 décembre 2007

du nombre de patients jeunes pourrait être une conséquence d'une offre de soins spécifique, ce qui à notre connaissance ne devrait pas être le cas.»²⁰

Les personnes en traitement pour problème d'abus ou dépendance

L'âge moyen des personnes admises pour la première fois en 2007 et répertoriées via les données TDI en Communauté française de Belgique est de 31.65 ans (26 ans pour l'ensemble de l'Europe) et varie entre 14 et 76 ans.²¹ Le ratio hommes-femmes est d'environ 4 pour 1 (semblable aux autres pays européens).

Données issues des opérations Boule de Neige

En 2007, un tiers (34%) des personnes rencontrées lors des opérations Boule de Neige est âgé de plus de 35 ans, 25% de 25 à 29 ans, 21% de 18 à 24 ans, 18% de 30 à 35 ans. Très peu de mineurs sont rencontrés à travers les opérations BdN. Au fil des ans, les proportions des tranches d'âges des personnes rencontrées sont relativement stables avec toutefois une tendance à la hausse pour les personnes de plus de 35 ans²². Au cours des opérations BdN, il y a une femme interrogée pour deux hommes interrogés. Ce rapport est stable entre 2000 et 2007. Par contre en 2009, la proportion de femmes touchées via les opérations Boule de Neige n'était plus que de 25,2%.

Données issues des activités réalisées en milieu festif

Parmi l'ensemble des personnes rencontrées en 2006 en milieu festif (n=2313), 2.6% des personnes interrogées ont déclaré avoir déjà consommé au moins une fois dans leur vie un produit par injection. Ils représentent 3.3% des personnes qui ont consommé au moins un produit au cours de leur vie. Ce sont à 55,9% des hommes, pour 20.3% de femmes (23.8% de non réponses). Le plus grand groupe (47.5%) a entre 18 et 25 ans.

Données locales

L'observatoire liégeois de prévention et de concertation sur les drogues de la ville de Liège a réalisé une étude de terrain. Celle-ci n'est représentative que du public qu'ils ont touché dans le cadre du travail de prévention, c'est-à-dire un public d'usagers de drogues très marginalisé. Dans la population rencontrée, 22% sont des femmes et 88% des hommes.

Sur Charleroi et depuis 2002, 19% du public rencontré en rue par l'équipe de «Carolo rue» sont des femmes. Cette proportion diminue de manière constante pour ne plus représenter que 11% des personnes rencontrées en 2007, 62% des personnes qu'ils rencontrent dans leurs lieux de vie ont entre 26 et 35 ans, et 16% ont entre 16 et 25 ans. La moyenne d'âge augmente sans cesse pour atteindre 33 ans en 2007. Au niveau du comptoir fixe d'échange de seringues, les femmes représentent par contre 25% des personnes rencontrées. Les 16-25 ans représentent 16% du public rencontré au comptoir de Charleroi (48% ont plus de 36 ans et 34% ont entre 26 et 35 ans). La moyenne d'âge est en constante augmentation²³.

20. Op. cit., p. 23-27

21. Rwubusisi M., Hogge M., Casero L., Van Huyck C., Dal M., Bastin P., *L'usage de drogues en Communauté française*. Rapport Eurotox 2009, p. 65

22. Modus Vivendi. Analyse du profil des personnes rencontrées lors des opérations Boule de Neige en Communauté française. *Rapport statistique 2007*. Bruxelles, 2008, p. 10

23. Boonen J., *Evaluation du dispositif d'échange de seringues de Charleroi entre 2001 et 2007*. Cellule de Recherche et Concertation, Charleroi 2010

A.2.2. LE NIVEAU D'ÉTUDE

Les personnes en traitement pour problème d'abus ou dépendance

En 2007, 65% des personnes en demande de traitement et ayant renseigné leur degré de scolarité soit n'ont aucun diplôme, ou ont un diplôme de primaire voire de secondaire inférieur. Les 35% restants ont au moins achevé le cycle d'études secondaires. Moins de 10% ont un diplôme d'études supérieures ou universitaires²⁴.

Données issues des opérations Boule de Neige

Tableau 5 : Caractéristiques des répondants (Opérations Boule de Neige Rue - Communauté française 2009).

	n	%
Dernier diplôme obtenu	402	
Aucun	62	15,4
Primaire	75	18,7
Secondaire inf.	155	38,6
Secondaire sup.	60	14,9
Supérieur ou universitaire	46	11,4
Encore aux études	4	1,0
<i>Non spécifiés</i>	26	

Recherche-Action. RW UDI 2010.

A.2.3. SITUATION SOCIO ÉCONOMIQUE

Données TDI Communauté française

En 2007, 16% des personnes en demande de traitement déclaraient ne pas avoir de source de revenu, 35% bénéficiaient d'un revenu de remplacement (CPAS, mutuelle, invalidité, etc.), 25% bénéficiaient du chômage et enfin 18% avaient un travail régulier et/ou occasionnel. En ce qui concerne leur mode de vie, toujours en 2007, 37% vivent seuls, 43% vivent en couple, en famille ou avec des amis, et 20% vivent en institution, en prison ou en communauté. Près d'un tiers des personnes ayant répondu à la question sont sans logement ou logées en prison/institution.²⁵

Données issues des opérations Boule de Neige

En 2007, environ un tiers (32%) des personnes rencontrées dispose d'un travail rémunéré. Une personne sur cinq n'est pas en ordre de mutuelle (21% en 2007), ces proportions étant relativement stables dans le temps. Enfin, deux tiers des personnes interrogées (69% en 2007) déclaraient avoir un domicile fixe et stable, cette proportion variant entre 69% et 80% depuis 2000.

24. Rwubusisi M., Hogge M., Casero L., Van Huyck C., Dal M., Bastin P., *L'usage de drogues en Communauté française*. Rapport Eurotox 2009, p. 68

25. Rwubusisi M., Hogge M., Casero L., Van Huyck C., Dal M., Bastin P., *L'usage de drogues en Communauté française*. Rapport Eurotox 2009, p. 71

A.2.4. PRÉCARITÉ

« *Le non accès au logement, tout comme le fait de vivre dans des conditions précaires est l'une des formes les plus graves d'exclusion sociale auxquelles sont confrontés les toxicomanes, et touchent environ 10% des consommateurs de drogues qui ont commencé un traitement en 2006 dans les pays européens* » (OEDT, 2008).

Données Boule de Neige²⁶

En 2007, si nous comparons la précarité²⁷ chez les personnes rencontrées, nous observons que les femmes, les personnes ne faisant pas partie de l'Union Européenne (excepté celles d'Europe de l'Est) et les injecteurs ont significativement plus tendance à être précarisés. Il n'y a par contre pas de différence significative selon l'âge ou la séroprévalence de la personne. Toutefois, une personne précarisée sur cinq déclarait être séropositive au VIH/sida et/ou à l'hépatite C.

B. PROBLÉMATIQUE SOCIO-SANITAIRE

B.1 Maladies infectieuses

B.1.1. LE SIDA

Les groupes considérés comme les plus à risques face au virus du VIH sont les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les usagers de drogues par injection, les travailleuses du sexe et leurs partenaires sexuels²⁸. Le taux de prévalence du VIH chez les personnes injectrices de drogues varie d'un pays à l'autre. Actuellement en Europe occidentale, la proportion des diagnostics de VIH associés à l'utilisation de matériel d'injection contaminé est stabilisée ou en baisse, selon les pays²⁹.

En Belgique, en ce qui concerne les maladies infectieuses liées à la consommation de drogues, les statistiques concernant le VIH et les hépatites sont disponibles pour les deux Communautés, flamande et française. La diminution du nombre de consommateurs de drogues injectables infectés par le VIH, exprimé en pourcentage du nombre total de cas infectés, s'y confirme également; de 10% en 1986, cette proportion est passée à un peu moins de 2% en 2008³⁰

Les infections dues à un usage de drogues par injection ont longtemps été plus fréquentes parmi les jeunes, mais au cours des dernières années, on a observé une inversion de la tendance au profit de personnes plus âgées. En 2008, chez les jeunes entre 15 et 24 ans, il n'y a eu aucun nouveau cas d'infection par le VIH pour ceux qui ont déclaré consommer par injection.

Depuis 1995, on n'observe pas non plus de grande différence entre la prévalence d'UDI parmi les nouveaux cas de VIH selon le sexe. En 2008, aucun cas féminin n'a été répertorié.

26. Modus Vivendi. Analyse du profil des personnes rencontrées lors des opérations Boule de Neige en Communauté française. Rapport statistique 2007, Bruxelles, 2008

27. Nous considérons ici comme précarisées les personnes rencontrées qui, simultanément, ne vivaient pas dans un domicile fixe et stable, n'avaient pas un travail rémunéré, et n'étaient pas en ordre de mutuelle

28. ONU. *UNAIDS report on the global aids epidemic*, 2010

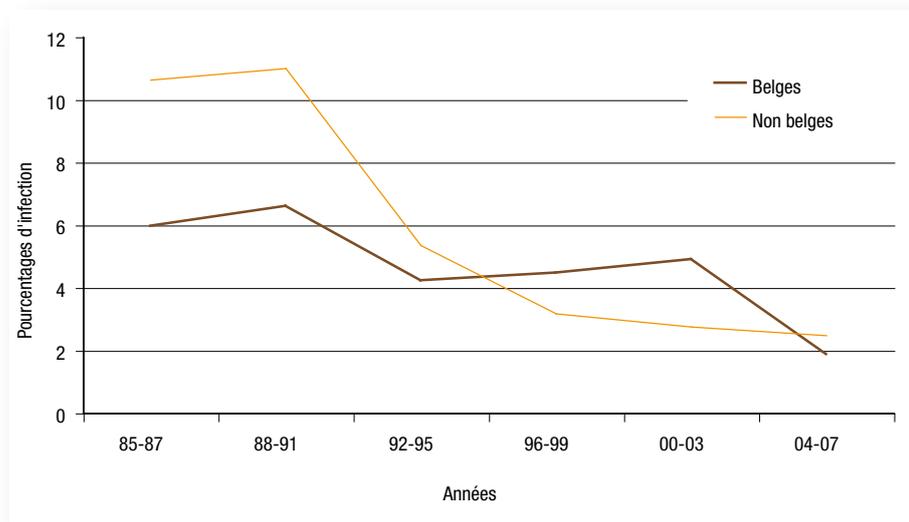
29. OEDT (2010). *Trends in injecting drug use in Europe*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, p. 17

30. Sasse A., Defraye R., Buziarsist J., & Van Beckhoven D., *Epidémiologie du sida et de l'infection au VIH en Belgique, situation au 31 décembre 2009*, IPH/EPI rapport annuel 2009, Bruxelles, 2010

Les recherches scientifiques sur l'efficacité des programmes d'échange de seringues (PES) montrent qu'ils sont associés à une diminution de l'incidence du VIH sans pour autant augmenter la consommation de drogues, la fréquence des injections, le nombre d'injecteurs et le nombre de seringues usagées abandonnées en rue (ce dernier tend plutôt à diminuer). Accessibilité ne signifie donc pas incitation. Une analyse de la littérature, publiée en 2004 par l'OMS, conclut qu'il existe des preuves manifestes que la fourniture et l'utilisation accrue de matériel d'injection stérile par les UDI réduisent considérablement l'infection par le VIH et qu'aucun effet négatif involontaire majeur n'a été démontré (OMS, 2004). Ainsi, l'Angleterre, l'Australie ou les Pays-Bas ont sans doute pu éviter une épidémie de VIH chez les UDI grâce à une implantation précoce de PES en plus d'autres mesures de santé publique, ce qui n'a pas été le cas pour d'autres pays comme la France et les Etats-Unis, qui ont réagi avec lenteur voire avec retard face aux infections liées à ces pratiques à risques (EMMANUELLI, 1995). « L'analyse de l'OMS conclut toutefois que les PES ne suffisent pas, en soi, à contrôler l'infection par le VIH chez les UDI, et que ces programmes doivent aller de pair avec des mesures complémentaires en vue de contrôler l'infection par le VIH parmi les UDI et sa transmission dans la population. ».

En Belgique, comme on peut le voir dans la figure 2, le pourcentage d'infections apparemment liées à l'injection de drogues par voie intraveineuse diminue continuellement depuis 1991, et ce tant chez les individus belges que non belges. Cette remarquable diminution coïncide d'ailleurs avec le développement et/ou le renforcement d'actions de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues, en particulier le développement et l'augmentation des dispositifs d'échanges de seringues usagées.

Figure 2 : Evolution quadriennale du pourcentage d'infection au VIH en Belgique lié à l'injection de drogues par voie intraveineuse chez les patients belges et non belges³¹.



Recherche-Action. RW UDI 2010.

B.1.2. LES HÉPATITES

Une personne sur 12 dans le monde est atteinte par une hépatite B ou C, et 1 personne sur 3 est exposée à l'un ou l'autre de ces virus. Les hépatites virales concernent directement 500 millions

31. Adapté de Sasse, Defraye, Buziarsist, Van Beckhoven et Wanyama, (2008). *Epidémiologie du sida et de l'infection au VIH en Belgique, situation au 31 décembre 2007*, IPH/EPI rapport annuel 2007, Bruxelles

de personnes au monde et en tuent environ 1,5 million par an (1,2 million de décès par an pour le VHB et 500 000 décès par an pour le VHC). En Europe, l'hépatite C à elle seule concerne environ 22 millions de personnes et cause la mort chaque année d'environ 86.000 personnes. L'hépatite B, toujours en Europe, concerne 12 millions de personnes. Chaque année, 90.000 d'entre elles deviennent porteuses chroniques du virus B et 24.000 en meurent³².

Dans le monde, on estime à 180.000.000 le nombre de personnes infectées par le VHC et à 1.200.000.000 le nombre de personnes infectées par le VHB. A titre de comparaison 40 millions de personnes vivent avec le VIH/sida. Le VHC contamine 7 fois plus et tue 4 fois plus que le sida. En Belgique, cela concerne environ 200.000 citoyens

A l'heure actuelle, la principale cause de contamination par le VHC est l'usage de drogues par voie intraveineuse. L'usage de drogues par voie intraveineuse représente un risque important de contamination par le VHC, le VHB et le VIH, avec une période de plus grande vulnérabilité lors des premiers mois de consommation. Cette transmission élevée chez ce type d'usagers est souvent due au partage de seringues, mais également au partage du matériel d'injection (cuillère, filtre, coton, eau,...), qui peut aussi être contaminé par le sang d'un usager infecté³³. Notons que le risque de transmission chez les usagers de drogues par voie nasale est également relativement élevé en cas de partage du matériel (paille, billet, etc.) servant à priser la substance³⁴, et ce en raison de la résistance temporaire (plusieurs jours) du virus au contact de l'air. En outre, de récentes études suggèrent qu'il n'est pas exclu qu'une contamination puisse également se produire en cas de partage d'un matériel d'inhalation (pipe à eau ou pipe à crack³⁵), mais ces données ne font pas l'unanimité et doivent encore être confirmées.

D'après Baudouin Denis, entre 50 et 80 % des toxicomanes sont infectés durant les cinq années qui suivent le début de la prise de drogues par injection et peuvent être atteints d'infections chroniques susceptibles d'endommager et de détruire leur foie³⁶. Si aucun vaccin n'est actuellement disponible contre l'hépatite C, on peut par contre efficacement se prémunir contre l'hépatite B par la vaccination.

Pour les personnes déclarant s'être injectées au moins une fois de la drogue par voie intraveineuse, la contamination par l'hépatite C est plus fréquente que pour l'hépatite B. Ainsi, en 2008, parmi les patients qui ont fait le test dans une clinique (Free clinic), 82,7% étaient positifs à l'hépatite C et 57% étaient positifs à l'hépatite B.

Il est important de contrôler la prévalence des infections afin de pouvoir suivre l'efficacité des interventions. Toutefois, il est difficile de contrôler l'évolution du VHC, car la plupart des personnes atteintes d'infection chronique à l'hépatite C présentent peu ou ne présentent pas de symptômes pendant au moins 20 ans.

32. World Hepatitis Alliance – Chac Asbl, 2009 (http://www.chacasbl.be/htm/infos_hepat_c.html)

33. Hagan H., Thiede H., Weiss N.S., Hopkins S.G., Duchin J.S., et Alexander E.R., *Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C*. American Journal of Public Health. 2001; 91: 42-46

34. Martinez A. et Talal A.H. *Noninjection drug use: an under-appreciated risk factor for hepatitis C virus transmission*. Liver International. 2008 ; 28 : 757-760

35. Macías J., Palacios R.B., Claro E. et al. *High prevalence of hepatitis C virus infection among non injecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack*. Liver International. 2008 ; 28 : 781-786

36. Baudouin D., Dedobbeler M., Collet T., *L'hépatite C, une maladie à haute prévalence chez les usagers de drogues par voie intraveineuse*. Santé conjugulée, 01/2001, n° 15

Prison³⁷

Parmi tous les détenus qui ont déclaré être positifs au test de l'hépatite C, 57.6% ont plus de 30 ans. Un cinquième (18.2%) sont des femmes ($p < 0.005$). Mais proportionnellement, les femmes sont 5 fois plus infectées par le VHC que les hommes. La plupart des détenus porteurs du VHC avaient déjà été incarcérés antérieurement (69.7%).

Les détenus ayant un passé d'injecteur de drogues ont quinze fois plus de risques que les autres d'être infectés par l'hépatite C. Un usager de drogues infecté sur quatre (25.9%) affirme avoir injecté en période de détention. D'autres facteurs pourraient toutefois aussi contribuer à l'infection au VHC : un faible niveau d'instruction, le chômage, la marginalisation sociale et l'éloignement du réseau social³⁸.

B.1.3. LES PRATIQUES À RISQUES

Le partage du matériel d'injection: seringues, mais aussi cuillères, filtres, eau, garrots

Les consommateurs d'héroïne en injection injectent généralement 3 fois par jour. Les consommateurs de cocaïne ont un comportement beaucoup plus compulsif et peuvent injecter jusqu'à 20 fois par jour ou plus et pendant plusieurs jours consécutifs.

Il n'est pas toujours évident de se procurer du matériel stérile particulièrement le week-end et en soirée, ce qui accroît le risque de partage. A titre d'exemple, lors de l'enquête effectuée à Liège par la ville auprès des usagers de rue, 82% des UDI rencontrés déclaraient avoir des difficultés à se procurer des seringues le week-end et 63% n'arrivaient pas à en trouver.

A travers les opérations BdN réalisées en 2009, 60,7% des répondants ont déclaré avoir utilisé au moins une fois une seringue usagée au cours des 6 derniers mois (dont la moitié une seringue appartenant à autrui). Quant au reste du matériel d'injection (eau, cuillère, garrot...), ils sont également 66,2% à avoir réutilisé du matériel usagé au cours des 6 derniers mois (dont environ la moitié du matériel appartenant à autrui). L'utilisation de seringues usagées serait donc légèrement moins fréquente que le reste du matériel.

En ce qui concerne les seringues, ce sont surtout les leurs que les usagers utilisent (31%) ou celles d'une autre personne (27,6%) et rarement celles trouvées en rue (2,1%). En revanche pour le matériel, c'est celui d'une autre personne (33,8%) et ensuite leur propre matériel (31,1%). Le matériel trouvé en rue n'est cité que par quelques répondants (1,3%).

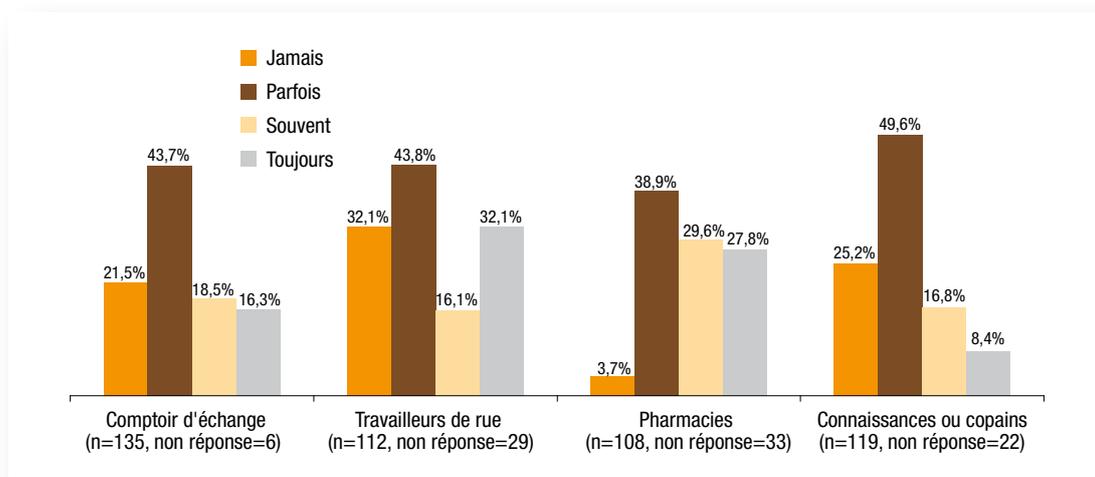
Comme nous pouvons le voir dans la figure 3, 49,6% des UDI rencontrés lors des opérations BdN déclarent se procurer des seringues via des connaissances ou des copains.

En Prison³⁹, 16.6% des UDI avaient partagé leur matériel la dernière fois qu'ils se sont injecté. De manière générale, 58.3% déclarent avoir désinfecté leur équipement lors de la dernière injection.

37. Todts S., Glibert P., Van Malderen S., Saliez V., Hogge M. & Van Huyck, C. *Usage de drogues dans les prisons belges : Monitoring des risques sanitaires*. 2008, SPF Justice. Bruxelles, 2009

38. Matheï et al. *The epidemiology of hepatitis C among injecting drug users in Belgium*. Acta Gastro-Enterologica Belgica, LXVIII, 2005, 50-54

39. Todts S., Glibert P., Van Malderen S., Saliez V., Hogge M. & Van Huyck, C. *Usage de drogues dans les prisons belges : Monitoring des risques sanitaires*. 2008, SPF Justice. Bruxelles, 2009

Figure 3 : Origine des seringues (Communauté française - Opérations Boule de Neige 2009).

Recherche-Action. RW UDI 2010.

Les comportements sexuels à risques

La perte de vigilance sous l'influence du produit et/ou le mode de vie instable et/ou encore le manque d'accès aux préservatifs sont responsables de prises de risque accrues lors de rapports sexuels chez les usagers de drogues. De plus, certains usagers de drogues ont des relations sexuelles pour acquérir leurs produits. L'usage de drogues est également fréquent dans le milieu de la prostitution. Dans les milieux de prostitution masculine, l'usage de drogues stimulantes, principalement la cocaïne et le crack, est fréquent.

Parmi les personnes rencontrées en rue dans le cadre des opérations BdN, 25,4% d'entre elles déclarent avoir eu entre 2 à 5 partenaires au cours des 6 derniers mois et 7,4% plus de 6. Parmi ces derniers, 73,1% ont eu des relations sexuelles non-protégées. Même si ce pourcentage est encore trop élevé, vu le public consommateur «à risques» en matière de maladies sexuellement transmissibles, on note néanmoins une légère tendance à se protéger davantage lorsque le nombre de partenaires augmente.

Seul un dixième des personnes interrogées (11,4%) qui font état de contacts sexuels en prison (en dehors des visites conjugales autorisées) ont rapporté utiliser un préservatif à chaque fois, tandis que 70,4% des répondants déclarent ne jamais utiliser de préservatifs.

Le tatouage et le piercing

Le tatouage et le piercing constituent des pratiques particulièrement répandues parmi les jeunes mais aussi parmi les usagers de drogues par injection. Nous disposons toutefois de peu de données permettant d'estimer la prévalence des pratiques à risques à ce niveau chez les usagers de drogues et a fortiori chez les UDI, ainsi que les liens entre ces pratiques et l'usage de drogues. Il apparaît toutefois que 8,5% des détenus se tatouent en prison et 1,0% pratiquent le piercing. Et il s'avère que les $\frac{3}{4}$ des détenus qui se sont fait tatouer ou piercer sont des consommateurs de drogues. Ils sont également plus nombreux que les personnes non-tatouées à pratiquer l'injection au cours de leur vie.⁴⁰

40. Op. cit.

B.2 Mortalité et morbidité

Les principales complications de santé dues à l'injection de drogues sont : l'effet toxique du produit consommé; les impuretés contaminantes du produit; l'injection non stérile; la mort par overdose; thrombophlébitis (ou cellulite) au point d'injection; l'abcès pouvant conduire à la gangrène ou l'amputation d'un membre; endocardite sévère et chronique (fièvre et désordre cardiaque) causée par une bactérie de la peau (*staphylococcus aureus*), «poussière» avec possibilité de fortes fièvres, tremblements et jaunisses, et la contamination par le virus VHC,B et HIV.

Selon les dernières estimations, 4% de l'ensemble des décès observés chez les Européens âgés de 15 à 39 ans sont dus à une overdose⁴¹. En 2007 et toujours en Europe, entre 35 et 100% des overdoses sont liées à la prise d'opiacés. L'injection et la poly-consommation y sont également des facteurs très importants⁴². La consommation conjointe d'opiacés et de cocaïne («speedball») augmente également le risque d'overdose.

Parmi tous ceux qui ont déjà consommé des drogues en prison (n=389) en 2008, 5,7% indiquaient qu'ils avaient déjà subi une overdose en détention (contre 7,1% en 2006). Lors des opérations BdN réalisées en 2009, un peu moins d'un quart des répondants ont déclaré avoir déjà fait au moins une overdose. Sur l'ensemble de l'échantillon (n=428), les personnes ayant reconnu avoir fait une overdose ne représentent plus que 12,6%.

B.3 Accès au traitement

L'accès des utilisateurs de drogues injectables au traitement antirétroviral et aux soins est proportionnellement faible⁴³. En 2007, on estime que 40% des usagers problématiques d'opiacés suivent un traitement de substitution⁴⁴.

Si on tient compte des données issues des opérations BdN en 2009, seulement 219 des 428 répondants pris en compte dans l'analyse ont répondu à la question portant sur un traitement de substitution. Parmi ceux-ci, ils sont 59,3% à déjà avoir suivi un tel traitement. Si on prend en compte l'ensemble des consommateurs actifs touchés (n=428), les personnes ayant déclaré un traitement représentent 30,6%.

C. LES PUBLICS UDI DITS «CACHÉS» CONCERNÉS PAR L'ÉTUDE

C.1 Les jeunes

La littérature européenne est globalement assez pauvre en ce qui concerne les jeunes et l'injection. Il faut donc se tourner vers la littérature canadienne pour trouver des études consistantes sur le sujet. De manière générale, les études réalisées auprès de groupes de jeunes injecteurs

41. OEDT (2009). *Etat du phénomène de la drogue en Europe*. Rapport Annuel 2009. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, p. 94

42. OEDT (2010). *Trends in injecting drug use in Europe*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, p. 15

43. OEDT (2007), *Rapport annuel sur les drogues 2007*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne

44. OEDT (2010), *Trends in injecting drug use in Europe*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, p. 16

révèlent des taux de séroprévalence particulièrement préoccupants, tant pour le VHC⁴⁵ que pour le VIH.

Il est en outre particulièrement important d'identifier les comportements et les besoins spécifiques des jeunes UDI parce que différents travaux suggèrent que la première injection de drogues s'effectuent avant l'âge de 25 ans⁴⁶, ce qui est d'ailleurs confirmé par les données récoltées en Communauté française via les opérations Boule de Neige, dont l'âge moyen de la première injection des UDI interrogé de 2000 à 2008 est approximativement de 20 ans.

En raison notamment d'une plus grande « insouciance » liée à leur jeune âge ou encore à une moins bonne connaissance des pratiques à risques (en raison de leur « inexpérimentation » dans le domaine, mais aussi parce qu'ils ont peut-être moins côtoyé que leurs aînés les professionnels de la RdR), les jeunes injecteurs sont particulièrement enclins à prendre des risques lors des comportements d'injection. En outre, ces jeunes injecteurs n'éprouvent pas les mêmes besoins que leurs aînés à consulter ou à entrer en contact avec des structures de prévention, et sont donc sous-représentés au sein du dispositif. Le fait que peu de jeunes UDI recherchent une aide institutionnelle pourrait toutefois s'expliquer par leur parcours de vie souvent difficile, au cours duquel ils ont entretenu des rapports tendus avec différentes institutions (IPPJ, services d'aide à la jeunesse, etc.). De surcroît, ces nouveaux injecteurs ne se considèrent pas comme toxicomanes et ne se reconnaîtraient donc pas dans les messages de Réduction des Risques. Ces différents éléments rendent particulièrement difficile le travail de prévention auprès de ce public.

LA CONSOMMATION EN RUE

En ce qui concerne l'initiation à l'injection, des études réalisées auprès de jeunes injecteurs à Montréal^{47 et 48} montrent que, bien qu'ils soient nombreux à avoir essayé différentes substances psychotropes avant d'arriver dans la rue, l'initiation à l'injection se fait souvent en « rue »⁴⁹, et elle est souvent réalisée (dans environ 70 % des cas) par un tiers, que ce soit un ami, le ou la compagne ou une autre personne. En outre, au moment de la première injection, les jeunes sont plus préoccupés par le risque de devenir dépendant que par les risques liés aux infections, ce qui augmente forcément l'incidence des pratiques à risques. En effet, s'ils ont généralement (environ 85 %) recours à une seringue non usagée lors de leur première injection, ils sont seulement environ 60 % à utiliser du matériel complémentaire stérile (eau, coton, etc.). De manière générale, différents facteurs d'ordre individuel et social peuvent prédire le recours à l'injection (le fait de vivre dans la rue, être âgé de moins de 18 ans, être tatoué, être consommateur de drogues, avoir un ami qui consomme par injection, avoir subi des abus sexuels hors situation d'inceste)⁵⁰. Certains de ces facteurs les rendent également plus vulnérables au « partage » du matériel d'injection, comme par exemple le fait de vivre

45. Roy E., Haley N., Leclerc P., Cédras L., & Boivin J.F. *Hepatitis C among Montreal street youth cohort participants who injected drugs (MSYC-IDUs)*. Canadian Journal of Infectious Disease, 12 (Suppl. B): 60B, 2001

46. Haley N., Roy E., & Leclerc P., *Interventions de prévention efficaces contre le VIH et l'hépatite C chez les jeunes utilisateurs de drogues par injection (UDI)*. Drogues, Santé et Société, 2(1), 84-99, 2003

47. Roy E., Nonn E., Haley N., Morissette C., *Le « partage » des matériels d'injection chez les jeunes usagers de drogue injectable de Montréal*, in Réduction des risques et des méfaits, vol.2, n°1, 2003

48. Roy E., Haley N., Leclerc P., Cédras L., & Boivin J.F. *Drug injection among street youth: the first time*. Addiction, 97(8), 1003-1009, 2002

49. Être en rue ne signifie par nécessairement être sans domicile, mais entretenir différents liens avec la rue

50. Roy E., Haley N., Leclerc P., Cédras L., Blais L., & Boivin, J.F. *Drug injection among street youths in Montreal: predictors of initiation*. Journal of Urban Health, 80(1), 92-105, 2003

dans la rue ou d'avoir un degré d'intimité élevé entre les partenaires d'injection. En outre, il est relativement bien établi que les jeunes injecteurs sont également enclins à prendre des risques au niveau sexuel⁵¹. Les études de Pascale Jamouille auprès des jeunes consommateurs (pas uniquement par voie intraveineuse) dans le Hainaut mettent également en évidence l'influence du contexte de précarité socio-économique, l'ennui et l'absence de perspectives sur l'usage des drogues chez les jeunes des cités⁵².

Le rapport annuel de l'OEDT de 2009 relève par ailleurs que dans de nombreux pays, l'héroïne pourrait être en train de toucher de nouvelles populations, en particulier les jeunes. La tendance à la baisse de la consommation d'héroïne observée ces dernières années n'est donc plus d'actualité. S'il n'est pas avéré qu'une épidémie de consommation d'héroïne soit en cours, le rapport attire l'attention sur les problèmes socio-sanitaires posés par cette drogue en rapport avec la détérioration de la situation économique en Europe⁵³. L'héroïne étant souvent consommée par injection, en particulier lorsque les consommateurs qui la fument sont en recherche de nouvelles sensations en raison de la tolérance aux effets développés après de longues périodes de fumette, nous ne sommes pas à l'abri d'une augmentation du nombre de consommateurs d'héroïne par injection.

Finalement, en Communauté française de Belgique, les données issues des opérations Boule de Neige menées en rue de 2000 à 2008 montrent que, parmi l'ensemble des UDI rencontrés lors de ces opérations (n=2732), moins de 1 % ont moins de 18 ans, 18 % ont entre 18 et 24 ans et 25 % ont entre 25 et 29 ans⁵⁴. Les jeunes de moins de 30 ans représentent un peu plus de 40 % des injecteurs rencontrés lors de ces opérations. Les jeunes UDI ayant 25 ans ou moins sont majoritairement de sexe masculin mais on rencontre tout de même 44 % de femmes. Ils sont à 65 % d'origine belge, et 63 % d'entre eux ont un domicile fixe (ce qui ne veut pas dire qu'ils ne fréquentent pas le milieu de la rue...). Ils ne sont que 35 % à avoir un travail rémunéré, 70 % d'entre eux sont en ordre de mutuelle et 70 % suivaient un traitement de substitution au moment de l'enquête. Au niveau des produits consommés, ils sont respectivement 85 % et 72 % à consommer de l'héroïne et de la cocaïne par injection. En ce qui concerne les comportements à risques relatifs à l'usage de drogues, 33 % de jeunes injecteurs interrogés ont utilisé au moins une fois la seringue usagée d'une autre personne durant les 6 mois précédant l'enquête et 52 % le matériel usagé (tampon, eau, etc.) d'une autre personne. Enfin, 6 % d'entre eux ont réutilisé au moins une fois une seringue usagée trouvée en rue durant les 6 mois précédant l'enquête, et 17 % leurs propres seringues. Notons également que 62 % de ces jeunes connaissent un comptoir d'échange de seringues et qu'ils sont seulement 49 % à s'y être déjà rendus, ce qui confirme donc le fait qu'ils sont peu en contact avec le dispositif existant. Ces chiffres confirment également que les pratiques à risques existent bel et bien chez les jeunes injecteurs vivant en Communauté française de Belgique. Il y a donc nécessité de déployer des actions spécifiques de manière à en réduire la prévalence.

51. Haley, Roy, & Leclerc, (2003). Op. cit.

52. Jamouille P., *Des hommes sur le fil, la construction de l'identité masculine en milieux précaires*, Edition La Découverte, Paris, 2005, p. 35

53. OEDT (2009). *Etat du phénomène de la drogue en Europe*. Rapport Annuel 2009. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, p. 15

54. Modus Vivendi. Les usagers de drogues par injection rencontrés lors des opérations Boule de Neige de 2000 à 2008. Communication personnelle. Bruxelles, 2010

LA CONSOMMATION EN MILIEU FESTIF ET EN DEHORS DES GRANDES ZONES URBAINES

Le rapport annuel 2007 de l'enregistrement national des traitements de substitution (ENTS), dirigé par Yves Ledoux⁵⁵, fournit des indications précieuses sur la situation des jeunes en dehors des grands centres urbains. Ces chiffres permettent de localiser les arrondissements qui font face à des problèmes récents d'addiction à l'héroïne traités par un produit de substitution.

Ce rapport montre que la proportion de patients de moins de 25 ans varie de façon spectaculaire selon l'arrondissement. Il apparaît même qu'ils sont relativement peu nombreux en zone urbaine. Bruxelles (4,2%) et Anvers (5,6%) sont ainsi des arrondissements qui présentent moins de 15% de patients âgés de moins de 25 ans, tout comme à **Liège (7,5%), Charleroi (7,6%)**, Verviers (9,4%), Hasselt (11,2%), Thuin (11,6%), Sint Niklaas (13,0%), Mons (13,7%), et Maaseik (14,0%). A l'inverse, certains arrondissement (particulièrement ceux situés en zone rurale ou semi-rurale) présentent plus de 35% de patients de moins de 25 ans: Aalst (62,0%), Oudenaerde (57,7%), Tielt (53,8%), Dendermonde (45,1%), Arlon (42,2%), Roeselaere (42,0%), **Virton (41,2%), Bastogne (38,7%), Tournai (34,3%)** et enfin **Dinant (32,4%)**. Selon l'auteur de ce rapport, ces régions ont vu se développer en moins de 5 ans (étant donné un âge moyen de début de l'héroïne devant se situer autour de 20 ans) une progression de l'usage d'héroïne chez les jeunes. Cette hypothèse ne peut toutefois pas être vérifiée en l'absence d'un suivi longitudinal de la proportion de jeunes de moins de 25 ans qui suivent un traitement de substitution. Une autre hypothèse explicative pourrait être que les jeunes toxicomanes situés en milieu rural finissent, au fil des années, par migrer vers les grandes villes, où davantage de facilités relatives à leur toxicomanie s'offrent à eux (présence de squats, réseaux d'usagers plus étendus, deal et prostitution plus efficaces, etc.), cette migration pouvant ce faire soit par choix, soit par nécessité (perte de leur logement en raison de problèmes financiers, etc.). Notons toutefois que les chiffres issus de cet enregistrement annuel ne nous fournissent pas d'indication sur le nombre de consommateurs par injection parmi les jeunes usagers d'héroïne.

Les données issues du **milieu festif** suggèrent que l'usage de drogue par voie intraveineuse n'est pas un mode de consommation qui y est très répandu. Selon le rapport belge sur les drogues 2009⁵⁶, en 2008, parmi les personnes interviewées lors de différents événements, 3,3% ont déclaré s'être déjà injecté de la drogue par voie intraveineuse au cours de leur vie, ce qui représente 4,3% des personnes usagères de drogue rencontrés. Deux tiers de ces personnes sont des hommes (76%), souvent âgés de 18 à 25 ans (52%), 21% ont moins de 18 ans et 27% ont plus de 25 ans. Parmi toutes les personnes interrogées, 1,1% se sont injecté de la drogue au cours du mois précédent et 0,6% se sont injecté de la drogue au cours de l'évènement (ce qui représente un total de 24 personnes sur les 3917 personnes interrogées).

C.2 Les femmes

L'usage de drogues est généralement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes^{57 et 58}. La question d'un effet de genre sur les patterns de consommation est toutefois longtemps

55. Ledoux Y., Brohée J.P. Lagrain J., Lambrechts V., Houben P., Spago B., Vansnick I. *Enregistrement national des traitements de substitution*. IPHBE, Rapport annuel, 31 décembre 2007

56. Lamkaddem B., Roelands M., *Belgian National Report On Drugs*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009. Scientific Institute of Public Health, Bruxelles, Octobre 2009

57. OEDT (2009). Op. cit.

58. UNODC. *Rapport Mondial sur les Drogues*. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime : Vienne ; 2009

restée inexplorée, mais depuis plusieurs années, différents travaux ont cherché à identifier les spécificités liées à la consommation de drogues chez les femmes. La plupart des études qui abordent l'usage de drogues chez les femmes s'est centrée sur les femmes avec enfants ou sur les prostituées, mettant en avant leur grande vulnérabilité. En outre, peu de travaux se sont intéressés à l'accès des femmes aux dispositifs de soin et de Réduction des Risques en matière de toxicomanie, que ce soit en Belgique ou en Europe. Il faut donc à nouveau se tourner vers la littérature canadienne mais aussi française pour trouver des études sur les dispositifs spécialisés de traitement des femmes alcooliques et toxicomanes.

Un facteur contributif à la fréquence d'usage de drogues moins élevée chez les femmes que chez les hommes est que les normes sociales en vigueur dans notre société tolèrent moins la prise de drogues chez les femmes. Les femmes UDI sont donc encore plus stigmatisées que les hommes, et par conséquent demeurent plus discrètes dans leur usage et adoptent davantage de comportements à risques (utilisation de matériel usagé, etc.), peut-être pour éviter d'être repérées comme usagères injectrices en se procurant du matériel stérile⁵⁹. En effet, l'enquête Coquelicot⁶⁰ relève que les femmes sont moins nombreuses que les hommes à pratiquer l'injection, mais pour celles qui y ont recours, elles sont plus nombreuses à partager leur matériel, le partage ayant le plus souvent lieu au sein du couple.

En Communauté française de Belgique, les données issues des opérations Boule de Neige menées en rue de 2000 à 2008 révèlent que les femmes représentent 31 % de l'ensemble des injecteurs rencontrés (n=2732)⁶¹. Elles ont majoritairement plus de 30 ans (46 %) ou entre 25 et 29 ans (28 %), quoique près de 25 % de ces femmes ont entre 18 et 24 ans. Elles sont majoritairement (65 %) d'origine belge, et 70 % d'entre elles ont un domicile fixe. Elles ne sont que 39 % à avoir un travail rémunéré et 77 % d'entre elles sont en ordre de mutuelle. En ce qui concerne les caractéristiques de consommation, elles sont respectivement 80 % et 75 % à consommer de l'héroïne ou de la cocaïne par injection, et 80 % d'entre elles suivaient un traitement de substitution au moment de l'enquête. En ce qui concerne les comportements à risques relatifs à l'usage de drogues, près de 32 % de femmes injectrices interrogées ont utilisé au moins une fois la seringue usagée d'une autre personne durant les 6 mois précédant l'enquête, et 48 % le matériel usagé (tampon, eau, etc.) d'une autre personne. Enfin, 4 % d'entre elles ont réutilisé au moins une fois une seringue usagée trouvée en rue durant les 6 mois précédant l'enquête, et 17 % leurs propres seringues. Notons également que ces femmes sont relativement peu nombreuses (48 %) à connaître un comptoir d'échange de seringues, et qu'elles sont seulement 31 % à s'y être déjà rendues, ce qui confirme également le fait qu'elles sont peu en contact avec le dispositif existant.

Corollairement au fait que l'usage de drogues soit moins fréquent chez les femmes que chez les hommes, des différences genrées sont également observées au niveau des décès liés à la drogue. D'après un communiqué de OEDT⁶², dans tous les pays de l'Union européenne, les hommes sont plus nombreux que les femmes à mourir de surdose. Les femmes représentent en fait entre

59. La santé de l'homme, n°372, *Drogue, genre et prévention*, juillet- août 2004

60. Jauffret-Roustide M., Oudaya L., Rondy M., Le Strat Y., Couturier E., Mougin C., Emmanuelli J., & Desenclos, J.C., *Femmes usagères de drogues et pratiques à risques de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique*. Enquête Coquelicot 2004-2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°10-11, 96-99, 2009

61. Modus Vivendi (2010). Op. cit.

62. Communiqué de l'OEDT, Analyse de l'usage de drogue selon le genre, Lisbonne 2006

7% et 35% des décès dus à l'usage de drogues, selon les pays. En outre, alors que les décès par surdose de personnes du sexe masculin ont diminué d'environ 30% au sein de l'Union européenne entre 2000 et 2003, le nombre de ces décès n'a baissé que de 15% dans la population féminine au cours de la même période. Il est dès lors possible que les mesures de Réduction des Risques visant à protéger les usagers à hauts risques soient moins efficaces pour les femmes que pour les hommes, pour des raisons qu'il convient de déterminer.

Les taux relativement élevés de prévalence du VIH constatés parmi les femmes pratiquant l'injection sont également source de préoccupation. Les données récentes⁶³ provenant d'études réalisées dans neuf pays de l'Union européenne montrent que, chez les usagers pratiquant l'injection, la prévalence du VIH est en moyenne de 13,6% pour les hommes et de 21,5% pour les femmes. Si l'injection est une pratique plus masculine et que les hommes sont les plus nombreux à en mourir, il convient de comprendre et réagir au fait que les femmes injectrices sont à la fois plus exposées aux risques et plus difficiles à atteindre. Cette disparité pourrait s'expliquer par le fait que les femmes injectrices ont souvent recours à la prostitution pour financer leur consommation, ce qui est susceptible de leur faire prendre des risques sur le plan sexuel (rapport sans préservatif, etc.).

En effet, les personnes prostituées constituent un groupe particulièrement vulnérable en ce qui concerne les conduites à risques, d'une part en raison de leur fréquente marginalisation, d'autre part en raison de l'influence délétère du réseau social dans lequel s'inscrivent fréquemment ces pratiques. En outre, le recours à des produits psychotropes y est fréquent et constitue trop souvent une forme d'automédication maladroite mise en œuvre afin d'atténuer la douleur et les sentiments négatifs et culpabilisants qui peuvent accompagner cette activité.

Bien que les conduites addictives soient vraisemblablement répandues dans ces milieux, il n'existe aucune étude de prévalence permettant de l'attester et d'en quantifier la mesure. Néanmoins, en Communauté française de Belgique, des campagnes de vaccination contre l'hépatite B ont permis de récolter des informations relatives à l'usage de drogues chez les personnes prostituées, mais elles sont très parcellaires en ce qui concerne la consommation par injection. Concrètement, des questionnaires ont été administrés en face à face par les travailleurs d'Espace P Liège, Namur et Charleroi auprès de toutes les personnes prostituées à qui la vaccination contre l'hépatite B a été proposée entre mars 1998 et décembre 2008, soit un total de 1786 questionnaires⁶⁴. Cet échantillon est composé d'une majorité de femmes (97,3%), mais malheureusement pour notre propos, les résultats fournis ne proposent pas de distinction en fonction du sexe des personnes interrogées.

Les résultats principaux⁶⁵ montrent que, sur les 1164 personnes prostituées ayant répondu à la question (65,2% de l'échantillon), 17,5% ont déclaré consommer des drogues illicites (dont 5,4% par voie intraveineuse)⁶⁶. L'usage de drogues chez les personnes prostituées (tous produits

63. Communiqué OEDT (2006), op.cit.

64. Ces données et leur évolution sont celles des prostituées recrutées par Espace P et ne sont pas nécessairement représentatives de celles des prostituées en général, parce que leur mode de recrutement n'est pas aléatoire mais le plus souvent dicté par des impératifs d'organisation pratique ou des choix stratégiques, ainsi qu'en raison du nombre parfois important de non-réponses à certaines questions

65. Espace P. *Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B*, 1998-2008. Bruxelles ; 2009

66. On peut toutefois supposer que ces pourcentages sont sous-estimés, en raison du nombre important de non-réponses, inhérent à la méthode utilisée pour récolter ces données: il n'est en effet pas toujours évident pour les travailleurs de poser pareilles questions, ni même pour les personnes prostituées de se confier verbalement par interview lors d'un premier entretien

illégaux confondus) est en augmentation progressive au fil des années, bien que cette augmentation s'effectue en dents de scie. On constate néanmoins certaines différences en fonction de l'origine et de l'âge. Si les personnes prostituées d'origine non-belge abusent plus souvent de l'alcool que les prostituées d'origine belge, elles sont moins souvent usagères de drogues (12% vs 20%). Pour ce qui est des classes d'âge, ce sont les plus jeunes qui sont les plus concernées par l'usage de drogue (24% vs 15%). Mais malheureusement pour notre propos, la consommation de drogues par injection n'a pas été plus finement explorée en fonction de l'origine et de l'âge des personnes interrogées. Néanmoins, il apparaît que les prostituées d'origine non belge, les prostituées de bar (hôtesse) ou de rue et les prostituées les plus jeunes présentent certains facteurs de risque rendant leur condition globalement plus défavorable: une moindre couverture sociale, un moindre recours au système de soins et davantage de consommation de drogues ou d'alcool. En outre, la séroprévalence au VHC est de 20% chez les personnes prostituées qui pratiquent l'injection, contre 0,8% chez celles qui n'y ont pas recours. Il importe donc que les actions de prévention et de Réduction des Risques soient davantage déployées envers ces groupes à plus hauts risques.

Finalement, le fait que les femmes soient plus exposées aux risques liés à l'injection que les hommes peut également s'expliquer par leur «double dépendance»⁶⁷: la dépendance au produit et la dépendance au conjoint, lequel est souvent la personne qui leur procure le produit. Contrairement aux hommes, qui sont souvent initiés par des pairs, l'initiation à l'injection chez les femmes s'effectue généralement dans le cadre de relations amoureuses, ou par le biais du partenaire sexuel. Si les femmes sont moins nombreuses à s'injecter, elles sont plus nombreuses à partager leur matériel, le partage ayant le plus souvent lieu au sein du couple. Cette dépendance à d'autres usagers et en particulier à leur conjoint pour obtenir le produit entraîne une non maîtrise des circonstances liées à la consommation, ce qui peut constituer un frein à la détention de matériel stérile et favoriser l'exposition au risque vis-à-vis du VIH et des hépatites.

FRÉQUENTATION DES FEMMES DANS LES STRUCTURES D'AIDE ET DE SOINS

En ce qui concerne la fréquentation des femmes dans les structures d'aide aux personnes toxicomanes, environ un cinquième des personnes qui se lancent dans une démarche thérapeutique en vue de remédier à un problème de consommation de drogues en Europe sont des femmes, ce qui est peu par rapport au sexe ratio observé pour l'usage de la plupart des substances⁶⁸. En ce qui concerne les données belges, on retrouve au niveau des demandes de traitement pour un problème d'abus ou de dépendance à une substance en Communauté française (indicateur TDI) un sexe ratio d'environ 4 hommes pour 1 femme. En outre, des données plus locales montrent qu'en 2002, 19% du public rencontré en rue par l'équipe de Carolo rue étaient des femmes. Cette proportion a diminué de manière constante pour ne plus représenter que 11% des personnes rencontrées en 2007⁶⁹. Au niveau du comptoir fixe d'échange de seringues de Charleroi, les femmes représentent par contre 25% des personnes rencontrées. Au niveau liégeois, selon une récente enquête menée lors d'actions de prévention à destination d'usagers

67. Jauffret-Roustide M., Oudaya L., Rondy M., Le Strat Y., Couturier E., Mougin C., Emmanuelli J., & Desenclos J.C., *Femmes usagères de drogues et pratiques à risques de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique*. Enquête Coquelicot 2004-2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°10-11, 96-99, 2009

68. Communiqué OEDT (2006), op.cit.

69. Boonen J., *Evaluation du dispositif d'échange de seringues de Charleroi entre 2001 et 2007*. Cellule de Recherche et Concertation, Charleroi, 2010

de drogues très marginalisés, enquête menée par l'observatoire liégeois de prévention et de concertation sur les drogues⁷⁰, 22% des usagers de drogues rencontrés sont des femmes.

Le principal motif pour lequel les femmes s'abstiennent de solliciter une assistance est leur volonté de ne pas manquer aux devoirs maternels. Or, pratiquement un quart des femmes (23%) accédant à un traitement ambulatoire en vue de remédier à leur consommation de drogues ont des enfants à charge. La question de la prise en charge des enfants constitue donc un aspect crucial à prendre en considération pour adapter les services à destination des femmes, et ce afin de les inciter plus efficacement à entreprendre ou poursuivre une démarche thérapeutique.

Une autre explication à la faible fréquentation des femmes dans les structures destinées aux UDI pourrait être que, craignant d'avantage la réprobation sociale que les hommes, elles privilégieraient la médecine de ville et les pharmacies, et ce à plus forte raison lorsqu'elles sont mères (en raison de la peur d'être perçues comme une «mauvaise mère», de se voir retirer la garde des enfants, etc.). Cela pourrait en outre expliquer pourquoi, lorsqu'elles viennent consulter dans les centres spécialisés, elles sont dans une détresse extrême et dans un état de santé psychique plus déplorable que les hommes.

Les femmes usagères de drogues ont en outre des parcours souvent chaotiques. Elles sont également nombreuses à avoir connu des événements traumatisants durant l'enfance et/ou l'adolescence (violences psychologiques, violences physiques, abus sexuels, fugue, etc.)⁷¹. Ce vécu doit être pris en compte dans les offres de soin. Les services de santé européens prennent peu à peu conscience que les femmes qui ont une consommation problématique de drogues présentent des difficultés particulières et requièrent une prise en charge spécifiquement adaptée. Malgré cela, les services de prise en charge réservés aux femmes sont rares en Europe. En effet, les services de prise en charge des consommateurs problématiques de drogues sont généralement organisés en fonction des besoins des usagers d'opiacés, qui sont essentiellement des hommes (OEDT, 2006). Pourtant, la prise en charge des problèmes de drogues et la prévention du syndrome de sevrage sont cruciales chez les femmes enceintes pour préserver la santé des mères et de leur enfant. Fort heureusement, il existe désormais dans de nombreux pays des services spécialisés offrant aux consommatrices problématiques enceintes un accès préférentiel au traitement, mais ils sont encore trop rares et ils ne permettent généralement pas d'assurer le suivi médical de la mère et de l'enfant après la naissance de celui-ci.

Cependant, si la quasi-totalité des États membres de l'Union européenne, disposent désormais d'au moins une unité de prise en charge de consommateurs problématiques exclusivement dédiée aux femmes (enceintes ou non, avec ou sans enfants), ces services restent exceptionnels et demeurent en général l'apanage des grands centres urbains. La majorité des femmes continuent donc d'être prises en charge dans des services génériques. Wolfgang Götz, directeur de l'OEDT déclare dans son communiqué⁷² : «il y a plus de 20 ans que les gouvernements européens ont lancé un appel visant à prendre en compte la question du genre dans le domaine des drogues. Il importe aujourd'hui que la reconnaissance générale se traduise de manière concrète dans la

70. Observatoire Liégeois de Prévention et de Concertation sur les Drogues. Communication personnelle, 2010

71. Les résultats de l'enquête Coquelicot montrent que la moitié des femmes interrogées lors de cette étude déclare avoir subi des violences verbales, physiques et des abus sexuel pendant leur enfance ou leur adolescence

72. Communiqué OEDT (2006), op.cit.

pratique commune. Le message est clair : les nouveaux services doivent prendre en compte le fait que le genre a un impact sur les problèmes que les individus rencontrent, ainsi que sur leur volonté d'entreprendre une démarche thérapeutique et sur l'efficacité des différents types de services».

C.3 Les populations d'origine étrangère

Peu d'auteurs ce sont intéressés à la question de l'usage de drogues par injection chez les personnes d'origine étrangère. En outre, les résultats rapportés sur l'usage de drogues au sein de minorités ethniques sont souvent contradictoires. Pourtant, les groupes minoritaires, dont font souvent partie les immigrés issus d'une culture différente de celle qui les accueille, peuvent avoir du mal à s'intégrer dans la société et peuvent constituer un groupe marginal, facteur propice à la consommation de drogues⁷³. On constate également chez les populations immigrées une série de facteurs de risques qui augmentent la probabilité d'usage de drogues (taux élevé de chômage, faible connaissance de la langue du pays d'accueil, accès restreint à la scolarisation/formation, conflits intergénérationnels plus marqués, pression importante des membres du même groupes, etc.)⁷⁴. En outre, en raison de problèmes d'éducation et de scolarisation, souvent eux-mêmes accentués par les barrières linguistiques, ces minorités peuvent être plus enclines à émettre des comportements à risques en rapport avec la sexualité ou l'usage de drogues, et ce en raison d'une moins bonne connaissance des risques liés à ces pratiques.

Certaines études néerlandaises indiquent une prédominance significativement moins élevée de l'usage de drogues légales et illégales au sein de population immigrées turques et marocaines par rapport à la population autochtone^{75 et 76}. En effet, Sandwijk et ses collaborateurs ont mis en évidence une prévalence de consommation de drogues dites dures (cocaïne, héroïne, amphétamines, ecstasy ou hallucinogène) de 2% pour les jeunes Marocains et de 1% pour les jeunes Turcs, alors que la prévalence observée dans la population néerlandaise autochtone est de 11.9%. D'après cette étude, ces populations consomment également moins d'alcool et de cannabis que les Néerlandais autochtones. Malheureusement, cette étude ne fournit pas de données relatives aux comportements d'injection, et l'enquête a été réalisée en 1994 uniquement dans la ville d'Amsterdam, ce qui en limite le caractère généralisable à la situation belge actuelle. A l'inverse, d'autres études montrent que ces différences disparaissent lorsqu'on compare la prévalence de l'usage de drogues au sein de la population autochtone avec celle de la seconde ou de la troisième génération des populations d'origine étrangère^{77 et 78}.

Quoiqu'il en soit, même si ces populations immigrées ne consomment pas forcément plus de drogues (y compris par injection) que les populations autochtones, leur accès aux soins est quant à lui entravé par de nombreuses barrières: la précarité administrative, le taux de chômage élevé, les modalités culturelles de consommation des drogues, les problèmes communicationnels

73. ONUDC. *Prévention du VIH chez les jeunes utilisateurs de drogues injectables*. Vienne, 2004

74. Reid G., Aitken C., Beyer L. & Crofts N., *Ethnic communities' vulnerability to involvement with illicit drugs*. Drugs – Education, Prevention and Policy, 8, 359-374, 2001

75. Abraham M.D., Cohen P.D.A. & Kaal H.L., *Licit and illicit drug use in the Netherlands*, 2001. Amsterdam: Mets, 2002

76. Sandwijk J.P., Cohen P.D.A., Musterd S. & Langemeijer M.P.S., *Licit and illicit drug use in Amsterdam II. Report of a household survey in 1994 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam, 1995

77. Eland A. & Rigter H. *Alloctonen en verslavingszorg. Achtergrondstudie*. Utrecht: Bureau Nationale, 2001

78. Tjaden B.R., Spoek A.M., Koeter M.W.J. & Van den Brink W., *Alloctonen en autochtonen in de klinische verslavingszorg: acceptatie van het behandelaanbod en vroegtijdige beëindiging van de behandeling*. MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 58, 5, 461-471, 2003

liés à la barrière de la langue, ou encore le manque de « sensibilité culturelle » des services et/ou des professionnels de ces services⁷⁹. Ces minorités culturelles ont également une moins bonne connaissance de l'offre existante⁸⁰. Elles peuvent également être méfiantes envers l'offre d'aide de type occidental et manquer de confiance envers le secret professionnel. La peur d'être stigmatisés comme usagers de drogues, tant par les autorités du pays d'accueil que par leur communauté peut également être une raison pour laquelle ces usagers ne vont pas consulter⁸¹. Plusieurs études suggèrent néanmoins que se sont essentiellement des facteurs individuels qui déterminent le déroulement nuancé des diverses trajectoires, tant au niveau de la consommation qu'au niveau du recours aux infrastructures de soins^{82 et 83}. En outre, il semble que les consommateurs d'alcool et de drogues d'origine non belge faisant appel à des structures de soins dans la province d'Anvers sont plus souvent des hommes, qui habitent en milieu urbain et qui se trouvent au chômage ou ont un travail irrégulier et ne sont pas affiliés à une mutuelle, et ce en comparaison aux patients belges qui font appel aux structures de soins⁸⁴. En d'autres termes, les personnes d'origine étrangère qui font appel à l'offre de soin belge semblent davantage précarisées que les patients belges faisant appel à ces mêmes services.

Les trajectoires de soins au sein des minorités ethniques posent également problème. En effet, les personnes d'origine étrangère ont moins de chance d'arriver au terme du traitement avec succès, et ont tendance à interrompre, souvent rapidement, leur traitement^{85 et 86}, peut-être parce que l'offre de soin ne correspond pas suffisamment à leurs besoins spécifiques. Ces groupes ont particulièrement recours à des soins médicaux à bas seuil d'exigence (comme par exemple les maisons d'accueil socio-sanitaire), alors qu'ils « boudent » quelque peu l'offre de soins résidentielle qui permet des traitements de plus longue durée. Les représentations parfois négatives des professionnels peuvent également jouer un rôle dans le faible recours de ces populations à certaines offres de soins⁸⁷.

Notons toutefois que d'après certains auteurs, il n'y aurait pas forcément de sous-représentation des personnes d'origine étrangère dans les services d'aide aux toxicomanes en Belgique. En effet, une récente étude BELSPO a trouvé que, du moins en province d'Anvers, 12 à 20 % des usagers séjournant dans les structures offrant des soins liés aux drogues appartiennent à une minorité ethnique⁸⁸. De même, les données issues de l'indicateur de demande de traitement

79. Castro F. G. & Alarcon E. H. *Integrating cultural variables into drug abuse prevention and treatment with racial/ethnic minorities*. Journal of Drug Issues, 32(3); 783-810, 2002
80. Fountain J., Khurana J., Underwood S., Bashford J., Winters M. & Patel K. *Barriers to drug service access by minority ethnic populations in the European Union and how they can begin to be dismantled*. In: Decorte T. & Korf D.J. (eds.), European Studies on Drugs and Drug Policy. Brussels: VUB Press, 2004
81. Jung C. *Immigration et toxicomanie*, Revue toxibase n°13, 1^{er} trimestre 2004
82. Scheppers E., van Dongen E., Dekker J., Geertzen J. & Dekker J. *Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review*. Family Practice Advance Access, 23, 326-348, 2006
83. Derluyn I., Vanderplasschen W., Alexandre S., Stoffels I., Scheirs V. et al. *Les minorités ethnico-culturelles et le traitement des problèmes de drogues*. BELSPO, 2008
84. Derluyn et al. (2008). Op. cit.
85. Finn P., *Cultural responsiveness of drug user treatment programs: Approaches to improvement*. Substance Use and Misuse, 3, 4, 493-518, 1996
86. Verdurmen J.E.E., Smit F., Toet J., Van Driel H.F. & Van Ameijden E.J.C., *Under-utilisation of addiction treatment services by heroin users from ethnic minorities: results from a cohort study over four years*. Addiction Research and Theory, 12, 285-298, 2004
87. Vandeveldel S., Vanderplasschen W. & Broekaert E. *Cultural responsiveness in substance abuse treatment: a qualitative study using professionals' and clients' perspectives*. International Journal of Social Welfare, 12, 3, 221-228, 2003
88. Derluyn et al. (2008). Op. cit.

montrent que près de 25 % des personnes qui ont introduit en 2007 une demande de traitement pour un problème d'abus ou de dépendance à une substance sont d'origine non belge⁸⁹. Or ces pourcentages sont proches du nombre de personnes d'origine étrangère recensées en Belgique, ce qui amène les auteurs à penser qu'il n'y aurait pas véritablement de sous-représentation des personnes d'origine étrangère dans les services d'aide aux toxicomanes, comme c'est le cas en Hollande. D'après ces auteurs, ce serait essentiellement la qualité des soins dispensés à ces personnes qui ne serait pas toujours adaptée. En effet, les dispositifs institutionnalisés faisant preuve d'un certain degré de sensibilité culturelle sont mieux évalués et plus appréciés par les personnes appartenant à ces minorités. Néanmoins, ce constat d'une absence de sous-représentation des personnes d'origine étrangère dans les structures de soins repose sur le postulat que la prévalence de consommation de drogues est équivalente entre personnes belges et non belges, ce qui n'est pas forcément le cas, même si nous ne disposons pas à l'heure actuelle d'enquête de prévalence au sein de la population vivant en Belgique qui pourrait le vérifier.

Finalement en Communauté française de Belgique, les données issues des opérations Boule de Neige menées en rue de 2000 à 2008 montrent que, parmi l'ensemble des UDI rencontrés lors de ces opérations (n=2732), on dénombre 34 % d'UDI d'origine étrangère (non belge)⁹⁰. Ils ont généralement plus de 30 ans (53 %) ou entre 25 et 29 ans (26 %) et sont majoritairement de sexe masculin (67 %), quoique l'on rencontre tout de même 33 % de femmes. Ils sont 65 % à avoir un domicile fixe, 38 % ont un travail rémunéré, et 70 % d'entre eux sont en ordre de mutuelle. En ce qui concerne les caractéristiques de consommation, ils sont 83 % et 76 % à consommer de l'héroïne et de la cocaïne par injection, respectivement, et 75 % d'entre eux suivaient un traitement de substitution au moment de l'enquête. En ce qui concerne les comportements à risques relatif à l'usage de drogues, 33 % des injecteurs non belges interrogés ont utilisé au moins une fois la seringue usagée d'une autre personne durant les 6 mois précédant l'enquête, et 48 % le matériel usagé (tampon, eau, etc.) d'une autre personne. Enfin, 6 % d'entre eux ont réutilisé au moins une fois une seringue usagée trouvée en rue durant les 6 mois précédant l'enquête, et 15 % leurs propres seringues. Notons également que 67 % de ces injecteurs non belges connaissent un comptoir d'échange de seringues, mais qu'ils ne sont que 56 % à s'y être déjà rendus, ce qui suggère qu'ils sont effectivement peu en contact avec le dispositif existant. Ces chiffres mettent également clairement en évidence la prévalence importante des pratiques à risques lors de la consommation par injection chez les personnes d'origine étrangère.

D. DISPOSITIF SOCIO-SANITAIRE DE BAS SEUIL, ACCESSIBLE AUX UDI

La Réduction des Risques désigne l'ensemble des stratégies visant à limiter les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés à un domaine spécifique. Dans le secteur en charge des problématiques liées à l'usage de drogues, elle se définit comme une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à cet usage : risques liés à la dépendance, aux lésions somatiques et aux problèmes d'ordre psychosociaux, etc. Tous les modes de consommation n'engendrent pas les mêmes risques. En ce qui concerne l'usage de drogues par injection, la Réduction des Risques est née de la lutte contre le sida. La politique de Réduction des Risques concernait l'ensemble des mesures mises en oeuvre pour prévenir les contaminations par le VIH, les hépatites et les complications sanitaires liées à l'utilisation de la voie intraveineuse et à l'injection de produits

89. Rwubusisi et al., (2010). Op. cit..

90. Modus Vivendi (2010). Op. cit..

réalisée dans de mauvaises conditions d'hygiène⁹¹. Les usagers de drogues qui consomment par voie intraveineuse s'exposent à des infections liées à une contamination par des bactéries (septicémie, endocardite, encéphalite), à la détérioration de leur réseau veineux et à des problèmes locaux (abcès, gangrène, etc.) ainsi qu'aux infections telles que les hépatites B et C et le VIH.

Le dispositif d'échange de seringues est la traduction la plus concrète de cette politique de Réduction des Risques. La notion de Réduction des Risques s'est aujourd'hui élargie non seulement à la prise en charge globale de la santé des usagers mais aussi à la Réduction des Risques pour autrui (comme par exemple les piqûres accidentelles avec les seringues usagées abandonnées dans des lieux publics). Elle prend en compte l'environnement de la personne et cherche à prévenir l'ensemble des problèmes et complications découlant de l'usage et de la recherche de drogues (détériorations mentales, mode de vie précarisé, etc.).

D.1 Le dispositif d'accès au matériel d'injection

D.1.1. CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

En termes d'échange de seringues et de matériel stérile d'injection, jusqu'en 2000, on était en présence d'une sorte de monopole des pharmacies. En effet, hors celles-ci, il était interdit de vendre ou de distribuer un tel matériel. C'est ainsi que les acteurs du dispositif d'échange de seringues en Belgique ont dû évoluer dans un vide juridique, jouant sur le fait qu'une situation d'épidémie levait juridiquement cette interdiction (l'épidémie ou le risque d'épidémie invoquée en l'occurrence étant le sida).

Le 5 juin 2000, un Arrêté royal est venu mettre fin à ce flou juridique. Ce dernier modifie un autre Arrêté royal relatif à l'exercice des professions de soins de santé, et n'est entré en vigueur que le 11 juin 2005. Il stipule en son article 2 que les médecins, les infirmières, les psychologues, les paramédicaux et les travailleurs sociaux sont autorisés à dispenser un tel matériel, pour peu qu'ils soient attachés professionnellement à un centre spécialisé en matière d'assuétudes ou de prévention des maladies transmissibles.

Il stipule également en son article 3 que :

« Sauf en cas d'urgence, la délivrance à titre gratuit de matériel stérile d'injection ne peut s'effectuer qu'en échange de matériel d'injection usagé. »

Par ailleurs, une telle offre doit être accompagnée d'une information écrite décrivant le bon usage du matériel mais aussi l'existence des tests sérologiques (sida, hépatites) et enfin l'offre existante d'une aide socio-sanitaire complémentaire.

Un cadre juridique minimal est donc fixé. Il faut savoir toutefois que le transport de matériel usagé vers les pharmacies (fût-ce dans un but sanitaire) reste passible de poursuites, puisque la possession de drogues est poursuivie en Belgique. Une seringue usagée témoignant bien d'un... usage, elle est donc également témoin d'une possession !

D.1.2. LE DISPOSITIF D'ACCÈS AU MATÉRIEL

En Belgique, l'accès au matériel d'injection fut donc longtemps cantonné à un achat de seringues en pharmacie. C'est à la fin des années 80 que sont organisées les premières opérations Boule de

91. L'utilisation de la voie veineuse comporte toujours des risques, car il est également possible d'attraper une septicémie en milieu hospitalier

Neige, où les usagers de drogues par injection se font vecteurs d'information auprès de leurs pairs. En outre, la stratégie de Réduction des Risques est passée par une sensibilisation des pharmaciens aux enjeux de prévention chez les usagers de drogues par injection. C'est en 1994 que les premiers comptoirs d'échange ont vu le jour. Depuis, le dispositif n'a cessé de se développer grâce au partenariat entre le secteur associatif et certains acteurs du secteur médical. L'échange de seringues (via des comptoirs fixes ou mobiles⁹²) s'est développé dans un premier temps en région liégeoise et à Bruxelles. En 2001, le dispositif d'échange de seringues s'est étendu à Dinant et à Charleroi, et a été renforcé en région bruxelloise, les provinces du Hainaut et du Luxembourg étant encore assez pauvres en termes d'accessibilité au matériel d'injection. Le nombre de seringues distribuées a fortement augmenté de 1994 à 2002, puis a connu une stabilisation de 2003 à 2006. En 2007, le nombre de seringues distribuées a augmenté (il est passé de 246519 en 2006 à 319723 en 2007)⁹³ avant de connaître une baisse en 2009 (309823 seringues ont été distribuées pour l'année 2009).

En ce qui concerne l'accès au matériel d'injection, le dispositif comprend actuellement des comptoirs fixes, la vente de seringues ou de Stérifix en pharmacie et des comptoirs mobiles. Il n'existe actuellement aucun programme d'échange en prison alors que l'on sait que la pratique de l'injection est bien présente⁹⁴ et ⁹⁵. Ces différents programmes sont étroitement articulés et se complètent. Ils répondent à trois objectifs :

- augmenter l'accessibilité au matériel d'injection, réduisant ainsi les risques de transmission du VIH ou des hépatites liés à l'injection (conseils, documentation) ;
- réduire les risques de piqûres accidentelles par des non consommateurs en encourageant la récupération systématique des seringues ;
- permettre le contact avec les usagers et la création de liens entre les usagers et les structures socio-sanitaires afin de lutter contre le processus de marginalisation.

Etant donné que le VIH et les hépatites peuvent se transmettre par le partage de n'importe quel élément du matériel utilisé pour préparer l'injection, ou être favorisés par une mauvaise utilisation de ce matériel (non stérilisation, mauvaise hygiène...), le dispositif d'échange de seringues propose des seringues mais également de l'eau stérile injectable, des tampons désinfectants, de l'acide ascorbique et, de manière moins systématique, des cuillères et des filtres (Stéricup[®]). Ces derniers, faute de moyens, ne sont pas disponibles dans tous les comptoirs et sont souvent « rationnés ». À ce titre, les membres du dispositif se trouvent face à une incohérence entre le message de prévention sur la transmission des maladies infectieuses qu'ils font passer aux usagers (une cuillère par « shoot ») et le manque de disponibilité du matériel indispensable à cet effet⁹⁶. Afin de garantir le meilleur prix et la meilleure qualité en « mutualisant » les ressources et les commandes, Modus Vivendi fait office de centrale d'achat. Cette

92. Les comptoirs mobiles sont des programmes de distribution en rue et plus marginalement des programmes d'échange de seringues en milieu festif

93. Rwubusisi M., Hogge M., Casero L., Van Huyck C., Dal M., Bastin P., *L'usage de drogues en Communauté française*. Rapport Eurotox 2009

94. D'après ce rapport, parmi les usagers de drogues par injection pour l'année 2008, 21,8% ont déjà pratiqué l'injection au cours de leur détention. Cela correspond à 3,2% de la population carcérale totale. La pratique de l'injection étant bien souvent cachée, on peut penser que ces chiffres sous-estiment cette pratique.

95. Todts S., Glibert P., Van Malderen S., Saliez V., Hogge M. & Van Huyck, C., *Usage de drogues dans les prisons belges : Monitoring des risques sanitaires*. 2008, SPF Justice. Bruxelles, 2009

96. Ruymen F., Pozza M., *Rapport statistique, Analyse du dispositif d'échange de seringues en Communauté française de Belgique (2006-07)*, Modus Vivendi A.S.B.L, août 2008

A.S.B.L gère le stock de matériel destiné aux partenaires de l'échange en Communauté française et assure leur approvisionnement en fonction des demandes.

Le sens de cette initiative est de collectiviser les achats de matériels d'injections des différents services de la Communauté française dispensant ce matériel. Cette collectivisation permet à ces différents services :

- d'acquérir un matériel de qualité à un moindre coût
- de participer à créer un système de solidarités entre ces différents services
- d'organiser et rassembler différents services en une collectivité conférant un certains poids à des actions menées en commun.

Les matériels d'injections disponibles sont testés et évalués par leurs utilisateurs.

Afin de veiller à réduire les risques liés à la consommation de drogues par injection, le dispositif vise également à promouvoir des modes de consommation alternatifs et moins dangereux que l'injection. Pour cela, il peut mettre à disposition des usagers du papier aluminium, des *Roule Ta Paille*⁹⁷ ou d'autres kits de sniff afin de favoriser l'inhalation ou le sniff de certains produits plutôt que l'injection. On y trouve aussi des préservatifs, du lubrifiant, des brochures d'information et de Réduction des Risques, des conseils sur le sida, les hépatites, les drogues, les substances en circulation qui pourraient être plus particulièrement dangereuses, etc. Certains comptoirs ont engagé un infirmier ou un médecin afin d'octroyer des soins de base et de sensibiliser les usagers à ménager leur «capital santé».

Outre l'échange ou la récupération du matériel d'injection, les comptoirs sont également des lieux d'accueil (accessibles aux horaires souvent décalés des usagers), d'écoute, d'information et de relais d'éventuelles demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale. C'est également souvent à partir des comptoirs que sont menées les opérations Boule de Neige.

Si les programmes d'échange de seringues ne peuvent pas suffire en soi à contrôler l'ensemble des infections, en examinant leur rapport coût/efficacité, De Wit et Bos⁹⁸ affirment que ces programmes sont efficaces par rapport à leur coût pour éviter la propagation des maladies transmissibles par voie sanguine. Ils ont également d'autres effets bénéfiques en dehors de la limitation de la transmission du VIH et du VHC, tel que l'établissement d'un contact entre une population d'usagers de drogues difficilement accessible et les services sociaux et sanitaires.»⁹⁹.

Les comptoirs d'échange de matériel d'injection

Le dispositif d'échange de matériel d'injection peut être fixe ou mobile. Son objectif principal est de rendre accessible le matériel d'injection, tout en diffusant des conseils sur sa bonne utilisation ainsi que des messages de RdR et des informations sur le sida, les hépatites, les drogues, etc. En ce qui concerne le mode de fonctionnement de l'échange de matériel d'injection, chaque comptoir

97. Bloc de papier permettant de faire des pailles pour « sniffer » le produit et ne pas échanger sa paille

98. De Wit A. et Bos J., *Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature*, In : Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options, EMCDDA Monographs 7, 2004, Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, Lisbonne, Lisbon, pp. 329-43

99. OEDT (2005). *Etat du phénomène de la drogue en Europe, Rapport annuel*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne

établit ses propres principes : certains fonctionnent selon les règles du «un pour un» (pour une seringue usagée ramenée une seringue stérile est donnée) alors que d'autres distribuent selon les besoins des usagers en fonctionnant au cas par cas. En outre, certains comptoirs disposent de personnel médical (infirmière ou médecin).

Les comptoirs fixes sont également des lieux de relais d'éventuelles demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale. Les comptoirs permettent également d'établir le contact avec les usagers afin de lutter contre leur marginalisation. L'échange de seringues en Communauté française a permis de créer environ 15.985 contacts avec des UDI en 2002, et 22.500 contacts en 2005. D'après le rapport d'Eurotox¹⁰⁰ : «*La population rencontrée dans ces services est très marginalisée, comme l'a illustré une enquête réalisée en 2002 au comptoir de Charleroi (Hariga et Van Lierde, 2002). Âgés de 15 à 40 ans, ces usagers sont des hommes à 80%, vivent seuls pour la plupart, avec un à quatre enfants pour un tiers environ. Près de la moitié vivent chez une tierce personne, dans un squat ou à la rue, ou encore en institution. Enfin, près de 80% des répondants ont déjà eu au moins une expérience d'emprisonnement, et un tiers d'entre eux y ont fait usage de drogues par voie intraveineuse. La même enquête, réalisée au comptoir d'échange de seringues de Saint Gilles, le CLIP, a montré des résultats sensiblement équivalents en termes de profil sociodémographique des usagers*».

La vente de matériel en pharmacie : le Stérifix

En vente en pharmacie depuis 1995, le Stérifix a permis d'associer les pharmaciens à la politique de RdR. La pochette Stérifix[®] comprend actuellement deux tampons alcoolisés, deux fioles d'eau stérile injectable, ainsi que des conseils sanitaires et des adresses utiles au plan local et en Communauté française. La pochette Stérifix[®] est fournie gratuitement aux pharmaciens et ceux-ci sont invités à y glisser 2 seringues et à la vendre au prix conseillé de 0,5 euro. Il faudrait idéalement y inclure deux Stéricups^{®101}. Les pharmaciens peuvent s'approvisionner directement en pochettes Stérifix[®] auprès des distributeurs-répartiteurs.

Ces pochettes sont disponibles dans certaines pharmacies des villes de Bruxelles, Liège, Namur, Charleroi, Chimay, Couvin, etc. Ce sont les usagers, encadrés par une ASBL du secteur, qui lors d'«opérations Stérifix» démarchent les pharmaciens afin qu'ils s'inscrivent dans le processus. Les objectifs de ces opérations sont également de (re)sensibiliser les pharmaciens au rôle qu'ils jouent dans le dispositif de Réduction des Risques mis en place pour les UDI. D'après le rapport 2009 de l'ASBL Eurotox¹⁰² : «*Outre ce travail de sensibilisation, les opérations visent également à rapprocher usagers de drogues et pharmaciens, ainsi qu'à promouvoir la citoyenneté des usagers par leur participation à un programme de prévention et à favoriser la concertation et l'échange d'informations entre les intervenants impliqués (usagers, intervenants professionnels, etc.)*». En 2007, 20.750 pochettes ont été envoyées aux distributeurs-répartiteurs. Puisque les pharmaciens incluent dans chaque pochette une moyenne de 2 seringues, un total de 41.500 seringues ont donc été distribuées en 2007 via ces pochettes.

Les pharmacies sont donc un élément important du dispositif. Elles présentent des avantages par rapport aux programmes d'échange de seringues : elles sont faciles d'accès, elles ont une bonne répartition géographique (zones rurales et urbaines), des horaires d'ouverture plus amples et elles sont plus à même de maintenir l'anonymat. Pour ces différentes raisons, elles sont une source d'approvisionnement même pour les gens qui fréquentent les programmes d'échange de seringues et elles permettent

100. Rapport d'Eurotox, op.cit.

101. Les Stéricups comprennent une cuillère, un filtre et un tampon post injection

102. Rwubusisi M., Hogge M., Casero L., Van Huyck C., Dal M., Bastin P., *L'usage de drogues en Communauté française. Rapport Eurotox 2009*, p. 108

aussi d'approvisionner une clientèle qui ne les fréquente pas. Elles sont souvent un passage obligé des nouveaux usagers injecteurs qui veulent se procurer leurs premières seringues stériles¹⁰³.

Les pharmacies ont donc une place essentielle dans le dispositif de RdR et jouent un rôle décisif dans la prévention des pratiques liées à l'injection. Néanmoins, de nombreux pharmaciens ont des réticences à faire partie de ce dispositif (selon certaines estimations, moins de 1 % des pharmaciens distribuent actuellement le Stérifix en Belgique¹⁰⁴. Notons toutefois que la participation des pharmacies à ce dispositif ne se limite pas à la vente du Stérifix, puisque la grande majorité des pharmacies vendent également des seringues en dehors des pochettes Stérifix. Toutefois, ils ne sont pas tous disposés à les déconditionner pour les vendre à l'unité. Ainsi, selon une enquête récemment réalisée en province de Namur, seulement un tiers des pharmacies interrogées acceptent de les vendre à l'unité.¹⁰⁵

Les machines de distribution et de récupération

Il n'en existe actuellement pas en Belgique. Néanmoins, un projet pilote vient récemment d'être financé via le fonds fédéral de lutte contre les assuétudes, fonds Demotte (projet mis en place par l'asbl Dune à Bruxelles). Généralement, ces machines opèrent sur une base de «un contre un», pour une seringue usagée ou un jeton mis dans le distributeur, une trousse de prévention (qui contient généralement 2 seringues, 2 Stéricups, 2 flapsules d'eau, 2 tampons d'alcool, un préservatif...) est donnée. Ces machines, disponibles 24 heures sur 24, lorsqu'elles sont placées dans un endroit discret, permettent un accès relativement anonyme au matériel d'injection en dehors des heures d'ouverture des autres services.

Les salles de consommation

Il n'existe pas de salle de consommation supervisée en Belgique. D'après le récent rapport de la cellule de recherche et de concertation de Charleroi¹⁰⁶, en 2005, 9 pays avaient déjà opté pour ce type de structure : la Suisse, l'Allemagne, la Hollande, l'Espagne, le Canada, l'Australie, la Norvège, l'Afghanistan et le Luxembourg. En Europe, 80 structures se répartissent dans plus de 25 villes (15 dans le reste du monde).

D.1.3. LA RÉCUPÉRATION DES SERINGUES

Afin d'éviter les accidents et de responsabiliser les usagers, ces derniers sont encouragés à récupérer leurs seringues usagées et à les remettre dans les comptoirs fixes, dans les pharmacies qui acceptent de les récupérer et dans les RESU (récupérateurs extérieurs de seringues usagées)¹⁰⁷.

Il est possible d'estimer le taux d'échange de seringues en comparant, pour une année civile, le nombre de seringues distribuées et le nombre de seringues récupérées par les différentes

103. Derricott J., Hunt N., Preston A, *L'injection à moindre risque*, Apothicom, Cildt, Paris, 2008

104. Modus Vivendi. Communication personnelle, 2010

105. Frère P., Collin J. & Hogge M., *Evaluation de l'accessibilité à la pochette Stérifix en province de Namur : enquête menées auprès des pharmaciens d'officine et des usagers de drogues par injection*. CPSA de Namur. Rapport en cours de finalisation

106. Boonen J. *Evaluation du dispositif d'échange de seringues de Charleroi entre 2001 et 2007*. Cellule recherche concertation, Charleroi, juin 2010

107. Il s'agit de boîtes métalliques contenant un container de récupération de seringues. Celles-ci sont généralement placées à proximité ou aux entrées des services actifs en matière d'assuétudes et ont l'avantage d'être disponibles 24 heures sur 24. Cet outil permet de réduire le nombre de seringues usagées abandonnées dans les espaces publics et donc de diminuer les risques de piqûres accidentelles pour le personnel d'entretien et de surveillance de ces espaces, pour les habitants des quartiers, etc. On dénombre actuellement cinq RESU en Région wallonne

antennes du dispositif d'échange. Eurotox dans son dernier rapport¹⁰⁸ affirme que les taux de récupération de seringues usagées sont très élevés en Communauté française, comparés à ce que l'on observe dans d'autres pays de l'Union Européenne. Le taux de récupération était de 103%¹⁰⁹ en 2004 et de 87% en 2007¹¹⁰.

En ce qui concerne les points de stockage du matériel d'injection usagé, les transports et les filières d'élimination des déchets (le plus souvent hôpitaux), il n'existe pas en Belgique d'organisation commune aux structures, chacune gère ces déchets en fonction des opportunités locales et de ses possibilités financières.

Ce même rapport offre une synthèse de diverses études menées en Angleterre, en France, en Suisse et au Canada mettant en avant notamment les constats suivants¹¹¹ :

- Tout d'abord, une salle de consommation est un endroit placé sous supervision médicale, où les utilisateurs de drogues sont autorisés à consommer leur propre drogue, même illégale (en injection, ou selon d'autres modes de consommation : inhalation, sniff), dans un environnement plus protégé, plus hygiénique et moins stressant que la plupart des lieux publics et privés.
- Elles permettent de réduire les risques de transmission des infections et autres risques liés à l'usage de drogues : le partage du matériel d'injection est interdit, le personnel présent au moment de l'injection peut également corriger les mauvaises pratiques au niveau de l'hygiène. Ce sont souvent les personnes sans domicile qui sont les plus exposées aux risques d'infection car elles s'injectent souvent leur drogue dans des lieux et des circonstances à risques.
- Ces salles permettent de prévenir des accidents fatals entraînés par les overdoses : selon les études réalisées dans différents pays (Allemagne, Canada et Suisse notamment), il y a une corrélation importante entre la mise en place des locaux de consommation et une diminution générale des décès liés à la consommation de drogues.

Ce type de structure permet non seulement aux usagers de consommer à moindres risques mais aussi d'établir un contact avec une population qui ne fréquente pas nécessairement les lieux de soins. Ce contact avec les plus exclus leur permet de les rediriger éventuellement vers les réseaux socio-sanitaires et favorise l'accès aux structures de traitement ou l'orientation des plus marginalisés vers celles-ci.

108. Rwubusisi M., Hogge M., Casero L., Van Huyck C., Dal M., Bastin P., *L'usage de drogues en Communauté française. Rapport Eurotox 2009*

109. Les taux supérieurs à 100 % s'expliquent par le fait que les usagers rapportent des seringues provenant d'autres sources de distribution, telles que les pharmacies

110. D'après le rapport de l'ISP, Belgian national report on drugs, 2009, en 2007, 319.707 seringues ont été distribuées et 277.220 ont été récupérées en Communauté française. Lamkaddem B., Roelands M., *Belgian National Report on Drugs 2009*. Scientific Institute of Public Health, Bruxelles, Octobre 2009

111. (1) Bertrand B., «...On peut franchir le pas, faire un essai», Juillet 2005. (2) CCSA-CCLAT., «FAQ sur les centres d'injection supervisés (CIS)», Ottawa. (3) Carrier N., «Se shooter en présence d'intervenants!? Les points de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal», CRAN., Montréal. (4) Association Française pour la Réduction des Risques., «Premières rencontres Nationales de la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues», Bobigny, 2006. (5) EMCDDA (Dagmar Hedrich), European report on drug consumption rooms., Février 2004. (6) Joseph Rowntree Foundation., «The report of the independent working group on drug consumption rooms., 2006 (7) Sandra Solai et. al., Evaluation de «Quai 9» - espace d'accueil et d'injection à Genève. Deuxième phase 2003., Institut Universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne, 2004, 124 p. (8) Zobel F. et Dubois A., Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (sic) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse, Institut Universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne., 2004, 31 pages

En diminuant la visibilité de la consommation dans les lieux publics, les salles de consommation permettent également d'y diminuer les abandons de seringues usagées ainsi que de réduire les nuisances publiques associées à la consommation. Notons en outre que l'implémentation de ces dispositifs n'entraîne pas une augmentation de la criminalité liée au trafic de drogues ni une augmentation des populations consommatrices.

D.2 Le dispositif spécialisé ou à mission « assuétudes »

En ce qui concerne la problématique des assuétudes et la prise en charge des usagers de drogues, il existe un dispositif spécialisé dans ce domaine comprenant des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire (MASS), des centres de prise en charge ambulatoire, une ligne d'écoute (Infor-drogues), des centres de prise en charge résidentielle (centres de cure et de post cure, communautés thérapeutiques, services hospitaliers spécialisés dans le domaine des addictions) ainsi que différentes structures de prévention et de Réduction des Risques, qui font généralement de l'accompagnement psychosocial d'usagers (écoute, soutien, remise en ordre socio-administrative, etc.). Ces différents services peuvent être spécialisés en assuétudes et porter sur l'ensemble des produits ou plus spécifiquement sur certains d'entre eux (tabac, alcool...), ou il peut également s'agir de structure dont la problématique des assuétudes est une mission parmi d'autres (comme c'est le cas dans la plupart de structures communales financées par un Plan de Cohésion Sociale de la Région wallonne). Ces services peuvent être d'accès à bas seuil, (comme par exemple les MASS), ou avoir des exigences plus ou moins élevées selon les centres ou services.

On dénombre actuellement trois MASS en Région wallonne (à Liège, à Mons et à Charleroi). C'est en 1995, dans le cadre du *Programme d'Action Toxicomanie*¹¹² que le gouvernement a donné le coup d'envoi de la création des MASS. Ce Plan et les Conventions conclues entre les MASS et l'Institut National Assurance Maladie Invalidité (INAMI), constituent les textes de base déterminant les missions et objectifs des MASS. Les principes de base communs sont :

- La Réduction des Risques. Elle implique que l'on n'y considère pas l'abstinence comme objectif, mais que l'on s'emploie à limiter les dommages pouvant être associés à la consommation de drogues.
- La population visée dans ce cadre-ci est celle des usagers problématiques et marginalisés de drogues illégales qui ne sont pas, plus ou insuffisamment atteints par d'autres institutions et pour lesquels, afin de favoriser la prise en charge de problématiques se posant sur plusieurs plans, un traitement multidisciplinaire est indiqué.
- Un accompagnement ambulatoire à bas seuil, pour lequel peu ou pas de conditions sont imposées. Ainsi, l'abstinence ne constitue aucunement une condition à la prise en charge.
- Un accompagnement médical, psychologique et social. La composition de l'équipe est, dans ce but, multidisciplinaire.
- La collaboration avec d'autres partenaires du réseau assuétudes.

D.3 Le dispositif généraliste

Les problématiques touchant les usagers de drogues pouvant être multiples et complexes (économiques, familiales, psychosociales, sanitaires, etc.), le dispositif spécialisé ou à mission « assuétude » ne permet certainement pas de répondre à l'ensemble des besoins des usagers. Ils ont donc parfois également recours au système socio-sanitaire et médico-social généraliste : centres d'hébergement,

112. *Programme d'Action Toxicomanie-Drogue*, Cabinet du Premier Ministre, Bruxelles, 2 février 1995

dispositif d'aide aux personnes précarisées, hôpitaux non spécialisés, médecine de ville, etc. Le parcours de soins des usagers ainsi que l'articulation entre les différents dispositifs reste toutefois généralement complexes.

Différentes études montrent que les usagers de drogues ont souvent recours aux services des urgences hospitalières¹¹³. En outre, selon les estimations du réseau ALTO, environ 600 médecins généralistes prennent en charge des usagers de drogues en Communauté française, notamment dans le cadre de la délivrance de traitement de substitution¹¹⁴. Les résultats d'une étude sur l'enregistrement des traitements de substitution en Belgique au cours d'une année¹¹⁵ confirment d'ailleurs la prédominance de la médecine générale dans le cadre de la délivrance d'un traitement de substitution. D'après cette étude : « 9.439 patients seraient en traitement de substitution en cabinet privé, ce qui représente environ deux tiers des patients (62.4%). Si on y ajoute les patients suivis en maison médicale, on observe que 71.2% des patients en traitement de substitution sont pris en charge par la médecine généraliste. D'après une étude portant sur l'évaluation du traitement de substitution assuré par le médecin généraliste, il s'avère que les médecins généralistes de la Communauté française de Belgique offrent des soins très accessibles et peu coûteux aux usagers; et les formations assurées par ALTO rendent ces soins efficaces¹¹⁶ ».

3. OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE L'ÉTUDE

La présente recherche-action est partie intégrante d'une stratégie globale de promotion de la santé et plus concrètement de Réduction des Risques liés à l'usage des drogues. Dans le cadre de l'évaluation du dispositif d'accès aux seringues, nous voudrions rencontrer les populations UDI pour connaître leurs besoins prioritaires spécifiques en intervention et en information. Le cœur de notre problématique de recherche peut se résumer comme telle : « De quels outils, de quels moyens et de quelles connaissances les UDI ont-ils besoin pour agir afin de réduire quels risques? ».

L'objectif général étant l'amélioration du dispositif de Réduction des Risques ainsi que son accessibilité pour les UDI.

Notre hypothèse de départ, fondée sur l'expérience de terrain et la revue de la littérature est que certains publics accèdent difficilement au dispositif. Ces publics, avec les nombreuses interrogations concernant leurs besoins singuliers, sont les suivants : les migrants (où se posent des questions concernant les difficultés culturelles et linguistiques, la clandestinité, la forte prévalence VIH dans certains pays d'origines,...) ; les femmes (faut-il ouvrir des espaces spécifiques ? Quels enjeux pour la « parentalité-addiction »,...) ; les jeunes (milieu festif, les premiers mois de la consommation sont les plus dangereux, apparition de nouveaux injecteurs chez les très jeunes,...).

113. Denis B., Dedobbeleer M., Benabderrazik A., Bizimungu D.G. et Sciera V., *Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus*, Revue de la médecine générale, n° décembre 2008, 258

114. Réseau ALTO : <http://www.ssmg.be/new/index.php?Page=118#D%C3%A9finition>

115. Ledoux Y., Brohée J.P., Lagrain J., Lambrechts V., Houben P., Spago B., Vansnick I., *Enregistrement national des traitements de substitution*. IPHBE, Rapport annuel, 31 décembre 2007, p. 34

116. Lacroix S., Denis B., *Rôle du médecin généraliste dans les problématiques de toxicomanies*, Education du Patient et enjeux de santé, Vol. 22, n°1, 2004

Nous avons défini six objectifs spécifiques pour cette recherche-action:

OS1: Identifier les usagers de drogues par voie intraveineuse.

- Qui sont-ils : caractéristiques sociodémographiques, socio-économiques, modes de vie...
- Profil de consommateurs
- Type de consommation
- Mode de consommation
- Existence de nouveaux publics non couverts par les actions en cours et focus spécifique sur les migrants, les femmes et les jeunes.

OS2 : Identifier les risques encourus par les usagers

OS3 : Identifier les acteurs, les actions, les stratégies et les outils des acteurs en contact avec les UDI

OS4 : Identifier les faiblesses du dispositif et ses besoins afin de mettre en relation offre des services et demande des usagers.

OS5 : Fournir des recommandations

4. DESCRIPTION DE LA MÉTHODOLOGIE COMMUNE

L'enquête sur les dispositifs et l'enquête sur les usagers ont leur propre méthodologie, présentée dans des parties distinctes. Néanmoins, ces deux enquêtes bénéficient d'un tronc méthodologique commun.

Au préalable, nous avons réalisé un examen de la littérature UDI, afin de récolter des informations sur la problématique des UDI en général, mais aussi sur les sous-groupes cibles de la recherche : les UDI femmes, les UDI d'origine étrangère, ou encore jeunes UDI. Lors de la phase préparatoire, nous avons également établi un premier contact avec les acteurs de terrain via des entretiens exploratoires auprès des personnes ayant une bonne connaissance du dispositif à destination des UDI (directeurs de structures socio-sanitaires spécialisées en assuétudes, membre de la cellule de recherche et concertation en assuétude de Charleroi, membre de l'observatoire liégeois de prévention et de concertation sur les drogues).

Afin d'obtenir un support théorique et méthodologique, ainsi que d'assurer un échange de savoir entre l'équipe de recherche et certains experts, nous avons également constitué un comité d'accompagnement scientifique. Ce comité était composé d'anthropologues, d'épidémiologistes, de statisticiens, de professionnels en santé publique et de professionnels travaillant sur la thématique des drogues et assuétudes. Ce comité s'est réuni à deux reprises : une première fois pour discuter de la méthodologie et une seconde fois, au terme de l'analyse des données, afin de dégager des pistes d'interprétation de certains résultats de l'étude.

Certaines thématiques communes en lien avec les sous-groupes cibles ont été conjointement abordées dans le questionnaire d'enquête du dispositif et dans le questionnaire d'enquête diffusé auprès d'UDI appartenant à ces sous-groupes. En outre, nous nous sommes régulièrement

réunis tout au long de cette recherche afin d'échanger et de confronter certaines connaissances, réflexions et interprétations. Cet échange continu a notamment permis d'orienter plus précisément certains entretiens qualitatifs afin de sonder spécifiquement certaines problématiques et de recueillir des éléments pouvant corroborer ou infirmer certaines hypothèses. Cet échange s'est également maintenu lors de l'analyse des résultats et de la rédaction de ce rapport, afin de pouvoir dégager les points communs et les divergences à la base des conclusions et des recommandations de ce rapport.

III. État des lieux des services à disposition des usagers de drogues par injection (UDI)

1. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

Les objectifs spécifiques pour le volet dispositif de notre enquête sont les suivants :

- Identifier et décrire les services, les stratégies, les outils et les acteurs en contact avec le public UDI, en portant une attention particulière aux services et stratégies mis en œuvre pour toucher les sous-groupes d'UDI (femmes, personnes d'origine étrangère et jeunes). L'objectif est de dresser un état des lieux des services disponibles, en précisant leur couverture géographique ainsi que leur couverture horaire.
- Identifier les faiblesses du dispositif et ses besoins afin de vouloir mettre en relation l'offre des services avec la demande et les besoins des usagers.
- Emettre des recommandations afin d'améliorer le dispositif et son accessibilité aux publics cibles visés par l'enquête.

Il s'agit donc, dans un premier temps, de décrire le dispositif en termes de couverture géographique, d'accessibilité (jours et horaires d'ouverture, modalités d'accès, etc.), de prestations proposées, de publics ciblés, de publics bénéficiaires et de stratégies mises en œuvre pour toucher ces publics. Nous tenterons à travers cette étude de faire un état des lieux du dispositif dont peuvent bénéficier les UDI, en détaillant les services spécifiquement mis en place pour certains « sous groupes » (les UDI femmes, les UDI d'origine étrangère et les UDI jeunes) au sein de ce dispositif. Il s'agira particulièrement de déterminer si le dispositif prend ou non en compte les spécificités de ces publics, et si les structures mettent en place des stratégies afin de les toucher.

2. MÉTHODOLOGIE

Notre enquête est à la fois quantitative et qualitative. L'enquête quantitative a été réalisée à l'aide d'un questionnaire qui a été mis au point sur base d'une revue de la littérature, d'entretiens exploratoires et d'un travail d'équipe. Bien que le volet quantitatif soit important, il connaît aussi ses limites. Nous avons donc complété ces questionnaires par une enquête qualitative, à l'aide d'entretiens semi-directifs.

2.1 LA POPULATION D'ENQUÊTE

2.1.1 Critères de sélection

Cette étude vise à faire un état des lieux des structures du secteur socio-sanitaire qui proposent une aide aux UDI, qu'elles travaillent spécifiquement ou non dans le secteur des assuétudes, et

ce de manière à aborder la problématique dans sa globalité et ses dimensions multiples (problématique du logement, de la santé, etc.). En effet, les portes des structures non spécialisées en assuétudes ne sont, à priori pas fermées aux UDI, de sorte qu'elles sont susceptibles de leur offrir des services, même si ces services offerts ne sont eux-mêmes pas forcément spécifiques. Nous nous sommes donc intéressés à l'ensemble du secteur socio-sanitaire.

Etant donné que cette recherche-action s'inscrit dans une stratégie globale de promotion de la santé, avec un accent particulier sur la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues, nous nous sommes intéressés aux structures en contact avec des usagers actifs dans leur consommation, lesquels sont les plus exposés aux risques. Les structures dites de bas seuil, c'est-à-dire qui imposent le moins de restrictions en termes d'accès aux services, permettent de rentrer en contact avec les plus marginalisés des usagers de drogues, quels qu'ils soient. Or, d'après la revue de la littérature que nous avons effectué sur le sujet et nos entretiens exploratoires, les usagers par injection sont très souvent des personnes marginalisées, dont la plupart vivent sans logement et sans emploi stable (voir par exemple Hariga et Van Lierde¹¹⁷ ; March, Oviedo-Joekes, & Romero¹¹⁸). Nous nous intéressons donc dans cette étude **aux structures du secteur socio-sanitaire de bas seuil qui sont en contact direct avec des UDI**. La littérature montre que **les services d'urgences hospitalières**¹¹⁹ et **les pharmacies**¹²⁰ sont également des lieux fréquentés par les UDI. Nous avons choisi de les inclure dans notre population d'enquête.

Il a toutefois été nécessaire de définir et d'opérationnaliser ce que nous entendions par **bas seuil d'accessibilité**. Nous sommes partis du postulat que limiter la définition du bas seuil aux seules structures dont l'accès est quasiment inconditionnel serait trop restrictif et risquerait de réduire considérablement notre échantillon d'enquête. Nous avons donc pris l'option d'évaluer, pour chaque structure, si elles répondent ou non à un ensemble de critères opérationnels susceptibles de limiter/élargir l'accès à leurs services, afin de déterminer leur degré de bas seuil d'accès. Ces critères ont été sélectionnés et définis sur base d'un examen de la littérature existante sur la prise en charge d'UD dans les structures à bas seuil d'exigence¹²¹. Les voici :

- L'abstinence: c'est un critère déterminant pour évaluer si une structure a un seuil d'exigence bas. L'arrêt de la consommation de drogues ne doit pas être une condition préalable d'accès aux prestations. Il s'agit du seul critère que nous avons jugé comme indispensable pour qu'une structure soit incluse dans notre échantillon d'étude.
- Etat d'intoxication : il s'agissait ici de déterminer si les structures acceptent ou non de recevoir les patients lorsqu'ils sont sous l'effet aigu d'un produit.
- Gratuité.
- Garantie de l'anonymat.
- Accessibilité sans rendez-vous (même si, par la suite, les rendez-vous sont nécessaires pour certaines prestations).
- Inconditionnalité administrative : l'utilisateur du service ne doit pas être obligatoirement en règle au niveau administratif.

117. Hariga F., Van Lierde J., (2002) *CESC: Echange de seringues à Charleroi: Evaluation de la première année d'activités*. Modus Vivendi. Carnet du risque, 42

118. March J.C., Oviedo-Joekes E. & Romero M., *Drugs and social exclusion in ten European cities*. European Addiction Research 2006., 12, 33-41

119. Baudouin D., Dedobeler M., Benabderrazik A., Bizimunger D., Sciera V., et al., *Les usagers de drogue suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus* 2009, Santé conjugulée, n°47

120. Derricott J., Hunt N., Preston A., *L'injection à moindre risque*, Apothicom, Cildt, Paris, 2008

121. Pelc I., De Ruyver B., Casselman et al. *Evaluation des maisons d'accueil socio-sanitaire pour usagers de drogues*, BelSpo, juillet 2001

Notre population d'enquête était a priori assez hétérogène puisqu'elle se composait à la fois des structures qui s'adressent spécifiquement aux UDI (les comptoirs d'échange de seringues), des structures qui s'adressent aux usagers de drogues en général et qui par ce biais sont potentiellement en contact avec des UDI, mais aussi certaines structures qui s'adressent à un autre public (prostitué(e)s, marginaux, tout type de public, etc.) à condition qu'elles soient amenées à rencontrer des UDI de façon « involontaire ». Le nombre de structures qui se trouvent dans ce dernier cas de figure sont assez nombreuses (CPAS, Resto du cœur, Planning familiaux, etc.). Toutefois, afin de ne pas nous éloigner exagérément de notre problématique en mélangeant des structures aux missions très différentes, nous avons choisi de ne nous concentrer que sur certaines d'entre elles. Après une analyse préliminaire, nous avons retenu les structures suivantes :

- a) **Les institutions financées en tant que structures spécialisées en drogues et assuétudes ainsi que les institutions dont une des missions est en lien avec cette problématique.** De par leurs spécialisation/mission, ces structures sont évidemment toutes susceptibles d'être en contact avec des UDI et de leurs proposer des services plus ou moins spécifiques.
- b) **Les maisons d'accueil pour adultes et les abris de nuit :** ce sont des établissements qui font de l'accueil, de l'hébergement (essentiellement pour les abris de nuit) ainsi que de l'accompagnement aux personnes en difficultés sociales. Toutes ces structures sont susceptibles d'entrer en contact avec des UDI.
- c) **Les partenaires des Relais sociaux :** les Relais sociaux sont des associations régies par la loi organique des CPAS, subventionnées par le Ministère Wallon de l'Action Sociale, de la Santé et de l'Egalité des Chances. Le Relais social désigne un dispositif regroupant des partenaires locaux publics (CPAS, ville et commune) et issus du tissu associatif oeuvrant dans le domaine social (structure d'hébergement, centre d'accueil de jour et de nuit, relais santé, dispositif d'urgence sociale, etc.). Leur finalité est de lutter contre l'exclusion sociale en renforçant les actions menées et en élaborant des méthodologies d'intervention adaptées. On en dénombre sept en Région wallonne (Charleroi, Namur, Liège, Mons Borinage, La Louvière, Verviers, Tournai). Etant donné que les relais sociaux travaillent en partenariat avec des structures aux missions très différentes et pas toujours concernées par la problématique des assuétudes, nous avons choisi de cibler certains partenaires des relais sociaux : les structures spécialisées en assuétudes, les dispositifs d'accueil de jour et les abris de nuit les services de santé (structures de santé mentale, structures hospitalières, les relais santé, etc.) ainsi que le dispositif d'urgence sociale.
- d) **Les urgences hospitalières :** les UDI ont souvent recours aux services des urgences (Baudouin et al. 2009). Il nous est donc apparu intéressant d'inclure les services d'urgence dans notre population d'enquête.
- e) **Les pharmacies :** elles sont un élément-clé du dispositif, parce qu'elles jouent un rôle important dans l'accessibilité au matériel d'injection via la vente de seringues et autres composantes de ce matériel. Les pharmacies constituent parfois le seul lien que les usagers qui ne fréquentent pas les lieux de prise en charge ou de RdR ont avec des structures socio-sanitaires. Leur rôle est donc primordial car c'est dans l'officine que peut s'initier le premier contact et la première dispense de messages de Réduction des Risques, voire l'orientation vers d'autres professionnels de la santé (Derricott et al. 2008). Compte tenu

des contraintes matérielles et temporelles de notre enquête, nous nous sommes directement focalisés sur les pharmacies s'inscrivant activement dans le dispositif d'accès au matériel d'injection en milieu urbain, essentiellement via leur participation au projet Stérifix. Nous avons donc décidé de nous concentrer sur les villes de Liège et Charleroi, car celles-ci comprennent un dispositif important. Actuellement, il n'existe aucun répertoire des pharmacies qui pratiquent l'échange de seringues et/ou qui proposent le Stérifix en Belgique. Nous connaissons uniquement le nombre total de pochettes Stérifix distribuées en Communauté française.

Dans la mesure où les pharmacies fonctionnent de manière très différente (rapport marchand, etc.) des autres structures du secteur socio-sanitaire, le contenu du questionnaire ne leur était pas adapté, nous avons donc choisi de mener une enquête séparée pour ces dernières.

IDENTIFICATION DE LA POPULATION D'ENQUÊTE

Afin de répertorier toutes les structures susceptibles de participer à notre enquête au regard des critères de sélection que nous venons de préciser, nous nous sommes appuyés sur les listes de contacts d'Eurotox (et notamment celles ayant servi à la réalisation du cadastre des actions de prévention des assuétudes et de RdR liés à l'usage de drogues récemment réalisés par l'asbl¹²²), de Modus Vivendi et de différentes A.S.B.L partenaires (notamment grâce au carnet d'adresse mis au point par l'ASBL iDA dans le cadre de la création d'un répertoire des institutions qui travaillent dans le domaine des assuétudes en Belgique francophone). Nous avons complété cette liste par des recherches Internet¹²³ ainsi que par un recours à l'outil Figus du « Guide social¹²⁴ ». Un contact téléphonique a été établi avec certaines structures afin de présenter l'étude et obtenir une adresse de contact email lorsque nous n'en disposions pas.

Dans le cas des structures du secteur socio sanitaire non spécialisées en assuétudes ou qui ne développent pas de mission(s) assuétude(s), l'identification définitive des structures répondant aux critères d'inclusion s'est faite lors du dépouillement du questionnaire. En effet, afin d'identifier celles qui répondent à nos critères, il aurait fallu prendre contact avec chacune d'entre elles. Il nous est alors paru plus efficace d'intégrer dans le questionnaire les critères d'inclusion et de le diffuser largement aux structures susceptibles de faire partie de l'enquête. C'est donc lors du dépouillement que nous avons finalement pu déterminer les structures pouvant faire partie de cette étude.

2.2. LES OUTILS DE RÉCOLTE DES DONNÉES

2.2.1 Le questionnaire

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un **questionnaire auto administré**, envoyé par courrier électronique au cours du mois de mars 2010. Il a été envoyé à toutes les structures retenues selon nos critères d'inclusion pour cette enquête : institutions ou services spécialisés

122. Casero L., Rwubusisi M., Pozza M., Van Huyck C., Dal M., Bastin P., *Elaboration d'un cadastre des actions de prévention des assuétudes et de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues subsidiées par les pouvoirs publics en Communauté française*, Eurotox, octobre 2008

123. Par exemple le site de la direction générale de l'action sociale et de la santé du Ministère de la Région wallonne pour les hôpitaux

124. *Le guide social*, annuaire du secteur psycho-social, 19^e édition, éditions Figus, Bruxelles, 2009

en assuétudes ou dont une des missions concerne les assuétudes, Maisons d'accueil et Abris de nuit, Relais sociaux (qui l'ont également transmis à leurs partenaires) et hôpitaux¹²⁵.

Le questionnaire a donc été envoyé à 266 structures. Il était accompagné d'une lettre décrivant les objectifs de l'étude afin d'encourager les institutions à y participer. Avant d'être validé et envoyé aux institutions, le questionnaire a été testé dans deux structures offrant des services pour les UDI à Bruxelles. Ce prétest nous a permis de faire quelques modifications opportunes avant sa diffusion.

Une fois cette diffusion réalisée, les structures disposaient d'un délai de 4 semaines pour y répondre. Une première procédure de rappel a été mise en place dès la troisième semaine, puis une seconde une fois le délai passé. Un dernier rappel a été effectué par contact téléphonique auprès des structures les plus concernées par cette étude (essentiellement les structures spécialisées ou à missions assuétudes) qui ne nous avaient pas encore remis leur questionnaire passé ce délai.

LE CONTENU DU QUESTIONNAIRE

La première question posée aux institutions visait à déterminer si elles sont ou non en contact avec des UDI. Si la structure n'est pas en contact avec ce type de public, il lui était demandé de remplir l'encadré permettant de l'identifier et de nous retourner le questionnaire sans le compléter, ce qui nous a permis de calculer le taux de participation en distinguant les structures qui n'ont pas répondu au questionnaire de celles qui n'étaient pas concernées par cette étude.

Le questionnaire se composait de 4 thématiques :

- **La première partie** avait pour objectif de recueillir des informations sur la structure : ses missions, son fonctionnement, les zones géographiques desservies, les horaires d'ouverture, les services proposés (distribution de matériel d'injection, etc.) ainsi que des renseignements sur les salariés de la structure (nombre d'ETP, sexe des salariés et formations professionnelles).
- **La deuxième partie** concernait le(s) type(s) de publics rencontrés (nombre d'UDI, pourcentage de femmes UDI, de jeunes UDI et d'UDI d'origine étrangère, rencontrés en 2009), les difficultés rencontrées avec ces publics, la prise en compte de ces sous-groupes dans leurs activités et les stratégies mises en œuvre pour les toucher (activités spécifiques pour ce type de public, présence ou non de travailleurs bilingues, espace dédié aux enfants, etc.).
- **La troisième partie** portait sur le travail en réseau et les partenariats avec d'autres structures.
- **La quatrième partie** posait des questions sur les difficultés rencontrées au niveau de la structure et sur les éventuels manques ou points à améliorer au niveau du dispositif local.

LA VÉRIFICATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES

Dès la réception des questionnaires, leur contenu a été systématiquement contrôlé afin de vérifier qu'ils étaient correctement remplis. Lorsqu'une réponse nécessitait des précisions ou pouvait être sujette à interprétation, nous avons établi un contact téléphonique avec la personne ayant rempli le questionnaire afin de clarifier sa réponse avant encodage.

.....
125. Nous l'avons directement envoyé au service des urgences ou au service de l'hôpital spécialisé dans les assuétudes lorsque nous avons réussi à obtenir leur adresse e-mail, dans le cas contraire nous l'avons adressé à l'accueil général en demandant de le transmettre aux services éventuellement concernés

Un seul questionnaire a été invalidé car la structure ne répondait pas aux critères d'inclusions choisis pour cette étude.

L'encodage, le nettoyage et le traitement des données a été réalisé avec le logiciel Epi-info.

2.2.2 Les entretiens semi-directifs

La réalisation d'entretiens qualitatifs permet de compléter et nuancer une enquête quantitative. Ils sont en outre un outil pertinent pour comprendre la logique qui sous-tend les opinions et les comportements des interviewés.

L'objectif de ces entretiens était d'approfondir certains thèmes abordés dans le questionnaire qui méritaient un complément d'information plus qualitatif. Nous avons effectué 10 entretiens, principalement auprès de professionnels en contact de façon régulière avec un public d'injecteurs. Nous avons prioritairement interrogé les structures les plus en contact avec les sous-groupes d'intérêt (les femmes, les populations d'origine étrangère et les jeunes) et celles qui ont mis ou qui souhaiteraient mettre en place des activités spécifiques pour ce type de public.

Ces entretiens ont été réalisés au cours des mois d'avril, mai et juin 2010.

Nous avons établi une grille d'entretien sur base des thématiques suivantes :

- Les missions et le fonctionnement de la structure ;
- Les caractéristiques sociales des publics rencontrés, en nous penchant davantage sur les UDI femmes, jeunes et d'origine étrangère. Les observations des professionnels par rapport à ces publics ainsi que les difficultés rencontrées;
- Les difficultés rencontrées dans le cadre des prestations à destination des UDI au niveau de la structure et les manques ou les points forts du dispositif mis en place pour les UDI au niveau local.

2.2.3 Enquête auprès des pharmacies

Après une série d'entretiens exploratoires auprès des comptoirs d'échange de seringues locaux et des pharmaciens membres des associations pharmaceutiques, nous nous sommes aperçus que le petit nombre de pharmacies distribuant le Stérifix et/ou pratiquant l'échange de seringues ne nous permettrait pas de réaliser une enquête quantitative. Afin de comprendre les enjeux de la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues telle que pratiquée en pharmacie, il nous est apparu alors plus pertinent d'organiser des focus groupes (groupes de discussion) avec des pharmaciens qui s'inscrivent dans le dispositif (pratiquant l'échange de seringues et/ou la distribution du Stérifix), des pharmaciens qui ont cessé de faire partie du dispositif et d'autres qui n'en n'ont jamais fait partie. L'objectif étant de comprendre comment les pharmaciens font le choix de s'inscrire ou non dans le dispositif (voire de s'en désolidariser), de cerner les éventuelles difficultés rencontrées par les pharmaciens face à un public d'UDI et de dégager des pistes d'actions possibles afin de sensibiliser plus efficacement ces professionnels à cette thématique.

Afin d'organiser ces focus groupes, en ce qui concerne Liège, nous avons pris contact avec les responsables de l'Association Pharmaceutique de la Province de Liège (APPL), qui ont diffusé notre appel à focus groupes aux membres de l'APPL.

Pour Charleroi, nous nous sommes appuyés sur les associations locales partenaires de Modus Vivendi et d'Eurotox qui nous ont indiqué les pharmacies fréquentées par les UDI. L'ASBL Le Comptoir, qui relance actuellement le projet Stérifix à Charleroi, prospecte auprès des pharmacies du secteur afin de déterminer celles qui sont intéressées par le projet. Nous avons donc pu obtenir une liste des pharmacies susceptibles d'être intéressées par ce focus groupe.

Lors du focus groupe de Liège il n'y a eu qu'un seul participant. Après de nombreux contacts téléphoniques avec des pharmaciens de Charleroi intéressés par le sujet, nous nous sommes rendus compte qu'il serait très difficile de faire participer les pharmaciens à un focus groupe sans contrepartie (dédommagement financier), puisque cette participation nécessite de s'absenter pendant quelques heures de la pharmacie ou encore de se déplacer en dehors des heures de travail. Nous avons alors opté pour les entretiens semi-directifs. Au total 4 entretiens ont été réalisés.

3. LES BIAIS ET LIMITES

Cette enquête est exploratoire. En effet, l'objectif étant de couvrir trois sous-publics d'UDI et un panel assez varié d'acteurs, nous ne visons donc pas à l'exhaustivité mais bien à brosser un premier tableau pouvant servir de base à des enquêtes plus pointues par la suite.

Premièrement, le questionnaire étant auto-administré, il est possible que certaines questions puissent avoir été mal comprises par les répondants. De manière à réduire ce risque, nous avons scrupuleusement parcouru les questionnaires réceptionnés afin de détecter d'éventuelles erreurs dans les réponses fournies. En cas de doute sur une réponse, nous avons systématiquement repris contact avec l'institution afin de corriger la réponse si cela s'avérait nécessaire.

Deuxièmement, les résultats de cette étude se basent sur les structures qui ont accepté de répondre au questionnaire. Le taux de participation n'était évidemment pas parfait, de sorte que les résultats de cette étude ne fournissent pas un aperçu exhaustif du dispositif de bas seuil à destination des UDI en Région wallonne. En particulier, il s'avère que le secteur non spécialisé en matière de drogues et d'assuétudes s'est faiblement mobilisé pour répondre au questionnaire. Toutefois, en raison du taux de réponses satisfaisant (pour une enquête par questionnaire) pour les institutions spécialisées en assuétudes ou à missions « assuétudes », les résultats de notre enquête peuvent être considérés comme représentatifs de ce qui se fait en la matière en Région wallonne au niveau de ce type de structure.

Troisièmement, le principal critère de sélection des services était le fait d'être en contact avec un public d'injecteurs de drogues. Or, la pratique de l'injection n'est pas toujours visible, et les usagers de drogues ne sont pas toujours repérables, notamment parce que, par peur d'être stigmatisés comme « toxicomanes », les usagers ont plutôt tendance à cacher la pratique de l'injection. Ainsi, les professionnels des services ne peuvent supposer ou savoir qu'ils sont en contact avec ce type de public que par la présence de matériel d'injection dans leurs locaux, par les marques corporelles de l'injection chez les usagers du service, parce que l'utilisateur s'est confié ou bien par d'autres sources d'information (par exemple par les dires d'autres usagers du centre). Or dans les structures non spécialisées, les données sur les caractéristiques des publics

rencontrés sont limitées, en particulier celles relatives à l'usage de drogues, le type de drogues utilisées et les modes de consommation utilisés. Il est donc probable qu'un certain nombre de services pensent qu'ils ne sont pas ou peu concernés par ce type de public, alors qu'ils le sont dans les faits (comme ce sera démontré dans la troisième partie du rapport correspondant à la présentation des résultats et plus précisément dans l'analyse de la question «quels services fréquentent les UDI»). Par conséquent, la population de notre enquête pourrait être requalifiée comme «l'ensemble des structures socio-sanitaires de bas seuil qui sont en contact avec des UDI et qui en ont conscience».

Finalement, il faut garder à l'esprit qu'il s'agit principalement d'une enquête par questionnaire, ce qui implique donc une part de subjectivité, tant dans la compréhension des questions que dans la formulation des réponses.

4. RÉSULTATS ET DISCUSSIONS

4.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ENQUÊTE

4.1.1 Taux de réponse et répartition géographique des structures

266 institutions ont été sélectionnées comme étant susceptibles de participer à cette enquête et ont ainsi reçu le questionnaire par e-mail. 96 structures ont répondu à notre appel, ce qui correspond à un taux de réponse général de 36 %. Cependant, parmi les 96 structures qui nous ont répondu, 32 ont mentionné ne pas rencontrer d'usagers de drogues par injection et ne sont donc pas concernées par cette étude. Autrement dit, un total de 64 structures ont dûment complété le questionnaire et constituent l'échantillon de notre étude, ce qui correspond à un taux de réponses «réel» de 24 %.

Si peu de structures non spécialisées en assuétudes ont participé à cette enquête, ce n'est pas le cas pour les structures qui œuvrent en totalité ou en partie sur cette problématique : plus de la moitié de ces structures ont complété le questionnaire, et une partie nous ont répondu ne pas être en contact avec des UDI. Les détails du taux de réponses par type de structure sont présentés dans le tableau ci-après.

Ce taux de réponses relativement bas peut s'expliquer par les éléments suivants:

- **un certain nombre de doublons** : en effet, nous avons envoyé le questionnaire à 266 contacts institutionnels (issus de mailing listes différentes), de sorte que certaines institutions ont pu le recevoir à plusieurs reprises sous des adresses e-mails différentes.
- **certaines structures contactées ne se sentent pas concernées par la problématique des UDI**, mais elles n'ont pas pris le temps de nous le faire savoir en ne remplissant que le volet «identification» du questionnaire. En effet, si l'on regarde le taux de réponses en fonction du type de structure, on remarque que peu de structures non spécialisées ont répondu à notre appel. En outre, pour celles qui y ont répondu, peu d'entre elles déclarent être en contact avec un public d'UDI. Par exemple sur 46 maisons d'accueil pour adultes à qui le questionnaire a été envoyé 7 ont complété le questionnaire et 10 ont répondu ne pas être en contact avec des UDI.

- **un manque de temps** : on peut supposer que le taux de réponses relativement bas provient également d'un manque de temps en raison de la taille du questionnaire (notamment pour les services d'urgence des hôpitaux).
- **l'absence de contacts e-mail pour certains services** : dans les grandes institutions (hôpitaux,...), lorsque nous n'avons pas pu obtenir le contact e-mail du service concerné, nous l'avons envoyé au service d'accueil général. Or il est probable que le questionnaire n'ait pas toujours été transmis aux services concernés.

Tableau 6a : Taux de réponse à l'enquête selon le type de structure.

Type de structure	Nombre de questionnaires envoyés	Nombre de questionnaires reçus*	Nombre de questionnaires complétés	Taux de réponse général (%)	Taux de réponse réel (%)
Services spécialisés ou institutions à missions assuétudées	92	65	49	70,6	53,3
Hôpitaux	42	5	3	11,9	7,1
Maisons d'accueil	46	17	7	36,9	15,2
Autres (CPAS, relais sociaux, etc.)	27	5	5	21,4	21,4
Structures bénéficiant d'un plan de cohésion sociale	58	3	0	5,4	0
Total	266	96	64	36	24,4

* Sont inclus ici l'ensemble des questionnaires reçus, qu'ils aient été entièrement complétés ou non (c'est-à-dire que seul le cadre permettant d'identifier la structure est rempli, dans le cas des structures qui ne sont pas en contact avec des UDI).

Recherche-Action. RW UDI 2010.

En ce qui concerne la répartition géographique des structures interrogées, elles sont essentiellement concentrées (voir tableau 6b) dans les provinces de Liège (40,6%) et du Hainaut (28,1%). On en dénombre moins dans les provinces de Namur (18,8%) et du Luxembourg (10,9%), et qu'une seule dans celle du Brabant-Wallon (1,6%). Si on se centre uniquement sur les structures spécialisées en assuétude et à mission assuétudée, la répartition géographique est sensiblement équivalente : Liège (40%), Hainaut (30%), Namur (22%), Luxembourg (6%) et Brabant-Wallon (2%).

Tableau 6b : Répartition géographique des structures répondantes.

	n	%
Brabant wallon	1	1,6
Hainaut	18	28,1
Liège	26	40,6
Luxembourg	7	10,9
Namur	12	18,8
Total	64	100,0

Recherche-Action. RW UDI 2010.

Cette répartition est loin d'être homogène. Il serait donc intéressant de déterminer si elle correspond aux besoins géographiques réels. Malheureusement, nous ne disposons pas de données sur les taux de prévalence d'UDI dans les provinces de la Région wallonne afin de le déterminer. Nous pouvons toutefois approximer ce jugement d'adéquation en ayant recours aux données mentionnées dans le dernier rapport national des traitements de substitution¹²⁶. Dans ce rapport, il apparaît que, sur une période annuelle (août 2006 à juillet 2007), on observe le plus grand nombre de patients en traitement à la méthadone dans la province du Hainaut (3525), puis de Liège (3144), de Namur (914), du Luxembourg (485) et finalement du Brabant-Wallon (308), ce qui correspond à la répartition géographique des structures ayant répondu à notre questionnaire, sauf en ce qui concerne les provinces du Hainaut et de Liège. En effet, alors qu'on observe un peu plus de patients sous traitement à la méthadone en province de Charleroi (381 de plus qu'à Liège), celle-ci dispose d'un nombre beaucoup moins important de structures spécialisées en assuétudes ou à mission assuétude (10 % de moins). On outre, il n'y a dans notre échantillon qu'une seule structure spécialisée en assuétudes en contact avec des UDI en province du Brabant-Wallon alors qu'on y dénombre tout de même 308 patients sous méthadone en 2006-2007.

Il est donc possible que certaine partie du territoire wallon soit particulièrement peu équipée en structures permettant de fournir une aide de bas seuil spécifique aux usagers de drogues par injection. Bien entendu, cette mise en correspondance est approximative et purement indicative, d'une part parce qu'elle ne prend pas en compte la taille des structures (capacité d'accueil ou de prise en charge) et d'autre part parce que toutes les structures spécialisées en assuétude ou à mission assuétude n'ont pas répondu à notre questionnaire. En outre, le niveau d'analyse (la province) reste géographiquement grossier, et il n'y a pas forcément de correspondance entre le nombre de patients sous méthadone et le nombre d'UDI sur un territoire donné. Mais comme on le verra plus loin dans le rapport, cette question d'une faible couverture géographique de l'offre de services à destination des UDI est également soulevée en ce qui concerne le matériel d'injection stérile.

4.1.2 Les différents types d'institutions et de services

Après analyse des questionnaires, nous avons pu classer les différentes institutions selon des catégories plus précises :

126. Ledoux Y., Brohée J.P., Lagrain J., Lambrechts V., Houben P., Spago B., Vansnick I., *Enregistrement national des traitements de substitution*. IPHBE, Rapport annuel, 31 décembre 2007

- **les institutions spécialisées en assuétudes** : ce sont des structures dont la mission principale est liée à la problématique des drogues et des assuétudes. Elles s'adressent donc principalement à un public d'usagers de drogues.
- **les institutions avec mission(s) assuétude(s)** : ce sont des institutions qui n'œuvrent pas intégralement dans le domaine des assuétudes mais dont au moins une de leurs missions est liée à cette problématique. Elles proposent donc des services spécifiques aux usagers de drogues, mais ne s'adressent pas uniquement à ce type de public (elles peuvent s'adresser par exemple à des personnes précarisées, à des prostitué-e-s, etc).
- **Les maisons d'accueil socio-sanitaire pour usagers de drogues (MASS)** : même si ce sont des structures spécialisées en drogues et assuétudes, de par leur spécificité, nous avons choisi d'en faire une catégorie à part. Les 3 MASS situées en Région wallonne (Charleroi, Liège et Mons) ont participé à cette étude.
- **Les maisons d'accueil et d'hébergement** (voir partie 2.1.1, dans la méthodologie)
- **Les CPAS et les relais sociaux** : nous avons inclus dans cette catégorie des services dépendants du CPAS ou des relais sociaux, comme par exemple les équipes d'éducateurs de rue, les relais santé¹²⁷...
- **Les structures hospitalières** : cette catégorie comprend les services d'urgences hospitalières ainsi que les services hospitaliers spécialisés ou ayant une mission relative au traitement des assuétudes.

Les effectifs pour chaque type de structure sont repris dans le tableau ci-dessous :

Tableau 7 : Description de la variable « type de structure »

	n	%
Autre	2	3,1
Centre spécialisé assuétude	27	42,2
CPAS, relais sociaux, etc.	6	9,4
Institution avec mission assuétude	14	21,9
Maison d'accueil, hébergement	8	12,5
MASS	3	4,7
Structure hospitalière	4	6,3
Total	64	100,0

Recherche-Action. RW UDI 2010.

4.1.3 Classification des structures

Afin d'effectuer des croisements statistiques plus précis qui devraient nous permettre d'affiner la description des résultats, nous avons classé chaque structure interrogée selon différents critères : secteur d'activité, niveau de bas seuil, et zone géographique.

127. Organismes publics dont l'objectif principal est de permettre aux personnes grandement précarisées d'accéder aux soins afin d'améliorer leur état de santé global, tant au niveau physique, mental que social

CLASSIFICATION PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ

La classification par type de structure ne permettait pas de distinguer dans notre analyse les institutions qui œuvrent spécifiquement dans le domaine des assuétudes de celles qui ne sont pas spécialisées dans ce secteur. En effet, certaines structures hospitalières, maisons d'accueil, services dépendant du CPAS peuvent également être spécialisés dans le secteur des assuétudes. Un certain nombre de structures pouvaient rentrer dans plusieurs catégories à la fois. Nous avons donc procédé à une reclassification des structures en nous basant sur les critères suivants :

- la mission principale est en lien avec la problématique des drogues et assuétudes. Nous les avons nommées « services spécialisés en assuétudes ».
- une des missions est en lien avec la problématique des drogues et assuétudes. Nous les avons appelées « institutions à mission(s) assuétude(s) ».
- les services n'ayant pas de mission spécifique dans le domaine des assuétudes, nous les avons nommés « services non spécialisés ».

Afin d'opérationnaliser ces critères de classement, nous nous sommes notamment appuyés sur deux informations récoltées dans le questionnaire :

- la structure mène-t-elle des actions spécifiques envers les usagers de drogues ? (Voir questionnaire en annexe, question 8)
- la structure s'adresse-t-elle principalement à des usagers de drogues ou à différents types de public ? (Question 27 sur les principaux publics visés par la structure).

Tableau 8 : Classification des institutions en fonction du secteur d'activité et du type de structure (n= 64).

Secteur d'activité	Types de structure						
	Autre	Centre spécialisé assuétude	CPAS	Institution avec mission assuétude	Maison d'accueil, hébergement	MASS	Structure hospitalière
Mission assuétude	0	0	2	14	1	0	1
Non spécialisé en assuétude	2	0	2	0	7	0	3
Spécialisé en assuétude	0	27	2	0	0	3	0

Recherche-Action. RW UDI 2010.

CLASSIFICATION PAR NIVEAUX DE BAS SEUIL

Nous nous sommes également basés sur les réponses à certaines questions pour effectuer cette classification. Toutes les structures interrogées peuvent être considérées comme à bas seuil d'accès, puisque aucune n'impose le fait d'être abstinent comme condition pour accéder à la structure. Néanmoins, comme mentionné précédemment, nous avons également évalué, pour chaque structure, si elle répond ou non à un ensemble de critères opérationnels susceptibles de limiter/élargir l'accès aux services, afin de déterminer leur degré de bas seuil d'accès: les usagers avaient la possibilité d'accéder à la structure de façon gratuite (92,2% des structures), anonyme

(60,9% des structures), sans rendez-vous (73,4% des structures), sans obligation d'être en ordre au niveau administratif (92,2% des structures) et lorsqu'ils sont sous l'effet d'une substance psycho-active (82,8%). Sur base de ces critères, nous avons pu établir différents niveaux de bas seuil d'accès :

- Le niveau de bas seuil « élevé »¹²⁸ : ce sont les structures qui ont répondu simultanément aux 5 critères précités.
- Le niveau de bas seuil « intermédiaire » : ce sont les structures qui cumulent 4 de ces critères.
- Le niveau de bas seuil « bas » : ce sont les structures qui cumulent 3, ou moins, de ces critères.

Tableau 9 : Nombre de structures en fonction des différents niveaux de bas seuil.

Niveau bas seuil	n	%
Bas (2 ou 3 critères)	17	26,6
Intermédiaire (4 critères)	24	37,5
Élevé (5 critères)	23	35,9
Total	64	100,0

Recherche-Action. RW UDI 2010.

Nous nous sommes servis de cette classification pour effectuer certains croisements, afin de voir par exemple si le niveau de bas seuil a une influence sur la fréquentation de la structure par les UDI.

Il faut toutefois remarquer que certaines structures ont évoqué des difficultés à répondre à ces questions. En effet, bien qu'il existe des règles de fonctionnement régissant chaque service, les travailleurs font souvent preuve de souplesse en fonction des réalités du terrain. Par exemple, certaines structures fonctionnent sur rendez-vous mais ne refusent jamais les personnes qui viennent en urgence ; le règlement interdit aux usagers d'être sous l'effet de substance psychoactive, mais en réalité, les travailleurs sociaux refusent rarement les personnes qui le sont, excepté si elles ont des comportements violents.

En outre, comme on peut le voir dans le tableau 10, les structures sont quasiment toutes (à 92,2%) accessibles aux usagers gratuitement et sans obligation d'être en ordre au niveau administratif. Une grande majorité d'entre elles (82,8%) acceptent également de recevoir les usagers même lorsqu'ils sont sous l'effet d'un produit. Elles sont prêtes de trois quarts (73,4%) à accepter les usagers sans rendez-vous, et un peu moins de deux tiers (60,9%) à les prendre en charge de manière anonyme.

Bien entendu, comme l'indique clairement le tableau 10, toutes les structures interrogées ne remplissent pas simultanément l'ensemble de ces critères. Certaines en cumulent deux (7,8%) ou trois (18,8%), mais une majorité en cumulent quatre (37,5%) ou cinq (35,9%). Dès lors, les structures que nous avons rassemblées sous un même label (par exemple, « bas seuil intermédiaire »), n'ont pas toutes les mêmes caractéristiques d'accès. Par exemple, seule la moitié (n=12) des structures ayant un niveau de bas seuil « intermédiaire » cumulent les critères d'« acceptation sous intoxication », de « gratuité », d'« accès sans rendez-vous » et d'« accès sans obligation

128. Eu égard aux cinq critères utilisés dans la présente étude

administrative», d'autres structures, alors que au sein de l'autre moitié on retrouve trois autres types d'agencement de quatre critères. Malgré cette disparité au sein d'un même «niveau» de bas seuil, nous avons tenu à effectuer cette classification dans le but de réaliser des analyses plus détaillées du dispositif en fonction de la souplesse d'accès des structures.

Tableau 10 : Répartition des structures en fonction de leurs niveaux de bas seuil.

Niveau bas seuil	structures		Accepté sous intoxication	Gratuit	Sans rendez- vous	Anonyme	Sans obligation administrative	
	n	%						
Bas	2 critères	1	1.6%	X			X	
		1	1.6%		X		X	
		1	1.6%			X	X	
		2	3.1%		X		X	
	3 critères	1	1.6%		X		X	X
		1	1.6%	X	X	X		
		1	1.6%	X	X		X	
		3	4.7%	X		X		X
	6	9.4%	X	X			X	
Intermédiaire	1	1.6%	X	X	X	X		
	5	7.8%	X	X		X	X	
	6	9.4%		X	X	X	X	
	12	18.8%	X	X	X		X	
Élevé	23	35.9%	X	X	X	X	X	
n (%)	64		53 (82.8%)	59 (92.2%)	47 (73.4%)	39 (60.9%)	59 (92.2%)	

Recherche-Action. RW UDI 2010.

CLASSIFICATION PAR ZONE GÉOGRAPHIQUE

Afin de déterminer si les structures se situent en zone urbaine, semi urbaine ou rurale, nous avons classé par densité chaque commune dans lesquelles se trouvent les structures répondantes. Pour les zones rurales, nous avons utilisé le critère défini par l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) : les communes dont la densité d'habitants par km² est inférieure à 150 habitants sont considérées comme rurales. Afin d'être plus précis et nuancer les différentes situations géographiques des communes ayant une densité de population supérieure à 150 hab/km², nous avons créé un niveau intermédiaire entre les zones urbaines et rurales : les zones semi-urbaines. Sont considérées comme semi-urbaines les communes qui ont une densité d'habitants comprise entre 150 et 800 habitants par km². Enfin, les zones urbaines

comprennent les communes de plus de 800 habitants/km². Ce critère de classification reste bien entendu approximatif, puisque seule la densité de population globale de la commune est prise en compte, alors que le caractère urbain/rural d'une ville repose sur un ensemble plus complexe de critères (voir la récente révision des critères en Région wallonne par la cellule CAPRU)¹²⁹. En outre, nous nous sommes basés sur la commune d'appartenance des structures. Or une structure peut très bien être située dans un quartier à faible densité d'une ville à forte densité de population (ou l'inverse), ce qui est susceptible d'affecter les paramètres de fréquentation ainsi que les caractéristiques du public rencontré.

Tableau 11 : Nombre de structures en fonction du degré d'urbanisation

	n	%
Rural	14	21,9
Semi-urbain	12	18,8
Urbain	38	59,4
Total	64	100,0

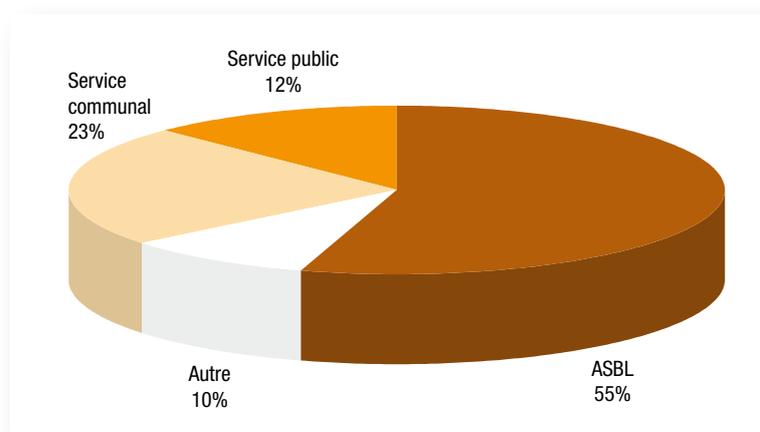
Recherche-Action. RW UDI 2010.

4.2 CARACTÉRISTIQUES DES SERVICES / INSTITUTIONS

4.2.1 Statut et financement des institutions

Les institutions ont été interrogées sur leur statut juridique. Plus de la moitié d'entre elles sont des ASBL (55%), presque un quart sont des services communaux (23%) et 12% sont des services publics. En ce qui concerne leur financement, la grande majorité des institutions interrogées (95%) bénéficient d'un financement public.

Figure 4 : Financement des institutions n=64.



Recherche-Action. RW UDI 2010.

129. Cellule d'analyse et de prospective en matière de ruralité

4.2.2 Implantation des structures

L'endroit où se situent les institutions est important, et l'idéal serait que les structures à bas seuil soient facilement accessibles pour le plus grand nombre d'usagers possible. Nous avons utilisé deux indicateurs afin d'évaluer le degré d'accessibilité des structures: leur proximité par rapport aux transports en commun et leur proximité par rapport aux lieux de vie des usagers.

Tableau 12 : Type de structure et proximité des transports en commun.

			Proximité Transports Commun		Total
			Non	Oui	
Secteur d'activité	Mission assuétude	n	3	15	18
		%	16,7	83,3	100,0
	Non spécialisé en assuétude	n	3	11	14
		%	21,4	78,6	100,0
	Spécialisé en assuétude	n	4	28	32
		%	12,5	87,5	100,0
Total	n	10	54	64	
	%	15,6	84,4	100,0	

Recherche-Action. RW UDI 2010.

On constate que la majorité des institutions interrogées se situe à proximité des transports en commun. Ce critère est important dans la mesure où il favorise l'accès des usagers à la structure. Néanmoins, des paramètres plus précis que ceux que nous avons évalués sont également susceptibles d'influer sur l'accessibilité des structures (type de transports en commun, horaire et fréquence de passage, couverture géographique de ces transports, etc.). Une analyse supplémentaire montre toutefois que la situation des structures par rapport aux services de transport en commun n'est pas reliée au caractère rural/semi-urbain/urbain des lieux où sont situées ces structures.

Tableau 13 : Type de structure et proximité des lieux de concentrations des UDI.

			Près Lieux Concentration UDI		Total
			Non	Oui	
Secteur d'activité	Mission assuétude	n	11	7	18
		%	61,1	38,9	100,0
	Non spécialisé en assuétude	n	11	3	14
		%	78,6	21,4	100,0
	Spécialisé en assuétude	n	18	14	32
		%	56,3	43,8	100,0
Total	n	40	24	64	
	%	62,5	37,5	100,0	

Recherche-Action. RW UDI 2010.

Comme on peut le remarquer dans le tableau précédent, la majorité des institutions interrogées ne se situent pas à proximité des lieux de concentration des UDI. Cette tendance est surtout marquée pour les structures non spécialisées.

Cependant, lorsque l'on croise les deux variables (proximité transport en commun et lieux de concentration des UDI), on observe que seulement 9 structures (dont 4 spécialisées en assuétudes et 2 à missions assuétudes) sur les 64 interrogées sont peu accessibles eu égard à ces deux indicateurs pris simultanément. En outre, il faut noter que si certaines institutions ne se situent pas à proximité des lieux fréquentés par les usagers, elles peuvent avoir des équipes mobiles qui vont à la rencontre des usagers sur leur lieu de vie. En effet, 20% des structures situées à distance des lieux de concentration des UDI sont munies d'une équipe mobile. Finalement, une analyse supplémentaire nous montre, sans grande surprise, que le fait qu'une structure soit située à proximité des lieux de concentration des UDI est également relié au caractère rural/semi-urbain/urbain des lieux où sont situées ces structures. Ainsi, aucune structure située en milieu rural n'est située à proximité des lieux de concentration des UDI, alors que 25% des structures situées en milieu semi-urbain et 58% des structures situées en milieu urbain le sont.

4.2.3 Les équipes mobiles

Parmi les 64 institutions interrogées, 14 mentionnent avoir des équipes mobiles rattachées à leur structure, dont 11 sont en contact avec des UDI. Les équipes mobiles opèrent généralement en rue et sur les lieux de vie des usagers. Elles ont pour objectif d'entrer en contact avec le public afin d'établir un premier lien avec les usagers, et d'accompagner et d'orienter les personnes vers d'autres services. Elles peuvent également effectuer des soins primaires (petits soins, « bobologie ») ou encore distribuer du matériel d'injection stérile et des préservatifs, etc.

4.2.4 Couverture horaire du dispositif

Sept structures (dont 4 maisons d'accueil/hébergement et 3 structures hospitalières) sont ouvertes en permanence. Les plages d'ouverture durant la semaine des 57 structures qui ne sont pas ouvertes de manière permanente sont exposées dans le tableau suivant. Comme on peut le remarquer, la majorité des structures sont à la fois ouvertes le matin et l'après-midi, et seulement cinq structures sont ouvertes en soirée. Enfin, sept structures sont également ouvertes le week-end en plus d'être ouvertes en semaine. Parmi elles, trois structures sont ouvertes le matin et l'après-midi et une du matin jusqu'en soirée, les autres structures étant ouvertes durant des plages horaires plus limitées (par exemple, uniquement le matin ou en soirée).

Tableau 14 : Distribution des structures selon leurs plages d'ouverture, n=57

	n	%
Matin et après-midi	46	80,7
Matin, après-midi et soirée	4	7,0
Après-midi	3	5,3
Soirée	1	1,8
Inconnu	3	5,3
Total	57	100,0

Recherche-Action. RW UDI 2010.

HORAIRES DES TOURNÉES POUR LES ÉQUIPES MOBILES

Les équipes mobiles en contact avec des UDI (n=11, plusieurs réponses possibles) travaillent généralement l'après-midi (4) et/ou en soirée (6), deux travaillent également en matinée et une seule effectue des tournées de nuit. Quelques unes travaillent également les week-ends.

4.2.5 Niveau d'accessibilité des structures

Tableau 15 : Distribution des structures en fonction du secteur d'activité et du « niveau de bas-seuil ».

			Niveau Bas Seuil			Total
			Bas	Intermédiaire	Élevé	
Secteur d'activité	Mission assuétude	n	4	6	8	18
		%	22,2	33,3	44,4	100,0
	Non spécialisé en assuétude	n	8	4	2	14
		%	57,1	28,6	14,3	100,0
	Spécialisé en assuétude	n	5	14	13	32
		%	15,6	43,8	40,6	100,0
Total	n	17	24	23	64	
	%	26,6	37,5	35,9	100,0	

Recherche-Action. RW UDI 2010.

En ce qui concerne l'accès aux structures, il ressort clairement que les structures non spécialisées ont des exigences plus élevées que les autres secteurs (57,1% ont un niveau de bas seuil « bas »). Si on analyse plus en détail, on remarque que ces structures n'acceptent pas toujours les usagers lorsqu'ils sont sous l'effet d'un produit psychotrope (35,7% des structures non spécialisées ne les acceptent pas), et que l'accès aux prestations peut nécessiter une participation financière (dans 28,6% des structures non spécialisées, l'utilisateur n'a pas accès gratuitement aux services). Dans la plupart des structures interrogées, tout secteur confondu, l'utilisateur peut venir lors d'un premier contact sans rendez-vous (73,4% des structures) et sans obligation d'être en ordre au niveau administratif (93,8% des structures).

La plupart des structures du secteur spécialisé en assuétudes ou à missions assuétudes ont un niveau de bas seuil « intermédiaire » ou « élevé ». Ces structures ont donc des conditions d'accès peu exigeantes. Néanmoins, cette accessibilité doit être relativisée par le fait qu'un peu moins de la moitié des structures spécialisées en assuétude et environ un cinquième des structures à missions assuétudes sont situées à proximité des lieux de vie des UDI. En outre, leur couverture horaire n'est pas parfaite, surtout en soirée.

4.3 LE PUBLIC

4.3.1 Les publics visés par les services

Le questionnaire a été envoyé à des structures qui ne visent pas forcément les mêmes publics. Dans le questionnaire, les structures devaient choisir, parmi une liste de publics, ceux qu'elles visent principalement. Les principaux publics visés sont, par ordre d'importance, les usagers de drogues en général (65,6% des structures), les adultes précarisés (39,1%), l'entourage des usagers de drogues (39,1%), les UDI (28,1%), les jeunes (23,4%) et les jeunes marginalisés (23,4%). Les autres types de publics (prostitués, personnes d'origine étrangère, femmes, etc.) sont visés de manière beaucoup plus minoritaire.

Tableau 16 : Public(s) principalement visé(s) par les structures n= 64 (plusieurs réponses possibles).

	n	%
Tout public	8	12,5
Usagers de drogues par injection	18	28,1
Usagers de drogues en général	42	65,6
Parents/proches d'usagers de drogues	25	39,1
Prostitué(e)s	9	14,1
Adultes précarisés (sans-abri, sans papiers, etc.)	25	39,1
Jeunes	15	23,4
Jeunes marginalisés	15	23,4
Population d'origine étrangère	6	9,4
Femmes	4	6,3
Autres	9	23,4

Recherche-Action. RW UDI 2010.

4.3.2 Les usagers de drogues par injection

LIEUX DE RENCONTRE DES UDI

Les UDI sont principalement rencontrés lors des permanences dans les institutions (93,8%), quoique la moitié des structures interrogées en rencontre également en rue ou sur les lieux de vie des usagers. Enfin, 29,7% des structures déclarent rencontrer des injecteurs de drogues en milieu carcéral et 26,6% en milieu festif. Cependant, nous ne connaissons pas la proportion d'UDI rencontrés dans ces différents milieux, ni la fréquence des rencontres. Ainsi, sur base des données issues des actions de Réduction des Risques menées en milieu festif dans le cadre du projet « Drogues risquer moins » coordonné par l'asbl Modus Vivendi, on peut supposer que les UDI rencontrés en milieu festif sont minoritaires (voir introduction). La question des injecteurs dans les milieux carcéral et festif mériterait en outre une analyse plus approfondie, en raison des spécificités de ces lieux de rencontre.

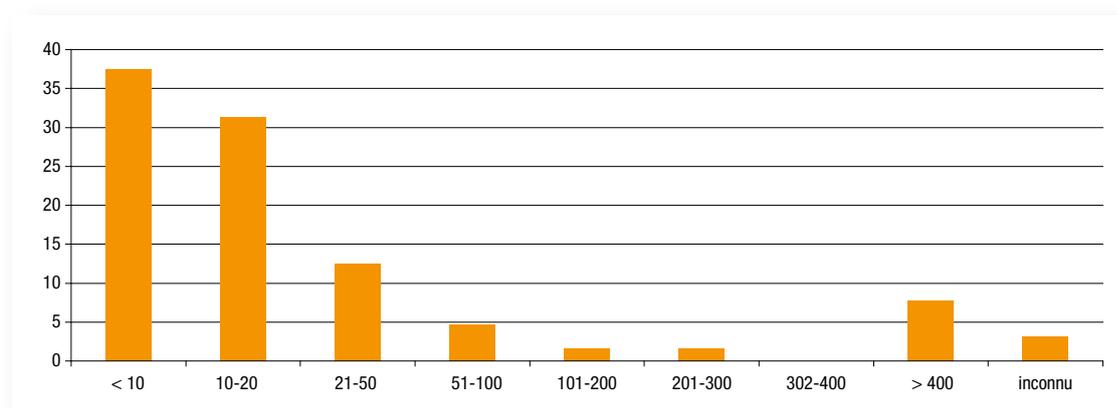
Tableau 17 : Lieux de rencontre des UDI – n=64 (plusieurs réponses possibles)

	n	%
Rue/lieux de vie des usagers	32	50
Permanence dans vos locaux	60	93,8
Antenne(s) ou service(s) décentralisé(s)	13	20,4
Milieu carcéral	19	29,7
Milieu festif	17	26,6
Autre	3	4,7
Structure hospitalière	2	3,1
Dispositif d'urgence hivernal	1	1,6

Recherche-Action. RW UDI 2010.

NOMBRE D'UDI RENCONTRÉS¹³⁰

On peut noter que la grande majorité des structures interrogées (68,8%) déclarent ne pas avoir rencontré plus de 20 UDI en 2009 alors que 12,5% des structures ont eu une file active d'UDI estimée entre 21 et 50. Peu de structures rencontrent entre 50 et 400 UDI (7,9%), et 7,8% des structures déclarent avoir rencontré plus de 400 UDI en 2009. Ces chiffres doivent bien entendu être relativisés par le fait que, hormis les comptoirs d'échange de seringues, les structures interrogées ne rencontrent pas uniquement des UDI, et qu'elles sont relativement peu nombreuses à viser spécifiquement les UDI à travers les services proposés (28,1%, pour rappel). Néanmoins, lorsque l'on compare les estimations du nombre d'UDI rencontrés en 2009 entre les structures qui visent spécifiquement les UDI et celles qui ne les visent pas spécifiquement, la différence n'est que marginalement significative ($\chi^2=11,81$, $p=0,10$). L'absence de différence statistique manifeste s'explique par le fait qu'une grande partie des structures (50%, n=10) qui visent spécifiquement (mais pas exclusivement) les UDI rencontre également un nombre d'UDI annuel inférieur à 21. Cette faible fréquence de rencontre de ces structures pouvant en partie s'expliquer par leur situation d'implantation, puisqu'elles sont majoritairement situées en zone rurale (20%) ou semi-urbaine (50%).

Figure 5 : Répartition des structures selon le nombre d'UDI rencontrés en 2009 (%)


Recherche-Action. RW UDI 2010.

130. Pour répondre aux questions concernant le nombre, la fréquence et les caractéristiques des UDI rencontrés lors de l'année 2009, certaines structures ont repris des données qui figurent dans leur rapport d'activité. En effet, de nombreuses structures du secteur spécialisé ou à missions assuétudées émettent des données sur certaines caractéristiques de leur file active (âge, sexe, drogues utilisées, mode de consommation, etc.). Pour celles qui n'ont pas ce type d'information, les réponses à ces questions sont forcément estimatives.

Lorsque l'on croise le nombre d'UDI rencontrés en 2009 avec les différents secteurs auxquels les structures appartiennent, on s'aperçoit (voir tableau suivant) que les structures non spécialisées ont toutes rencontré moins de 20 UDI (moins de 10 UDI pour 71,4% d'entre-elles). On n'observe toutefois pas de différence marquée entre les structures à missions assuétudées et celle spécialisées en assuétudées.

Finalement, des analyses supplémentaires montrent, sans grande surprise, que le nombre d'UDI rencontrés en 2009 est également influencé par la zone d'implantation des structures ainsi que par leur niveau de bas seuil. Plus précisément, il apparaît que les structures situées en milieu urbain rencontrent davantage d'UDI que celles qui ne le sont pas ($\text{Chi}^2=5.75$; $p=0.05$), et que moins les structures sont exigeantes en terme de conditions d'acceptation des UDI plus elles sont amenées à rencontrer des UDI ($\text{Chi}^2=7.32$; $p=0.03$).

Notons aussi que les cinq institutions dont la file active est supérieure à 400 UDI se concentrent principalement dans les grandes villes (Liège et Charleroi). Il s'agit de structures du secteur spécialisé ou a missions assuétudées (dont une MASS), et toutes proposent du matériel d'injection stérile. Les UDI sont bien entendu un des publics principalement visés par ces institutions.

Tableau 18 : Nombre d'UDI en fonction des différents secteurs auxquels appartiennent les structures.

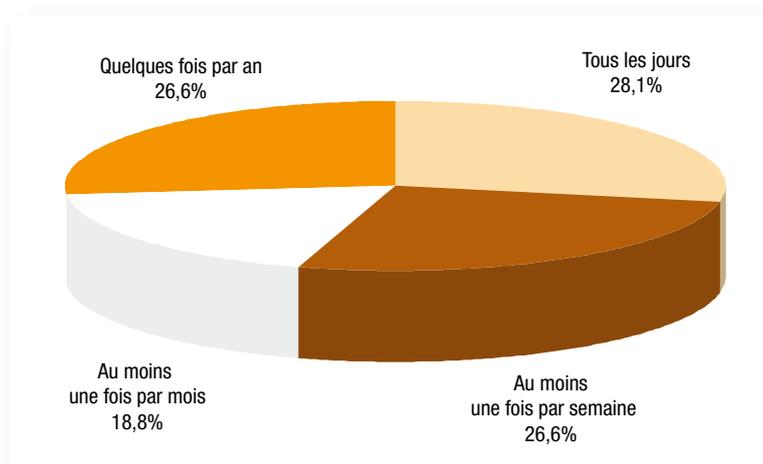
Estimation du nombre d'UDI rencontrés en 2009	Secteur			Total
	Mission assuétudées	Non spécialisé assuétudées	Spécialisé assuétudées	
Moins de 10	4 22,2%	10 71,4%	10 31,3%	24 37,5%
Entre 10 et 20	5 27,8%	4 28,6%	11 34,4%	20 31,3%
Entre 21 et 50	4 22,2%	0 0%	4 12,5%	8 12,5%
Entre 51 et 100	1 5,6%	0 0%	2 6,3%	3 4,7%
Entre 101 et 200	1 5,6%	0 0%	0 0%	1 1,6%
Entre 201 et 301	0 0%	0 0%	1 3,1%	1 1,6%
Plus de 400	2 11,1%	0 0%	3 9,4%	5 7,8%
Inconnu	1 5,6%	0 0%	1 3,1%	2 3,1%
Total	18 100,0%	14 100,0%	32 100,0%	64 100,0%

Recherche-Action. RW UDI 2010.

FRÉQUENCE DE CONTACT AVEC DES UDI

Lorsque l'on se penche sur la fréquence à laquelle les services disent rencontrer des UDI, on constate que la majorité des structures interrogées en rencontre régulièrement (28,1% en rencontrent de manière quotidienne et 26,6% de manière hebdomadaire). On note cependant que 26,6% des structures interrogées estiment n'être en contact que quelques fois par an avec ce type de public.

Figure 6 : Fréquence de contact avec les UDI.



Recherche-Action. RW UDI 2010.

Tableau 19 : Fréquence de contact des UDI en fonction du type de structure.

		Fréquence contact UDI				Total
		Quelques fois par an	Au moins une fois par mois	Au moins une fois par semaine	Tous les jours	
Secteur d'activité	Mission assuétude	2 11,1%	3 16,7%	6 33,3%	7 38,9%	18 100,0%
	Non spécialisé en assuétudes	7 50,0%	4 28,6%	3 21,4%	0 0%	14 100,0%
	Spécialisé en assuétudes	8 25,0%	5 15,6%	8 25,0%	11 34,4%	32 100,0%
Total		17 26,6%	12 18,8%	17 26,6%	18 28,1%	64 100,0%

Recherche-Action. RW UDI 2010.

La fréquence de contact avec des UDI varie toutefois en fonction du secteur auquel appartiennent les structures interrogées. Ainsi, les structures du secteur non spécialisé disent être, dans l'ensemble, moins fréquemment en contact avec des UDI que les autres structures. Par exemple, 75% des maisons d'accueil et d'hébergement n'en rencontrent que quelques fois par an. Il est toutefois possible que ce nombre d'UDI soit sous-estimé ou sur-estimé, car les structures non

spécialisées ont peu de connaissance de ce public et sont moins aptes à les repérer. A l'inverse, il est possible que certains répondants aient considéré comme UDI des personnes toxicomanes qui ne pratiquent pas l'injection.

Le secteur spécialisé ou à missions assuétudées est en revanche fréquemment en contact avec les UDI : 38,9% des structures à missions assuétudées en rencontrent tous les jours et 33,3% au moins une fois par semaine ; 34,4% des structures spécialisées en rencontrent tous les jours et 25% au moins une fois par semaine. Cependant, parmi les structures spécialisées, 25% déclarent en rencontrer seulement quelques fois par an. Cette faible fréquentation au sein du secteur spécialisé pourrait également s'expliquer par le fait que certaines structures ciblent principalement certains types d'addictions et certains publics (par exemple l'alcool, le cannabis, ou encore les jeunes etc.).

Tableau 20 : Distribution des structures selon la fréquence de contact des UDI en fonction de la zone géographique ; n=64.

		Fréquence contact UDI				Total
		Quelques fois par an	Au moins une fois par mois	Au moins une fois par semaine	Tous les jours	
Zone géographique	Rural	6 42,9%	4 28,6%	2 14,3%	2 14,3%	14 100,0%
	Semi-urbain	4 33,3%	3 25,0%	5 41,7%	0 0%	12 100,0%
	Urbain	7 18,4%	5 13,2%	10 26,3%	16 42,1%	38 100,0%
Total		17 26,6%	12 18,8%	17 26,6%	18 28,1%	64 100,0%

Recherche-Action. RW UDI 2010.

Lorsque l'on envisage la fréquence avec laquelle les structures sont en contact avec des UDI en fonction de la zone où elles se trouvent, on constate que les structures situées en milieu rural sont proportionnellement moins en contact avec des UDI que les structures situées en milieu semi-urbain ou urbain. De même, les structures situées en zone urbaine paraissent davantage en contact avec des UDI que les structures situées en milieu semi-urbain. En effet, une partie des structures situées en zone semi-urbaine en rencontre de manière occasionnelle et 41,7% déclarent en rencontrer au moins une fois par semaine. Par contre, il ressort nettement que les structures situées en zones urbaines sont régulièrement en contact avec ce type de public (42,1% voient des UDI tous les jours et 26,6% au moins une fois par semaine).

Ce phénomène de plus grande concentration des UDI dans les structures situées en milieu urbain peut s'expliquer par différents éléments qui peuvent motiver les UDI à migrer ou rester en milieu urbain: plus grandes facilités à s'y procurer des drogues injectables; plus de possibilités de développer un réseau social entre usagers; plus de facilités à exercer certaines

activités lucratives (deal, prostitution,...); présence de squats pour les personnes sans logement; plus grand anonymat, etc. Cette concentration des UDI dans les villes est purement adaptative du point de vue des usagers (car elle «facilite» la toxicomanie), mais elle les marginalise davantage.

En outre, comme l'explique bien un professionnel d'une structure spécialisée située en zone rurale, afin de rester anonymes les usagers préfèrent faire quelques kilomètres de plus et fréquenter des structures éloignées de leur lieu d'habitation.

«Nous on a très peu d'injecteurs, après on ne le sait pas toujours, c'est difficile à dire puisque eux ne le disent pas. Ici c'est un gros village, tout le monde se connaît, quand les personnes viennent elles disent qu'elles ne sont pas toxicomanes, qu'elles ne s'injectent pas. Parfois on le sait, on l'apprend quand ils ne le sont plus, quand ils ont un traitement de substitution. Les personnes se déplacent pour se procurer le produit, ils vont à Charleroi ou Namur et passent par les services dans ces villes car c'est plus anonyme. Venir dans les services chez nous c'est difficile. (...) Avoir plus de structures spécialisées en milieu rural n'est pas vraiment une demande des usagers, on le voit par rapport au médecin, quand on veut les orienter chez un médecin ici, beaucoup disent qu'ils préfèrent aller plus loin, donc on les oriente vers Namur ou Charleroi, ces villes sont accessibles en train donc c'est le plus facile pour eux.» Julie, éducatrice dans une structure spécialisée en zone rurale.

Néanmoins, la pratique de l'injection étant probablement moins visible en milieu rural, il est possible que la fréquence avec laquelle les structures sont en contacts avec des injecteurs y soit sous-estimée.

Finalement, comme ce fut le cas pour le nombre d'UDI rencontrés en 2009, une analyse complémentaire met également en évidence une influence (quasiment significative) du niveau de bas seuil des structures sur la fréquence de contact avec des UDI. Ainsi, il apparaît que moins les structures sont exigeantes en terme de conditions d'acceptation des UDI plus la fréquence de contact avec des UDI est élevée ($\text{Chi}^2=11.6$; $p=0.07$). Il apparaît donc, par exemple, que les structures situées en milieu rural qui ont un niveau de bas seuil élevé ont une fréquence de contact avec des UDI plus élevée que les structures situées en milieu rural qui ont un niveau de bas seuil bas ou intermédiaire, ce constat étant également valable au sein des autres zone d'implantation (semi-urbaine et urbaine).

4.3.3 Les groupes cibles de la recherche : les jeunes, les femmes et les personnes d'origine étrangère

Nous avons demandé aux structures d'estimer, la proportion que représente chaque sous-groupe cible parmi les injecteurs qu'ils ont rencontrés en 2009. Les résultats de ces estimations confirment en fait la sous représentation de certains publics au sein des structures à bas seuil d'accès, comme c'est d'ailleurs le cas, de manière générale, dans les structures d'aide et/ou de soins aux usagers de drogues¹³¹, la majorité des UDI rencontrés dans ce type de structure sont des hommes, de nationalité belge, âgés principalement de 26 à 35 ans.

131. Par exemple, d'après l'enquête Sentinelle, le profil de la population en contact avec le réseau d'aide et de soins de la région de Charleroi en 2007 est le suivant: 80 % du public est de sexe masculin, l'âge moyen est de 33 ans et 68 % des personnes sont d'origine belge. Enquête Sentinelle, rapport des résultats de 1997-2007, Cellule de recherche concertation, Charleroi juin 2010

LES FEMMES INJECTRICES

Les structures interrogées estiment que les femmes pratiquant l'injection représentent en moyenne 28,8 % des injecteurs rencontrés en 2009 (min : 1 % ; max : 99 %). Cette sous-représentation des femmes est un phénomène généralement constaté par les services spécialisés en assuétudes. Différentes hypothèses sont couramment avancées pour expliquer ce phénomène :

- Comme nous l'avons abordé dans la partie problématique, selon diverses études européennes¹³², le principal motif pour lequel les femmes s'abstiennent de solliciter une assistance est leur volonté de ne pas manquer à leurs devoirs maternels. En effet, un grand nombre de femmes qui accèdent à un traitement ambulatoire pour remédier à leur consommation de drogues ont des enfants.
- Les femmes en difficulté auraient tendance à cacher davantage leurs problèmes sans faire appel à des structures d'aide. Par exemple, même dans des états de vulnérabilité extrême (e.g. absence de logement), elles mettent en œuvre diverses stratégies pour parvenir à « gérer » la situation (recherche d'un compagnon avec un logement, soutien de la part de leur entourage, etc.)¹³³. De nombreux professionnels ont évoqué cette hypothèse lors des entretiens. Cependant, cette faculté à trouver des solutions alternatives est trop souvent perçue par les professionnels comme quelque chose de positif, un « avantage ». Or, ces femmes deviennent dépendantes de la personne qui les « aide », et peuvent être plus vulnérables face à certains abus (violences, chantage, conflits liés au produit, etc.). Ces solutions alternatives ont tendance à cacher un réel besoin d'aide sociale des femmes, notamment en terme de logement.

« Je ne pense pas que les femmes soient plus exposées aux risques que les hommes, non, au contraire, elles ont plus de facilités à trouver un logement, souvent chez des mecs, c'est la vie... Je pense aussi qu'une fille toxicomane qui est vraiment dans le besoin, qui va vraiment mal aura peut être plus de facilités à être rattachée à sa famille qu'un garçon : que le papa ou la maman se dira : bon allez ça va vraiment pas on t'accepte pour quelques jours mais viens. Pour un garçon ça va être beaucoup plus strict. Oui, maintenant il y a sûrement moins de femmes toxicomanes que d'hommes je suppose, et en gros elles ont plus de facilités à trouver une solution, une fille reste rarement des années en rue. Nous on travaille avec des gars qui sont en rue depuis 10 ans, qui n'ont plus de logement depuis 10 ans, qui se débrouillent à gauche à droite ou en cure et qui n'ont plus d'endroits stables depuis 10-15 ans. Les filles c'est extrêmement rare. Il y a aussi pas mal de filles prostituées qui tombent sur un mec compréhensif et qui habitent chez lui (...). »
François, éducateur de rue, Liège.

LES JEUNES INJECTEURS

Pour chacune des tranches d'âge reprise dans le tableau ci-dessous, nous avons demandé aux structures de préciser si elles faisaient ou non partie du public UDI rencontré en 2009. Nous leur avons ensuite demandé de préciser le pourcentage d'UDI de moins de 25 ans sur l'ensemble des UDI rencontrés en 2009.

La tranche d'âge la plus représentée chez les UDI est celle des 26-35 ans, puisque 82,8% des structures mentionnent rencontrer des UDI de cette tranche d'âge. La deuxième tranche d'âge

132. OEDT (2006). *A gender perspective on drug use and responding to drug problems*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne

133. L'évolution des profils des sans-abri : une dépendance persistante à l'égard des services d'urgences en Europe. Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans Abris (Feantsa), novembre 2005

la plus rencontrée est celle des 36-45 ans (62,5 % des structures), puis vient celles des moins de 25 ans (56,3 %) et enfin celle des plus de 45 ans (43,8 %).

La tranche d'âge des moins de 25 ans représente 19,2 % (min : 3 % ; max : 99 %) des injecteurs rencontrés en 2009 par des structures ayant mentionné rencontrer des UDI de cette tranche d'âge.

Tableau 21 : Classification des structures en fonction de la tranche d'âge des injecteurs rencontrés en 2009 (n=64 ; plusieurs réponses possibles)

Tranches d'âges rencontrées (années)	n	%
< 25	36	56,3
26-35	53	82,8
36-45	40	62,5
>45	28	43,8

Recherche-Action. RW UDI 2010.

Ces chiffres confirment la sous représentation des jeunes au sein des structures d'aide aux usagers de drogues. Les différents acteurs de terrain rencontrés lors de nos entretiens constatent un vieillissement des publics UDI rencontré dans leur service. Une évaluation du dispositif d'échange de seringues de Charleroi entre 2001 et 2007¹³⁴ conclut également à ce vieillissement.

LES INJECTEURS D'ORIGINE ÉTRANGÈRE

Un total de 60,3 % des structures interrogées ont mentionné rencontrer des UDI d'origine étrangère¹³⁵ en 2009. Parmi les structures qui ont mentionné en rencontrer, les injecteurs d'origine étrangère représentent en moyenne 11,4 % des UDI rencontrés en 2009.

Certains entretiens réalisés avec des professionnels du dispositif confirment cette sous-représentation, qui s'expliquerait selon eux par le fait que les usagers de drogues étrangers consommeraient plus par inhalation (« fumette ») que par injection.

4.4 L'OFFRE DE SERVICES ET LES RESSOURCES HUMAINES

4.4.1 Description des services et des conditions d'accès à ces services

Dans le questionnaire, nous demandions aux structures interrogées de cocher parmi une liste de prestations, celles qui sont proposées par l'institution. Afin de déterminer les conditions d'accès à ces prestations, nous leur avons également demandé de préciser pour certaines (les plus importantes par rapport à notre problématique) si elles se faisaient sur rendez-vous, si elles étaient gratuites, anonymes et inconditionnelles (c'est-à-dire qu'elles ne nécessitent pas d'être en règle au niveau administratif : papiers, mutuelle, etc.).

134. Boonen J., *Évaluation du dispositif d'échange de seringues de Charleroi entre 2001 et 2007*. Cellule recherche concertation, Charleroi, juin 2010

135. Nous entendons par origine étrangère les migrants, les sans-papiers et les itinérants

Nous exposerons dans cette partie les principales prestations offertes par les structures interrogées en les présentant, lorsque cela nous semble pertinent, en fonction des différents secteurs auxquels appartiennent les structures. Nous ne détaillerons pas les modalités d'accès pour chacune d'entre elles.

Tableau 22 : Classification des structures en fonction des différents types de services proposés (n=64 ; plusieurs réponses possibles).

	n	%
Prestations relationnelles	61	95,3
Ecoute, soutien	59	92,2
Lieu d'accueil	35	54,7
Prestations médicales	39	60,9
Délivrance traitement substitution	23	35,9
Dépistage VIH, VHC	24	37,5
Petits soins (abcès)	23	35,9
Soins médicaux d'urgence	10	15,6
Soins psychiatriques	12	18,8
Prestations sociales et administratives	55	85,9
Hébergement	13	20,3
Remise en ordre socio-administrative	53	82,8
Accompagnement physique dans des démarches	51	79,7
Accompagnement dans des démarches juridiques	41	64,1
Mise à disposition d'internet/téléphone	45	70,3
Aide à la gestion budgétaire	27	42,2
Projet de vie	43	67,2
Insertion sociale/activités culturelles et occupationnelles	29	45,3
Insertion socioprofessionnelle	27	42,2
Prestations matérielles	24	37,5
Distribution de matériel d'injection stérile	16	25,0
Echange de matériel d'injection	18	28,1
Services d'hygiène	6	9,4
Services de première nécessité	5	7,8
Prise en charge psychologique	39	60,9
Information /sensibilisation	50	78,1
Brochures/affiches à destination des usagers de drogues	48	75,0
Brochures/affiches à destinations des UDI	39	60,9
Orientation vers des structures spécialisées	58	90,6
Autre	10	15,6

Recherche-Action. RW UDI 2010.

LES PRESTATIONS RELATIONNELLES

On peut tout d'abord constater que les prestations relationnelles sont les plus courantes dans le dispositif, puisque quasiment toutes les structures interrogées offrent ce type de prestation (95,3%). Elles se caractérisent généralement par de l'écoute et un soutien à la personne.

Un lieu d'accueil, c'est-à-dire une pièce accueillante où les personnes peuvent venir se (re) poser sans demande particulière, peut permettre de rentrer plus facilement en contact avec les usagers, notamment avec les plus marginalisés. 54,7% des structures disposent d'un lieu de ce type (50% des structures à missions assuétudes, 65,6% des structures spécialisées en assuétudes et 35,7% des structures du secteur non spécialisé). Si certains lieux d'accueil sont « accueillants » et « chaleureux » (café/thé à disposition, jeux, journaux, etc.) ce n'est pas le cas pour tous.

« Certains usagers restent, se posent, d'autres non, ils prennent leur matériel et repartent. Ici on n'a pas grand-chose, on n'a plus de café (...), je râle un peu, on peut leur offrir des verres d'eau, mais bon... je trouve qu'au niveau de l'accueil c'est un peu dérisoire, tu vois le contexte des locaux, il n'y a pas grand chose, les locaux sont délabrés, c'est un peu dévalorisant, c'est difficile de se projeter dans quelque chose de positif, de se reconstruire quand on ne fréquente que des endroits délabrés comme ça. », Jérôme, éducateur spécialisé dans un comptoir d'échange.

LES PRESTATIONS SOCIALES ET ADMINISTRATIVES

Le deuxième type de prestations les plus fréquemment assurées par le dispositif sont les prestations sociales et administratives, puisque 85,9% des structures interrogées proposent ce type de prestations.

La plupart des structures (82,8%) proposent une remise en ordre socio-administrative (remise en ordre au niveau de la mutuelle, ouverture de droit CPAS, etc.). Le rétablissement des droits sociaux est indispensable dans un dispositif de bas seuil, car les obstacles réglementaires font partie des obstacles auxquels se heurtent les usagers de drogues et les personnes marginalisées dans l'accès à la protection de leur santé et aux droits sociaux. Cette remise en ordre peut se faire sur place ou en partenariat avec des services spécialisés. A noter que 70,3% des structures mettent également à disposition Internet et le téléphone pour aider les usagers dans leurs démarches.

De nombreuses structures (79,7% des institutions interrogées) accompagnent physiquement les usagers dans leurs démarches de remise en ordre socio-administrative, de réinsertion socioprofessionnelle, etc.). Cet accompagnement physique peut être nécessaire pour aider les personnes les plus marginalisées dans leurs démarches. Outre leurs difficultés motivationnelles et volitionnelles, c'est aussi parfois pour des raisons pratiques et logistiques que les usagers ne se rendent pas dans certains services (manque d'accessibilité, mauvaise connaissance de la ville, des transports en commun, etc.). Les usagers de drogues rencontrent également des obstacles spécifiques liés aux pratiques, aux attitudes et aux représentations des professionnels. Cet accompagnement physique garantit un meilleur accès des usagers au système de soin généraliste. Lors de nos entretiens, de nombreux professionnels disaient accompagner des usagers auprès de certains services, notamment les services hospitaliers, d'une part pour que l'utilisateur accepte de se rendre dans le service et d'autre part pour servir de médiateur entre le service et l'utilisateur. Un infirmier travaillant dans une structure spécialisée évoque bien ce phénomène :

«Très peu d'usagers ont des médecins traitants, ce sont des gens de la rue, au cas où vraiment ils ne savent aller nulle part ils vont aux urgences mais ça se passe très mal, ils sont très mal reçus, ça se passe souvent mal parce qu'ils aiment pas l'attente, vu leur manque et tout ça, j'en ai déjà fait l'expérience plusieurs fois, une fois j'ai accompagné un gars car il avait une blessure au pied qui s'était infectée, au début il a été très vite reçu puis quand il a dit qu'il était toxicomane ils lui ont dit: «tu vas commencer ton sevrage» et il l'ont fait attendre 4 heures dans un box. Et parce que j'étais là, je l'ai retenu sinon il n'aurait jamais attendu.». Denis, infirmier dans une structure spécialisée de Charleroi.

L'offre de prestations en insertion professionnelle, sociale et les activités culturelles ou occupationnelles est un peu moins présente. En effet, 42,2% des structures font de l'insertion professionnelle et 45,3% font de l'insertion sociale et/ou proposent des activités culturelles ou occupationnelles (40,6% des structures du secteur spécialisé offrent ce type de prestation et 55,6% pour les institutions à missions assuétudes).

Quant à l'hébergement, 20,3% des structures interrogées proposent ce type de service, mais il faut tenir compte de la faible participation à l'enquête des centres d'hébergement et des abris de nuit. On peut cependant noter que le seuil d'exigence est assez élevé au sein de ces structures (parmi les structures qui offrent un hébergement seulement 30,8% le font gratuitement, 30,8% de façon anonyme et 53,8% de façon inconditionnelle), ce qui peut être un obstacle d'accès pour les UDI. Par ailleurs, si l'on regarde les secteurs auxquels appartiennent les structures interrogées, on constate **qu'il n'y a aucune structure spécialisée et seulement 3 institutions à missions assuétudes qui proposent un hébergement.**

LES PRESTATIONS MÉDICALES

Au total, 60,9% des structures répondantes proposent ce type de prestations (57,1% des structures du secteur non spécialisé, 71,9% des structures spécialisées en assuétudes et 44,4% des institutions à missions assuétudes). Ces prestations peuvent consister en la délivrance de traitement de substitution, le dépistage VIH/VHC, la réalisation des petits soins, de soins psychiatriques ou encore de soins d'urgences.

Si l'on regarde plus en détail la délivrance de traitements de substitution ainsi que les dépistages, on constate qu'au total 35,9% des structures interrogées délivrent des traitements de substitution (16,7% des institutions à missions assuétudes, 53,1% des services spécialisés en assuétudes et 21,4% des services non spécialisés). Pour ce qui est des modalités d'accès à ces traitements, 73,9% des structures les délivrent sur rendez-vous, 34,8% le font gratuitement et 56,5% de façon inconditionnelle.

En ce qui concerne le dépistage VIH/VHC, 37,5% des structures proposent ce type de prestation (33,3% des institutions à missions assuétudes, 53,1% des structures spécialisées en assuétudes et 21,4% des structures non spécialisées). Si l'on regarde plus en détail les modalités d'accès au dépistage, on constate que parmi les institutions qui le proposent, 66,6% exigent de prendre rendez-vous, un peu plus de la moitié (54,2%) le proposent gratuitement et 70,8% des structures le proposent de manière inconditionnelle. Ce type de service est évidemment très important en raison des risques d'infection au VIH et aux hépatites chez les UDI.

On constate toutefois que les modalités d'accès aux traitements de substitution et aux dépistages ne permettent pas aux usagers les plus marginalisés d'accéder à ces prestations. En effet,

elles ne sont pas toujours gratuites et inconditionnelles. Il est également difficile pour les usagers de drogues de fonctionner sur rendez-vous, ces derniers vivant bien souvent au jour le jour. Or, les usagers de drogues pratiquant l'injection sont un public à risques qui passe peu par le réseau de soin traditionnel.

Comme nous l'explique un infirmier d'un service de bas seuil, l'accès aux soins des usagers doit être le plus simple possible :

«Au début je mettais des rendez-vous pour ceux qui avaient des plaies mais j'ai vu que les rendez-vous c'était impossible, donc maintenant ils viennent chercher le matériel et je les vois dans ce cadre, mais bon, y en a qui viennent qu'une fois par semaine alors qu'ils devraient venir tous les jours. (...) Pour les types de soins qu'on rencontre c'est surtout lié à l'injection : abcès, ulcères et tout ce qui est dû à la vie de la rue : bagarres et tout ça. Ils n'ont pas de médecin traitant et souvent ils se font faire les points aux urgences mais après ils n'ont pas envie d'y retourner donc ils se les font enlever ici.» (...) Très peu ont de médecin traitant, c'est des gens de la rue, souvent ils vont aux urgences en cas d'urgence mais ils n'aiment pas y aller, ils sont mal reçus, souvent ça se passe mal.», Alain, infirmier dans une structure spécialisée, Charleroi.

LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET LES SOINS PSYCHIATRIQUES

La prise en charge psychologique concerne 60,9 % des structures interrogées. Ce type de prestation est très présente dans les structures spécialisées en assuétudes (81,3% des structures de ce secteur la proposent, 38,9% des structures à missions assuétudes et 42,9% pour le secteur non spécialisé).

LES PRESTATIONS MATÉRIELLES

On remarque que les prestations matérielles sont peu fréquentes parmi les institutions interrogées, puisque seulement 9,4 % des structures offrent des services d'hygiène et 7,8% des services de première nécessité (vêtements, repas, etc.). Cette faiblesse peut toutefois en partie s'expliquer par le fait que ce type de prestations est majoritairement assuré par les services d'hébergement/abris de nuit, qui sont sous-représenté dans notre étude. Mais en raison de la faible fréquentation des UDI au sein de ce type de structure, il pourrait être pertinent de proposer davantage de prestations de ce type dans des structures travaillant dans le domaine des assuétudes.

Pour ce qui est de la distribution ou de l'échange du matériel d'injection, nous l'aborderons plus en détail ultérieurement dans le chapitre IV.4).

L'INFORMATION ET LA SENSIBILISATION

Parmi les répondants, 78,1 % des structures du dispositif socio-sanitaire de bas seuil déclarent faire de l'information et de la sensibilisation envers les usagers. Si l'on regarde plus en détail, on remarque que 77,8% des institutions à missions assuétudes et 93,8% des structures du secteur spécialisé en assuétudes proposent des brochures ou des affiches à destination des usagers de drogues. Les brochures/affiches à destination des injecteurs sont un peu moins fréquemment proposées dans ces deux secteurs (61,1 % pour les institutions à missions assuétudes et 81,3% pour les structures spécialisées en assuétudes). Du côté des structures non spécialisées, on constate qu'elles sont rares à disposer de matériel d'information ou de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues (28,6% de ces structures détiennent des brochures/affiches à destination des usagers de drogues), et encore moins à destination des UDI

(14,3%). Cependant, étant donné le faible taux de réponses dans ce secteur, il est difficile de savoir si ces chiffres sont représentatifs de l'ensemble du secteur.

4.4.2 L'accès au matériel d'injection stérile

Dans cette partie, nous présentons un état des lieux de l'accès au matériel d'injection en Région wallonne au sein des services socio-sanitaires de bas seuil ayant répondu à notre enquête. Au total, 29,7% des structures interrogées (soit 19 structures¹³⁶) sont concernées par la distribution ou l'échange du matériel d'injection. Parmi ces 19 structures, 11 peuvent être considérées comme des comptoirs d'échange de seringues car l'échange ou la distribution de matériel d'injection stérile constitue une de leur mission principale. Pour les autres structures, il s'agit de prestations plus occasionnelles. La majorité des structures qui distribuent du matériel d'injection sont fixes, mais certaines le font également (ou seulement) en rue via des équipes mobiles. Les travailleurs des équipes mobiles arpentent la ville, avec du matériel d'injection stérile dans leur sac à dos. Ils font généralement du « dépannage » de matériel d'injection et renvoient ensuite les UDI vers les comptoirs fixes. Les lieux ciblés sont les endroits les plus fréquentés par les personnes marginalisées.

CARTOGRAPHIE ET COUVERTURE HORAIRE

Comme on peut le constater sur la figure 7, la répartition géographique des structures qui distribuent du matériel d'injection est inégale en Région wallonne. Une analyse supplémentaire révèle que, sur les 19 structures de bas seuil dispensant du matériel d'injection, 5 sont situées en milieu rural (arrondissements de Dinant et Philippeville), 1 en milieu semi-urbain et 13 en milieu urbain.

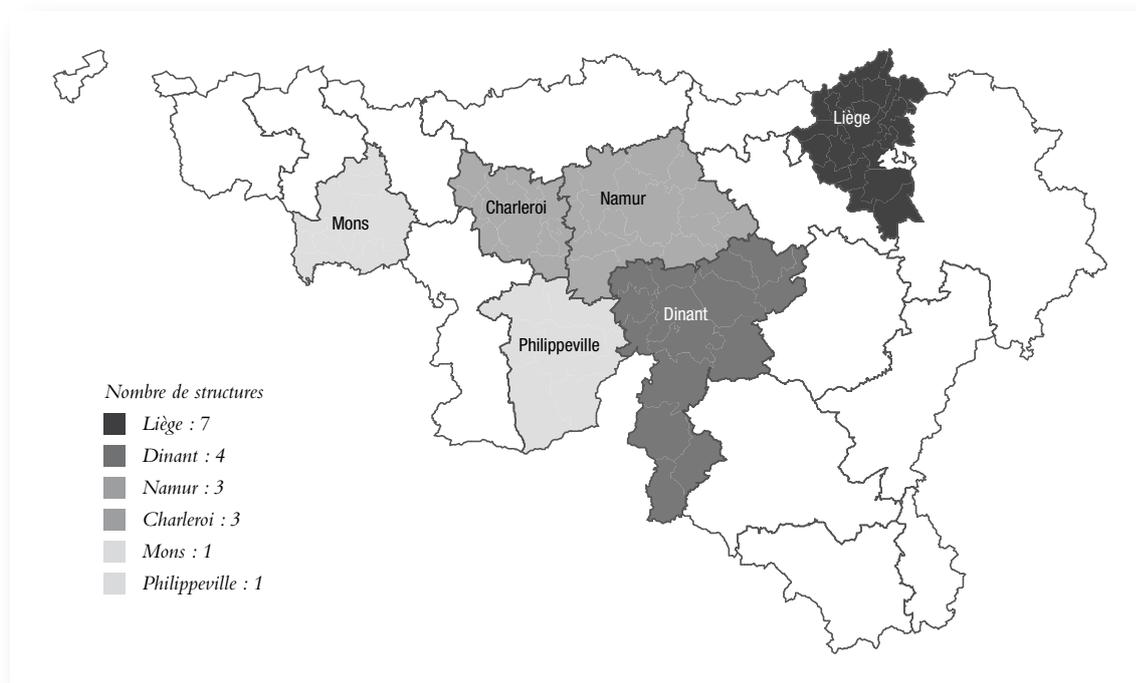
Si on s'appuie à nouveau sur les données du dernier rapport national des traitements de substitution¹³⁷ pour estimer si cette répartition correspond aux besoins réels, on remarque que ce n'est pas parfaitement le cas. En effet, dans ce rapport et pour les arrondissements dans lesquels on dénombre des structures qui distribuent du matériel d'injection, on observe le plus grand nombre de patients en traitement à la méthadone dans l'arrondissement de Liège (2482 patients), puis de Charleroi (1703), de Namur (622), de Mons (612), de Dinant (173) et finalement de Philippeville (moins de 150).

Selon ce mode de comparaison et toute chose égale par ailleurs, on constate donc que les arrondissements de Mons et Charleroi sont particulièrement sous représentés en structures de bas seuil délivrant du matériel d'injection. Et, toujours selon ce raisonnement, il apparaît également que certains arrondissements où l'on constate un nombre relativement important de patients en traitement de substitution ne disposent apparemment pas de structures de bas seuil dispensant du matériel d'injection stérile : c'est le cas à Tournai (420 patients), Soignies (380), Verviers (348) et, dans une moindre mesure, Nivelles (308), Arlon (222) et Huy (213). Bien entendu, on se rappellera que ces structures ne sont pas les seuls points de distribution de matériel d'injection stérile, puisque les pharmacies jouent également un rôle à ce niveau. Mais ces structures offrent des prestations de services que l'on peut considérer comme indispensables avec ce type d'usagers et qui ne peuvent ou ne sont pas toujours assurées en pharmacie (accompagnement, soutien, Réduction des Risques, etc.).

136. Bien que 19 structures ont répondu effectuer de la distribution de matériel d'injection. 2 structures ont un comptoir commun, ce qui porte donc à 18 le nombre de points de distribution

137. Ledoux Y., Brohée J.P., Lagrain J., Lambrechts V., Houben P., Spago B., Vansnick I. *Enregistrement national des traitements de substitution*. IPHBE, Rapport annuel, 31 décembre 2007

Figure 7 : Disponibilité du matériel d'injection dans les arrondissements de la Région wallonne



Recherche-Action. RW UDI 2010.

En ce qui concerne les couvertures horaires, sur les 19 structures dispensatrices de matériel répertoriées, il n'y en a que quatre qui sont ouvertes le week-end (généralement en après-midi et en soirée), et elles sont situées à Charleroi (2) et à Liège (2). En semaine, les plages d'ouverture sont variables d'une structure à l'autre, mais la majorité (n=11) sont ouvertes à la fois le matin et l'après-midi. Celles qui ouvrent également en soirée sont situées à Liège (2) et Charleroi (2)

LE MATÉRIEL DISTRIBUÉ

Les institutions ayant mentionné effectuer de la distribution ou de l'échange de matériel d'injection stérile étaient invitées à préciser le type de matériel proposé aux usagers. Toutes les structures concernées (n=19) proposent des seringues. Comme nous l'avons expliqué précédemment dans la partie « problématique de l'injection », la contamination virale peut se faire via tout le matériel nécessaire à l'injection (et pas uniquement les seringues). Il est donc nécessaire que les structures qui font de l'échange de seringues proposent également¹³⁸ en plus des seringues les éléments suivants : de l'eau stérile injectable, des tampons désinfectants, de l'acide ascorbique, des cuillères et des filtres stériles. Or, les résultats montrent que certaines structures ne distribuent pas l'ensemble du matériel d'injection nécessaire : en effet, deux structures ne proposent pas de Stéricup et deux ne proposent pas de tampons alcoolisés.

D'après les entretiens effectués avec des membres du dispositif, nous sommes loin du « un pour un », c'est-à-dire de la distribution du matériel d'injection stérile complet (une seringue, un Stéricup, une flapule d'eau stérile et de l'acide ascorbique) pour chaque injection. Cela peut être dû à un manque de moyens qui se répercute sur la quantité de matériel à distribuer, cela

138. Idéalement et de manière à réduire au maximum les risques liés à l'injection, le dispositif devrait également mettre à disposition des usagers des champs stériles pour poser l'ensemble du matériel servant à l'injection, ainsi que des garrots et du gel cicatrisant

peut également être dû à des ruptures de stock pour certains produits. Les membres du dispositif se trouvent face à une incohérence entre le message de prévention sur la transmission des maladies infectieuses qu'ils font passer aux usagers (par exemple une cuillère, un filtre, etc. par «shoot») et le manque de disponibilité du matériel indispensable à cet effet¹³⁹.

Cependant, si le «1 pour 1» n'est pas toujours possible au niveau de l'offre, les usagers ont également leur part de responsabilité, car des professionnels et pharmaciens interviewés nous ont rapporté que les usagers ne prennent pas systématiquement l'ensemble du matériel d'injection disponible en plus des seringues. Les raisons invoquées sont parfois d'ordre pratique, les gens vivant en rue n'ayant pas d'endroit où stocker le matériel. Mais tous les UDI ne vivent pas en rue. Le message de Réduction des Risques «une seringue par shoot» semble donc avoir été davantage intégré par les usagers que les messages concernant le matériel connexe.

Afin de veiller à réduire les risques liés à la consommation de drogues par injection, le dispositif est amené à promouvoir des modes de consommation alternatifs et moins dangereux que l'injection. Pour cela, certaines structures mettent à la disposition des usagers du papier aluminium, des «Roules Ta Paille¹⁴⁰» ou d'autres kits de sniff afin de promouvoir l'inhalation ou le sniff de certains produits plutôt que l'injection. Cependant, il y a encore trop peu de structures qui distribuent des pailles pour le sniff (57,9% parmi les 19 qui font de la distribution de matériel) ou bien du papier aluminium pour la «fumette» (31,6%).

Finalement, en ce qui concerne la Réduction des Risques sexuels, on peut noter que toutes ces structures déclarent distribuer des préservatifs. Cependant, il serait intéressant d'avoir davantage d'information sur leur diffusion (sont-ils distribués systématiquement avec le matériel d'injection ? Sont-ils à la disposition du public ? Les professionnels font-ils également passer un message sur la Réduction des Risques sexuels ?, etc.).

LA RÉCUPÉRATION DU MATÉRIEL D'INJECTION

La récupération de matériel d'injection usagé constitue également un problème de santé publique, parce les seringues usagées sont parfois abandonnées par les usagers dans des lieux publics, en rue ou encore dans des poubelles sans précautions particulières.

Un des objectifs des comptoirs d'échange de seringues est également de réduire le nombre de seringues usagées abandonnées dans des lieux où elles pourraient causer des dommages (blessures, contamination d'un individu). En 2009, sur les 11 comptoirs d'échange répartis en Région wallonne, on comptait 225 366 seringues récupérées¹⁴¹ pour 243 810 seringues distribuées (hors Stérifix)¹⁴², ce qui correspond à un taux d'échange de 92,4%.

Afin de récupérer des seringues supplémentaires qui ne passeraient pas par le processus d'échange, certaines structures ont mis en place des RESU (Récupérateur Externe de Seringues Usagées). Finalement, certaines structures organisent également des opérations de ramassage de seringues

139. Ruymen F., Pozza M., *Rapport statistique, Analyse du dispositif d'échange de seringues en Communauté française de Belgique (2006-07)*, Modus Vivendi asbl, août 2008

140. Bloc de papier permettant de faire des pailles individuelles pour «sniffer» le produit et ne pas échanger sa paille

141. Analyse chiffrée du dispositif échange de seringues en Communauté française, Modus Vivendi, 2009

142. Trois comptoirs ne sont pas pris en compte ici car ils n'existaient pas ou n'avaient pas distribué de matériel au moment de la récolte de ces données

en rue (parfois avec les usagers), mais nous n'avons pas spécifiquement exploré cette activité dans la présente enquête.

Tableau 23 : Les difficultés rencontrées quant à la distribution ou l'échange du matériel d'injection.

	Effectif (n=19)	Pourcentage
Problème de gestion du matériel usagé	2	10,5
Quantité de matériel à distribuer insuffisante	1	5,3
Nombre de seringues récupérées insuffisant	7	36,8
Manque de financement/ manque de soutien politique	3	15,8
Matériel incomplet	0	0
Autre	2	10,5
Faible fréquentation du comptoir	1	5,3
Prévention incomplète	1	5,3
Inconnu	4	21,1

Recherche-Action. RW UDI 2010.

Selon les structures interrogées, la principale difficulté rencontrée au niveau de la distribution du matériel d'injection est le manque de seringues récupérées : 38,1 % des structures ont signalé un « nombre de seringues récupérées insuffisant ».

La deuxième difficulté signalée est le manque de financement et/ou de soutien politique (19 % des structures qui distribuent du matériel d'injection évoquent cette difficulté). En outre, 9,5 % des structures signalent des problèmes dans la gestion du matériel usagé. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il n'existe pas de dispositif « officiel » pour récupérer et détruire le matériel usagé. Chaque structure s'organise à sa manière, mais la plupart s'arrangent avec des hôpitaux. Enfin, une structure rencontre des difficultés dues à la quantité insuffisante de matériel à distribuer. Une autre structure éprouve des difficultés à faire venir les usagers au comptoir.

Lors des entretiens semi-directifs, les professionnels ont évoqué d'autres difficultés, comme par exemple le sentiment de faire de la Réduction des Risques de manière incomplète. En effet, ils donnent du matériel d'injection stérile mais ils ne savent pas si ce matériel est utilisé correctement par la suite. Plusieurs professionnels ont mentionné lors des entretiens cette incohérence entre le message de Réduction des Risques qu'ils transmettent aux usagers et le fait de ne pas pouvoir proposer un endroit qui permettrait aux usagers de consommer sous supervision et dans des conditions d'hygiène adaptées.

« On s'est rendu compte à Charleroi qu'on fait de l'échange de seringues, on donne du matériel propre mais les endroits où ils l'utilisent sont insalubres, on leur dit : lave toi les mains ! Mais où ? On est en rue. Ils shootent dans des endroits vraiment insalubres, au milieu de déjections humaines, de rats, de poubelles, donc la RdR¹⁴³ est vraiment faussée. Donc on a envie de mettre

143. La Réduction des Risques

en place un projet de salle de consommation supervisée. C'est le grand projet qu'on a en ce moment.» Gille, éducateur dans une structure délivrant du matériel d'injection stérile à Charleroi.

Cette absence d'endroit où consommer peut également poser des problèmes avec le voisinage des structures distribuant du matériel d'injection :

« Il faut une salle de consommation ! On me demande souvent où on peut aller pour s'injecter ou fumer ? Y a un endroit derrière mais on ne peut pas leur dire d'aller là ça poserait des problèmes par rapport au voisinage. (...) C'est arrivé qu'il y ai eu des consommations en face, mais après c'est pas dit que ce soit des gens de chez nous, après ça se pourrait aussi, on nous a interpellé pour nous demander de les sensibiliser un peu à ce niveau là. On essaie de garantir une bonne entente avec le voisinage, mais à la fois il n'y a pas trop d'endroits pour aller. On s'entend bien avec les voisins, en face il y a un resto, le mec est super sympa mais une fois un mec est venu consommer dans les escaliers, donc ce n'est pas toujours facile.», Jérôme, éducateur dans une structure distribuant du matériel d'injection, Liège.

LES PHARMACIES

Un certain nombre de pharmacies qui effectuaient il y a quelques années de l'échange de seringue/ou proposaient le Stérifix dans leurs officines sont aujourd'hui, pour diverses raisons, sorties du dispositif.¹⁴⁴ Une récente enquête réalisée en région namuroise par la Coordination Provinciale Sida Assuétude¹⁴⁵ suggère que la faible implication des pharmaciens dans la vente du Stérifix peut s'expliquer par différents facteurs en interaction : 1) la féminisation de la profession (les femmes se sentant probablement, pour la plupart, moins rassurées que les hommes en présence d'usagers), 2) un manque de connaissance de la philosophie, des fondements et des actions de RdR chez les pharmaciens, 3) la spécificité des rapports entre le pharmacien et l'utilisateur (lesquels reposent souvent, dans un premier temps, sur une appréhension mutuelle), 4) la peur que peuvent avoir les pharmaciens qu'une trop grande fréquentation d'UDI puisse occasionner des problèmes (faire fuir d'autres clients, porter atteinte à la réputation de l'officine), 5) une trop faible demande de la part des usagers (ce qui peut éteindre la motivation de certains pharmaciens à vendre la pochette).

Les entretiens que nous avons menés avec des pharmaciens de Liège et de Charleroi confirment la complexité des rapports entre pharmaciens et UDI. Les motivations qui les poussent à s'inscrire dans ce dispositif reposent généralement sur un respect des fondements philanthropiques du code de déontologie pharmaceutique. Les difficultés, quant à elles, sont souvent liées à la crainte d'incidents qui pourraient nuire aux clients ou au personnel de l'officine, mais également au succès commercial de celle-ci :

« Distribuer le Stérifix c'est un choix professionnel, c'est sûr qu'on se coupe de certains clients plus bourgeois mais c'est un choix. Je comprends que certains aient peur, c'est une profession plus féminine et les femmes ont plus peur des toxicomanes car ils peuvent être agressifs. (...) Mais c'est le rôle des pharmaciens de faire de la Réduction des Risques, l'ordre des pharmaciens le dit, le pharmacien est un agent sanitaire de première ligne. »

144. L'échange de seringue en pharmacie a toujours été très marginal et ne concernait que deux ou trois pharmacies à Liège

145. Frère P., Collin J. & Hogge M. *Evaluation de l'accessibilité à la pochette Stérifix en province de Namur : Enquête menée auprès des pharmaciens d'officine et des usagers de drogues par injection*. Rapport en cours de finalisation

« Ben si y en a bien un qui doit faire partie de la Réduction des Risques c'est bien le pharmacien. Après il faut comprendre, c'est compliqué, les toxicomanes ça fait fuir la bonne clientèle, voilà après s'ils étaient bien élevés, propres et polis... ça se saurait »

« Moi ça ne m'enchant pas de leur vendre ça, mais il faut le faire donc... il faudrait que les autres pharmacies s'y mettent comme ça on se répartirait les toxicomanes et on en aurait moins à gérer chacun. Beaucoup de pharmacies ont eu des problèmes avec eux et ont arrêté, à cause des vols, des cambriolages... mais bon on ne peut pas les laisser comme ça, c'est aussi la conjoncture socio économique qui fait ça et le bien être de ces personnes marginalisées passe par les seringues donc... s'ils ne vont pas dans le dispositif on doit aussi le faire. Ce n'est pas un but, mais faut que ça passe par les pharmacies. Mais moi je ne dis pas que je vais faire ça tout le temps. »

Les usagers de drogues peuvent être un public difficile. Certains pharmaciens en contact avec ce public en ont une image très négative :

« Il faut se méfier de ces gens-là. Y a toujours des problèmes de vol, même avec le reste de la clientèle y en a qui leur taxe de l'argent... on est obligé de jouer les gros bras, de les mettre dehors parfois, en plus il faut faire attention avec ces gens là, avec le sida et les hépatites, il faut faire attention à ce qu'on fait, il faut se méfier. »

D'après les pharmaciens interrogés qui proposent le Stérifix dans leurs officines, la distribution du matériel d'injection ne semble pas s'accompagner de message de Réduction des Risques.

« Non, en général je ne leur dit rien, je leur dit que je préférerai vendre du Dafalgan que ce truc, et puis il y en a qui s'injectent 10 fois par jour, donc on ne va pas leur dire à chaque fois. »

Notons toutefois que ces entretiens ne permettent pas de généraliser ce fait, et ce d'autant plus que l'enquête réalisée auprès des officines namuroises montrait qu'environ 60% des pharmaciens qui distribuent le Stérifix dispensent également des messages de RdR auprès des usagers. En fait, il faut garder à l'esprit que les situations et les contraintes de travail des pharmaciens ne leur permettent pas toujours d'adopter une démarche proactive dans la dispense de conseils à leurs clients, en l'absence de demande claire de la part du client. On peut même supposer que, du point de vue du pharmacien, il n'est pas toujours évident (en terme de « manière » de procéder), voire parfois même déontologiquement acceptable, de diffuser spontanément (c'est-à-dire sans demande formelle) des conseils de Réduction des Risques aux usagers non demandeurs (et ce en vertu du principe de discrétion et de maintien du secret professionnel, mentionné dans le code de déontologie) puisqu'il est fréquent que plusieurs personnes se retrouvent au même moment dans la pharmacie.

En outre, il est possible que certains usagers ne soient pas disposés à recevoir des messages de RdR de la part des pharmaciens. En effet, une enquête réalisée en 2003 par l'asbl Le Répit auprès de 17 pharmacies de la région de Couvin¹⁴⁶ rapporte que, même si le contact entre les pharmaciens et les usagers sont généralement bons, ces derniers ne sont souvent pas disposés à dialoguer, dans la mesure où ils se rendent dans la pharmacie uniquement pour obtenir leur matériel d'injection.

146. Cité par Frère P., Collin J. & Hogge M. *Evaluation de l'accessibilité à la pochette Stérifix en province de Namur : Enquête menées auprès des pharmaciens d'officine et des usagers de drogues par injection*. Rapport en cours de finalisation

Néanmoins, il semblerait que certains pharmaciens aient des attentes auxquelles les personnes toxicomanes ne peuvent pas toujours répondre. Les pharmaciens, par manque de connaissance de la problématique des assuétudes n'agissent pas forcément dans une démarche de Réduction des Risques mais prônent plus l'abstinence.

« Moi quand ils n'ont pas d'argent je leur dis qu'ils peuvent aller au comptoir, mais c'est des feignants, ils pourraient faire des kilomètres à pied pour le produit mais quand c'est pour des seringues... c'est autre chose. Moi je leur dis que ce n'est pas le bon moyen de s'en sortir, qu'ils peuvent s'en sortir, qu'il y a des médecins pour ça, je les oriente vers la MASS, en principe ils connaissent déjà, certains me disent qu'ils y allaient mais qu'ils ont rechuté... »

Le fait que certains pharmaciens attendent des usagers qu'ils rentrent dans un processus de cure et d'abstinence peut également expliquer cette démotivation des pharmaciens à s'inscrire dans le dispositif.

4.4.3 Les ressources humaines

Les institutions étaient invitées à nous fournir des renseignements sur les membres du personnel en contact avec les usagers de drogues par injection. Il leur était demandé de préciser le type de diplôme des travailleurs en contact avec ce public.

Tableau 24 : Diplômes/formations des professionnels du secteur socio-sanitaire de bas seuil (n=64. Plusieurs réponses possibles).

Diplôme des travailleurs	n	%
Licencié en santé publique	1	1,6
Licencié en sociologie / anthropologie	4	6,3
Licencié en psychologie	43	67,2
Docteur en médecine	27	42,9
Assistant(e) social(e)	51	79,7
Educateur/trice	43	67,2
Formateur/trice / animateur/trice	4	6,3
Infirmier(e)	14	21,9
Compétences acquises par l'expérience de vie (par exemple ancien usager)	2	3,1
Jobiste	4	6,3
Criminologue	3	4,7
Autre	15	23,4

Recherche-Action. RW UDI 2010.

Les professionnels les plus représentés dans les structures de bas seuil interrogées sont les assistants sociaux (79,7% des structures comptent au moins un assistant social dans leur équipe). Plus spécifiquement, ils sont représentés dans la majorité des structures du secteur spécialisé en assuétudes (81,3%) ainsi que dans les structures à missions assuétudes (83,3%).

Les licenciés en psychologie ainsi que les éducateurs se partagent la deuxième place des catégories professionnelles les plus représentées au sein des structures interrogées (67,2%). On notera toutefois que les licenciés en psychologie sont fortement représentés dans les structures spécialisées en assuétudes (87,5%), ce qui est moins le cas dans les structures à missions assuétudes (44,4%) ainsi que dans les structures non spécialisées en assuétudes (50%). En ce qui concerne les éducateurs, 83,3% des structures à missions assuétudes et 62,5% des structures spécialisées en assuétudes en comptent au sein de leurs équipes, contre 57,1% au sein des structures non spécialisées en assuétudes.

En ce qui concerne les professions médicales, les médecins sont relativement bien représentés au sein des structures de bas seuil interrogées (42,7% des structures interrogées disposent de docteurs en médecine). Si l'on envisage cette profession par secteur, il apparaît que 59,4% des services spécialisés en assuétudes et 22,2% des institutions à missions assuétudes ont des médecins dans leurs équipes, contre 28,6% des structures non spécialisées en assuétudes. Par contre, les infirmiers sont nettement moins représentés, puisque seulement 21,9% des structures interrogées en disposent (9,4% pour les structures spécialisées en assuétudes, 22,2% pour les structures à missions assuétudes et 50% pour les structures non spécialisées en assuétudes).

La présence de personnels médicaux paraît nécessaire dans les services qui sont en contact avec des personnes usagères de drogues par injection, en particulier au sein des comptoirs d'échange de seringues. Ces structures de première ligne sont parfois les seuls contacts que les UDI les plus marginalisés ont avec le secteur médical, sanitaire et social. Or les UDI sont exposés à divers risques liés à l'injection (virus, abcès, problèmes veineux, etc.), risques liés à leurs conditions de vie précaires (plaies diverses, infections, maladies, etc.). Les UDI fréquentent peu le système de soin traditionnel, il est donc important de proposer des prestations médicales dans les structures spécialisées.

Une minorité de services travaillent avec des jobistes (6,3%) et des travailleurs dont les compétences ont été acquises par l'expérience de vie, par exemple des anciens usagers (3,1%). Pourtant, si certaines compétences s'acquièrent par des diplômes, d'autres sont le fruit de l'expérience de vie et du travail de proximité : connaissance d'un public, de leur environnement, etc. Ces compétences sont nécessaires pour des actions de première ligne s'adressant à des usagers de drogues, lesquels sont parfois difficiles à toucher et dont les comportements prennent du temps à être modifiés.

Finalement, on observe que 21% des institutions interrogées font appel à des bénévoles.

FORMATION ET ESPACE DE RÉFLEXION

Il est important pour les équipes de bénéficier de formation et d'espaces de réflexion afin d'acquérir des connaissances dans certains domaines, d'échanger et de confronter les compétences de chacun. Nous avons donc demandé aux institutions de préciser si les travailleurs bénéficient de formation ou d'espaces de réflexion sur des thématiques auxquelles ils peuvent être confrontés en tant qu'acteurs de première ligne en contact avec des usagers de drogues.

L'analyse du tableau montre que la thématique la plus abordée lors des formations ou des espaces de réflexion est le « travail en réseau » (86,9% des structures ont déjà consacré du temps

à cette thématique). La problématique des drogues et assuétudes est un sujet qui est également fréquemment abordé : 82% des institutions ont déjà abordé « les dépendances et assuétudes » et 72% « la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ». Lorsque l'on envisage ces résultats par secteur, on peut s'étonner que ces deux thématiques ne soient pas systématiquement abordées dans le secteur spécialisé en assuétudes ainsi que dans les institutions à missions assuétudes¹⁴⁷. En ce qui concerne les structures non spécialisées, 35,7% déclarent avoir bénéficié de formation ou d'espace de réflexion sur « la Réduction des Risques liée à l'usage de drogues » et 57,1% sur la thématique des « dépendances et assuétudes ».

Tableau 25 : Structures dont les travailleurs bénéficient d'une formation spécifique (n=61, plusieurs réponses possibles).

	n	%
Réduction des Risques liés à l'usage de drogues	44	72,1
Dépendances et assuétudes	50	82,0
IST/MST	24	39,3
Travail en réseau	53	86,9
Droits sociaux	14	23,0
Droit des étrangers	13	21,3
Jeunes et assuétudes	34	55,7
Inter culturalité	19	31,1
Femmes et assuétudes	17	27,9
Migrants et assuétudes	9	14,8
Autres	7	11,5

Recherche-Action. RW UDI 2010.

En ce qui concerne les thématiques relatives à des publics spécifiques, certaines sont davantage abordées que d'autres : la thématique des « jeunes et des assuétudes » est la plus abordée (34% des structures interrogées ont déjà abordé cette thématique), alors que « femmes et assuétudes » et surtout « migrants et assuétudes » font moins l'objet de formation ou de discussion (17% pour « femmes et assuétudes » et 9% pour les « migrants et assuétudes »). Notons cependant que 19% des institutions disent avoir déjà consacré du temps à la thématique de « l'interculturalité ».

On peut pourtant supposer que plus les professionnels ont des connaissances sur les problématiques spécifiques que rencontrent ces publics spécifiques, plus les services et les actions mises en œuvre sont adaptées à ces publics, ce qui permet d'améliorer la qualité de ces services mais également de favoriser la fréquentation de ces publics encore trop souvent sous représentés aux sein des structures. Les résultats de notre enquête doivent toutefois être nuancés car nous

147. 77,8% des institutions à missions assuétudes et 87,5 % des structures spécialisées ont déjà abordé la thématique « dépendances et assuétudes » lors de formations ou d'espaces de réflexions. De même, 77,8% des institutions à missions assuétudes et 78,1 % des structures spécialisées ont déjà abordé la « Réduction des Risques liés à l'usages de drogues »

ne disposons pas d'information sur la quantité de temps consacrée à ces thématiques, ni sur la qualité des formations et des espaces de réflexion (ces espaces de réflexion sont-ils formels ? Un temps est-il prévu à cet effet ? Y-a-t-il des intervenants extérieurs, des professionnels qui viennent pour les formations?, etc.).

LES USAGERS DE DROGUES : UN PUBLIC PEU CONNU ET TROP SOUVENT STIGMATISÉ PAR LES PROFESSIONNELS

Les formations sur la problématique des assuétudes à destination des acteurs du secteur socio-sanitaire et médico-social nous paraissent nécessaires car, en plus d'améliorer les connaissances relatives aux problématiques envisagées, elles permettent surtout d'initier un travail sur les représentations de ces professionnels, qui restent encore parfois trop souvent négatives. L'extrait suivant d'un entretien mené avec un travailleur social d'une structure à missions assuétudes l'illustre bien :

« C'est sur ils sont mal reçu en tant que toxicomane, il y a un travail à faire à ce niveau là. Moi je suis infirmier de formation et j'ai travaillé aux urgences, et on me les envoyait toujours à moi, personne ne voulait s'occuper d'eux. C'est vrai que c'est des gens difficiles, il faut voir parfois où ils en sont dans leur consommation, ça fait peur, enfin en tout cas je comprends que ça puisse faire peur. Donc ça se passe mieux pour eux quand on les accompagne mais pas forcément avec le personnel, on sent que plus vite on peut s'en débarrasser mieux c'est, après c'est vrai aussi que c'est des rebelles, ils gueulent. » Marc, infirmier dans une institution à mission assuétudes, Liège.

Une étude réalisée par des médecins de Charleroi¹⁴⁸ sur les usagers de drogues rencontrés dans des services d'urgence montre bien ce phénomène de stigmatisation. D'après cette étude, les usagers de drogues fréquentent plus fréquemment les services d'urgence que les autres patients, en raison de l'importante comorbidité associée à l'usage de drogues (affections traumatiques, psychiatriques, respiratoires...). D'après les auteurs de cette étude, les contacts conflictuels sont anormalement fréquents avec ce public et seraient liés à un manque de compréhension et des représentations négatives des professionnels sur les usagers de drogues.

Il paraît donc important d'améliorer l'accueil des usagers de drogues dans les structures de médecine générale (services d'urgence,...), mais également dans toutes les structures non spécialisées susceptibles d'entrer en contact avec ces usagers (maisons d'accueil,...), ce qui passe forcément par un travail sur les représentations. En effet, l'acceptation des usagers de drogues tels qu'ils sont est nécessaire afin d'engager un premier contact dénué de préjugés et d'attentes irréalistes, car de nombreux usagers ne viennent pas dans certains services par manque de confiance et par peur d'être stigmatisé comme « toxicomanes ». Certains services non spécialisés en matière de drogues restent encore indécis en termes d'acceptation des usagers de drogues et certains refusent même de les admettre. Cela pose aussi parfois des difficultés en termes d'orientation des usagers pour les acteurs des services de bas seuil, comme l'illustre une assistante sociale dans un centre spécialisé de Liège :

« Par exemple, pour les problèmes de violence c'est difficile car il y a une structure pour les femmes battues mais elle refuse souvent de prendre en charge les femmes toxicomanes. Donc en fait, il n'y a pas vraiment de structure pour elles. », Maryse, psychologue dans un service spécialisé dans la problématique des assuétudes, Liège.

148. Baudouin D., Dedobeler M., Benabderrazik A., Bizimunger D., Sciera V., et al *Les usagers de drogue suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus* 2009, in Santé conjugulée, n°47

Il paraît donc important de développer (et que les travailleurs des structures de bas seuil puissent suivre) des formations sur la prise en charge des personnes toxicomanes et de travailler sur les représentations des professionnels amenés à rencontrer ce type de public. Il est également important que certaines structures soient spécifiquement formées à la prise en charge de groupes d'usagers spécifiques (jeunes, femmes, personnes d'origine étrangère), comme le propose par exemple le « programme de promotion de la santé pour les parents usagers de drogues et de leurs enfants » à Liège. Celui-ci vise la sensibilisation, la formation et la concertation entre les intervenants confrontés à la problématique des parents toxicomanes et de leurs enfants. Les objectifs sont le travail sur les représentations, la meilleure connaissance de la problématique, la cohérence d'intervention et le travail en réseau.

4.5 OUTILS ET STRATÉGIES MIS EN ŒUVRE POUR TOUCHER LES UDI

4.5.1 Le bas seuil d'accès

Les UDI sont souvent des personnes marginalisées, et qui éprouvent souvent des difficultés à rentrer en contact avec des personnes ou structures non familières. Il est donc important de rendre les conditions d'accès aux structures de soins en bas seuil les plus minimales possibles. En effet, les procédures d'accueil, les heures d'ouvertures, le lieu d'intervention, la gratuité, le temps d'attente sont autant d'éléments qui peuvent faciliter/freiner l'accès des usagers à l'offre de services.

Si l'on croise la fréquence de rencontre des UDI avec la variable « niveau de bas seuil » il ressort clairement que moins les structures imposent des conditions d'accès à leurs services, plus leurs contacts avec des UDI sont fréquents. En effet, une seule institution avec un niveau de bas seuil dit « élevé » déclare ne rencontrer des UDI que quelques fois par an. En outre, celles qui en rencontrent tous les jours ont généralement un niveau de bas seuil « élevé » (55,6 %) ou « intermédiaire » (33,3 %).

Tableau 26 : Niveau de bas-seuil et fréquence des contacts avec les UDI.

		Fréquence de contact avec des UDI				Total
		Quelques fois par an	Au moins une fois par mois	Au moins une fois par semaine	Tous les jours	
Niveau Bas Seuil	Bas	7 41,2%	3 17,6%	5 29,4%	2 11,8%	17 100,0%
	Intermédiaire	9 37,5%	3 12,5%	6 25,0%	6 25,0%	24 100,0%
	Elevé	1 4,3%	6 26,1%	6 26,1%	10 43,5%	23 100,0%
Total		17 26,6%	12 18,8%	17 26,6%	18 28,1%	64 100,0%

Recherche-Action. RW UDI 2010.

4.5.2 L'accessibilité géographique

Tableau 27 : Nombre d'UDI et proximité transport en commun (n=64).

Estimation du nombre d'UDI en 2009	Proximité transports en commun		Total
	Non	Oui	
Moins de 10	25,0 %	75,0 %	100,0 %
Entre 10 et 20	10,0 %	90,0 %	100,0 %
Entre 21 et 50	25,0 %	75,0 %	100,0 %
Entre 51 et 100		100,0 %	100,0 %
Entre 101 et 200		100,0 %	100,0 %
Entre 201 et 300		100,0 %	100,0 %
Entre 301 et 400			
Plus de 400		100,0 %	100,0 %
Inconnu		100,0 %	100,0 %
Total	15,6 %	84,4 %	100,0 %

Recherche-Action. RW UDI 2010.

Tableau 28 : Nombre d'UDI et situation par rapport aux lieux de concentration UDI (n=64).

Estimation du nombre d'UDI en 2009	Près Lieux Concentration UDI		Total
	Non	Oui	
Moins de 10	83,3 %	16,7 %	100,0 %
Entre 10 et 20	60,0 %	40,0 %	100,0 %
Entre 21 et 50	75,0 %	25,0 %	100,0 %
Entre 51 et 100	33,3 %	66,7 %	100,0 %
Entre 101 et 200		100,0 %	100,0 %
Entre 201 et 300		100,0 %	100,0 %
Entre 301 et 400			
Plus de 400		100,0 %	100,0 %
Inconnu	50,0 %	50,0 %	100,0 %
Total	62,5 %	37,5 %	100,0 %

Recherche-Action. RW UDI 2010.

L'isolement des services et leur éloignement des transports en commun peuvent être des barrières pour l'accès des usagers à la structure. L'hypothèse semble se vérifier si l'on croise le fait de se situer à proximité des transports en commun avec le nombre d'UDI rencontrés en 2009, puisqu'on constate que toutes les structures qui rencontrent plus de 50 UDI par an sont situées à proximité des transports en commun. De même, lorsque l'on croise le fait d'être situé ou non à proximité des lieux où les UDI se regroupent avec le nombre d'UDI rencontrés en 2009 (voir tableau ci-dessous), on constate à nouveau (et sans surprise) que ce critère paraîtrait stratégique

pour toucher ce type de public. En effet, toutes les structures qui déclarent avoir rencontré plus de 100 UDI en 2009 sont placées près des lieux de concentration des UDI. Et à l'inverse, les structures qui touchent le moins d'UDI sont majoritairement situées dans des lieux où les UDI sont moins concentrés. Rappelons toutefois que dans la présente enquête, les réponses à ces différentes variables (proximité des transports en commun, proximité des lieux de concentration des UDI) ont été fournies de manière subjective et ne reposent donc sur aucun critère objectif.

4.5.3 Les équipes mobiles

De manière prévisible, les structures qui disposent d'équipes mobiles en contact avec des UDI ont une fréquence de contact avec ceux-ci plus élevée que celle observée pour les structures ne disposant pas d'équipe mobile ($\text{Chi}^2=7.97$; $p=0.47$). En ce qui concerne les sous-groupes spécifiques, le fait d'avoir des équipes mobiles semble avoir peu d'influence sur la proportion d'UDI jeunes ($\text{Chi}^2=5.89$; $p>0,1$) ou d'origine étrangère rencontrés ($\text{Chi}^2=1,02$; $p>0,1$). Néanmoins, on observe que les structures qui rencontrent les proportions de femmes UDI les plus importantes sont celles qui ont des équipes mobiles ($\text{Chi}^2=10,81$; $p=0,05$). Ainsi, 60 % des structures qui ont déclaré que les femmes UDI représentaient plus de 50 % de leur public ont des équipes mobiles en contact avec des UDI. Cette relation peut s'expliquer par la forte proportion de femmes injectrices dans les milieux de la prostitution de rue¹⁴⁹.

Tableau 29 : Proportion de femmes rencontrées et équipe mobile (n=64).

% Femmes	Equipe mobile en contact UDI		Total
	Non	Oui	
Moins de 10	100,0 %		100,0 %
Entre 10 et 20	90,9 %	9,1 %	100,0 %
Entre 21 et 50	78,6 %	21,4 %	100,0 %
Plus de 50	40,0 %	60,0 %	100,0 %
Inconnu	72,7 %	27,3 %	100,0 %
Aucun	92,3 %	7,7 %	100,0 %
Total	82,8 %	17,2 %	100,0 %

Recherche-Action. RW UDI 2010.

Si l'on croise le nombre d'ETP (équivalent temps plein) féminin dans les institutions avec le pourcentage de femmes en contact avec celles-ci, on observe une corrélation positive quasiment significative (correlation pearson= 0,294 ; $p=0,066$, $n=40$). Autrement dit, les structures qui ont le plus d'ETP féminin sont celles qui sont le plus en contact avec le public féminin.

4.5.4 La prise en charge des enfants au sein des structures

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, la relative incapacité des structures de soins à prendre en charge les enfants des mères usagères de drogues est problématique. En effet, le principal motif pour lequel les femmes s'abstiennent de solliciter une assistance est leur volonté de ne pas manquer à leurs devoirs maternels. De nombreuses femmes avec enfants ne font pas

149. Enquête Sentinelle : rapport des résultats de 1997-2007. Cellule de recherche concertation, Charleroi, juin 2010.

appel au dispositif car elles redoutent la stigmatisation liée à leur statut de « mère toxicomane » et l'éventuelle perte de leur droit de garde. Dans le questionnaire, nous avons posé des questions concernant la place faite aux enfants au sein des structures interrogées. Les résultats montrent que la majorité des structures acceptent que les femmes viennent avec leurs enfants (69,8%). Pour 44,2% d'entre elles, un espace d'accueil leur est en outre destiné, et 29,3 % ont la capacité de leur proposer des activités spécifiques.

On constate que les structures qui rencontrent plus de 50% de femmes parmi le public UDI rencontré sont généralement celles qui acceptent les enfants, qui ont prévu des espaces d'accueil à cet effet et qui ont des services qui leurs sont destinés. En effet, toutes les structures qui reçoivent plus de 50% de femmes acceptent les enfants, et 80% d'entre-elles ont un espace d'accueil prévu à cet effet. Néanmoins, plus de 70% des structures interrogées n'ont aucun service à destination des enfants, alors que le public féminin constitue plus de 21% du public UDI rencontré pour plus de 30% d'entre-elles.

D'après les professionnels interviewés, la plupart des femmes UDI en contact avec le dispositif n'ont pas d'enfant à charge, mais pour celle qui en ont, elles ne viennent généralement pas avec dans les structures :

«Y a beaucoup de femmes qui ont des enfants, mais la plupart ne viennent pas avec au comptoir, les enfants on essaie de pas les faire rentrer au comptoir, ils restent dans le hall, mais en fait il n'y en a pas beaucoup, c'est plutôt rare que les femmes viennent avec, celles qui ont des enfants viennent souvent en voiture et laissent les enfants le temps de venir prendre le matériel et elles repartent, on n'a pas trop de contact avec elles.», Jérôme, éducateur dans un centre spécialisé en assuétudes à Liège.

4.6 LA PARTICIPATION DES USAGERS DE DROGUES

Afin de rendre les stratégies de prévention efficaces et adaptées aux besoins des usagers, il est généralement conseillé de les faire participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions de prévention ainsi qu'à leur évaluation¹⁵⁰. Parmi les structures interrogées, la moitié (50,8%) suscite la participation des usagers de drogues. Cette participation se traduit à 44% par l'intervention de jobistes ou par l'intervention des pairs, 31% suscitent la participation des usagers de drogues par injection pour réaliser des enquêtes, 19% ont recours à des questionnaires de satisfaction, 16% organisent des focus groupes et 12,5% les font s'investir dans des groupes d'entraide.

Selon une enquête sur la participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie¹⁵¹ (voir aussi Southwell, 2010), la participation des usagers est véritablement nécessaire pour plusieurs raisons. Il s'agit d'abord d'une occasion pour les usagers d'exercer leurs droits et d'expérimenter certaines règles sociales. De plus, le fait d'être écouté et de voir que leurs propos intéressent les professionnels peut améliorer l'estime que les usagers ont d'eux même. Cette prise en compte des usagers permet donc de valoriser leurs expériences,

150. Southwell M. *People who use drugs and their role in harm reduction*. In T. Rhodes & D. Hedrich, *Harm reduction: Evidence, impacts and challenges* 2010 (pp. 101-104). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon

151. Anesm, *La participation des usagers dans les établissements médicaux-socio relevant de l'addictologie, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, 2009. http://www.anitea.fr/download/reco_addictologie_anesm.pdf

aussi marginales et illégales soient-elles. En outre, les connaissances des usagers de drogues par rapport à certains aspects de la problématique des assuétudes constitue un vivier de premier choix pour les professionnels. De même, l'avis des usagers sur les modalités d'accueil et sur la pertinence des actions permet aux professionnels d'améliorer constamment la qualité des services proposés. Il est également important que les actions de Réduction des Risques sollicitent l'aide des usagers afin de pouvoir identifier des besoins émergents et d'adapter les actions à l'évolution des pratiques de consommation. Enfin, la participation des usagers est également essentielle car les usagers les plus marginalisés sont souvent (du moins dans un premier temps) peu touchés et imperméables aux discours et messages de RdR dispensés par des professionnels, alors qu'ils se laissent davantage convaincre par leurs pairs. De manière générale, cette question de l'implication des usagers dans les actions de RdR en Région wallonne mériterait une enquête plus approfondie.

LES OPÉRATIONS BOULE DE NEIGE

Quatre structures ont mentionné participer à des opérations Boule de Neige en rue et/ou en milieu carcéral. Né des programmes de Réduction des Risques qui visaient à prévenir du sida et à limiter les risques infectieux et sanitaires ainsi que les dommages sociaux et psychologiques que l'usage de drogues peut occasionner, le principe des opérations Boule de Neige existe depuis une vingtaine d'année. Il consiste à mener des actions de prévention par les pairs. Il s'agit d'opérations de proximité, visant un public marginalisé d'usagers de drogues qui n'ont, en général, que peu ou pas de contacts avec les structures de soins et qui sont peu touchés par les campagnes de prévention destinées au grand public. Ces opérations consistent à recruter des usagers de drogues afin qu'ils suivent une formation en Réduction des Risques. Ces « jobistes » vont ensuite à la rencontre de leurs pairs afin de transmettre l'information sanitaire qu'ils ont acquise.

4.7 PARTENARIAT ET TRAVAIL EN RÉSEAU

L'une des missions des structures de bas seuil est de faciliter l'accès des usagers aux différents services socio-sanitaires et de contribuer à une prise en charge globale de l'utilisateur. Afin que l'offre de service soit transversale, il est indispensable que ces structures puissent travailler en collaboration avec l'ensemble du secteur socio-sanitaire. La coopération entre les services spécialisés et non spécialisés est nécessaire au regard de la complexité et des dimensions multiples de la problématique des assuétudes. Si l'objectif principal des structures de bas seuil spécialisées est généralement la santé physique et mentale des usagers, ceux-ci attendent également une aide en termes de logement, au niveau de leur situation financière, etc. Les collaborations peuvent se faire de manière horizontale (entre le secteur spécialisé) mais aussi verticale (entre les différents secteurs). Elles peuvent également être envisagées de façon régulière, institutionnalisée, avec des moments de rencontres et de discussions prévues à cet effet, ou de manière plus ponctuelle. Dans ce contexte, les partenariats permettent de faciliter l'accès des usagers aux différents services, pour autant qu'ils reposent sur une bonne connaissance du dispositif ainsi que des modalités d'accès et d'admission dans les différents services.

Dans notre questionnaire, nous avons demandé aux structures interrogées d'indiquer si elles collaborent avec certains types de structures (MASS, centre d'hébergements, médecins, etc.), en précisant pour chaque collaboration si elle se fait de manière ponctuelle ou régulière.

Tableau 30 : Collaboration avec d'autres institutions (n=64. Plusieurs réponses possibles).

	Collaboration ponctuelle		Collaboration régulière	
	n	%	n	%
MASS (Maison d'accueil socio-sanitaire)	18	28,1	12	18,8
Pharmacies	24	37,5	22	34,4
Comptoirs d'échange de matériel d'injection	13	20,3	19	29,7
Centres d'hébergement	23	35,9	21	32,8
Structures hospitalières	30	46,9	23	35,9
Médecins	23	35,9	31	48,4
Services sociaux (CPAS, etc.)	18	28,1	37	57,8
Services psychiatriques	33	51,6	23	35,9
Autres	5	7,8	14	21,9

Recherche-Action RW UDI 2010.

En ce qui concerne les collaborations régulières, les services/acteurs avec lesquels les institutions interrogées s'associent le plus sont, par ordre d'importance, les services sociaux (57,8%), les médecins (48,4%), les services psychiatriques et les structures hospitalières (35,9%), les pharmacies (34,4%) et les centres d'hébergement (32,8%).

En ce qui concerne les collaborations ponctuelles, les services/acteurs avec lesquels les institutions interrogées s'associent le plus sont, par ordre d'importance, les services psychiatriques (51,6%), les structures hospitalières (46,9%), les pharmacies (37,5%), les centres d'hébergements et les médecins (35,9%), puis les MASS et les services sociaux (28,1%).

Si l'on envisage les résultats en fonction du type de collaboration, on s'aperçoit que pour certains services (services psychiatriques, les hôpitaux et les MASS) les collaborations sont davantage ponctuelles que régulières. A l'inverse, pour d'autres services (services sociaux et médecins), elles sont davantage régulières.

Les structures répondantes sont autant en relation avec des centres d'hébergement (32,8% collaborent de façon régulière) qu'avec des pharmacies (34,4% collaborent de manière régulière avec des pharmacies). Pour ces deux types de structures, les collaborations sont autant ponctuelles que régulières. Les comptoirs et les MASS proportionnellement aux autres types de services font moins l'objet de collaboration.

Afin d'avoir une vision plus détaillée de ce travail en réseau, nous avons comptabilisé le nombre de services avec lesquels les institutions que nous avons interrogées collaborent (ponctuellement ou régulièrement). Comme on peut le voir dans le tableau suivant, plus de la moitié des structures spécialisées en assuétudes (53,1%) et la moitié des structures à missions assuétudes (50,1%) entretiennent des collaborations régulières avec au moins quatre types de services différents. En revanche, les structures non spécialisées en assuétudes sont moins nombreuses (28,5%) à entretenir des collaborations régulières avec au moins quatre types de services différents. Une analyse supplémentaire montre que les structures spécialisées en assuétudes ont en moyenne des collaborations régulières avec 3,56 structures différentes, les structures à missions assuétudes avec 3,11 structures différentes et les structures non spécialisées avec 2,29 structures différentes.

Tableau 31 : Distribution du type de structures en fonction d'une collaboration régulière.

Classement	Nbre de services avec lesquelles les institutions collaborent régulièrement						Total
	0	1	2	3	4	5 ou +	
Mission assuétudes	4 22,2%	2 11,1%	1 5,6%	2 11,1%	5 27,8%	4 22,3%	18 100,0%
Non spécialisées assuétudes	5 35,7%	1 7,1%	3 21,4%	1 7,1%	1 7,1%	3 21,4%	14 100,0%
Spécialisées assuétudes	3 9,4%	5 15,6%	7 21,9%	0 0%	4 12,5%	13 40,6%	32 100,0%
Total	12 18,8%	8 12,5%	11 17,2%	3 4,7%	10 15,6%	20 31,3%	64 100,0%

Recherche-Action RW UDI 2010.

En ce qui concerne les collaborations ponctuelles, le tableau suivant montre que 40,8% des structures spécialisées en assuétudes et 61,2% des structures à missions assuétudes entretiennent des collaborations ponctuelles avec au moins quatre types de services différents. Une analyse supplémentaire montre que les structures à missions assuétudes entretiennent davantage de collaborations ponctuelles avec des services différents (collaborations avec 4,22 structures en moyenne) que les structures spécialisées en assuétudes (collaborations avec 2,72 structures en moyenne) et les structures non spécialisées en assuétudes (collaborations avec 1,71 structures en moyenne).

Tableau 32 : Distribution du type de structures en fonction d'une collaboration ponctuelle.

Classement	Nbre de services avec lesquels les institutions collaborent ponctuellement						Total
	0	1	2	3	4	5 ou +	
Mission assuétudes	1 5,6%	1 5,6%	1 5,6%	4 22,2%	4 22,2%	7 39%	18 100,0%
Non spécialisées assuétudes	7 50,0%	2 14,3%	1 7,1%	0 0%	2 14,3%	2 14,3%	14 100,0%
Spécialisées assuétudes	8 25,0%	4 12,5%	3 9,4%	4 12,5%	6 18,8%	7 22%	32 100,0%
Total	16 25,0%	7 10,9%	5 7,8%	8 12,5%	12 18,8%	16 25,0%	64 100,0%

Recherche-Action RW UDI 2010.

Les réseaux

La majorité des structures interrogées (70,3%) font partie d'un réseau qui travaille en totalité ou en partie sur la thématique des UDI. Les principaux réseaux cités sont le RAN (Réseau Assuétudes Namurois), le RELIA (Réseau Assuétudes Liégeois), le réseau WAB (Réseau Wallonie Bruxelles) et Supers seringues.

4.8 LES DIFFICULTÉS ET LES BESOINS DU DISPOSITIF

4.8.1 Les difficultés rencontrées avec les publics cibles de la recherche

LES FEMMES

Les femmes pratiquant l'injection constituent un public « fuyant » car stigmatisé, qui est susceptible de poser des difficultés particulières lors de leur prise en charge. Nous avons donc abordé ce point dans le questionnaire ainsi que lors des entretiens menés avec des professionnels du secteur. D'après les résultats du questionnaire, 33 % des structures en contact avec des femmes injectrices déclarent rencontrer des difficultés particulières avec ce public. Les difficultés les plus fréquemment mentionnées sont, par ordre d'importance, la méfiance des femmes injectrices vis-à-vis des institutions (57%), la difficulté pour les travailleurs à nouer un contact avec elles (48%), leur manque de disponibilité (43%), ainsi que des difficultés liées au contact avec les autres publics (33%). De manière générale, ces difficultés peuvent probablement s'expliquer par la stigmatisation qui pèse sur les femmes toxicomanes, et ce d'autant plus lorsqu'elles sont mères. L'usage de drogues, condamné par la société en général, étant encore moins toléré pour les femmes. Cette intolérance, qui peut engendrer des sentiments de culpabilité, entraîne inévitablement des comportements de méfiance qui font que les femmes sont plus fuyantes et plus difficile à toucher pour les structures d'aide. Cette méfiance est en outre exacerbée lorsque ces femmes sont mères de famille et qu'elles disposent de la garde de leur(s) enfant(s), puisque plane sur elles l'éventualité d'une perte de leurs droits parentaux. Selon un rapport européen¹⁵², leur volonté de ne pas manquer à leurs devoirs maternels est le principal motif pour lequel les femmes s'abstiennent de solliciter ces services. Les résultats de l'enquête quantitative montre que 24% des structures pensent que les femmes injectrices seraient stigmatisées, et que cette stigmatisation serait à l'origine (du moins partiellement) des difficultés rencontrées avec elles. Un travailleur social, intervenant dans des écoles pour des futurs professionnels du secteur médico-social, confirme bien cette stigmatisation des femmes toxicomanes qui ont des enfants :

« Oui, pour les femmes, c'est surtout par rapport aux enfants, quand on va dans les écoles on nous dit mais comment vous pouvez laisser des toxicomanes avec des enfants ! Ça n'est pas du tout accepté. Ce qui frappe c'est vraiment les enfants, dès qu'il y en a tout le monde est un peu inquiet », Marc, infirmier dans une institution à mission assuétudes, Liège.

A l'exception des structures qui s'adressent aux personnes prostituées, lors de nos observations et entretiens, nous avons constaté que les femmes venaient rarement seules dans les services de bas seuil mais souvent accompagnées de leur compagnon. Il semblerait également que dans les lieux d'accueil à bas seuil d'exigence, les femmes qui viennent seules passent moins de temps dans la structure. Elles viennent généralement pour des raisons très précises (demande d'aide auprès d'un travailleur, orientation, prestations matérielles, services d'hygiène...).

En ce qui concerne le manque de disponibilité des femmes injectrices mentionnés par 43% des structures en contact avec des femmes injectrices, les entretiens que nous avons menés suggèrent également qu'il peut parfois s'expliquer par la charge domestique et familiale qui pèse sur les femmes, surtout lorsqu'elles ont des enfants. Il peut également s'expliquer par le fait qu'un certain nombre de femmes injectrices pratiquent la prostitution, et que leurs emplois du temps sont souvent surchargés (horaires de travail, recherche du produit, etc.). Il est également possible

152. OEDT (2006). *A gender perspective on drug use and responding to drug problems*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne

que pour certaines de ces femmes, en plus de trouver de l'argent pour leur consommation, elles doivent également financer la consommation de leur compagnon.

« Elles travaillent, elles achètent la dose, consomment, travaillent, et il y a la pression du compagnon » (...) « Pour tout ce qui est proxénétisme c'est vrai que par rapport justement aux personnes toxicomanes elles sont en général plus avec des compagnons, il y a une espèce de pression, la dame doit à un moment donné trouver l'argent pour la consommation des 2 personnes, ce qui génère beaucoup de conflits dans le couple et beaucoup de conflits dans les groupes de toxicomanes en général. C'est ce à quoi on assiste ici à certains moments. » (...), Anne, assistante sociale dans une structure à mission assuétudes à destination des personnes prostituées à Charleroi.

Ce manque de disponibilité des femmes rend plus difficile la mise en place d'orientation et la transmission des messages de prévention.

« Par rapport aux personnes qui consomment ce n'est pas très évident non plus parce que pour les personnes qui consomment, la santé n'est pas une priorité. En tout cas les personnes qu'on voit qui consomment de manière très récurrente, c'est-à-dire toutes les heures il faut une dose, il y a une certaine pression, il y a des conflits au sein du couple » (...) « Elles travaillent pour leur consommation donc elles sont moins perméables à tous les conseils de prévention déjà puisque on fait la bête pyramide Maslow¹⁵³ on se rend compte que les besoins de base ne sont pas assouvis et tant qu'on ne passe pas au dessus de ça, la santé ne deviendra pas une priorité c'est certain, les conseils de sécurité par rapport aux violences ne seront pas une priorité ce qui est une priorité à un moment donné c'est la consommation et quand on a l'argent de la consommation, on souffle. (...) Si il me faut 2 doses sur la journée, dès que j'ai les 2 doses après je me sens mieux. » Anne, assistante sociale dans une structure à missions assuétudes, à destination des personnes qui se prostituent, Charleroi.

En ce qui concerne les difficultés liées au contact avec les autres publics, mentionnées par 33% des structures en contact avec des femmes injectrices, les entretiens que nous avons menés avec des professionnels régulièrement en contact avec des femmes pratiquant l'injection suggèrent les éléments d'explication suivants. Lorsque des femmes usagères de drogues et des non usagères fréquentent une même structure, des tensions peuvent apparaître en raison du rejet des « toxicomanes » et la crainte des femmes « non toxicomanes » de se voir assimiler à cette catégorie. En outre, au sein des personnes usagères de drogues, il existe également des différences en termes de consommation ou mode de consommation qui peuvent déboucher sur des classifications et jugements de valeurs spécifiques, et des comportements de rejet: les femmes qui pratiquent l'injection seraient « en bas de l'échelle », comme l'explique l'assistante sociale d'une structure à missions assuétudes à destination de personnes prostituées à Charleroi :

« C'est une façon aussi de tenir la tête hors de l'eau dans la prostitution, jamais une personne prostituée va te dire moi je suis comme elle ou on est les mêmes, on fait partie du même groupe, non c'est : moi je ne suis pas comme elle, je viens ici faire mon travail (...). Ces types de fille qui sont prostituées, toxicomanes et en rue, c'est vraiment la situation où on sent le plus de difficultés

153. Théorie selon laquelle il existerait cinq besoins humains fondamentaux (besoin physiologique, besoin de sécurité, besoin d'appartenance, besoin d'estime et besoin de s'accomplir), lesquels seraient hiérarchisés dans l'ordre où nous les avons cités. Selon Maslow, un individu ne peut efficacement combler un besoin d'un niveau supérieur (e.g. besoin d'appartenance) que si les besoins sous-jacents ont déjà été comblés (e.g. besoin physiologique et besoin de sécurité)

(...) les femmes ont besoin psychologiquement de se distinguer les unes par rapport aux autres. Et même entre les toxicomanes elles même parce que entre les filles qui fument et les filles qui s'injectent c'est la guerre. Pour les filles qui fument ça va encore à partir du moment où on ne tombe pas dans l'injection, sinon pour elles c'est la décadence. Moi je crois qu'elles font peur, je crois que c'est une réalité qui fait peur».

En outre, le fait que les usagères viennent parfois dans les lieux d'accueil sous l'effet d'une substance psycho-active peut également être problématique.

«Flore elle était en squat, à la rue et consommait frénétiquement toutes les heures donc je vais dire c'était une fille vraiment très difficile à approcher et à créer un lien de confiance parce qu'ici en plus quand il y a plusieurs accueils en même temps elles ne sont pas tendres. Et moi je suis censée gérer l'agressivité ici donc je ne peux pas laisser des personnes m'agresser et je ne peux pas laisser des gens s'agresser entre eux donc c'est très difficile, surtout quand elles sont dans des états physiques déplorables, qu'elles dorment sur le bureau ce n'est pas toujours évident qu'elles restent correctes, c'est hyper difficile. Le plus souvent on entend les filles qui disent : les toxicomanes qu'elles partent !», Anne, assistante sociale dans une institution à missions assuétudes, Charleroi.

Enfin, dans les structures qui s'adressent à un public marginalisé et/ou à des personnes usagères de drogues, les femmes viennent souvent accompagnées d'un homme et ne se mélangent pas vraiment au reste des usagers. Les structures où les femmes semblent le plus se (re)poser et passer du temps sont les services qui s'adressent aux personnes prostituées. Les femmes pratiquant l'injection ont souvent des parcours difficiles, marqués par des violences (violences domestiques, violences en rue...). Il est alors possible que ces femmes n'ont tout simplement pas envie de passer du temps dans des structures largement investies par un public masculin.

CONTRACEPTION ET GROSSESSES

Les travailleurs observent parfois des grossesses non désirées chez les femmes, parce qu'elles n'utilisent pas toujours des moyens de contraception. Pour d'autres femmes, le désir de grossesse est très présent. Or, ces grossesses sont souvent problématiques, d'une part parce que ces femmes n'ont généralement pas une situation socio-économique leur permettant d'assumer correctement la charge des enfants, et d'autre part en raison des effets tératogènes sur le fœtus en cas de consommation de produits durant la grossesse. D'après les professionnels interrogés, la plupart des femmes en contact avec le dispositif de bas seuil n'ont pas de suivi gynécologique et fréquentent peu les structures spécialisées dans ce domaine (comme par exemple les plannings familiaux). La Réduction des Risques sexuels et la contraception seraient des thématiques difficiles à aborder dans les structures de bas seuil «mixtes». C'est lorsque les femmes sont enceintes qu'elles sont orientées vers les services adaptés, mais il n'y a pas de prévention en amont.

La question de la sous-représentation des femmes dans le dispositif mériterait d'être toutefois davantage creusée. On peut se demander quel usage font les femmes des services ? Est-il le même que pour les hommes ? Pour quel type de prestation viennent-elles ? Afin de toucher les femmes et de mieux répondre à leurs besoins, certaines structures ont mis en place des activités consacrées au bien être, aux massages et/ou aux soins esthétiques. Cependant, il n'existe pas en Belgique, contrairement à d'autres pays (Suisse, Canada, France...), des lieux «spécifiques» pour les femmes usagères de drogues qui répondent davantage à leurs besoins.

LES JEUNES

D'après notre enquête quantitative, 44,4% des structures interrogées déclarent rencontrer des difficultés particulières avec les jeunes injecteurs. La principale difficulté est celle de nouer un lien avec ce type de public (33,3% des structures en contact avec des UDI jeunes éprouvent ce type de difficulté). En outre, 27,8% des structures les trouvent méfiants vis-à-vis des institutions. De nombreux travailleurs nous ont fait part de ces difficultés lors des entretiens: la plupart des jeunes rencontrés sont peu en demande d'aide vis à vis des institutions. Leur contact avec les structures se réduit bien souvent à des prestations matérielles, notamment à l'échange de matériel d'injection, et ils ne sont pas toujours attentifs aux messages de Réduction des Risques¹⁵⁴. L'extrait d'entretien suivant, réalisé avec un éducateur de Liège, illustre bien ce phénomène :

« Les risques les touchent moins, ils ont un comportement autodestructeur, c'est lié à l'adolescence aussi mais surtout par leur histoire, familiale, scolaire... beaucoup viennent du monde du social, de l'IPPJ¹⁵⁵, beaucoup ont eu des abus, y a avait déjà de la consommation avant. C'est plus difficile de parler de leur consommation, ils viennent plus pour échanger le matériel, ils sont moins attentifs et prennent aussi moins le matériel connexe, ils sont plus fuyant dans les discussions autour de leur santé, je pense qu'ils savent certaines choses mais ils n'ont pas envie d'entendre les risques qu'ils prennent... après ça dépend y en a des plus stables qui ont un logement et qui sont plus attentifs à eux même. », Jérôme, éducateur dans une structure spécialisée, Liège.

19,4% des structures ont mentionné des difficultés liées au contact entre les jeunes usagers et les autres publics. Ce sont généralement des problèmes générationnels. Certaines structures évitent de mélanger un public de jeunes usagers avec des « anciens », parce que ces derniers pourraient les initier à de nouveaux usages et à de nouvelles pratiques plus à risques, comme l'injection. L'extrait d'entretien suivant illustre bien cette réticence à mélanger un public de jeunes usagers avec des usagers plus expérimentés :

« Nous, on reçoit peu de jeunes, en général on les oriente ailleurs car nous c'est un public de la rue, on a beaucoup de consommateurs qui viennent depuis 10-15 ans, ce sont des consommateurs de longue date, ils viennent depuis longtemps, ils ne prennent pas les mêmes produits ou ils ne les prennent pas de la même manière, et nous on ne veut pas mélanger. Y a d'autres structures qui travaillent de manière différente, sur rendez-vous donc les personnes ne se croisent pas forcément entre elles, voilà nous on n'aime pas trop qu'ils se croisent ici. », Laetitia, assistante sociale dans une structure spécialisée en assuétudes, Liège.

Il peut également y avoir des tensions liées au fait que les usagers plus expérimentés font parfois la morale aux plus jeunes. De nombreux conflits entre les usagers sont aussi dus à la consommation, aux dettes, à des règlements de compte, etc, mais il ne s'agit pas d'une problématique spécifique aux jeunes injecteurs.

LES PERSONNES D'ORIGINE ÉTRANGÈRE

En ce qui concerne les injecteurs d'origine étrangère, presque la totalité des structures (20 sur 23) qui sont en contact avec ce public déclarent rencontrer des difficultés spécifiques avec ce public.

154. D'une manière générale, les pratiques à risques, fréquentes chez les UDI jeunes, pourraient être dues à une plus grande « insouciance » liée à leur jeune âge, ou encore à une moins bonne connaissance des pratiques à risques (en raison de leur « inexpérimentation » dans le domaine, mais aussi parce qu'ils ont peut-être moins côtoyé que leurs aînés les professionnels de la RdR)

155. Institution Publique de Protection de la Jeunesse

La principale difficulté, mentionnée par 74% des structures en contact avec ce public, est d'ordre culturelle/communicationnelle. Néanmoins, 30,4% des structures disent avoir du mal à établir des liens avec ce public. Ces deux difficultés peuvent toutefois être liées. En effet, lors de nos entretiens, les professionnels évoquaient fréquemment la barrière de la langue, qui rend les échanges difficiles. Comme les institutions en contact avec ce type de public n'ont généralement pas des personnes susceptibles de servir d'interprètes¹⁵⁶ (hormis pour les langues européennes comme l'allemand, l'italien, l'anglais et l'espagnol), la survenue de difficultés est quasiment inévitable.

Enfin, 17,4% des structures trouvent que les usagers d'origine étrangère sont méfiants vis-à-vis des institutions. En raison de différences entre les services proposés dans leurs pays d'origine et les services proposés en Belgique, les personnes arrivées depuis peu en Belgique peuvent être méfiantes vis-à-vis de l'offre d'aide de type occidental et peuvent parfois aussi douter du respect du secret professionnel, surtout lorsqu'elles sont en situation irrégulière (sans papier). Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, la peur d'être stigmatisés comme usagers de drogues, tant par les autorités du pays d'accueil que par leur communauté peut également être une raison pour laquelle ces usagers ne font pas appel aux différents services¹⁵⁷.

L'extrait d'entretien suivant, réalisé avec un éducateur de Liège, illustre bien la méfiance des usagers par rapport aux institutions :

« Je dirais qu'on a 20% de personnes d'origine étrangère, beaucoup n'ont pas de papiers (...) Les contacts ne sont pas toujours faciles avec eux, souvent ils ne restent pas, ils prennent du matériel et partent. Il y a peut-être une peur du contrôle, même si on travaille anonymement, on prend la date de naissance pour noter les personnes qui passent, et eux donnent souvent une fausse date, on le sait car quand ils reviennent ils ne s'en rappellent plus, donc il y a une certaine méfiance. Puis y a la difficulté de la langue, pour expliquer ce qu'on propose comme services, mais ils ne sont pas très demandeurs d'information, je pense que c'est vraiment la peur du contrôle. »

4.8.2 Les difficultés générales rencontrées avec le public UDI

LA CO-EXISTENCE DE PUBLICS DIFFÉRENCIÉS

Près de 16% des structures interrogées déclarent rencontrer des difficultés liées à la co-existence d'un public d'injecteur avec un public de non injecteur. Ces difficultés sont d'ordre relationnel, et en lien avec le sentiment d'insécurité et de peur vis à vis des usagers de drogue. Quelques professionnels ont évoqué lors des entretiens des difficultés liées à la recherche du produit (vols, deal, etc.). Ce sentiment d'insécurité est occasionnellement partagé par les professionnels, ce qui fait référence aux représentations négatives véhiculées par la société sur les personnes « toxicomanes ». D'autres professionnels font mention d'« intolérance » et de « rejet » des personnes qui n'injectent pas vis-à-vis des personnes pratiquant l'injection.

La peur de l'incitation à l'injection que pourrait produire les usagers de drogues par injection sur les autres usagers de la structure transparaît également dans les résultats des questionnaires et

156. Quasiment aucune structure ne dispose de personne susceptible de communiquer en arabe, africain ou langue slave. Une seule structure fait appel à un service de traduction, le SETIS, qui est un service de traduction et d'interprétariat en milieu social, proposant des prestations d'interprétariat in situ ou par téléphone ainsi que des traductions par écrit. En outre, Une seule structure dispose de brochures sur les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et l'hépatite

157. Jung C., *Immigration et toxicomanie*, Revue toxibase n°13, 1er trimestre 2004

des entretiens. Comme nous l'avons vu auparavant pour les jeunes, certains services veillent à ne pas accueillir dans un même lieu des publics qui ont un rapport différent aux drogues et qui ne sont pas tous au même stade dans leur consommation. Certaines structures ne souhaitent pas distribuer ou échanger du matériel d'injection par peur d'inciter les non injecteurs ou les anciens injecteurs à (re)pratiquer ce mode de consommation.

Dans l'enquête par questionnaire, ce sont surtout les structures non spécialisées en assuétudes (en particulier les maisons d'accueil et d'hébergement) qui font mention de difficultés liées aux contacts entre un public d'injecteur et de non injecteur. Ces structures touchent effectivement des publics marginalisés mais aux problématiques différentes (addiction, problème de logement, violence...). Cette co-existence est évidemment difficile à gérer, parce que ces services doivent veiller à la fois à ce que les publics les moins marginalisés préservent leur équilibre et ne soient pas influencés par les autres, et inversement, ils doivent veiller à ce que la stigmatisation des plus déviants ne soit pas accentuée. Il est également possible que ces difficultés soient difficiles à gérer parce que les professionnels de ces structures sont peu formés à la problématique des assuétudes. Les risques de tensions entre usagers et non usagers de drogues sont certainement majorés lorsque tous ces bénéficiaires vivent en communauté au sein des structures, comme dans les centres d'hébergement.

Cependant, il faut remarquer que pour la majorité des structures interrogées, le fait qu'un public d'injecteurs de drogues côtoie un public de non injecteurs dans les mêmes services ne semble pas poser de difficultés majeures. En outre, les lieux d'accueil sont aussi des lieux de rencontre, dans lesquels la mixité peut être bénéfique et favoriser la socialisation, l'intégration et la compréhension mutuelle.

Tableau 33 : Classification des structures en fonction de l'occurrence de difficultés entre le public UDI et le public non UDI.

Type de Structure	Difficultés UDI avec Non UDI		Total
	Non	Oui	
Autre	5 100,0%	0 0%	5 100,0%
Centre spécialisé assuétudes	17 89,5%	2 10,5%	19 100,0%
CPAS	5 100,0%	0 0%	5 100,0%
Institution avec missions assuétudes	20 95,2%	1 4,8%	21 100,0%
Maison d'accueil, hébergement	1 14,3%	6 85,7%	7 100,0%
MASS	3 100,0%	0 0%	3 100,0%
Structure hospitalière	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
Total	53 84,1%	10 15,9%	63 100,0%

Recherche-Action RW UDI 2010.

LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LE CADRE DES ACTIONS MENÉES EN FAVEUR DES UDI

Dans le questionnaire, nous avons également demandé aux structures de choisir parmi une liste de difficultés, celles qu'elles peuvent rencontrer dans le cadre des actions menées en faveur des UDI. La principale difficulté rencontrée par les structures interrogées (37,5 % d'entre elles) est le manque d'investissement de la part des usagers.

Cette difficulté témoigne probablement d'un découragement de certains professionnels face à des usagers souvent instables, vivant dans l'urgence, au jour le jour, et avec qui il est difficile de mener des orientations (ne vont pas au rendez-vous...) et des projets. La deuxième difficulté la plus mentionnée (par 31,3 % des structures) renvoie aux problèmes liés aux comportements des usagers.

Toutefois, des entretiens et observations menés, il ressort que si les acteurs de première ligne en contact de façon régulière avec les UDI sont parfois effectivement confrontés à ce type de situation (règlements de compte, circulation de produits, consommation, etc.), ils savent généralement bien gérer ces situations. De part leur présence, leur vigilance et l'écoute bienveillante, les professionnels savent à la fois être proches des usagers et faire respecter les règles. « Ni drogue, ni violence » sont les deux règles impératives communes à l'intérieur des différentes structures, chacune mettant les limites de ce qui est acceptable ou non.

Enfin, les structures interrogées ont également fait mention de difficultés liées au manque de ressources humaines (28,1 %), financières (25 %) et de soutien politique (21,9 %), ainsi que des difficultés de coordination ou en lien avec les partenariats (23,4 %).

4.8.3 Les manques exprimés par les professionnels au niveau de l'offre

La majorité des structures interrogées (74,2 %) pensent que le dispositif de bas seuil actuel mis en place pour les UDI est incomplet. Parmi les différentes propositions mentionnées dans le questionnaire pour améliorer le dispositif (voir tableau 34), ce sont les centres d'hébergement pour les personnes dépendantes qui ont été le plus cités.

En effet, 69,9 % des structures qui estiment que le dispositif actuel est incomplet pensent qu'il faudrait créer davantage de centres d'hébergements pour les personnes dépendantes, et 47,8 % souhaiteraient davantage de structures de nuit de bas seuil.

Le problème de l'hébergement a été abordé à de nombreuses reprises lors des entretiens avec les professionnels, et ceux-ci font fréquemment mention de difficultés liées à la problématique du logement des usagers.

« Le logement c'est un gros souci ici. Depuis 2 mois on a un nouveau projet pour essayer d'insérer ou de réinsérer en tout cas au niveau du logement les gens que nous suivons depuis longtemps, on se donne la possibilité maintenant d'aller à domicile, d'essayer de trouver un appartement et d'organiser un encadrement global autour des personnes qui transitent entre la rue, l'hôpital, la prison, donc ces gens depuis 10-15 ans qui n'ont plus d'appartement. Tout en sachant que vivre en appartement n'est pas la solution

universelle à tous les problèmes, s'il n'y a pas d'encadrement autour. Vivre en appartement c'est bien, vivre dans un appartement où il n'y a pas de meubles où on s'ennuie toute la journée ça ne sert à rien. Il y a rechute. On ne vise pas non plus l'abstinence à tout prix, loin de là, plutôt la stabilisation. Si quelqu'un veut vraiment arrêter tant mieux mais on n'est pas dupe. L'important c'est que les gens puissent prendre quand même leur vie en main, qu'ils pensent un peu à autre chose.» Roland, éducateur dans une institution à missions assuétudes à Liège.

L'accès au logement paraît encore plus difficile pour les personnes toxicomanes qui sont en couple et qui désirent vivre ensemble.

« C'est très difficile d'avoir des logements quand on est en couple. Ici y a Thais mais il n'y a que 5 appartements et la priorité est aux familles. On a beaucoup de demande à ce niveau là, un couple peut rester longtemps à la rue avant d'avoir des places. Une fois, j'ai rencontré une femme enceinte qui n'a pu trouver un logement qu'après 7 mois de grossesse ! », Maryse, psychologue dans un service spécialisé à Liège.

Les acteurs de la Réduction des Risques se heurtent donc souvent à un paradoxe : les actions qu'ils mènent sont essentiellement sanitaires alors que la réponse aux besoins sociaux est également prioritaire, mais bien souvent déficitaire. Ils ne savent pas toujours répondre aux priorités des usagers, notamment parce que les personnes toxicomanes précarisées auraient prioritairement besoin d'un logement pour pouvoir entamer efficacement d'autres démarches (veiller à sa santé, se réinsérer, etc.). Or actuellement, la situation sociale et économique des usagers de drogues par injection rend difficile l'accès à un logement, et certains services d'hébergement ont des conditions d'accès trop rigides, comme par exemple le fait d'imposer l'abstinence des usagers.

En outre, 60,9 % des structures estimant que le dispositif actuel est incomplet pensent que les pharmaciens ne sont pas assez impliqués dans la problématique de l'usage de drogues par injection. La moitié des structures pensent également que les distributeurs/récupérateurs automatiques de matériel d'injection permettraient d'améliorer le dispositif, 37 % souhaiteraient que le travail par les pairs soit plus valorisé, 34,8 % pensent qu'il faudrait plus de structures qui distribuent du matériel d'injection, 34,8 % amélioreraient la communication de messages de RdR aux différents publics, et 21,7 % pensent que la création de salles de consommation permettraient également d'améliorer le dispositif.

Concernant la consommation de drogues dans les lieux d'accueil distribuant du matériel d'injection, il peut paraître contradictoire de distribuer du matériel d'injection et d'en interdire l'usage même dans les locaux. Les acteurs de terrain nous ont fait part dans les entretiens de ce vide en termes de Réduction des Risques. Ils distribuent du matériel et en interdisent l'usage dans leur établissement (qui serait pourtant un lieu où les usagers pourraient s'injecter dans des conditions plus favorables en termes d'hygiène, de sécurité, etc).

Les acteurs ne savent pas répondre aux usagers qui leur demandent un endroit où s'injecter et ne souhaitent pas que les usagers consomment près des structures pour ne pas être en mauvais terme avec le voisinage. Les salles de consommation supervisées permettraient certainement de pallier à ce manque. Actuellement, de telles salles existent déjà (notamment) au Canada, en Espagne et en Allemagne...

Tableau 34 : Suggestions d'amélioration du dispositif (n=46, plusieurs réponses possibles).

Qu'amélioreriez-vous ou ajouteriez-vous pour compléter ce dispositif ?	n	%
Une salle de consommation	10	21,7
Des structures de nuit de bas seuil	22	47,8
Des centres d'hébergement pour les personnes dépendantes	32	69,6
Des distributeurs/récupérateurs automatiques de matériel d'injection	23	50,0
Des structures de bas seuil (fixe ou mobile) distribuant de la méthadone	10	21,7
Plus de structures distribuant du matériel d'injection	16	34,8
Une communication (brochures, affiches...) mieux adaptée aux différents types de public (par exemple traduite en différentes langues)	16	34,8
Plus de travail en réseau, une meilleure collaboration avec les partenaires	13	28,3
Des espaces/actions spécifiques pour des UDI en particuliers (femmes, parents, jeunes, populations d'origine étrangère)	7	15,2
Plus de pharmaciens s'impliquant dans la problématique de l'usage de drogues par injection	28	60,9
Une meilleure organisation dans la gestion du matériel usager	5	10,9
La valorisation du travail par les pairs	17	37,0
Autre	4	8,7

Recherche-Action RW UDI 2010.

III. Connaissance des UDI ciblés par l'étude

1. PROBLÉMATIQUE, HYPOTHÈSES ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

1.1. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE

Les observations de terrain, le retour des partenaires et les tendances générales issues des études existantes, que nous avons décrites dans la partie introductive de ce rapport, dressent le constat suivant : les dispositifs socio-sanitaires ne touchent pas suffisamment ou pas adéquatement certains publics spécifiques. Il est évident qu'une part des usagers par injection échappe au dispositif de Réduction des Risques et aux services de bas seuil qui pourraient les accompagner dans leurs trajectoires. Par « public spécifiques cachés », nous entendons des usagers que l'on voit peu ou pas, parce que les structures ne correspondent pas à leurs attentes, parce qu'ils s'y sentent mal, parce que les modalités d'accès ne leur conviennent pas, ou encore parce qu'ils connaissent mal l'offre de services socio-sanitaires. Les études et les observations de terrains considèrent que ces publics spécifiques sont notamment constitués par les femmes, les jeunes et les personnes d'origine étrangère. Ces observations nous ont conduits à cibler notre étude qualitative sur ces trois groupes en priorité.

La consommation de drogue, de façon générale, fait toujours partie d'un système qui articule plusieurs composantes liées au contexte, au type de produit et à la personne. Dans le cas de la consommation par injection, nos observations empiriques, celles de nos partenaires de terrain ainsi qu'une étude de l'OFDT¹⁵⁸, pointent la stigmatisation sociale comme l'un des grands facteurs déterminants de la santé des usagers par voie intraveineuse : ils sont victimes, plus que les autres usagers, d'une discrimination de la part des systèmes socio-sanitaire et de la société dans son ensemble. Ce stigmate les enferme dans leur logique d'injection et les amène à adopter des styles de vie particulièrement risqués. Ils multiplient les conduites à risques et ils sont souvent perçus comme des « dangers publics. » L'étude de l'OFDT ajoute le fait que la pratique de l'injection enfreint un tabou lié à la mutilation par les seringues. Ce qui participe encore davantage à leur mise au ban de notre société. La discrimination envers eux, les renvoie alors dans l'univers étroit des « toxico », un monde exclusif où leur dignité est bafouée et leur accès à la santé limité.

Nous avons donc considéré comme hypothèse de départ que la stigmatisation des usagers par voie intraveineuse constituait un facteur déterminant de leur santé. Nous avons travaillé sur ces trois publics, en abordant leurs trajectoires sous plusieurs angles, pour comprendre comment s'élaboraient les processus de stigmatisation, quel était l'impact sur leur style de vie, sur la manière d'utiliser l'offre de services socio-sanitaires, sur les pratiques de consommation et

158. Bouhnik P., Touzé S., Valette Viallard C., *Sous le signe du « Matos » Contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psycho-actifs*, RESSCOM – Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires, OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), avril 2002, p. 200

les prises de risques. Nous avons aussi cherché à comprendre les contextes et les circonstances d'entrée en consommation par voie d'injection.

Nous avons opérationnalisé cette hypothèse de base en élaborant les questionnements de recherche (ce que l'on cherche à savoir) autour de trois axes :

1.1.1 Stigmatisation, liens sociaux et relation aux autres

De quelle manière la stigmatisation, le jugement moral ou le rejet peuvent-ils agir sur le comportement de l'utilisateur? Ont-ils modifié leur réseau social, leurs relations? Quelles sont les conséquences? D'où provient la stigmatisation éventuelle? (hôpital, maternité, médecin, police, amis, famille, ...). Comment est-elle vécue, avec quelle influence sur la prise de risque sociale et sanitaire, sur la prise en charge de sa santé? Quel impact sur l'estime de soi et quels liens avec la maîtrise de la consommation, la qualité de la vie? Qu'en disent-ils? Quelles sont les expériences individuelles liées à la discrimination? Cela a-t-il été parfois un frein dans leur vie? Comment?

1.1.2 Les conditions sociales, les contextes d'usages et les modalités d'engagement

Quelles sont les circonstances de l'usage? Quels sont les lieux et les conditions? En rue, en squat, à la maison? Pourquoi dans ces endroits? Quelles sont les incidences du lieu sur la prise de risques? Quel est l'état d'esprit en général et au moment de l'injection? Quels sont les risques pris et perçus? Quelles sont les conditions particulières de consommation des publics qui nous intéressent? Qui sont ceux qui accompagnent ces consommateurs? Qui sont les « initiateurs »? Quelles sont les modalités d'engagement? Comment se passe la première fois, dans quelles circonstances?

1.1.3 L'accès aux services de bas seuil et l'identification des besoins

Quelle est la nature des contacts sociaux et sanitaires des usagers? Ambulatoire non médicalisé, ambulatoire médicalisé, hospitalier, résidentiel? Les horaires sont-ils adaptés à leur rythme de vie? La qualité de l'accueil est-elle satisfaisante? Qu'est-ce qui est apprécié? L'accès aux lieux d'échanges est-il aisé, en termes de proximité? Quels sont les services proposés les mieux appréciés? Pourquoi? Excepté l'échange des seringues quels sont les services appréciés dans un comptoir? (qualité de l'écoute, discours des éducateurs, accompagnement social, conseil...). Pourquoi? Quelle est la perception de l'accessibilité des comptoirs? Que peuvent apporter les programmes mobiles? Comment se passe le contact avec les pharmaciens? Comment sont-ils perçus? Quelle est la perception de leur santé physique et mentale?

1.2 OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif général de cette partie est de nature **compréhensive**. Il s'agit de chercher à connaître et à comprendre ce qui fait sens pour ces usagers dit « cachés ». Il s'agit de **documenter** les trajectoires de soins et les styles de vies en allant à la rencontre des personnes, en prenant le temps de les entendre, afin de **rendre compte** des points de vue, des expériences et des représentations.

L'objectif opérationnel final veut ouvrir des pistes de réflexions et des éclairages qui permettent d'améliorer la qualité des stratégies de promotion de la santé à destination de ces usagers.

Nous avons également des objectifs en termes de participation des usagers et des partenaires, le principe de la recherche-action étant un principe démocratique inscrit profondément dans la philosophie d'action des porteurs de cette étude. Dans cette optique, nous considérons les usagers comme des citoyens à part entière capables de se prendre en charge, de réfléchir à leurs pratiques. Nous considérons également les partenaires comme partie prenante dans la réflexion sur les pratiques.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 EXPLICATION DE LA DÉMARCHE DE L'ENQUÊTE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE

Concernant les usagers par voie intraveineuse, au stade des connaissances actuelles, il est impossible de tirer des généralités valables pour tous les publics et en toutes circonstances. Nous avons donc considéré que l'approche socio-anthropologique constitue la technique d'enquête la plus appropriée pour produire des connaissances qui permettent de mieux comprendre ces publics fuyants et qui se dissimulent à cause de l'illégalité de leurs pratiques. Cette manière de produire des connaissances repose habituellement sur une pratique de recherche plutôt intensive qui se situe toujours dans un espace précis, avec une insertion, voire une implication du chercheur dans le milieu. Dans l'enquête de terrain, les informations sont de natures discursives, multifactorielles et non codées. Il n'y a pas de traitement statistique, ni de visée à la représentativité. Les données produites ainsi, informent sur des trajectoires, des processus, du sens et des logiques d'actions dans des contextes donnés. Le chercheur avance par pistes de travail qui évoluent, il doit pouvoir improviser et s'adapter au contexte.¹⁵⁹

Compte tenu de la diversité des publics, de l'étendue géographique et des contraintes de calendrier, cette étude a donc un caractère strictement exploratoire. Nous disposons néanmoins, en termes de grille d'interprétation théorique, du travail incontournable de Pascale Jamouille, qui a étudié de manière approfondie depuis plus de dix ans les styles de vies liés à l'usage de drogues dans la région du Hainaut et à Bruxelles. Cette référence solide nous a permis de mettre en perspective, d'analyser et d'interpréter nos données, ce qui tend à rendre plausible nos interprétations malgré le caractère exploratoire de cette étude. Par ailleurs, nous avons couplé l'enquête avec une approche participative par questionnaire, afin d'apporter des informations complémentaires et quantifiées par rapport à ces publics.

2.1.1 Phase exploratoire

A. OBSERVATIONS DIRECTES ET ENTRETIENS EXPLORATOIRES

Nous avons mené des observations directes et des entretiens exploratoires auprès des structures partenaires dans trois villes wallonnes. Le but était d'identifier des sites d'enquêtes, d'affiner les questionnements de recherches et de sonder les possibilités pratiques de développement de l'enquête.

A Liège : Maison d'accueil socio sanitaire de bas seuil (Start) : entretiens avec le coordinateur et la responsable de l'accueil spécifique pour les femmes ; Accueil Drogue (comptoir d'échanges

159. De Sardan J.-P. O., *La rigueur du qualitatif, les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Collection Anthropologie Prospective n°3, Bruylant- Academia, Louvain-La-Neuve, 2009, p. 42

de seringues) ; Association ICAR (travail de rue auprès des travailleurs du sexe) : entretien avec la responsable.

A Charleroi : Entretiens et observations au comptoir d'échanges de seringues (Le Comptoir) ; participation à une séance de l'opération « Boule de Neige » avec des usagers ; visites et entretiens à l'abri de nuit de Charleroi ; entretien avec le coordinateur de DIAPASON / Maison d'Accueil Socio- Sanitaire ; entretien à la Division Prévention Drogues de la ville de Charleroi ; entretien avec Espace P (prostitution) ; discussion avec les éducateurs de rue travaillant pour Carolo Contact Drogue ; entretien à la cellule recherche et concertation de la ville de Charleroi.

A Mons : Discussion avec les éducateurs du lieu d'accueil drogue Synapse ; organisation d'un entretien collectif (focus groupe) avec des jeunes consommateurs d'héroïne (majoritairement en fumette, dont deux en injection).

Autres : La coordinatrice du Siréas, (service social d'aide aux étrangers, immigrés, réfugiés) à Bruxelles, nous a éclairé sur l'évolution de la problématique de la consommation auprès des étrangers.

B. SÉLECTION DES SITES DE RECHERCHES

Nous avons sélectionné les sites de l'étude durant la phase exploratoire, en fonction d'un critère prioritaire de faisabilité par rapport au calendrier, et compte tenu de l'ampleur de la thématique de recherche (plusieurs profils de publics, méfiance, pratiques cachées illégales). Nous avons également choisi les sites en fonction de la qualité des informateurs sur le terrain, car il fallait privilégier ceux qui seraient capables de nous introduire sans trop de difficultés auprès des publics concernés. La présence de partenaires qui acceptent de s'impliquer (temps et motivations) était également un critère de choix. Nous devions aussi tenir compte de la concentration des usagers en nombre et de la masse critique, car compte tenu, encore une fois, du calendrier serré, il était impossible de consacrer une phase exploratoire longue en dehors des zones de concentrations, en particulier pour des profils d'usagers différents. Nous avons identifié deux centres urbains, Liège et Charleroi, qui concentrent en région wallonne le plus grand nombre de seringues distribuées, avec plus de 100.000 seringues échangées par ville. Des partenaires qui partageaient nos hypothèses de recherche ont été identifiés durant la phase exploratoire, pour ensuite être intégrés dans la production des données.

2.1.2 Description du déroulement de l'enquête de terrain

Nous avons combiné plusieurs approches, dont l'imprégnation (discussion informelle, communication banale et non verbale, conversations, interactions diverses avec les usagers) et l'observation participante via l'accompagnement des travailleurs sociaux, en équipe avec des jobistes, sur le terrain pour ramasser des seringues usagées et les entretiens de type compréhensifs

Nous avons mis en place un dispositif qui permet de combiner la conduite d'entretiens et la participation des travailleurs sociaux (associés à la recherche comme « chercheur pairs »). Une technique dite de « remorquage » a été utilisée: le principe consistait à identifier un usager susceptible de connaître dans son réseau de connaissance un ou plusieurs autres usagers qui répondaient à l'un des trois profils recherchés.

Au départ, nous avons opté pour un ciblage d'usagers qui ne fréquentent pas du tout les structures. Après plusieurs semaines, nous nous sommes aperçus que cette approche du terrain n'était pas opératoire. Nous avons donc modifié la stratégie en autorisant la rencontre avec des usagers qui répondent aux profils, mais qui fréquentent quand même les services. Nous nous sommes donc attachés à rencontrer nos trois sous-groupes soit à partir d'un remorqueur qui nous emmenait en rue ou dans un domicile, soit via un éducateur qui organisait la prise de rendez-vous. Les éducateurs de Carolo rue ont également organisé une opération « coup de filet » aléatoire, qui a permis d'attirer des usagers qui étaient présents par hasard et qui n'étaient pas habitués aux services mobiles.

A. RELATION AVEC LES USAGERS ET POSITION DE RECHERCHE

L'entretien, même s'il se donne des objectifs de production de connaissance, est d'abord une relation sociale. Il faut lui permettre de s'installer, prendre le temps de trouver les repères qui aident à maîtriser les distorsions dues à toute relation d'enquête. Nous nous sommes appuyés sur notre expérience accumulée et nos automatismes, pour veiller à conserver une *réflexivité* qui identifie et ajuste les effets de distorsions de la situation d'entretien. Par exemple : les dérobadés, le désintéret, les incohérences, les sujets sensibles à éviter ou au contraire les thèmes motivants etc.

Nous avons du « apprendre à être » dans le monde où évoluent ces usagers de drogues, aux prises avec des états émotionnels et des comportements très instables. Un travail d'immersion et d'imprégnation a été nécessaire pour s'acclimater aux codes en vigueur dans ces milieux. Nous avons procédé via des discussions informelles, des visites, des observations dans les comptoirs d'échanges de seringues ou l'abri de nuit. Nous nous sommes largement inspirés de l'attitude des travailleurs sociaux qui sont au contact avec les usagers. Nous avons observé leur positionnement, en essayant de l'imiter, pour ensuite le transformer en une position de recherche destinée à produire de la connaissance. Les travailleurs sociaux nous ont ouverts *aux liens de solidarité secondaires* qui, dans une recherche de terrain, facilitent souvent la tâche du chercheur. Ces cercles de connaissance aident à surmonter les obstacles liés à la crainte du mépris de classe ou l'intrusion violente¹⁶⁰ de l'enquête. Nous avons directement bénéficié du capital de confiance que les travailleurs sociaux inspirent aux usagers.

Tous les entretiens ont été menés auprès de **consommateurs actifs**, ce qui a parfois influencé la durée des entretiens, vu leur temps de concentration parfois très limité. Ils recevaient un incitant financier, un principe peu orthodoxe, auquel nous n'avions jamais été confronté. Il est apparu très rapidement de façon évidente que cet incitant financier, dans le cas des usagers actifs, était au contraire une manière de reconnaître leur état d'urgence et de les légitimer. De manière très pragmatique, ils n'ont jamais de temps à « perdre », vivent perpétuellement dans l'urgence, en quête d'argent.

Nous n'avons été confrontés qu'à deux ou trois usagers qui ne se sont pas réellement impliqués dans l'entretien. Dans la plupart des cas, la démarche faisait sens pour eux, et nous entrions ainsi à deux dans une démarche de co-construction de savoir ; ensemble nous partagions les interrogations sur les thèmes abordés. L'enquête se positionnait rapidement dans un travail de production de connaissance à partir d'expérience de l'utilisateur.

160. Bourdieu P., (sous la direction de) *Comprendre*, dans *la Misère du Monde*, Ed. du Seuil, collection Point, Paris, 1993, pp. 902- 937

B. ORGANISATION ET DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

- Les entretiens d'usagers se sont déroulés en rue, au bistrot ou à domicile (pour cinq usagers de Charleroi), dans les locaux d'accueil Drogues à Liège, du Comptoir de Charleroi ou encore de Carolo Rue. Chaque entretien durait généralement de 45 min à 1h30, parfois 2h. Dans certains cas, quand le questionnaire n'avait pas été rempli au préalable, la fin de la conversation était semi - structurée sur base du questionnaire.
- Au total dans la catégorie «Jeunes de moins de 30 ans», 8 garçons et 2 filles ont été interrogés en entretien individuel. Un échantillon de jeunes injecteurs de moins de 25 ans à été rencontré à Liège, via Accueil Drogues. Un premier entretien collectif (focus groupe) exploratoire s'est tenu à Mons avec un groupe composé de 3 jeunes (moins de 25 ans) consommateurs d'héroïne en fumette et de 2 injecteurs. Un second entretien collectif non structuré s'est tenu à Charleroi avec 6 jeunes injecteurs.
- Dans la catégorie «Femmes», 12 entretiens individuels ont été réalisés, ainsi que plusieurs discussions informelles lors de la réunion de la plateforme Femmes & Violence organisée dans le cadre d'une recherche-action mené par Manu Condé (issu du centre «Le Rebond» à Charleroi).
- Dans la catégorie «personnes d'origine étrangère», 8 personnes originaires du Maghreb ont été entendues en entretien individuel, principalement dans les rues de Liège, et une personne d'origine caucasienne a été rencontrée à Liège. Cet entretien n'a d'ailleurs pas pu être enregistré vu la méfiance du répondant, très fuyant. De manière générale, les migrants se dérobaient aux entretiens, ils fuyaient le contact. Les questionnaires ont aussi été remplis de manière furtive par ces personnes particulièrement méfiantes.
- Au total, nous avons donc effectué des entretiens individuels auprès de 29 personnes, et 11 personnes ont été rencontrées en entretiens collectifs. La récolte de données via les entretiens individuels fut productive. Si les répondants n'étaient pas particulièrement réceptifs au départ (c'est seulement la perspective de recevoir un dédommagement qui les motivait initialement), ils étaient pratiquement tous, au terme de la discussion, satisfaits de ce moment d'expression libre.

C. OBSERVATIONS PARTICIPANTES ET DISCUSSIONS INFORMELLES

- Des discussions informelles avec les usagers qui fréquentent les structures de Liège et de Charleroi ont également été menées. Plusieurs ex-détenus ont été rencontrés de manière informelle. Nous avons effectué des observations et entretiens à l'abri de nuit rue dourlet, ainsi que 9 sorties dans les rues de Charleroi, sur des lieux de squats ou dans des recoins cachés, pour ramasser des seringues usagées.

2.1.3 Approche de recherche participative avec les travailleurs sociaux : explication de la démarche par questionnaire.

MÉTHODES MIXTES

L'approche participative inhérente à la recherche pouvait difficilement se mettre en place à partir de la seule technique de l'entretien, trop complexe à maîtriser de manière optimale dans un tel contexte. Il fallait donc un outil de contact, et nous avons mis au point un questionnaire. Il a été passé essentiellement par les «chercheurs pairs», c'est-à-dire les éducateurs et par le chercheur en charge de l'enquête. La combinaison de l'approche par enquête de terrain et la démarche participative a été un vrai challenge, pas toujours facile à concilier. Mener les deux approches de fronts à quelques fois pesé sur l'enquête de terrain. De même, au niveau de l'analyse des données, les compétences mobilisées et les cadres d'interprétations sont parfois

complexes à combiner. Pourtant, l'approche participative par questionnaire a facilité l'implication des partenaires dans cette recherche. Les données produites s'articulent et éclairent de manière complémentaire mais sous un autre angle les résultats discursifs. Nous les présentons au début du chapitre suivant, en première partie de la partie « usagers ».

3. RÉSULTATS DE RECHERCHE

3.1 LES PUBLICS CACHÉS : QUI SONT- ILS ?

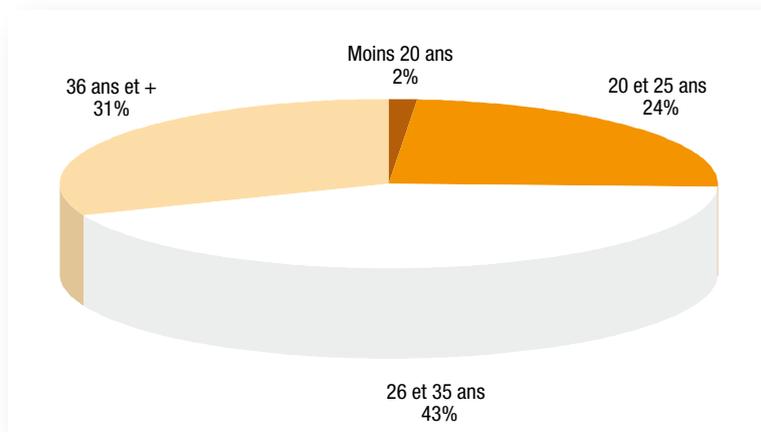
3.1.1 Préambule

Nous avons interrogé par questionnaires 67 personnes (voir partie méthodologie) issues des trois groupes cibles de la recherche. Afin de déterminer si les personnes interrogées figurent effectivement parmi les injecteurs les plus marginalisés et d'avoir un point de comparaison, nous avons comparé certaines données (notamment les variables socio-démographiques) aux données issues des opérations Boule de Neige récoltées de 2004 à 2008. Pour cela, nous avons constitué, à partir des données BdN menées sur Liège et Charleroi sur cette période, trois groupes correspondant à ceux de notre enquête. Nous n'avons en outre sélectionné que les UDI ayant déclaré avoir consommé par injection endéans le dernier mois précédant le remplissage du questionnaire ET qui ont également déclaré n'avoir jamais participé à une opération BdN précédemment.

3.1.2 Présentation des personnes rencontrées dans le cadre de la recherche via questionnaire (n=67)

Lors de cette enquête par questionnaire, 45 % des personnes ont été interrogées à Charleroi et ses environs et 55 % à Liège. Il s'agit de 45 % de femmes et de 55 % d'hommes. Leur âge se situe entre 17 et 52 ans, l'âge moyen étant de 31,57 ans et l'âge médian de 30 ans. La répartition des âges au sein de l'échantillon est présentée dans la figure suivante :

Figure 8 : Répartition des âges (%) – Analyses globales (n=67).



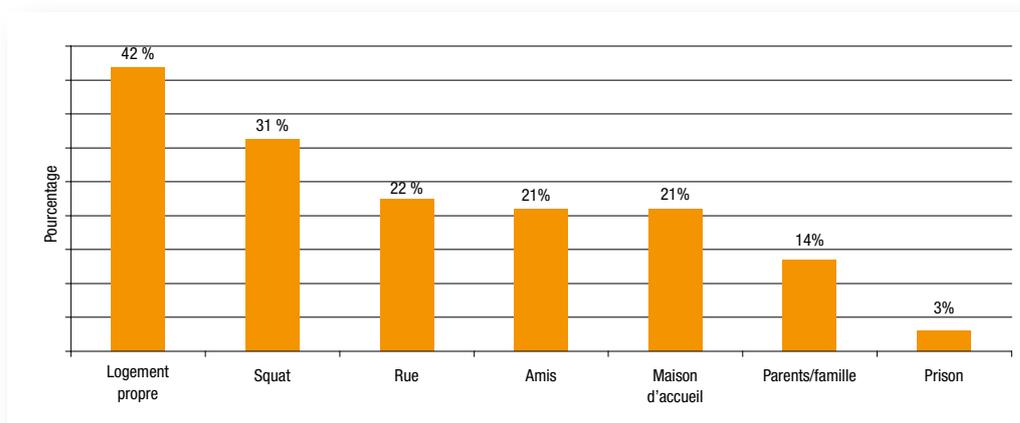
Recherche-Action. RW UDI 2010.

Au niveau du mode de vie, 28 % des personnes rencontrées vivent en couple et 67 % sont célibataires (inconnu 4,5 %) ; 46 % des personnes interrogées ont des enfants et 42 % des personnes qui ont des enfants vivent avec eux (plusieurs réponses possibles).

A. LOGEMENTS

Au niveau du logement, comme on peut le voir dans la figure suivante, 42 % des personnes interrogées dorment la plupart du temps dans leur propre logement, 31 % en squat, 22 % en rue et 21 % chez des amis ou en maison d'accueil.

Figure 9 : Logement principal (%) – Analyses globales (n=67).

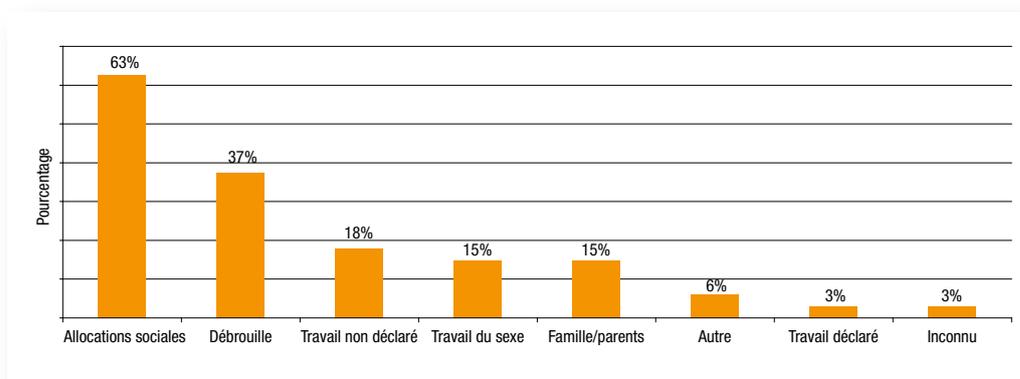


Recherche-Action. RW UDI 2010.

B. SOURCES DE REVENUS

Les sources de revenus sont très diversifiées. Les principales sources citées sont : les allocations sociales (63 % ; n=42) et la débrouille (37 % ; n=25). Ces chiffres doivent être relativisés par le fait que seulement 55 % des personnes interrogées sont en ordre de mutuelle (plusieurs réponses possibles).

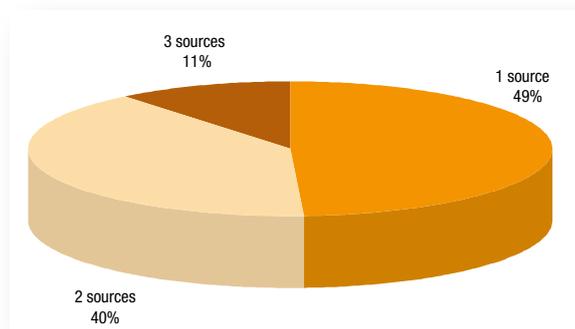
Figure 10 : Sources de revenus (%) – Analyses globales (n=67).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

Par contre, les sources de revenus doivent être combinées car seulement la moitié de l'échantillon n'en a qu'une seule.

Figure 11 : Nombre de sources de revenus différentes (%) – Analyses globales (n=65).



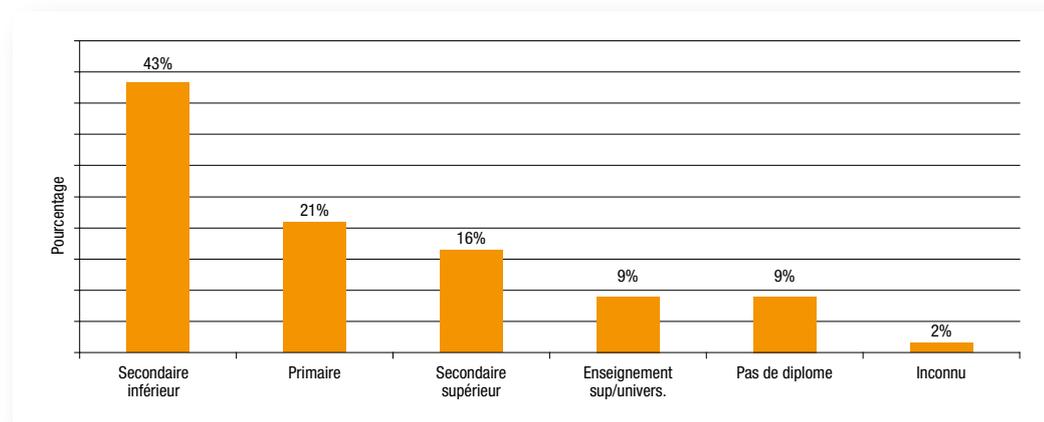
Recherche-Action. RW UDI 2010.

C. NIVEAU D'ÉTUDE ET ORIGINE

Le niveau d'étude est assez bas : 73% des personnes rencontrées n'ont pas obtenu de diplôme d'humanités supérieures.

37% des personnes rencontrées ne sont pas nées en Belgique

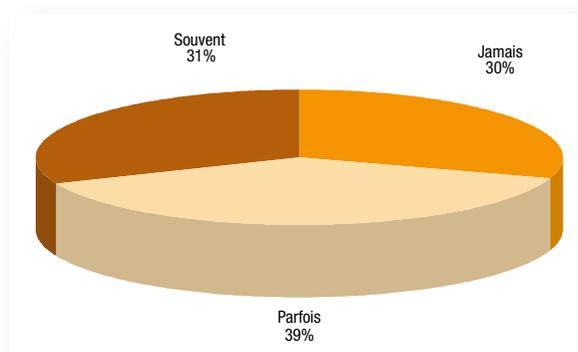
Figure 12 : Niveau d'étude (%) – Analyses globales (n=67).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

D. CONTACT AVEC LES ÉDUCATEURS DE RUE

Figure 13 : Contact avec les éducateurs de rue (%) – Analyses globales (n=67).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

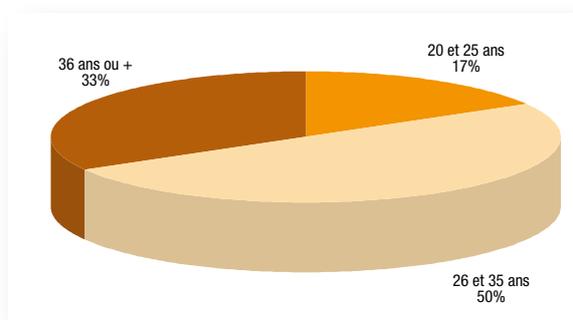
Les éducateurs de rue sont les travailleurs sociaux qui sont le plus en contact avec les publics précarisés, cachés et peu en rapport avec les structures institutionnelles. Il est intéressant de constater que 30% des personnes rencontrées ne sont pourtant pas en contact avec eux. Nous en investiguerons les raisons dans le chapitre suivant.

3.1.3 Par sous groupes

A. LES FEMMES (n=30)

47% des femmes ont été interrogées à Charleroi et ses environs et 53% à Liège. Leur âge se situe entre 21 et 48 ans, l'âge moyen est de 30,5 ans. Dans le sous-groupe BdN femmes (n=223), les femmes ont entre 16 et 74 ans et 30% d'entre elles ont moins de 25 ans. Nous avons donc rencontré ici des femmes relativement plus âgées.

Figure 14 : Répartition des âges dans le groupe « femmes » (% , n=30).

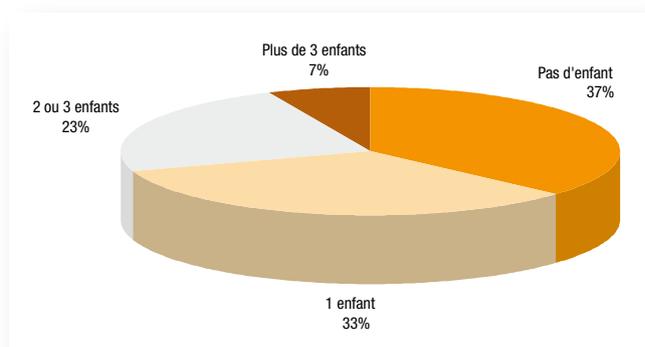


Recherche-Action. RW UDI 2010.

On s'aperçoit que les femmes rencontrées ici sont plus âgées que les femmes rencontrées dans le cadre des opérations BdN (n=223) où 30% ont en dessous de 25 ans. Nous avons touché une proportion importante de filles prostituées dans notre échantillon, ce qui constitue sans doute un biais. Cela vient confirmer que les jeunes, filles ou garçons, se dissimulent particulièrement et accèdent peu aux services de bas seuil. Par contre dans les deux groupes, l'âge moyen de la première injection est quasi identique: (21,13 ans et 20,78 ans).

53% des femmes rencontrées sont en couple et 63% des femmes ont des enfants (19 femmes). 42,5% des femmes qui ont des enfants vivent avec eux.

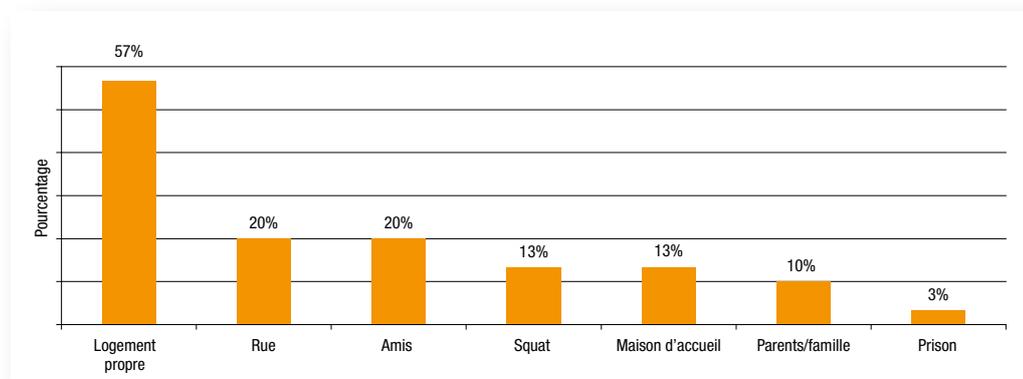
Figure 15 : Nombre d'enfants dans le groupe « femmes » (% , n=30).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

Logement

Figure 16 : Logement principal dans le groupe « femmes » (% , n=30).

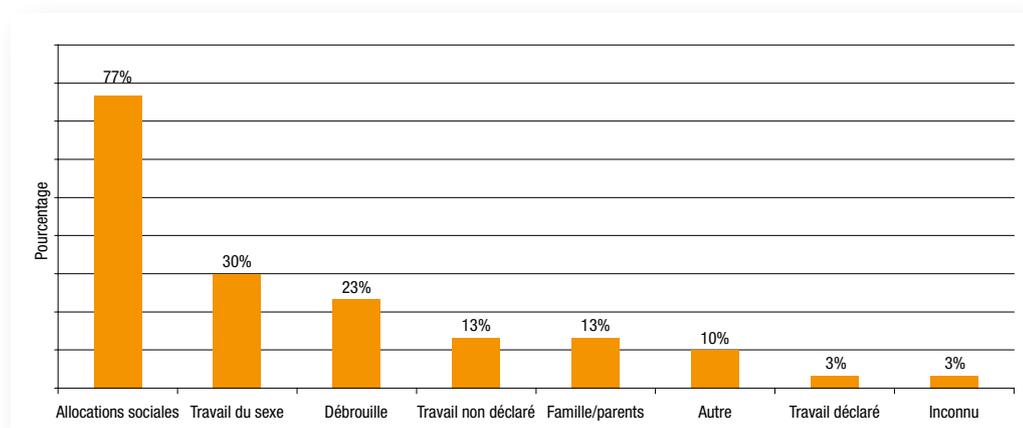


Recherche-Action. RW UDI 2010.

57% des femmes disent dormir la plupart du temps dans un logement qui leur est propre. Ce pourcentage est plus bas que chez les femmes du groupe BdN (n=223) où 69% disent avoir un domicile (d'autant plus qu'ici la question est : la plupart du temps). Nous avons donc bien touché un groupe particulièrement précarisé.

Sources de revenus

Figure 17 : Sources de revenus dans le groupe « femmes » (% , n=30). Plusieurs réponses possibles.



Recherche-Action. RW UDI 2010.

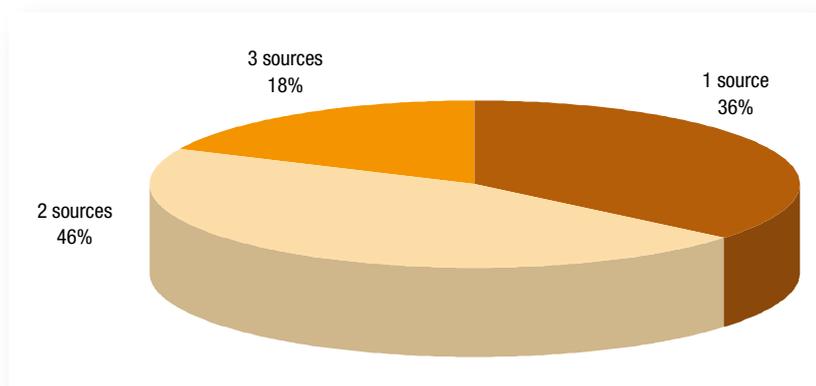
77% des femmes rencontrées bénéficient d'allocations sociales, 30% ont recours à la prostitution et 23% parlent de « débrouille » comme source de revenus.

Mais bien souvent une seule source de revenus ne suffit pas. Comme nous le constatons dans la figure suivante, il n'y a que 33% des femmes rencontrées qui n'ont qu'une seule source de revenus. Afin d'avoir une vision plus fine, il serait intéressant ultérieurement de voir combien de femmes qui disent bénéficier d'allocations sociales ont d'autres sources de revenus et quelle est la source principale.

Dans le cadre de BdN, 57% des femmes (n=223) disent avoir un travail rémunéré alors qu'ici aucune n'a de travail déclaré.

63% des femmes rencontrées sont en ordre de mutuelle alors que 78% des femmes (n=223) rencontrées lors d'opérations BdN sont, elles, en ordre de mutuelle.

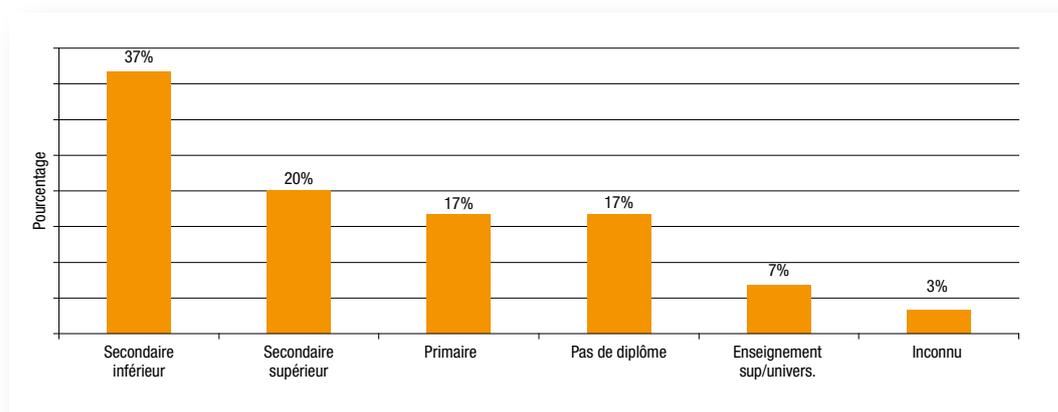
Figure 18 : Nombre de sources de revenus dans le groupe « femmes » (% , n=30).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

Études et origine

Figure 19 : Niveau d'étude dans le groupe « femmes » (% , n=30).

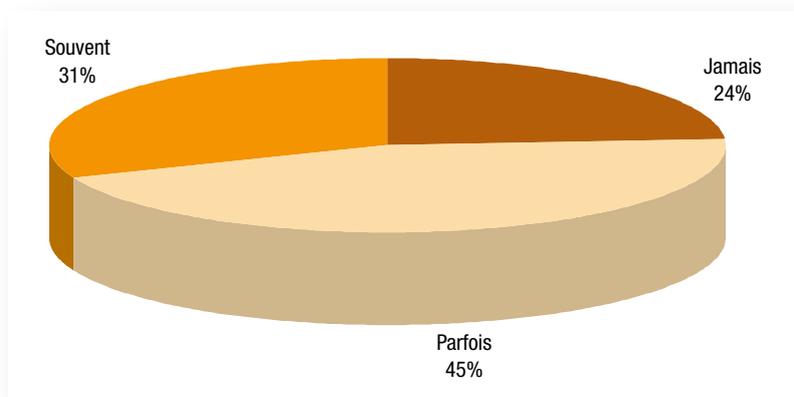


Recherche-Action. RW UDI 2010.

70% des femmes rencontrées n'ont pas terminé leurs humanités. 17% n'ont aucun diplôme et 17% ont uniquement un diplôme du primaire. Le niveau d'étude est donc assez bas. De nouveau, cela nous conforte dans l'idée que nous avons touché un groupe particulièrement précairisé (logement, niveau d'étude et de revenus) et donc particulièrement vulnérable. Ce constat est renforcé par le montant des sommes dépensées quotidiennement pour la consommation. 77% des femmes rencontrées sont nées en Belgique.

Contact avec les éducateurs de rue

Figure 20 : Contact avec les éducateurs dans le groupe « femmes » (% , n=29).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

24% des femmes rencontrées ne sont jamais en contact avec les éducateurs de rue. Il serait intéressant d'investiguer cet aspect par la suite et de voir à quelles structures ces femmes s'adressent.

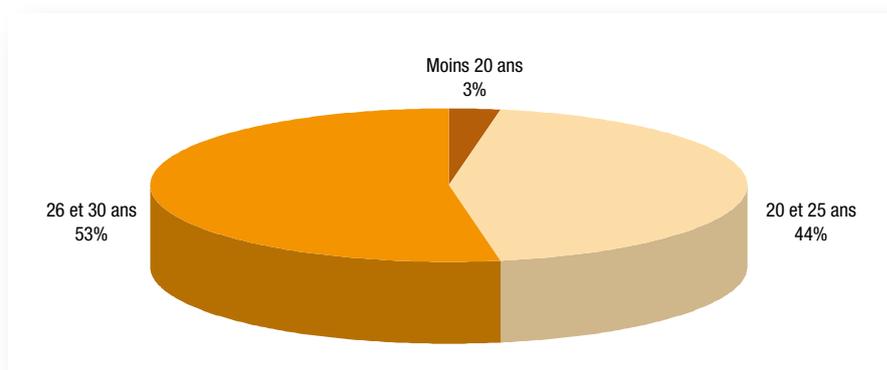
B. LES JEUNES (n=36)

61% des jeunes ont été interrogés à Charleroi et 39% à Liège.

42% sont des femmes et 58% des hommes, ce qui représente un taux comparable à celui des données BdN (60% d'hommes dans la tranche des UDI de moins de 30 ans).

Leur âge se situe entre 17 et 30 ans. L'âge moyen des personnes rencontrées est de 26 ans, ce qui est également comparable au sous groupe des UDI de moins de 30 ans (n=341) rencontrés lors des opérations BdN.

Figure 21 : Répartition des âges dans le groupe « jeunes » (% , n=36).

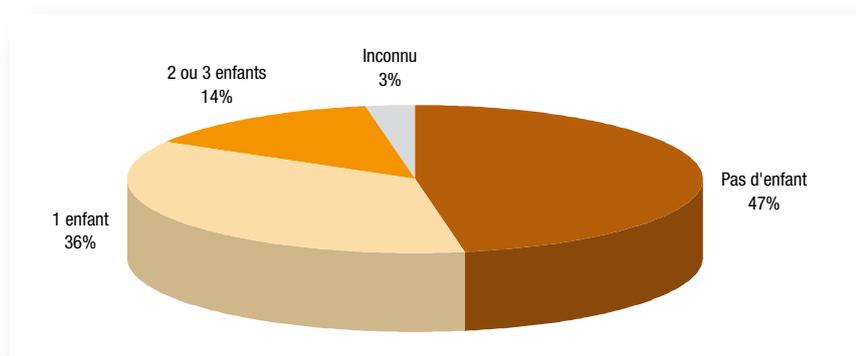


Recherche-Action. RW UDI 2010.

64% sont célibataires et 36% sont en couple.

50% ont des enfants (25 enfants pour 18 personnes) et 33% d'entre eux vivent avec leurs enfants.

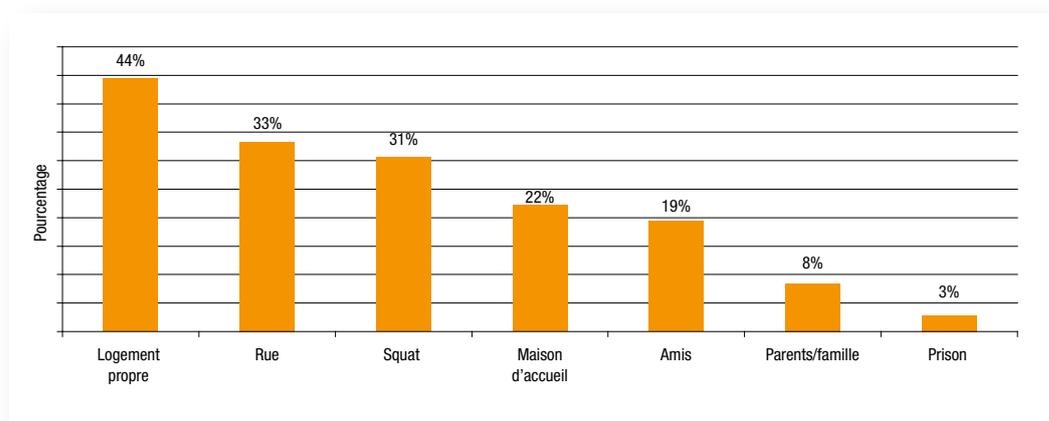
Figure 22 : Nombre d'enfants dans le groupe «jeunes» (% , n=36).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

Plus de la moitié ont des enfants en bas âge, ce qui est assez logique étant donné qu'il s'agit d'un groupe de personnes assez jeunes.

Figure 23 : Logement principal dans le groupe «jeunes» (% , n=36).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

Logement

Lors des opérations BdN, 60% des personnes de moins de 30 ans rencontrées ont un domicile propre alors que ce n'est le cas que pour 44% des personnes rencontrées dans le cadre de cette enquête.

La figure précédente présente une palette extrêmement diversifiée qui laisse entrevoir la multiplicité des dynamiques. Parmi les jeunes que nous avons rencontrés en entretien, certains répondent au profil des jeunes, en rupture familiale, en dé-liaisons que l'on voit apparaître depuis les années 2000. François Chobeaux ¹⁶¹ invite toutefois à se méfier de la catégorie trop

161. Chobeaux F., *Intervenir auprès des jeunes en errance*, Alternatives sociales, Préface de Julien Damon, Editions La Découverte, Paris, 2009, 154 pages

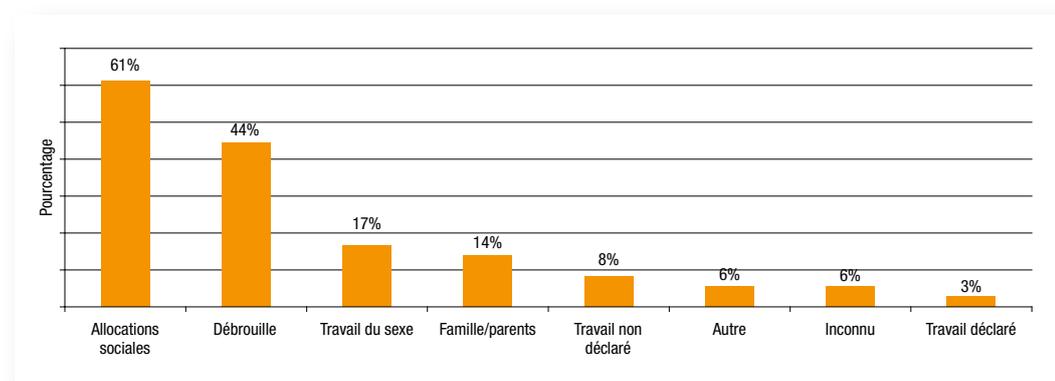
englobante des « jeunes en errance » qui ne rend pas compte de la diversité des parcours. Selon lui, cette catégorie trop générale n'est pas opératoire pour guider des politiques publiques.

Les jeunes de moins de 20 ans sans attaches: la débrouille

A Charleroi, de nombreux intervenants nous ont fait part de l'augmentation du phénomène des jeunes sans attaches, qui se trouvent en rue. Selon un éducateur, « *il n'existe pas de dispositif capable de les prendre en charge, tout le monde les remballé au niveau des institutions* ». Les juges notamment s'adressent de plus en plus aux structures sinon les jeunes risquent d'être placés. Ces jeunes accèdent à peu de structures de logement. Selon les observateurs, pour un jeune qui est déjà dans un processus d'errance important, l'hébergement d'urgence n'est déjà plus un outil. En effet, l'hébergement d'urgence ou occasionnel n'est pas une solution durable dans sa stratégie quotidienne qui est une stratégie de débrouille. Pour Stéphane Catarossi, éducateur au Point Jaune, les jeunes qui sont réellement dans la rue, dans l'errance, sont sans doute ceux qui prennent le plus de risques. Ils voyagent d'une ville à l'autre, notamment entre Bruxelles et Charleroi « *... ils viennent de manière hebdomadaire, on les voit au moins une fois par semaine et ils se connaissent. Ils ont un réseau incroyable, ils s'hébergent mutuellement et se trouvent parfois dans des squats où ils s'invitent les uns les autres. Parfois, ils trouvent des appartements qu'ils partagent. Certains des appartements sont en semi-autonomie (services d'aide à la jeunesse). En principe, ils ne peuvent pas inviter d'autres jeunes mais ils le font quand même. En réalité, ils ne savent pas gérer la solitude. Ils se mettront même souvent en échec par rapport à l'appartement* ».

Sources de revenus

Figure 24 : Source de revenus dans le groupe « jeunes » (% , n=36).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

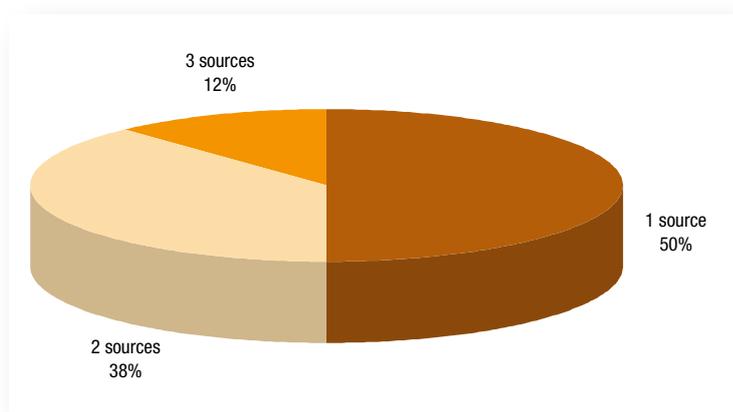
Lors des BdN, 53% des jeunes rencontrés (=341) avaient un travail rémunéré et 72% étaient en ordre de mutuelle alors qu'ils ne sont que 61% ici. De même, 53% des jeunes rencontrés (=341) dans le cadre de BdN avaient un travail rémunéré alors que seulement 2,8% des jeunes interrogés signalent avoir un travail déclaré et 8% un travail non déclaré. 44% des jeunes rencontrés citent la débrouille comme source de revenus (plusieurs réponses possibles).

Pascale Jamouille explique combien les prises de risques font partie des codes de conduite des jeunes des banlieues ou dans la rue. Certains milieux du Hainaut, fortement criminalisés

produisent les normes de comportement auxquels les jeunes s'identifient pour construire leurs identités.

« Ils doivent s'endurcir pour montrer qu'ils grandissent. Pris dans ces logiques, certains finissent par banaliser la violence, elle s'intègre dans leur quête de reconnaissance. Ils cherchent à montrer qu'ils ont de l'assurance. Le milieu du business est très dur. Le recours aux substances psychoactives permet de lutter contre l'insécurité émotionnelle, de masquer sa sensibilité et d'adopter des comportements dominants respectés par les pairs ».

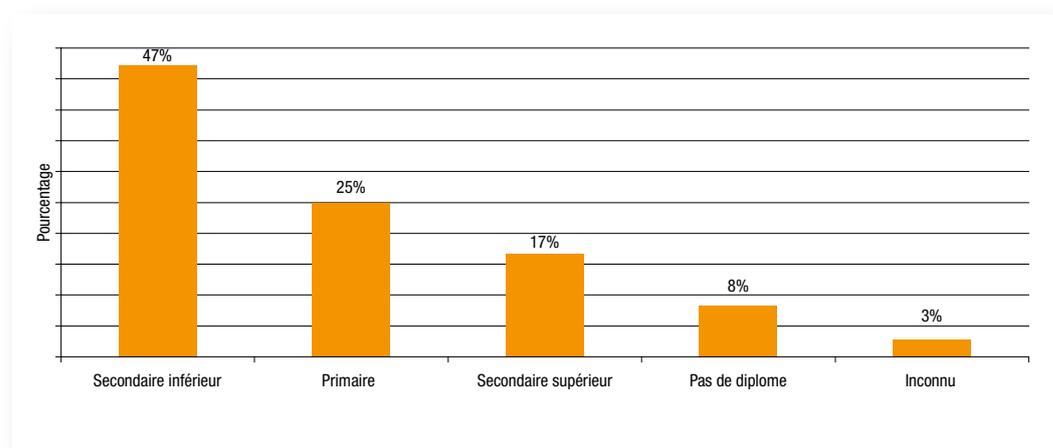
Figure 25 : Nombre de sources de revenus dans le groupe « jeunes » (% , n=34).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

Etudes et origine

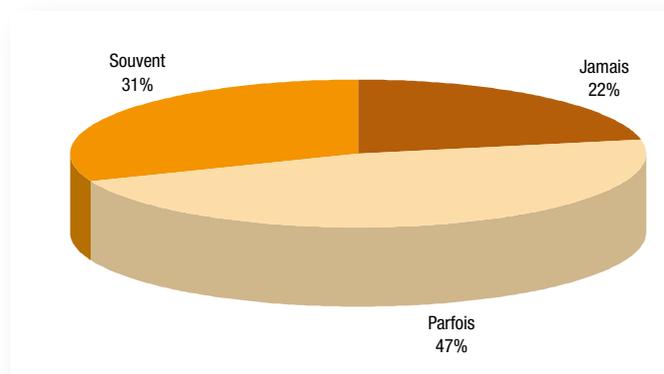
Figure 26 : Niveau d'étude dans le groupe « jeunes » (% , n=36).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

48 % des jeunes répondants ont un diplôme d'études secondaires inférieures ; 17 % ont terminé un cycle complet d'études secondaires, près de 9 % n'ont pas de diplôme et 26 % ont juste un diplôme de l'école primaire.

Figure 27 : Contact avec les éducateurs dans le groupe « jeunes » (% , n=35).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

Les éducateurs nous expliquent que de manière générale, même avec les jeunes qui ne sont pas dans une logique d'errance, il n'est pas simple de les accrocher « même ici, quand on fait les projets avec les jeunes, si on leur téléphone trois jours à l'avance, c'est trop loin dans le temps pour qu'ils soient présents, il faut leur téléphoner le jour avant et retéléphoner au matin pour être sûr qu'ils soient présents. Trois jours c'est déjà trop loin ».

C. LES MIGRANTS (n=26)

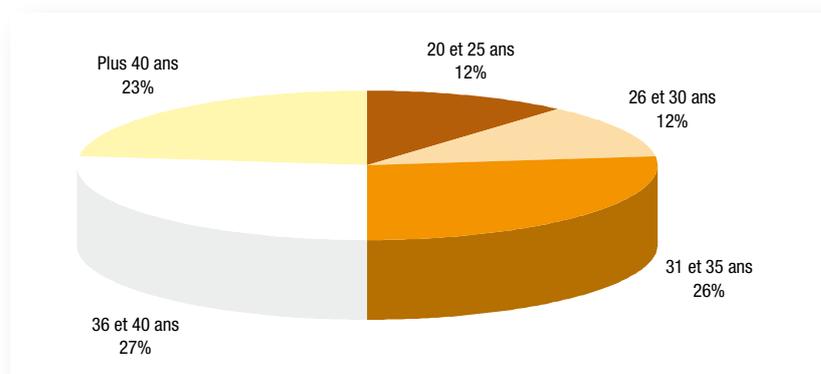
23% des personnes ont été interrogées à Charleroi et 77% à Liège. 23% sont des femmes et 77% des hommes. Nous n'avons réussi à entrer en contact qu'avec très peu de femmes migrantes et injectrices.

La répartition des sexes dans le sous-groupe des personnes étrangères (n=85) rencontrées lors des opérations BdN est la suivante : 41% de femmes et 57% d'hommes (2,5 inconnu). Nous avons donc ici réussi à entrer en contact avec très peu de femmes migrantes qui injectent.

L'âge des personnes rencontrées se situe entre 21 et 52 ans. L'âge moyen est de 35,5 ans, tout comme le médian (35,5 ans).

L'âge des personnes migrantes rencontrées dans BdN (n=85) se situe entre 17 et 74 ans, l'âge moyen est de 30,72 ans et le médian de 29 ans. Nous avons donc touché dans notre enquête des personnes plus âgées que dans les BdN classiques.

Figure 28 : Répartition des âges dans le groupe « migrants » (% , n=26).

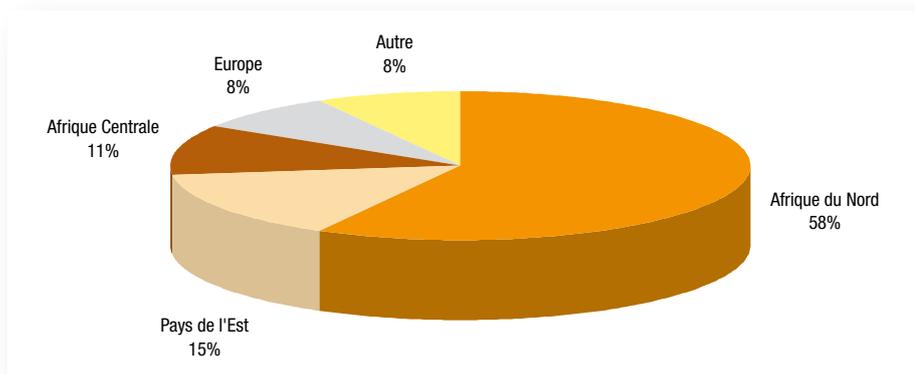


Recherche-Action. RW UDI 2010.

Comme nous pouvons le voir ici, 50% des personnes ont plus de 35 ans. 73% sont célibataires et 15% sont en couple (7,7% inconnu). 31% ont des enfants, 14 enfants pour 8 personnes.

Pays d'origine

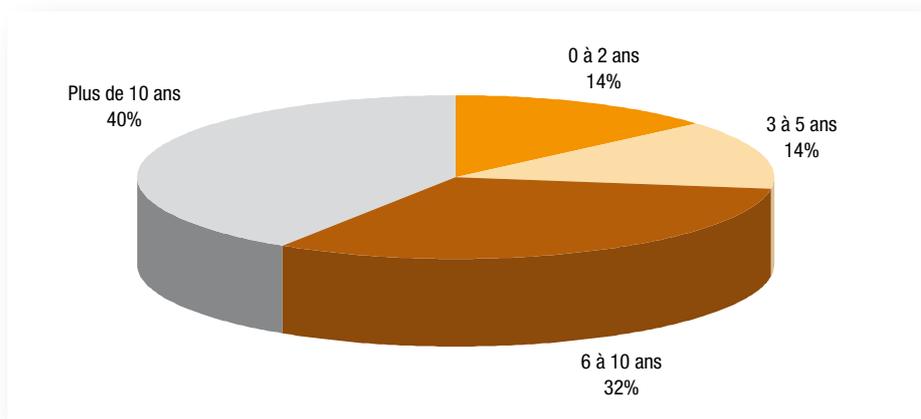
Figure 29 : Pays d'origine dans le groupe « migrants » (% , n=26).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

La majorité des personnes rencontrées viennent d’Afrique du Nord.

Figure 30 : Durée de vie en Belgique dans le groupe « migrants » (% , n=22).

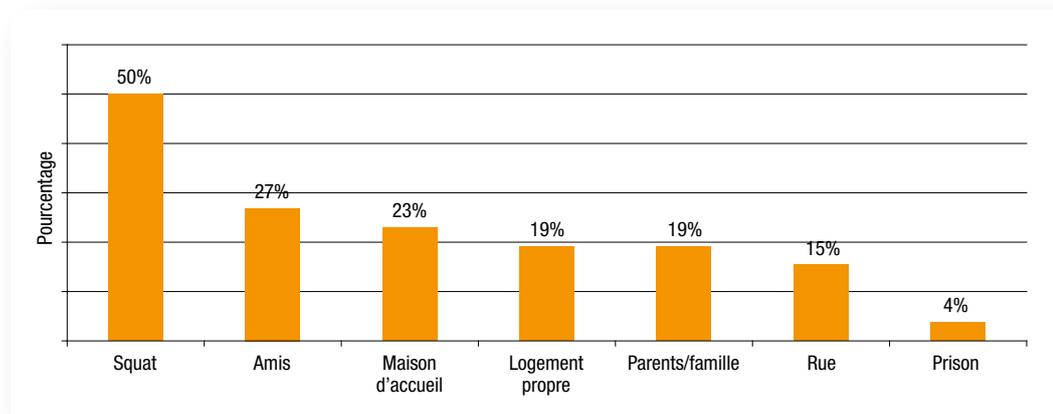


Recherche-Action. RW UDI 2010.

Nous avons touché peu de personnes qui venaient d’arriver en Belgique, la plupart y résidant depuis au moins 6 ans (72%).

Logement

Figure 31 : Logement principal dans le groupe « migrants » (% , n=26).

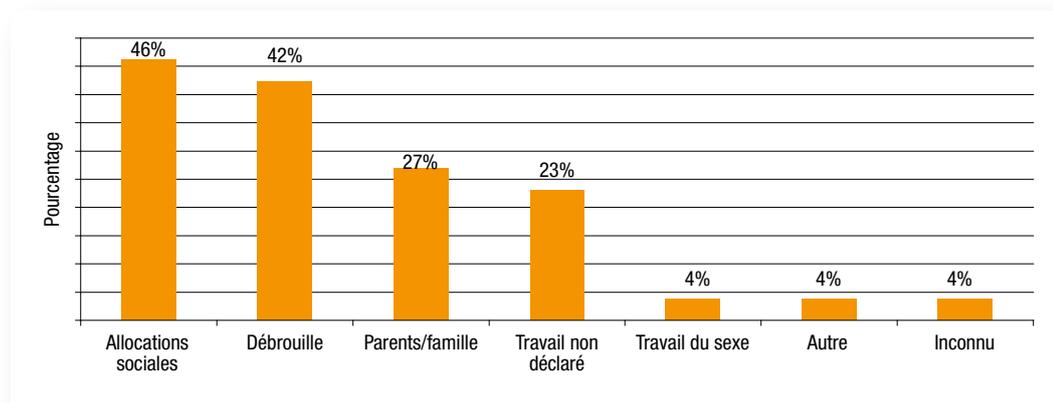


Recherche-Action. RW UDI 2010.

Le 1^{er} endroit cité est le squat (50%), suivi par les amis (27%). Seulement 19% disent dormir la plupart du temps dans un logement qui leur est propre. Par contre, dans les opérations BdN 56,5% des migrants (n=85) rencontrés avaient un domicile.

Sources de revenus

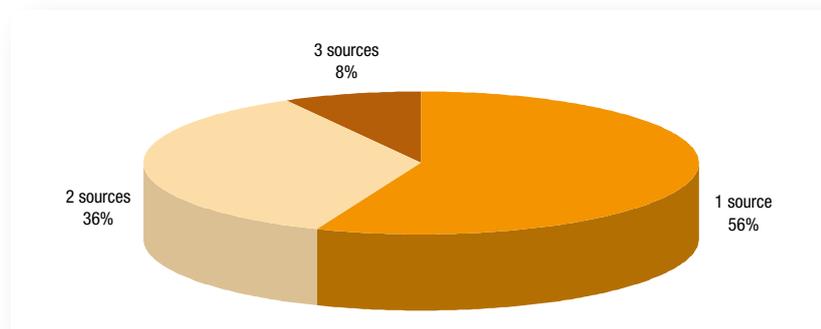
Figure 32 : Source de revenus dans le groupe « migrants » (% , n=26).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

46% bénéficient d'allocations sociales et 42% vivent de la débrouille. Dans les opérations BdN, 47% avaient un travail rémunéré.

Figure 33 : Nombre de sources de revenus dans le groupe « migrants » (% , n=25).

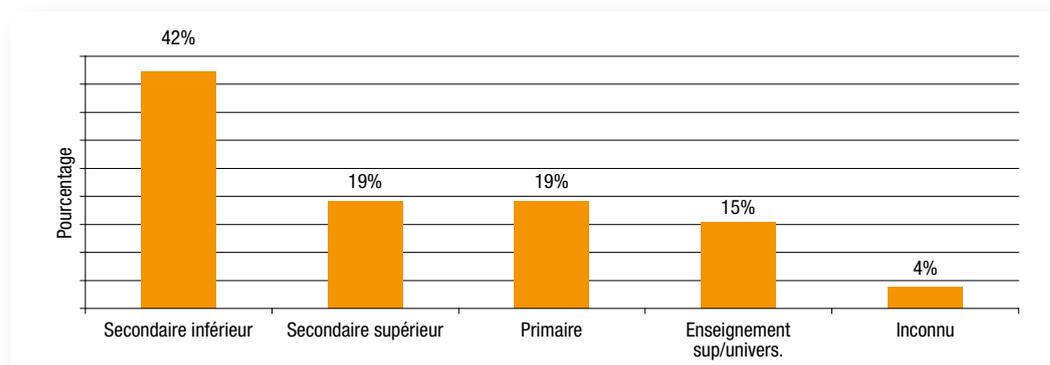


Recherche-Action. RW UDI 2010.

35% sont en ordre de mutuelle alors que dans les opérations BdN, ils sont 61%.

Niveau d'études

Figure 34 : Niveau d'étude dans le groupe « migrants » (% , n=26).

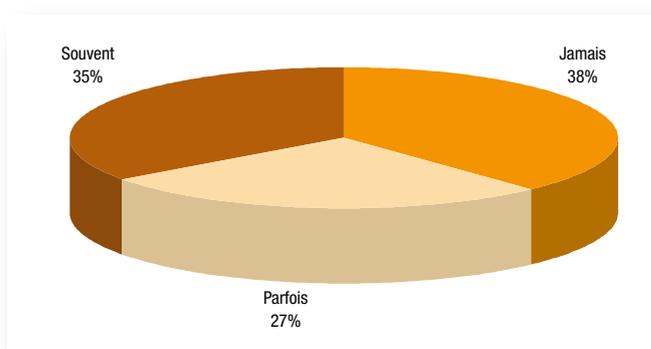


Recherche-Action. RW UDI 2010.

La majorité des jeunes sont en contact avec des éducateurs de rue (réponses parfois ou toujours). Notons cependant que presque 40% ne le sont jamais.

Contact avec les éducateurs de rue

Figure 35 : Contact avec les éducateurs dans le groupe « migrants » (% , n=26)..



Recherche-Action. RW UDI 2010.

3.1.4 Conclusions

Nous avons bien ici touché de manière générale des publics en plus grande situation de précarité (tant au niveau du logement, des revenus, d'une mise en ordre de mutuelle et d'un niveau d'études) qu'avec les opérations BdN. Nous allons dans la partie suivante les écouter nous parler de leur parcours, de leurs vies quotidiennes et des difficultés qu'ils rencontrent.

3.2 QUE VIVENT-ILS ? QUE DISENT-ILS ?

3.2.1 Introduction

Cette partie se base sur notre hypothèse qui postule que la stigmatisation constitue un déterminant des pratiques à risques et des styles de vie des usagers, en particulier chez ceux qui sous-utilisent les structures ou qui y sont sous-représentés. A travers des fragments d'expériences de vie et le point de vue des usagers, nous avons tenté de rendre compte des aspects apparus de manière récurrente dans les entretiens. Ces paroles d'usagers permettent de comprendre comment s'opère la stigmatisation et quelles peuvent en être les conséquences sur la qualité de leur vie. Les usagers ont décrit la manière dont ils interprétaient le regard porté sur eux par les personnes qu'ils croisent dans leur vie quotidienne. Nous verrons comment ces regards influencent la nature de leurs relations sociales et leurs pratiques de consommation.

3.2.2 Stigmatisation et liens sociaux

La stigmatisation des usagers de drogues par injection agit à de multiples niveaux, tant dans les sphères privées que publiques. Elle peut venir des institutions médicales, sociales ou judiciaires. Elle s'exprime également à l'intérieur des familles ou au sein du cercle des usagers de drogues eux-mêmes. Notre enquête exploratoire montre, tant à Liège qu'à Charleroi, que le mode de consommation par injection induit une représentation collective négative du « *toxicomane* », celui auquel aucun usager ne veut jamais ressembler. Cette image sociale n'est pas neuve, elle est inscrite dans l'inconscient collectif depuis les années 70. Elle a été forgée durant la décennie suivante, notamment à partir d'une image caricaturale du « *junkie* », associée à une forme de violence, de marginalisation et de délabrement physique. Patricia Bouhnik explique, dans une étude réalisée pour l'OFDT¹⁶², que ces représentations ont peu changé au fil du temps, ce qui rejoint ce que nous avons constaté dans les rues de Liège ou de Charleroi, auprès des jeunes usagers. Cette représentation stéréotypée de l'usager par injection imprègne toujours les esprits et traverse les clivages liés à la différence d'âge, au genre ou à l'origine culturelle. L'autre facette courante que nous avons observée touche à l'image du « *faible* » de celui qui s'injecte, incapable de se prendre en charge, coupable de jouir du plaisir procuré par la consommation de drogues illégales. Il ne peut donc « s'en prendre qu'à lui-même » s'il a des problèmes. De nombreux usagers ont intégré ces images et culpabilisent. Certains pensent que les services qui leur sont proposés sont très satisfaisants, que rien ne peut vraiment venir les aider, car tout dépend d'eux.

162. Bouhnik P, Touzé S., Valette Viillard C., Sous le signe du « Matos » Contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psycho-actifs, RESSCOM – Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires, OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), avril 2002, p. 19

Le niveau socio-économique participe aussi à créer le stéréotype du « *toxicomane* ». Dans ce sens, précisons que le contexte des sites de notre étude est particulièrement défavorisé, avec des taux de chômage élevés et une grande paupérisation de la société depuis la chute économique des industries sidérurgiques.

Apparaît alors une sorte de double peine pour les usagers qui évoluent dans ces contextes socio-économiques en crise et gravement touchés par le chômage. Astrid Fontaine¹⁶³ s'est intéressée, dans une enquête auprès des usagers de drogues insérés socialement, au rôle de l'image et des représentations sociales dans la gestion des pratiques de consommation et la qualité de vie des usagers « nantis ». Dans ces univers privilégiés où l'on consomme aussi par injection, la disponibilité de l'argent et du produit ne pose guère problème grâce au statut socio-économique élevé. Astrid Fontaine explique que dans ce monde social, la catégorie du « *toxicomane* » n'existe pas, puisque cette catégorie serait liée à la précarité économique et à la marginalité. Pourtant, ici aussi, comme dans les univers socio-économiques défavorisés, l'estime de soi joue un rôle déterminant pour l'équilibre de l'usager. Dans ce monde privilégié, l'équilibre de la personne dans son environnement social est alors une affaire de « look » et de jeu social à entretenir. D'après cette enquête, le statut de « bourgeois » présente de nombreux avantages qui permettent d'échapper à la stigmatisation et à la répression liées à la condition d'usager de drogues. Le discours de « l'élite » et « des classes privilégiées » sur les drogues est alors révélateur de l'importance de l'influence des récits, autour de l'usage des drogues. Ce sont ces histoires qui créent la culture et les représentations sociales sur les drogues et sur ceux qui les consomment. C'est ainsi que des images sociales s'élaborent, circulent dans un milieu social et influencent directement les manières d'être et de faire.¹⁶⁴

Nous verrons que la figure sociale du « *toxico* » est omniprésente, et ce même au sein des services en contacts avec les usagers. Elle alimente une culture dominante et des récits communs qui entravent l'estime de soi de nombreux usagers.

Pour les jeunes montois, comme pour les adolescents fumant de l'héroïne rencontrés dans les rues de Charleroi¹⁶⁵, le consommateur par voie intraveineuse représente la figure emblématique du « *toxicomane*¹⁶⁶ » au sens le plus péjoratif du terme. Ces jeunes usagers tiennent à se distinguer du consommateur par injection qu'ils situent au bas de « l'échelle sociale » des consommateurs de drogues.

Ces jeunes de moins de 20 ans ne se considèrent pas comme « *toxicomanes* », cette perception d'eux-mêmes vient à l'opposé des discours auto-dénigrants tenus par d'autres jeunes usagers injecteurs, rencontrés lors d'un entretien collectif à Charleroi. Ces derniers appartiennent à une classe d'âge légèrement supérieure (21-29 ans), ils ont intégré une identité négative. Ils se disent « *toxicomanes* » à cause du regard porté par les autres. Leur style de vie diffère de celui des jeunes fumeurs : ils sont sans logement, vivent souvent en rue et consomment de grandes quantités d'alcool.

163. Fontaine A. *Double Vie, les drogues et le travail*, Editions Les empêchés de penser en rond, Paris, 2006, 214 pages

164. Idem, p. 77

165. Nous avons rencontré à plusieurs reprises des mineurs fumeurs d'héroïne sur de l'aluminium

166. Le terme « toxicomane » ou « tox » appartient à l'univers sémantique des usagers rencontrés. Il peut apparaître gênant au lecteur, mais dans le respect d'une démarche de recherche qui tend à rendre compte de ce qui fait sens chez les autres, nous avons choisi de respecter cette dénomination. D'autant que son utilisation systématique par certains usagers, constitue peut-être une manière provocatrice de se dire et de clamer son existence dans une société qui tend à les exclure

Les femmes qui consomment par injection et que nous avons rencontrées présentent, quant à elles, des profils variés. Certaines cumulent leur consommation avec le « travail du sexe » en rue et se surexposent dans un excès de visibilité en consommant sur la place publique. D'autres qui possèdent un logement mettent en place des stratégies (mensonges, délégation à un homme « protecteur », vie recluse) pour se cacher autant que possible. Elles n'assument pas la lourde charge de cette étiquette sociale négative, et ce d'autant plus que la protection et la garde des enfants sont des préoccupations centrales pour certaines d'entre elles. Elles craignent en effet que les enfants leurs soient retirés.

En ce qui concerne les personnes d'origine étrangère, qu'elles soient nouvellement arrivées ou intégrées, nous avons constaté qu'elles partagent les mêmes risques de discrimination, avec des conséquences similaires à celles des usagers d'origine belge. Par contre, la problématique de la consommation chez ces personnes se superpose à des vécus traumatiques et familiaux qui peuvent être différents. Ceux-ci relèvent notamment des problèmes liés à l'exil, au racisme, aux difficultés d'intégration, au dialogue interculturel au sein des familles, aux troubles identitaires des jeunes belges issus de parents immigrés. Les questions de santé mentale liées à l'exil ou à « l'entre-deux » culturel ont été soulevées par de nombreux informateurs concernant ces publics.

Nous veillons cependant à ne pas construire une approche culturaliste de l'usage des drogues en Belgique car pour ces personnes comme pour les autres, de multiples facteurs contextuels et personnels interviennent dans l'engagement dans ce type de consommation.

Finalement, le poids de **la honte et l'importance du pouvoir attribué aux regards des autres** caractérisent les trois publics que nous avons choisis d'étudier. L'intensité de la stigmatisation vécue par ces sous-publics résonne de manière singulière (par rapport aux autres usagers) pour un ensemble de facteurs liés aux contextes, à leurs histoires individuelles et à leurs identités (genre, classe d'âge, culture). Les conséquences directes sont d'autant plus marquantes qu'elles opèrent sur des personnes déjà éprouvées par des parcours de vies traumatisants (viols, violence domestique, désaffection, conflit familial, parcours en institution ...) et/ou aux prises avec les difficultés de l'exil, de la quête identitaire, de la précarité ou du chômage.

Selon l'étude de Pascale Bouhnik¹⁶⁷, les représentations sociales associées aux usagers par voie intraveineuse demeurent telles qu'elles contribuent à « [...] diffuser une appréhension uniformisée des problématiques de l'usage intraveineux et, par-là même des réponses à y apporter, qu'elles soient privées ou publiques ». Nous le verrons tout au long de cette étude, les représentations sociales sur les usagers influencent directement la manière dont ils utilisent l'offre de services sociaux, ainsi que la manière dont les professionnels les reçoivent.

Les fragments de conversations ci-dessous décrivent des lieux et des modes opératoires de cette stigmatisation engendrée par ces représentations sociales.

Cette description exploratoire vise à favoriser une meilleure connaissance des styles de vie de ces usagers, afin de générer des réponses qui s'ajustent à ce qu'ils sont ou ce qu'ils vivent et non pas à ce qu'ils représentent dans les imaginaires collectifs.

167. Bouhnik P., Touzé S., Valette Viillard C., *Sous le signe du « Matos » Contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psycho-actifs*, RESSCOM – Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires, OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), avril 2002, p. 200

Cette partie ne dresse pas un portrait de chacun des sous-publics usagers par voie intraveineuse. Elle fournit quelques éléments de biographies singulières et de discours qui aident à comprendre ce qui fait sens pour les usagers. Le texte s'organise selon une logique thématique, qui mélange les publics et fait apparaître les récurrences ou parfois les singularités issues de cette enquête exploratoire.

A. REJETE PAR LES SIENS, LA RUPTURE DU RÉSEAU NATUREL

→ LA PERCEPTION PAR LES PROCHES ET LA FAMILLE :

L'entourage proche appartient au réseau mobilisable par les usagers qui souhaitent modifier leur trajectoire de consommation ou simplement demander un soutien. Les usagers qui parviennent à traverser les périodes dangereuses pour leur santé et à maintenir un équilibre (conserver un appartement, se faire soigner, manger correctement ou lutter contre une déprime) ou qui parviennent à modifier une trajectoire de consommation (sortir de la rue, maintenir un sevrage, trouver un emploi...) mettent en avant le rôle de leur famille ou de leurs proches dans cette entreprise. Pascale Jamouille, dans son enquête dans le Hainaut¹⁶⁸, évoque le recours au réseau naturel comme levier qui permet aux usagers de réguler leurs consommations et de prendre en charge leur santé. Ce réseau composé d'un frère, d'un parent ou d'un ami peut alors inciter à limiter les risques pour soi et les autres.

Nous avons pourtant observé que ce réseau naturel peut aussi rejeter l'utilisateur et constitue alors le premier cercle de la stigmatisation qui détruit l'image de soi, laquelle est nécessaire pour se prendre en charge.

Plusieurs témoignages décrivent comment ces rejets par les plus proches ont été vécus.

→ “VOILÀ MADAME ! VOTRE FILLE EST DÉCÉDÉE D'UNE OVERDOSE”

Paule (35 ans), travailleuse du sexe, dans la rue. Elle consomme très régulièrement de la cocaïne et de l'héroïne par injection, elle est aussi sous traitement à la méthadone. Elle vit dans la rue depuis trois ans. En ce moment, elle essaie de sortir de la rue et d'améliorer ses conditions de vie. Elle est retournée chez sa maman pour lui demander de l'aide. Elle n'a pas été accueillie comme elle le souhaitait.

«J'ai dit à ma mère : «Au lieu de me fermer la porte au nez, tu devrais en profiter pour me voir, parce qu'un jour je ne serai plus là. Tu devrais avoir des remords en te disant : Tiens ?! Pourquoi je n'ai pas ouvert la porte ? Il faudra bien un jour ou l'autre te rendre à l'évidence. Quelqu'un te dira «Voilà madame ! Votre fille est décédée d'une overdose ou quelque chose comme ça»... Je lui ai dit : «Je vais mourir d'un manque ou d'une OD ou je vais me faire écrabouiller». Parce que quand je suis pêtée je traverse n'importe comment, je me fais tout le temps à moitié écraser. Ou quand je suis avec des clients en voiture, ils ne paient pas, ils me frappent ou ils me laissent dans les bois. Il n'y a pas que moi dans ce cas-là, nous sommes beaucoup à vivre ce genre de choses.»

168. Jamouille P., *Drogues de rue, Récits et styles de vie*, Préface de Michel Joubert, Ed. De Boeck Université, Bruxelles, 2000, p. 152

→ “**DÉMERDE-TOI, C’EST TA FAUTE !**”

Odette (42 ans) vit recluse et honteuse, depuis des années elle cherche à éviter autant que possible le regard des autres, en se terrant. Elle évoque le rejet de ses parents au début de sa consommation, il y a plus de 15 ans, ce qui constitue encore une profonde blessure.

Odette vit en couple avec son époux, dans une maison coquette au cœur d’un quartier champêtre, situé loin de la ville. Elle raconte toute sa fierté d’avoir réussi l’éducation de son fils, qui entame bientôt des études supérieures. Au moment de la rencontre, son époux est en prison, elle nous reçoit seule. Odette mène une vie discrète et recluse en maîtrisant sa consommation d’héroïne grâce à un suivi rapproché avec son médecin généraliste, le même depuis 15 ans. Elle injecte une fois par semaine de l’héroïne, et ce depuis l’âge de 20 ans. Elle fume ou sniffe de la cocaïne régulièrement. Elle explique comment sa famille a réagi quand elle commence à perdre pied, il y a longtemps déjà :

« La première fois que j’en ai parlé, j’ai dit, « je suis mal faut m’aider »... On m’a dit « démerde-toi, c’est de ta faute »... Mon gamin était tout petit, il avait un an. J’ai dit « je ne suis pas bien, je fais des conneries ». Mes parents habitaient là derrière, ils ne voulaient pas m’aider « on veut bien prendre le gamin mais toi, t’as qu’à te démerder, c’est ta faute ». Donc ils n’ont pas essayé de m’aider à m’en sortir. Et bon,... ils savaient aussi que mon homme était un toxicomane et le fait que je ne savais pas me séparer de lui, ils m’ont renié encore plus. En même temps maintenant ils m’approuvent parce que cela fait 24 ans qu’on est ensemble et que mes frères, ils sont divorcés et que nous, notre ménage, il va bien malgré... voilà... Et que mon fils est bien élevé et que les enfants de mes frères, eux, ont déjà été en prison et que moi, mon fils est bien élevé, même la cigarette il ne l’accepte pas. »

→ “**DE TOUTE FACON JE NE COMPRENDRAI JAMAIS LEUR TRUC, MAIS BON JE FAIS AVEC ...**”

Pour **Sarah (24 ans)**, issue d’une famille marocaine, la situation est quelque peu différente. Elle exprime clairement qu’elle a multiplié les conduites à risques depuis son adolescence en raison de l’absence de communication avec sa famille. L’usage de produits psychotropes constitue une étape supplémentaire qui la met à distance des siens, avec qui elle ne parvient pas à dialoguer. Sarah se situe dans l’entre-deux culturel des jeunes nés en Belgique et issus de parents nés ailleurs, ce qui met gravement à mal sa santé mentale.

Sarah justifie sa consommation comme une forme d’automédication pour supporter la communication impossible avec sa famille. Sarah est une jeune fille manifestement intelligente, à l’allure distinguée et la voix douce. Elle nous explique avoir été une excellente élève, sans problème, qui avait investi toute sa confiance dans l’école. Elle raconte sa tentative de suicide à l’école secondaire, un geste qu’elle interprète comme un appel à l’aide vers l’institution scolaire. Une forme de supplication pour que *l’école fasse le lien avec sa famille*, nous dit-elle. Appel dans le vide. Après une sérieuse crise de violence en classe, Sarah est envoyée à l’hôpital psychiatrique, en profonde dépression. C’était il y a bientôt 5 ans et aujourd’hui elle raconte qu’il lui suffit de passer devant son école pour vaciller. Sarah est aujourd’hui en retrait par rapport à sa famille, elle a quitté sa ville d’origine, Bruxelles, pour aboutir à Charleroi. Elle fréquente ainsi depuis peu et de manière sporadique le groupe d’usagers « hyper visible » du centre ville. Sarah voit rarement ses proches et ses anciennes connaissances. Sa famille la rejette et la catalogue comme

« folle » à cause de sa dépression (ou de son passage à l'hôpital psychiatrique). Et comme s'il était nécessaire d'ajouter un élément supplémentaire pour creuser le fossé avec sa famille, elle a fait une « mauvaise » alliance avec un non-musulman. Ceci achève de marquer sa mise au ban par ses proches.

« J'avais une amie qui venait me voir de temps en temps et depuis que j'ai quitté l'hôpital, je ne l'ai plus revue. Elle-même est musulmane, elle est à fond dans sa religion et bon, voila ! Moi je suis une pécheresse, parce que j'aime quelqu'un qui (hésitation...) n'est pas musulman. Ils le voient comme un animal (sourir exaspéré), je ne comprends pas. De toute façon, je ne comprendrai jamais leur truc, mais bon je fais avec ... ».

A partir de nouvelles affinités, Sarah tisse une autre identité, en dehors des siens. Le coût et les risques encourus pour cette quête identitaire nous paraissent élevés, car ce parcours d'obstacles entraîne une prise de risque maximale. Il s'élabore en opposition rude aux siens et au péril de sa santé. Pour l'instant, Sarah bricole, dans la souffrance, de multiples identités et il n'est pas certain qu'elle trouve une aide adaptée ou un médiateur qui lui permette de renouer avec les siens ou à tout le moins d'installer un dialogue compréhensif. Ce qui correspond pourtant à un besoin vital car elle a voulu mourir pour forcer le dialogue impossible avec ses parents.

La santé mentale des personnes d'origine musulmane, situées dans un entre-deux culturel, est mise à mal de manière brutale dans nos sociétés modernes « multiculturelles » et paupérisées. Pascale Jamouille dans une enquête dans les quartiers urbains de Bruxelles, peuplés de nombreuses communautés immigrées, décrit les souffrances transculturelles qui apparaissent de manière préoccupante. La dépression des femmes et des jeunes filles implique des souffrances psychologiques et parfois des prises de risques extrêmes.¹⁶⁹

→ “J’AI DES PARENTS FRANCHEMENT EXTRAORDINAIRES...”

A l'inverse, l'histoire de Leïla relativise toute approche culturaliste. Elle montre que les mentalités peuvent se mettre en mouvement. La famille de Leïla, malgré les réactions rudes de l'entourage, ainsi qu'un désir de traditions, est parvenue à maintenir sa cohésion, même quand leur fille a entamé une consommation de cocaïne régulière et adopté un style de vie lié aux drogues.

Leïla (48 ans) s'injecte de la cocaïne et fume de l'héroïne, elle est de nationalité marocaine mais elle a grandi en Belgique avec sa famille, dont la plupart des membres ont acquis la nationalité belge. Son témoignage éclaire le positionnement entre deux cultures qu'une famille d'origine marocaine peut adopter pour soutenir un de ses membres. Leïla a rencontré beaucoup de compréhension de la part de ses parents et de ses frères. Ils l'ont toujours soutenue. « ... J'ai des parents franchement extraordinaires, ils ne m'ont jamais rejetée, que du contraire, et mes frères aussi ».

Pourtant, la maman de Leïla tient aux traditions. Elle a tenu à ce que sa fille épouse un Arabe, nous dit-elle. Quelques jours avant la cérémonie au Maroc, Leïla est effrayée par la tournure des événements et veut tout annuler. Sa belle famille lui paraît trop traditionnelle, mais elle se marie quand même sous la pression et par amour. Mais très vite cela ne marche pas avec sa belle famille.

169. Jamouille P., *Fragments d'intime, amours, corps, solitudes aux marges urbaines*, éditions Alternatives sociales, La découverte, Paris, 2009, pp. 228-229

«Pourtant j'avais mis les points sur les «i» avant mon mariage.» Elle avait dit «qu'elle était une femme indépendante qui souhaitait continuer à travailler et à s'habiller comme elle le voulait». Mais «j'avais rien à dire, j'aurais dû les entretenir, je devais faire la femme soumise.»

Deux ans plus tard, c'est le divorce. Leïla tombe en dépression, rencontre des usagers et commence à consommer de l'héroïne, vers l'âge de 28 ans. Ensuite, elle passe à la consommation de cocaïne, ce qui lui fait perdre la maîtrise de son rapport aux produits, «une catastrophe» dit-elle. Elle explique que dans son entourage marocain le regard des autres et la *réputation* priment avant tout. Selon elle, ce n'est pas tant une question relative à l'islam ou à un élément culturel particulier, mais c'est «*l'amour propre touché*» qui pose problème à la famille marocaine. Dans le cas d'une fille qui se drogue, c'est «*la honte absolue*» nous dit Leïla.

Au début, ses parents ont essayé de la culpabiliser «*Ah mais t'as vu ! Tu t'imagines la réputation que tu nous donnes*», lui disait sa maman. Mais Leïla est en colère, la pression de la belle famille marocaine qui a ruiné son mariage l'a anéantie : «*Je m'en fous de la réputation, ils ne se sont pas gênés pour foutre mon mariage en l'air, ... j'avais de la colère*» dit elle. Ensuite, ces parents ont fermé les yeux, se sont dit qu'elle était malade, et ils ont fait face aux regards réprobateurs. Ils ont accompagné leur fille chez le médecin pour un suivi de traitement de substitution. Aujourd'hui, Leïla est séropositive depuis trois ans, à cause d'une seringue contaminée.

Nous avons rencontré plusieurs personnes (Odette, Jean-François, Paco, Max, Sarah) d'origine belge ou musulmane affectées par la réaction de leur famille, ce qui entrave leur capacité à restaurer une confiance en eux et à se prendre en charge. Dans ces situations, le contexte familial fait peut-être aussi partie des raisons de la consommation ou de la souffrance psychique. Nous avons aussi rencontré quelques usagers, comme Etienne, Aïcha, Slimane ou Leïla, qui maintiennent un contact étroit avec leurs proches. Ces parents vont alors accompagner leurs enfants dans leurs trajectoires à risques, par des petits gestes qui encouragent ou aident à garder la tête hors de l'eau (remplir le frigo, téléphoner, gérer le budget, les emmener chez le médecin...). La dimension culturelle n'est alors pas *de facto* placée comme élément déterminant.

Les dimensions culturelles et de liens sociaux primaires, que nous venons d'aborder, prennent une toute autre intensité pour les personnes d'origine étrangère sans papiers ou récemment arrivées, car non seulement le rejet de la communauté intervient rudement, en raison du poids des valeurs traditionnelles liées à l'honneur, mais en plus il opère dans le contexte douloureux de l'exil ou d'une errance parfois très longue pour de nombreuses personnes sans papiers.

Comme nous l'ont montré certains récits, il conviendrait d'investiguer davantage cet aspect pour documenter plus finement le phénomène, d'autant que, selon une association de terrain active à Bruxelles¹⁷⁰, certains indicateurs laissent penser que les pratiques de consommation se «durcissent» au sein de certaines communautés d'origine étrangère.

DOUBLE PEINE POUR LES PERSONNES SANS PAPIERS ET LES MIGRANTS

Ils ont quitté leur pays en quête de l'Eldorado, parfois avec un haut niveau d'études, comme Drice et Samir rencontrés à Liège, la tête pleine de promesses pour eux et leur famille. Certains ne maîtrisent plus de manière satisfaisante à leurs yeux leur consommation et se sentent

170. Information issue d'un entretien exploratoire auprès d'une association qui accompagne les étrangers à Bruxelles

rejetés par leur communauté d'origine. Ils assument dans la solitude et la culpabilité ce qu'ils vivent comme un échec. Aux problèmes liés à l'entrée dans une consommation problématique, s'ajoute la honte de celui qui n'a pas tenu ses promesses.

Comme on a déjà pu le comprendre, dans les communautés empreintes de traditions fortes, l'honneur n'est pas une notion anodine.

La dimension culturelle prend ici une toute autre intensité pour ces personnes d'origine étrangère sans papiers ou récemment arrivées en Belgique. Le déshonneur porté par celui qui a échoué en Europe, alors qu'il porte les promesses de réussite économique pour ceux qui sont restés au pays, peut être la source de profonds tourments qui compliquent les trajectoires de soins ou les stratégies de gestion des consommations problématiques.

→ CAS SINGULIER : LE RÉCIT DE DRICE, 35 ANS, LIÈGE.

«... marginalisé par ta famille, tes amis, par la société. Parfois t'as envie de te suicider !»

Il est arrivé de l'Afrique du Nord il y a bientôt 7 ans, avec un diplôme d'études supérieures en sciences économiques. Il est venu rejoindre sa sœur installée en Belgique depuis longtemps. Il n'avait pas de plans précis en tête.

«Là-bas, tout le monde a cette idée de l'Europe et veut venir pour améliorer la vie. On ne sait pas ce qui va arriver mais on se dit que c'est mieux que là-bas. On vient et après on voit ce qu'on peut faire.»

Après quelques temps en Belgique, Drice se casse le pied. La guérison se passe mal, dans la souffrance et dans un temps anormalement long. Son calvaire dure une année. «*A ce moment, un copain propose de soulager ma grosse douleur. On a fait quelques taches¹⁷¹*». Plus tard, alors que la douleur devient insupportable, un copain lui injecte de l'héroïne, «pour le soulager». C'est ainsi que Drice devient progressivement héroïnomane, à l'âge de 33 ans. Il dit connaître les risques (l'overdose, la mauvaise qualité des produits) et les craindre.

«Mais c'est plus fort que nous, c'est ça le problème. Ces trucs-là c'est plus fort, chaque fois on dit qu'on va arrêter, on va arrêter... Vous savez même la cigarette c'est difficile à arrêter.»

Drice accède aux mêmes structures de bas seuil que les consommateurs en ordre de papiers (notamment la Mass et Accueil Drogues). De la part des structures de bas seuil, il dit ne subir aucune discrimination, au contraire, il apprécie le contact. Il vient d'introduire une demande de cure pour un sevrage et il est en attente. Ce qui perturbe plutôt Drice en ce moment c'est le changement d'attitude de sa famille à son égard.

«Ils me disent : Quelle vie mènes-tu là? Tu cherches à arriver à rien!» C'est vrai, maintenant j'ai des papiers espagnols en ordre, mais à cause de cette consommation, je n'ose même pas aller dans mon pays. Mon frère là-bas m'a dit «Qu'est-ce que tu attends pour venir? Que fais-tu là-bas? Avant tu

171. Vocabulaire issu du milieu des consommateurs d'héroïne et de cocaïne en fumette. Il s'agit d'un mode de consommation dans lequel la drogue est fumée à l'aide d'une petite feuille d'aluminium, sur laquelle on fait fondre une dose de produit et dont la fumée est alors inhalée avec une paille. La dose de produit fondue formera alors « une tache »

disais ne pas venir à cause des papiers. Maintenant t'as les papiers et tu ne viens pas. Que fais-tu là-bas ? »

Drice pense que son frère est au courant mais qu'il n'ose pas lui en parler directement. Il supporte mal le regard porté sur lui.

« Quand ceux qui ne consomment pas te rejettent, tu te sens carrément humilié, marginalisé par ta famille, tes amis, par la société. Parfois t'as envie de te suicider. »

Il se sent plus durement rejeté par sa communauté culturelle d'origine que par sa société d'accueil.

« Les Algériens ou les Arabes en général rejettent carrément celui qui consomme, les Belges ne sont pas comme ça. Les autres ne te laissent pas rentrer dans les cafés algériens « On n'entre pas s'il vous plaît ». Et même s'ils te laissent entrer, ils te regardent d'une manière incroyable, ils te rejettent carrément. Cent fois plus qu'un Belge ! Ils sont plus stricts, pas tolérants. C'est comme quelqu'un qui a le sida et qui est rejeté par les autres. C'est comme si tu avais une maladie grave et que tu la propageais. »

Comment fais-tu pour vivre avec ça ? Pour avoir quand même des relations sociales ?

« Je limite mes relations au milieu des consommateurs. Je n'ai presque pas de relations, je te dis la vérité, ils ne t'acceptent pas sauf si tu caches ta consommation, mais de toute façon, cela ne dure jamais parce que cela se sait très vite. »

A écouter Drice, même s'il arrête sa consommation, il n'est pas certain qu'il retrouve un jour sa dignité dans le regard des siens.

Une assistante sociale, confrontée à divers profils de personnes d'origine étrangère, présente son sentiment concernant la réaction de l'entourage :

« Dans une famille musulmane, une personne qui consomme sera complètement mise à l'écart. On voit qu'il y a vraiment une rupture avec la famille pour ces gens-là. En plus, généralement, quand ils viennent du pays, ils sont ici depuis quelques années et donc la rupture est encore plus grande parce que la famille les oublie, elle ne sait pas ce qui se passe ici, elle ne sait pas que la personne consomme. Ou bien parfois la famille demande à ce que la personne s'en aille, quitte le pays, parce que c'est la honte d'avoir quelqu'un qui consomme dans la famille. On ne va pas essayer de comprendre ou d'emmener la personne en centre de cure ou d'aller voir un psychologue ou se demander : Tiens ? Qu'est-ce qui se passe ? Pourquoi mon fils consomme ? »

Selon la plupart des informateurs rencontrés, les usagers d'origine étrangère qui consomment par voie intraveineuse sont sans doute peu nombreux. Il ne s'agirait pas d'une pratique courante parmi ces usagers qui privilégient plutôt la consommation en *fumette*. Mais dans tous les cas, d'après certains professionnels régulièrement en contact avec les migrants, les usagers qui injectent ont une obligation de discrétion, à cause de l'intensité de la stigmatisation venue des migrants ou des autres immigrés. Ces travailleurs ont pu observer plusieurs cas concrets de personnes migrantes habituées aux services qui disparaissaient d'un seul coup, « *parce qu'ils sont*

dedans » nous disent-ils. « *Le plus compliqué pour ces personnes, c'est de le confier à quelqu'un* » confirment ces travailleurs.

De nombreux informateurs, tant usagers que travailleurs, à Liège comme à Charleroi, pensent que les nouveaux migrants, et particulièrement les jeunes, à force de côtoyer le monde de la criminalité lié au trafic, basculent dans des consommations problématiques.

« *Je suis tombé dedans* » constitue d'ailleurs une expression courante dans les deux villes.

A Charleroi, certains travailleurs sociaux ont même observé des changements d'attitudes récents parmi les migrants: « *Je n'ai jamais vu autant de « toxico » que cette année* », nous dit l'un d'eux. Cet afflux s'explique sans doute par un déplacement de la population vers le centre de la ville. En effet, au moment de notre enquête à Charleroi, tout le monde évoque le fameux « grand nettoyage citoyen » opéré par la population de Marchienne-au-Pont, pour anéantir le marché local de stupéfiants. Marchienne-au-Pont compte parmi les quartiers les plus cosmopolites de Charleroi, avec une grande population maghrébine.

DOUBLE PEINE POUR LES FEMMES

→ HONTE ET VIE RECLUSE POUR ÉCHAPPER AU REGARD

Nous avons rencontré un groupe de femmes en dehors du centre ville de Charleroi. Elles vivent avec leurs enfants et leur compagnon, et se terrent à l'abri des regards réprobateurs. Ces femmes, qui consomment depuis plus de 15 ans par injection, se fournissent en matériel d'injection en pharmacie. Elles sont suivies par un médecin généraliste qui leur prescrit de la méthadone et les accompagne dans leur parcours de consommation. Elles disent présenter une santé mentale fragile, avec des épisodes dépressifs importants ou des moments de paranoïa fréquents. Leur obsession consiste finalement à rester isolées autant que possible, à ne pas attirer l'attention et surtout à parvenir à maintenir l'équilibre actuel qui leur permet encore d'acheter le produit.

Aïcha (une quarantaine d'années) habite un joli petit quartier fleuri en dehors de la ville, entourée de ses enfants et de son mari, pour le moment en prison. Elle nous reçoit à la maison, ses jeunes enfants sont présents. Aïcha consomme par injection depuis de nombreuses années. Elle évoque son réseau social.

«... en fait je n'ai pas d'amis, dans ce milieu on n'a pas d'amis. J'ai des connaissances, ça oui, mais s'ils viennent chez moi, c'est pour la consommation.»

Elle maintient pourtant une relation d'amitié durable avec sa voisine, Odette. Elles ont grandi ensemble et consomment ensemble. Aïcha entretient également de bonnes relations avec sa maman qui tient un commerce où elle travaille régulièrement, c'est l'occasion pour elle de côtoyer des non usagers, ce qu'elle apprécie.

«Quand je vais chez ma mère, c'est là que je vois d'autres personnes, parce que c'est un commerce et qu'ils n'ont rien à voir là dedans, et là je ne suis plus une «Tox», alors je ne suis plus «La Tox», je suis différente. Ça se passe bien parce que je suis fort sociable et que j'ai grandi là dedans quoi... »

Pourtant cette incursion dans le milieu des non-consommateurs n'autorise aucune faiblesse de sa part car les regards deviennent alors dévastateurs. Au moment de notre entretien, Aïcha fait une pause dans le travail chez sa maman.

«Je n'arrive même plus parce que j'ai honte de moi, donc je n'arrive plus pour le moment à avoir des contacts avec les gens, je me cache plutôt, je m'isole parce que j'ai honte de moi, parce que j'ai fort maigri, ça se voit fort pour le moment. J'ai peur parce que je connais le regard qu'on porte sur moi. Elle craint les commentaires des clients : «oui Aïcha, elle est encore tombée dedans, elle est encore bien loin. Donc je reste souvent toute seule ou alors avec des copains qui viennent consommer, on consomme, puis voilà c'est fini au revoir et merci quoi !»

En outre, Aïcha dit qu'elle n'est pas en bonne santé mentale : elle traverse régulièrement des moments paranoïaques, ou elle culpabilise à outrance.

Lors de notre entrevue avec Aïcha et Odette, nous avons aussi conversé avec **Slimane (43 ans)**, le frère d'Aïcha. Nous avons évoqué l'existence des comptoirs d'échanges de seringues, des projets Boule de Neige qui permettent de s'occuper, d'apprendre des choses concernant la limitation des risques et de gagner un peu d'argent. Les éducateurs de Charleroi ont consolidé le début de relation entamé avec ces usagers isolés lors de notre enquête. Ils sont sortis de leurs zones géographiques habituelles de travail pour aller à la rencontre de ce groupe et y mener une opération Boule de Neige. Entretemps, depuis cet été, le même Slimane, consommateur usé, nous avait fait part de sa fatigue extrême et de son impossibilité à arrêter, malgré les tentatives. Slimane disait avoir entamé plusieurs cures au cours de sa carrière de consommateur, mais sans succès. Comme sa sœur, il mettait en exergue une mauvaise santé mentale et des relations familiales complexes pour décrire le contexte de sa consommation. Slimane est décédé cet été.

→ MÈRE ET "TOXICOMANE" : UNE IMAGE IMPOSSIBLE

Comment trouver son chemin pour accéder aux soins, aux cures et à la variété de l'offre lorsque l'on est maman et usagère par injection? Le poids de la stigmatisation, la confiance en soi, la compréhension des informations influencent la capacité à se prendre en charge et les stratégies de sortie de crise.

→ CAS SINGULIER : LE RÉCIT DE CAROLINE, CHARLEROI.

«... j'ai toujours peur d'aller dans un centre et après qu'on prenne mes petits»

Caroline (27 ans) a suivi une scolarité réduite car sa mère alcoolique ne l'emmenait guère régulièrement à l'école. Elle sait à peine écrire ; colérique, elle a suivi un enseignement spécial. Son premier enfant est né alors qu'elle était âgée de 18 ans et qu'elle fumait déjà de la cocaïne. Elle habite dans un appartement avec son mari, âgé de 49 ans, le père de l'un de ses deux enfants. Généralement, elle s'injecte la cocaïne et fume l'héroïne. Elle s'injecte l'héroïne de manière occasionnelle, surtout quand elle manque d'argent. Elle se cache et consomme à domicile :

«Oui je le fais chez moi et quand les enfants dorment donc... mais bon... j'aimerais bien arrêter quand même ! Mais j'ai toujours peur d'aller dans un centre et après qu'on prenne mes petits.»

Caroline est rarement en contact direct avec les éducateurs pour l'échange de matériel ou pour accéder aux informations, son compagnon sert d'intermédiaire. Elle n'utilise pas les services de manière optimale à cause de sa situation de « mère », parce qu'elle craint l'étiquette de « toxicomane ». A ses yeux, la consommation par injection renvoie une image sociale terrible : « tox, c'est grave, c'est le pire ».

L'overdose constitue sa plus grande peur sanitaire. Elle dépose alors la responsabilité de la protection de sa santé dans les mains de son compagnon.

«Mon ami s'y connaît bien. C'est mon homme qui me prépare mon truc.» Tu n'as jamais discuté avec un éducateur des aspects de protection ou de la santé ? «Non, non, personne. Y'a personne qui le sait. Même mon médecin traitant, il ne le sait pas. Il sait bien que je fume mais il ne sait pas que je fais ça. J'ai trop peur pour mes enfants». Comment fais-tu pour gérer le risque face à l'overdose ou les autres complications ? «Mon mari a été à l'armée et... Il sait quoi faire si j'ai ça quoi ! Parce qu'il a déjà sauvé des gens dans la rue, que j'étais là, je l'ai vu, donc je sais bien que s'il m'arrive quelque chose, mon mari est là quoi.» Tu comptes sur lui ? «Ouais pour ça, je compte fort sur lui, oui.» Les éducateurs demeurent néanmoins ceux qui lui inspirent une vraie confiance : «Ils sont compréhensifs, ils ne jugent pas, rien. Ils te prennent comme tu es et y a pas de différence. Eux, ils savent que je prends, mais ils ne savent pas que... (elle hésite, elle ne parvient pas à le dire ouvertement)». Que tu injectes ? «Voilà ! C'est pour ça que je ne voulais pas venir (à l'entretien) au départ, et c'est René (son mari) qui m'a dit : Vas-y ! Il m'a dit : ça te fera peut-être du bien d'en parler au moins. Mais il y a toujours une petite peur... »

Pourtant Caroline a fait du chemin, c'est sans doute ce qui lui a donné le courage de venir au rendez-vous pour notre entretien. En réalité, au moment où nous la rencontrons, elle est en train de terminer un cycle de parents-relais¹⁷² organisé par le Comptoir. Ces séances parents-relais ont enclenché chez elle un début de réflexion dans la manière d'assumer son rôle de mère. Notamment en respectant davantage la scolarité de ses enfants, en soignant sa relation avec eux. Elle a pris davantage confiance en elle, ce qui peut expliquer les ambiguïtés survenues en cours d'entretien. Elle tient un discours qui balance entre l'envie d'arrêter et une satisfaction de consommation encore manifeste.

Caroline, Sabrina, Odette ou Aïcha ont réussi à conserver la garde de leurs enfants, malgré un parcours de vie chaotique. Elles subissent pourtant directement le poids du regard porté sur elles, ce qui les pousse à déléguer les démarches vers leurs compagnons ou à mener une vie recluse loin des regards réprobateurs.

Pour certaines mères, l'appréhension du jugement des autres et la peur d'être considérées comme incapables de prendre soin de leurs enfants, parce que « toxicomanes », forment un double facteur qui peut avoir un impact sur leurs comportements et la manière dont elles utilisent les services offerts.

172. Le projet « Parent –Relais » consiste à mettre en place des groupes de parents (ex) usagers de produits psychotropes et/ou de parents en contact avec ce public afin qu'ils participent à une « formation » qui vise le développement des compétences parentales et l'accès à un rôle de pair apte à diffuser et à porter une information auprès d'autres parents (ex) usagers de psychotropes. »

B. DE LA VIOLENCE : «ETRE FEMME USAGERE ET TRAVAILLEUSE DU SEXE»

→ TRAVAILLEUSES DU SEXE : VIOLENCE DE L'ENTRE-SOI ET POUR L'ESTIME DE SOI.

Nous avons rencontré plusieurs femmes usagères qui avaient recours à la prostitution, souvent de rue, pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat des produits. La plupart de ces femmes sont d'ailleurs venues à cette pratique en raison de l'importance de leur consommation de drogue et donc du besoin toujours plus pressant d'argent. Nous avons constaté comment la violence des rapports sociaux à l'intérieur de ce monde apparaît de manière particulièrement brutale à l'égard des femmes prostituées et usagères de drogues par injection. Comme nous l'a expliqué une assistante sociale à propos des travailleuses du sexe, *«elles ont besoin psychologiquement de se distinguer les unes par rapport aux autres»*¹⁷³. La distinction entre la travailleuse du sexe non-consommatrice et celles qui par ailleurs consomment des drogues est une façon de *«tenir la tête hors de l'eau dans la prostitution. Jamais une personne prostituée ne dira «moi je suis comme elle» ou «nous faisons partie du même groupe»* Au contraire, on entend *«Moi, je ne suis pas comme elle, je viens ici pour faire mon travail. Et c'est encore plus fort entre 'toxicomanes' !»*

Cette assistante sociale explique que la situation est encore tenable pour les filles qui fument des drogues, *«mais dès qu'elles tombent dans l'injection, pour elles, c'est la décadence. C'est ce que les filles se disent entre elles. D'ailleurs, entre les filles qui fument et celles qui s'injectent : c'est la guerre !»*. Les filles prostituées, usagères par injection et à la rue, vivent des situations difficiles et les professionnels disent rencontrer plus de difficultés à installer et à maintenir le contact avec elles : *«Parce que pour ces filles, très peu de choses sont prioritaires, à part la consommation. Alors certaines personnes gèrent leur consommation et d'autres ne gèrent plus du tout»*.

Quel peut être le point de départ d'un changement de trajectoire pour ces personnes isolées, qui ont peur du monde, une santé mentale fragile ou une faible estime d'elles-mêmes ?

Les travailleurs sociaux qui développent des projets diversifiés ne s'adressant pas uniquement à l'aspect sanitaire ou à l'identité d'usager constituent sans doute le point de contact qui pourrait changer le cours d'une vie. Il s'agit en tout cas d'un des nombreux autres aspects qu'il conviendrait d'investiguer en profondeur.

Ce point sera par ailleurs alimenté dans la partie «Paradoxe des structures spécialisées qui produisent de la stigmatisation» concernant la volonté de certaines femmes d'être en contact avec des services d'aide et de soins, sans que soient mis en avant l'aspect «consommation de drogues» et, pour certaines même, l'aspect «prostitution».

→ LES "TOXI-PUTES" : DE LA VIOLENCE INSTITUTIONNELLE.

Les travailleuses du sexe de rue qui consomment par injection sont les cibles privilégiées de diverses formes de violences. Notamment la violence institutionnelle de la part de certains représentants des services de police et de justice. La condition singulière de ces femmes nous paraît intéressante à relever, car elle est symptomatique d'une manière de considérer les usagers

.....
173. Informations issues d'un entretien avec une assistante sociale qui travaille dans une association proposant des services d'aide aux travailleuses ou travailleurs du sexe

de drogues particulièrement dégradante qui perdure dans le temps et à travers les pays. La récente déclaration issue du dernier congrès mondial de lutte contre le sida, qui a eu lieu à Vienne, place le respect des usagers de drogues et la remise en cause de la prohibition des drogues au cœur d'une politique de santé publique efficace. «*La criminalisation des utilisateurs de drogues illicites alimente l'épidémie de VIH et a eu des retombées essentiellement négatives sur la santé et la société. Nous avons besoin d'une réorientation complète des politiques.*»¹⁷⁴.

Les usagers de drogues les plus précarisés se retrouvent au dernier échelon d'une politique de lutte contre les drogues qui montre ses limites. Les femmes travailleuses du sexe, de rue cumulent les peines à cause de leurs pratiques illégales, le racolage en rue et la consommation de produits illicites. Du coup, c'est comme si cette illégalité les projetait dans une «déshumanité», une zone de «non droits humains». Cette manière de faire envers les usagers de drogues n'est pas neuve, elle se retrouve de manière récurrente à l'échelle internationale. Elle résulte d'une approche globale qui criminalise les usagers. Au bout du compte, ils sont toujours lourdement pénalisés, alors que les trafiquants et les mafias gagnent du terrain et rongent nos systèmes démocratiques.¹⁷⁵

RÉCITS DE FEMMES : PAULE, NATACHA, SANDRINE, CHARLOTTE

→ PAULE (31 ANS, LIÈGE)

Elle a l'esprit clair au moment de notre entrevue dans un café, au centre ville de Liège. Elle porte une jolie tenue fraîche et du rouge sur les lèvres. «*Aujourd'hui, c'est bien, je suis propre, coiffée, maquillée ! Non, mais sinon je suis dégueulasse !*» Un ami, ancien client, a bien voulu l'aider en lui prêtant les vêtements de sa fille. Elle raconte ce qui vient de lui arriver : «*Le soir, je travaille, je fais le trottoir, j'essaie de faire un ou deux clients, mais c'est de plus en plus dur à cause de la police. Elle tourne tout le temps. Comme c'est interdit, s'ils t'attrapent, c'est le cachot.*» C'est ce qui lui est arrivé.

Elle poursuit sur un ton plaintif et marqué d'incompréhension face à l'injustice et l'acharnement:

«*Au cachot, les policiers ont pris ma gélule de méthadone ! Pourquoi ont-ils pris ma gélule ? Pourquoi ont-ils fait ça ? Ils m'ont pris mes deux seringues. Pourquoi ont-ils fait ça ? En plus, c'était un dimanche ! Ce n'est pas facile de trouver une seringue le dimanche. Comme je t'ai dit, tu n'as droit qu'à un dépannage de deux, au ... ce n'est pas beaucoup, deux ! Quand je suis sortie après 12 heures, je suis tombée dans la rue, j'ai fait un manque. Un ancien client qui passait par là, m'a ramassée et emmenée à l'hôpital de la citadelle. Là, j'ai reçu trois doses de méthadone. Ils m'ont donné trois fois dix à prendre toutes les heures. Parce que mon corps faisait un trop gros manque, en prenant tout d'un coup j'aurais fait une OD.*» Nous lui demandons quand même s'il existe une marge de négociation avec les policiers. Elle est peut-être mal tombée, certains ne sont-ils pas plus compréhensifs ? La réponse fuse : «*Non ! Aucun ! Ils nous haïssent !... Même quand tu ne travailles pas tu peux aller au cachot. Ils nous surnomment les «Toxiputes.» Ils te parlent vraiment comme si t'étais une merde... »*

174. <http://www.ladeclarationdevienne.com/la-deacuteclearation.html>

175. Loore Frédéric «Djamel : En rue, tu dois te débrouiller. De toute manière, la plupart des gens se fichent de ce qui peut t'arriver. Une fois en bord de Sambre, les jeunes paysans riffsins se transforment en dealers de haschich, héroïne et cocaïne » Enquête menée avec le soutien du fonds pour le journalisme d'investigation de la communauté française, Match Belgique, Juin 2010, p. 66

Ces citoyennes vulnérables sont souvent violentées et humiliées par leurs clients. Paule raconte l'histoire d'une jeune fille victime d'une agression : « *La semaine passée elle a été frappée par un client, il lui a volé son sac avec son argent. Il l'a violée, l'a emmenée sur un parking (en dehors de la ville) où quatre copains l'attendaient. Ils sont passés à cinq sur elle, puis ils l'ont laissée comme ça. Elle est rentrée à pied.* » Elle a porté plainte ? « *Le flic l'a envoyé chier en disant « Vous savez très bien que c'est interdit de faire du racolage, tant pis pour vous. » Il a ajouté : « Allez porter plainte là où vous allez chercher vos seringues ! ». Ce sont des éducateurs de rue qui l'ont trouvée en rue, en train de pleurer. Ils se sont occupés d'elle. Le soir, elle était de nouveau en train de travailler, parce qu'elle allait être malade ».*

→ **NATACHA (27 ANS, LIÈGE)**

Natacha a mal vécu son expérience dans une institution de cure : « *Ce n'est pas parce qu'on fait ça, qu'on est une merde, qu'on peut tout vivre. Par exemple, on ne pouvait prendre que deux douches par semaine ; si on manquait de savon, on ne nous en donnait pas. Ce n'est pas parce qu'on a vécu à la rue qu'on ne doit pas nous traiter comme des gens normaux, des gens respectables avec des besoins minimaux. Non, je trouve qu'on devrait nous réapprendre à vivre justement, comme un enfant, prendre sa douche, se lever tôt, ceci cela... »*

→ **SANDRINE (33 ANS, CHARLEROI) ET CHARLOTTE (32 ANS, CHARLEROI)**

Lorsque nous leur demandons, si le rejet existe et porte à conséquence, le contact avec l'hôpital est spontanément évoqué par Sandrine et Charlotte. Elles *travaillent* de manière épisodique dans les rues de Charleroi, quand les besoins d'argent sont pressants, elles consomment par voie intraveineuse (cocaïne et héroïne), elles sont aussi alcooliques. Ces deux femmes mènent un mode de vie particulièrement rude qui entraîne des problèmes de santé fréquents et souvent très sérieux, comme le confirme les associations qui accompagnent ces publics.¹⁷⁶.

Charlotte explique : « *Bien sûr, l'étiquette existe, ne va pas plus loin, va à l'hôpital, t'as l'étiquette toxicomane alors t'es traitée comme de la merde, je te le dis, t'es comme une grosse merde à l'hôpital, on ne te soigne pas comme tu dois être soigné, rien du tout, t'es traitée comme un chien* ». Sandrine de son côté ne dit pas autre chose : « *Il a fallu que je tombe dans un coma pour pouvoir être soignée. Mais avant ça, j'avais beau aller tout le temps en disant que j'avais mal ici, que je ne savais plus respirer et tout, on me disait que c'était rien, que je pouvais partir... »*

De manière générale, les violences institutionnelles perçues ou vécues par les personnes ont une influence directe sur, d'une part, la qualité de leur vie, et d'autre part, sur les freins qu'elles éprouvent pour entrer en contact avec les structures de l'Etat. Des phénomènes de marginalisation et de relégation, couplés aux conditions précaires des personnes d'origine étrangère, migrantes et/ou criminalisées (prostitution, petite délinquance, consommation de drogues illicites, sans papiers...) sont alors à l'origine de prise de risques pour soi et pour autrui.

176. ICAR Initiative sociale d'accompagnement des Travailleurs Indépendants Sexuels) - *Rapport d'activités Communauté française* 2008 et 2009, Liège

C. PARADOXE DES STRUCTURES SPÉCIALISÉES QUI PRODUISENT DE LA STIGMATISATION

→ REPRÉSENTATION DE SOI, PRISES DE RISQUES ET UTILISATION DES SERVICES PROPOSÉS

Nous avons rencontré des usagers qui posent des balises personnelles concernant des gestes ou des attitudes, et qui dépendent de l'image qu'ils se font d'eux-mêmes. Il en va ainsi en ce qui concerne le fait de ne pas se percevoir comme un « *toxicomane* » (c'est-à-dire, selon le stéréotype, une personne qui n'inspire pas le respect aux autres et qui ne respecte plus rien, ni elle-même, ni les autres). Ainsi, le témoignage de Caroline, qui refuse cette identité de « *toxicomane* » même si son monde tourne autour de la consommation, qui rapporte une anecdote significative sur le partage du coton :

« Mon mari dit que le partage du coton c'est vraiment les toxicomanes qui font ça. Vraiment les acharnés. Il ne veut pas ramasser les restes et commencer à shooter avec. On fait avec ce qu'on a, et c'est tout ! Il ne veut pas commencer à s'acharner sur le coton, NON !¹⁷⁷ »

Cette anecdote montre comment la représentation de soi peut participer à limiter la prise de risques. Mais chacun met en place ses propres stratégies de protection et d'utilisation des services.

→ TONY, SEB, DRICE, SAMIR, CAROLINE, PAULE : RÉCITS

Les profils rencontrés sont variés, certains usagers maîtrisent plus ou moins leur consommation, et ne sont pas dans des logiques de « défonce » permanente, ni d'autodénigrement perpétuel. Ils cherchent à entretenir une image positive d'eux-mêmes, ce qui influence directement la manière dont ils utilisent les services et ce qu'ils en attendent.

Dans notre échantillon, les jeunes et les personnes d'origine étrangère en général semblent se soucier davantage de leur apparence physique et de la possibilité de conserver des liens avec les autres, non consommateurs par injection. Ceux là évitent de se mélanger, autant que possible, avec les usagers qui portent les stigmates de la rue ou de la consommation. Ce qui peut expliquer pourquoi ils éviteront de fréquenter certains services de bas seuil, parce qu'ils les perçoivent comme étant des lieux trop exclusifs voir stigmatisant.

Ainsi, par exemple, le cas de **Tony (22 ans, Charleroi)**, qui soigne son look, même s'il n'a pas de logement pour le moment. Il ne fréquente pas le comptoir d'échanges de seringues, il ne voit pas ce qu'il pourrait y faire car il se fournit en pharmacie. Nous avons aussi rencontré **Seb (17 ans)** à Charleroi. Il habite dans un appartement avec sa compagne et il utilise le comptoir de manière pragmatique. Excepté pour la fourniture de seringues et de matériel, il n'y traîne

177. Caroline fait ici référence à un phénomène bien connu des travailleurs du secteur et des usagers, dans lequel des personnes injectrices dépendantes des substances consommées gardent les cotons qui servent à filtrer les produits qui seront injectés (eau, acides servant à la dissolution et produit consommé) de manière à ôter les particules non dissoutes. Une fois collectionnés, c'est cotons sont réutilisés, filtrés une deuxième fois pour tenter d'y récupérer une quantité de produit, qui sera alors injectée. Des études ont démontré que jusqu'à 15 % de produits initiaux peuvent rester dans les cotons. Cette pratique est particulièrement dangereuse puisque la personne injectera ainsi des poussières, saletés, bactéries, virus, dommageables pour le corps et mode de contamination majeur. (Réalisé à l'aide de *L'injection à moindre risque* Apothicom, GILDT, 2008)

guère. Comme Tony, il ne considère pas cet endroit comme un lieu de socialisation potentiel. Les éducateurs du comptoir de Charleroi côtoient peu de jeunes de moins de 25 ans et encore moins des personnes d'origine étrangère. Ceux qui viennent se caractérisent par des passages *en coup de vent*. Ils ne recherchent pas le contact, ni les informations, juste le matériel. Ils ne recherchent pas la forme de socialisation qui se crée généralement dans ces endroits. Ceux qui n'ont pas d'autres choix que l'approvisionnement aux comptoirs le feront alors de manière rapide et furtive, sans s'y attarder.

Pour sa part **Drice (35 ans, Liège)**, d'origine marocaine, nous explique qu'il n'apprécie pas se rendre au comptoir d'échange de seringues à cause de l'allure générale de ceux qui fréquentent l'endroit. Il préfère se procurer le matériel via les éducateurs de rue qui viennent à lui. Les personnes d'origine étrangère qui évitent certains services fixes avancent souvent des raisons liées à l'aspect physique ou aux manières d'être trop peu soignées à leur goût de ceux qui fréquentent l'endroit.

C'est aussi le cas de **Samir (34 ans, Liège)**, d'origine marocaine, il injecte de la cocaïne et de l'héroïne. Il a étudié trois ans à l'université et il erre en Europe (Allemagne, France, Italie, Espagne) depuis 1997 en quête de travail. Il est arrivé en Belgique au terme de son périple en 2003. C'est depuis son arrivée en Belgique que sa consommation, qui se limitait alors à un peu de cocaïne sniffée et quelques joints, a commencé à augmenter pour devenir problématique. Il n'a pas de situation stabilisée. *« Je n'ai pas eu mes papiers. C'est le manque de chance, la malédiction »*, nous dit-il. Il est l'aîné de sa famille et celui qui n'a pas réussi. Son frère est docteur en sciences et vit aux USA, sa sœur est sociologue et habite en Allemagne. Il est en contact régulier avec sa famille, par internet, mais il ne leur parle pas de sa consommation qui commence à devenir un problème. Il compte *« se débrouiller seul en comptant sur ses seules ressources psychologiques, grâce à sa bonne éducation »* nous dit-il. Il n'est pas en ordre de mutuelle. Il évite les services de bas seuil à cause des fréquentations. *« Je ne vois pas l'utilité d'aller au comptoir. Certains qui vont là exagèrent, ils boivent, ils sont dans un état exagéré, je ne veux pas me mélanger, ils ne sont pas propres. J'évite les gens qui ne font que shooter. Je ne vais jamais chercher mes seringues au comptoir, je vais plutôt en pharmacie ou je rencontre des éducateurs de rue. »*

A l'inverse, plusieurs usagers nous ont fait part de leur exaspération face au « look » trop bien soigné de certaines personnes d'origine étrangère, les accusant ainsi de manière indirecte de faire beaucoup d'argent en profitant du marché des drogues. Un détail issu des entretiens qui révèle un climat de tension social, qui autorise tous les amalgames ou les raccourcis simplificateurs, entre les personnes sans papiers, les migrants, les immigrés et les trafiquants de la drogues.

A Charleroi et à Liège, les maisons d'accueil socio-sanitaire (MASS) font également fuir un certain nombre d'usagers à cause des fréquentations. Caroline, comme Sandrine et Sabrina nous disent la même chose, elles s'y rendent pour leur méthadone, tout en s'y sentant mal à l'aise. Caroline pour sa part ne veut plus s'y rendre, elle explique pourquoi :

« En fait, il ne s'est rien passé ! Mais on va là pour prendre nos gélules de méthadone et dans la salle on entend parler que de ça ! « Ouais je vais chercher une boulette ¹⁷⁸ ». Alors c'est ... pfff (soupir). ... Je n'en veux plus ! En fait je suis dégoûtée de tout ça ! En fait, je veux vraiment arrêter, j'en ai marre ! J'en ai ras

178. Vocabulaire du milieu signifiant le « petit paquet de drogue » acheté sous forme de « boulette »

le bol ! Là je suis entrain de redétruire toute ma vie pour cette merde ! Non, non, non je ne veux plus ! Je veux protéger mes fils !»

Caroline n'est peut-être pas loin de la saturation, dès lors elle ne supporte plus l'ambiance exclusive, autour des mêmes usagers, qui se dégage de ce centre de Charleroi.

Pour «avancer», il s'agit de se distinguer des autres usagers, de ceux qui «*nous ressemblent*» trop ou qui renvoient une image négative. **Paule (31 ans)** explique qu'elle ne veut plus se rendre à la Mass, à cause des personnes qu'elle y côtoie. :

«Je ne vais plus là parce que beaucoup de ceux qui vont là sont vraiment des gens qui sont bas, bas. Que veux-tu dire au juste ? «Des gens qui ne veulent pas bouger. Ne pas essayer d'avancer quoi !» Toi, tu voudrais avancer ? «Oui, je suis quand même presque en ordre de mutuelle maintenant, j'ai payé mon premier mois de loyer, normalement je rentre dans mon studio la semaine prochaine. Ça fait maintenant trois ans que je suis à la rue dehors, que je dors par terre quoi ! Et petit à petit, j'essaie d'avancer... »

Paule est en train de chercher à modifier sa trajectoire de consommation, car des événements ont changé dans sa vie (appartement en perspective, grâce à l'accompagnement effectué par ICAR, fin de la relation avec son compagnon). Visiblement, ce changement passe par une autre représentation d'elle-même, ce qui implique à ses yeux la fréquentation d'univers sociaux qui lui renvoient une image positive. En attendant, Paule consomme régulièrement, elle a besoin de seringues propres et de produits (cocaïne et héroïne). Elle cherche à limiter les risques, à mieux gérer sa consommation et à sortir de la spirale de la violence imposée par son travail en rue. On peut s'interroger sur la gamme de services sociaux auxquels ce profil d'usagère peut accéder. Il se dégage en effet des entretiens que ces personnes trouvent difficilement des lieux qui les acceptent telles qu'elles sont, et qui en même temps s'adressent aux autres facettes de leur identité (mère, femme).

Parallèlement, les associations de services fixes spécialisés pour les filles prostituées peuvent également rebuter certaines filles à cause de l'accent mis sur la part d'elle-même qu'elles n'apprécient guère. Les filles qui se prostituent en rue et qui consomment travaillent souvent pour l'argent nécessaire au produit. Les identités imposées de «prostituée» ou de «toxicomane» entrent alors parfois en compétition.

→ “ JE PRÉFÈRE DIRE QUE JE SUIS TOXICOMANE QUE PUTE ”

Tania (28 ans, Charleroi) s'adresse difficilement aux services spécialement destinés aux travailleuses du sexe. L'image d'elle-même que lui renvoie les autres prostituées ou le quartier lui est insupportable. Elle préfère nouer des contacts avec les services proposés aux usagers de drogues, situés en d'autres lieux de la ville. Elle nous explique comment elle perçoit le regard des autres et comment celui-ci influence son utilisation des services de bas seuil. Extrait de conservation :

«Là, à Espace P, c'est vraiment spécialisé pour les prostituées. J'ai été une fois mais sans plus. Et je n'ai plus envie... Je ne cherche pas ce genre d'endroit, je préfère dire grand ouvert que je suis toxicomane plutôt que de dire, je suis prostituée.» Que tu veux dire au juste ? «C'est difficile de dire à quelqu'un 'je suis prostituée'. Tu te donnes quand même à quelqu'un ! Ce n'est pas tout le monde qui fait ça quoi ! Par contre, tout le monde pourrait se shooter. Je dis plus facilement que je suis toxicomane que pute »

Elle dit avec une grimace et beaucoup de tristesse, ne pas supporter voir les jeunes crier « *hhaaa sale pute.* » *Et alors quand je revois les hommes qui passent, je sais que j'ai été avec et je les vois avec leur femme passer heu ... rien que de me dire ... Si sa femme savait ! ben rien que ça, ça me pfff...* (d'un air dégoûté) *ça me dérange quoi ! Parce que moi, je n'aimerais pas qu'on me le fasse. Et les hommes, ce n'est pas moi qui le fais, au bout du compte. Mais j'accepte à le faire. Pour l'argent. J'ai besoin d'argent, mais je ne fais pas des 200-300 euros par jour, je fais que le minimum, pour survivre quoi !* »

De manière paradoxale, les services spécialisés produisent de la stigmatisation et repoussent ainsi une catégorie de personnes qui ne se reconnaissent pas dans des identités étriquées de « toxicomane » précarisés ou de « pute ». Ces femmes ou ces jeunes personnes recherchent alors des espaces qui respectent leur part d'ombre et qui en même temps s'adressent aux autres facettes de leurs identités (parentalité, genre, travail, insertion sociale, etc.).

A Charleroi, une animatrice du mouvement d'éducation permanente « Vie Féminine » observe que certaines femmes recherchent précisément des endroits qui s'adressent à leur identité de genre et non pas à une identité liée à un statut d'usagère de drogues. Dans la plupart des cas, elle constate que ces femmes cherchent la discrétion sur leurs usages. Elles sont en demande de participation au groupe et d'intégration sociale. Si les structures spécialisées semblent ainsi adaptées aux individus désocialisés, d'autres personnes qui veulent dissimuler leurs usages recherchent des lieux « mixtes » qui ne soient pas exclusivement destinés aux usagers. La représentation que l'on a de soi influencera ainsi directement la manière dont l'usager cherchera une articulation avec un service social. De la même manière, son style de vie, ses prises de risques, son rapport au produit sont largement influencés par la manière dont il s'identifie ou non à cette image négative du « toxicomane ».

Astrid Fontaine¹⁷⁹ dans son enquête auprès des usagers intégrés socialement pose un constat semblable : « *Se percevoir ou non comme dépendant, accepter, craindre ou revendiquer le statut de « toxicomane » conditionne en partie et connote l'histoire de la personne avec les psychotropes. C'est donc aussi en s'appuyant sur ces représentations que l'usager construit ses propres stratégies de gestion et qualifie sa consommation, en se mentant parfois à lui-même. S'identifier à la figure du toxicomane, sous l'angle du raté qu'on méprise ou du marginal qui conteste, c'est se préparer à le devenir.* »

Astrid Fontaine explique que dans les contextes où les usagers sont insérés et travaillent, l'image du « toxico » représente celui qui vit dans la marginalité, ne soigne pas son image extérieure, vit des allocations de chômage ou n'est pas capable de trouver un emploi intéressant. L'usager inséré socialement, pour échapper à l'image défaillante du drogué utilise des représentations positives de lui-même et de son rapport au produit pour fonctionner dans sa vie sociale. Comme il est inséré, il se perçoit beaucoup moins comme un « toxico », même s'il a perdu la maîtrise de sa consommation et nie sa dépendance. D'après cette enquête, ce type d'usager peut consommer de manière régulière toute sorte de produit, y compris de l'héroïne et de la cocaïne par injection, tout en cultivant l'image du « Super Héros de la défonce ». « ... *Celui-ci est indépendant, gère intelligemment sa consommation de psychotropes comme sa carrière sociale et professionnelle, en un mot, il est libre, exigeant et doué, il soigne son look, est en forme, a bonne mine fait du sport (...)* Non content de mener une double vie, le Super Héros assume et contrôle toutes les facettes de son existence. Cultiver l'image du Super Héros, c'est tenter de s'en approcher, intégrer et appliquer au moins en partie le comportement qui définit ce personnage, même s'il reste fictif et rêvé. »¹⁸⁰

179. Fontaine A., *Double Vie, les drogues et le travail*, Les empêchés de penser en rond, Paris, 2006, p. 68-71

180. Fontaine A., *Double Vie, les drogues et le travail*, Les empêchés de penser en rond, Paris, 2006, p. 71

Le contexte social, économique et culturel des usagers que nous avons rencontrés ne permet guère cette liberté de gestion de consommation.

→ “TOXICOMANE, C’EST UNE NATIONALITÉ”

On peut conclure en insistant sur le fait que nos observations montrent que l’identité du « *toxicomane* » tend à annihiler toutes les autres facettes de la personne dans le regard des autres, en ce compris le regard de certains travailleurs sociaux et de certaines institutions. Ceux-ci ne voient plus l’image de l’homme, la mère, la femme, le compatriote ou le copain, mais d’abord et voire exclusivement, celle du « Tox ».

« *Toxicomane, c’est une nationalité* » dit d’ailleurs un usager de Charleroi exaspéré comme tant d’autres par cette identité étouffante, dans une autre enquête menée à Charleroi. Comme si, à partir d’un certain mode de consommation, le point de repère commun de toute une catégorie de personnes devenait la consommation de drogues et le mode de consommation, quelle que soit l’identité ou l’origine de la personne. Certains usagers d’origine musulmane se voient ainsi rejetés par leurs compatriotes et le groupe d’amis qu’ils fréquentent alors que, dans le même temps, ils peuvent nouer de nouvelles alliances avec des usagers comme eux, mais d’origine belge.

L’approche culturaliste est donc à éviter en ce qui concerne l’injection. Elle ne correspond d’ailleurs pas aux résultats de cette enquête, car les usagers d’origines belges souffrent aussi, comme nous l’avons vu, d’une stigmatisation sociale étouffante. Néanmoins, le contexte communautaire et socio-économique influence de manière particulière les modalités d’engagement dans la consommation et par conséquent la gestion quotidienne des risques ainsi que les processus de sortie de crise.

Le cas de la jeune **Sarah (24 ans)** est à ce titre révélateur de ce *non lieu* identitaire, qui rassemble toutes les cultures, dans un même espace de marginalisation. Sarah est en effet coincée dans un entre-deux culturel dépressif, entre sa famille d’origine marocaine, ses désirs de modernité et son alliance avec un non musulman. La « nationalité de toxicomane » apparaît alors comme une alternative identitaire provisoire, mais à risques, car Sarah considère que sa consommation aggrave son isolement et sa dépression. Comme beaucoup d’autres personnes issues de communautés étrangères, Sarah cite ainsi le risque social, lié à la pression d’un entourage particulièrement sévère sur ces valeurs, comme l’un des principaux dangers liés à sa consommation. Un risque qui se situe avant le risque sanitaire lié aux maladies. Elle a avant tout honte de se voir accusée de faiblesse, ce qui l’entraîne dans une spirale de mésestime d’elle-même et sape sa capacité à trouver les ressources pour limiter les risques ou modifier sa trajectoire. Elle se débrouille pour trouver les informations liées aux drogues, notamment en s’appuyant sur son compagnon. Elle ne fréquente aucuns services spécialisés en assuétudes ou de réductions des risques. Par ailleurs, elle développe un discours emprunt d’une grande méfiance à l’égard des services de santé mentale qu’elle fréquente régulièrement. Elle précise à propos de sa consommation :

« Cela ne fait qu’amplifier ma culpabilité... parce que je n’aime pas montrer mes faiblesses. Parce que quand je consomme, j’ai l’impression que je me laisse couler, que je n’ai plus aucun contrôle de moi-même. J’ai toujours eu du mal à me contrôler et quand je n’y arrive pas, ça me déprime ça me culpabilise. Pour moi, le plus grand risque c’est de choper l’hépatite, d’aggraver ma dépression... ».

D. TOXLAND¹⁸¹ OU LE DEUXIÈME MONDE

Préambule

«Toxland» est caractérisé par la visibilité de ses «habitants». Au centre de Charleroi, les usagers souvent poly-consommateurs évoluent comme sur une scène. Ils sont pour la plupart connus des travailleurs de rue, et fréquentent les services offerts, notamment les opérations Boule de Neige auxquelles la plupart ont déjà participé. Même si ces usagers n'étaient pas au cœur de notre public cible, puisqu'ils accèdent aux services, nous avons organisé un entretien collectif avec les plus jeunes d'entre eux. Les conversations témoignent d'une sorte d'assimilation de l'identité négative du «*Toxicomane*». Cette manière d'apparaître dans l'espace public constitue une manière d'exister, de montrer qu'ils vivent encore.

Patricia Bouhnik, au terme de ses enquêtes auprès des usagers UDI, relie cet excès de visibilité, caractéristique de certains usagers de rue, à la recherche d'une manière d'entrer en relation avec les autres: *«En interpellant l'ordre public, en le choquant ou en le faisant réagir, les «toxicos» qui galèrent dans la rue créent une certaine forme de relation. Elle a toutes les chances de rester classique, marquée par l'assistance ou la répression, mais il s'agit encore d'une relation sociale, un échange structuré autour d'une identité affichée¹⁸².»*

Certains usagers fortement précarisés qui aboutissent dans la rue, n'ont pas d'autres choix de lieux pour consommer. Nous avons suivi leurs traces, telles des pistes de gibiers traqués qui laissent derrière eux des seringues en guise d'empreintes de vie. Ce trajet dans les squats ou les recoins réputés nous faisait pénétrer dans les lieux intimes de leurs pratiques (un vieux matelas, des vêtements, des cannettes de bières, un berceau déglingué...). Ces lieux évoluent sans cesse : en quelques mois nous avons vu des squats brûler ou se barricader, les portes des vieux hangars se condamner, les buissons qui servaient de repères coupés à ras. Ces usagers laissent des seringues dangereuses, et ils dérangent l'espace public. Patricia Bouhnik explique que l'injection appelle en principe *«des espaces de protection, d'intimité, dans un espace-temps protégé, une petite enclave privée.»*

A Charleroi, quand ces espaces n'existent plus, certains usagers deviennent alors des habitants du Toxland *«La mise sous les projecteurs de la rue, la dégradation conduisant à ne plus être perçu que comme un corps jeté, en errance, conduisent certaines de ces personnes à se surexposer, avec un «excès de visibilité» qui, en dernier recours, peut les protéger en leur ouvrant un espace de manœuvre pour une ultime prise en compte¹⁸³.»*

Les usagers rencontrés dans notre échantillon ne présentent pas tous le profil de celui qui n'a plus d'autres choix que la sur- visibilité. Ils ne sont pas tous issus du «Toxland». Pourtant, de manière générale, les usagers non insérés (ou en équilibre fragile) évoluent dans un univers parallèle, une sorte de «deuxième monde» composé d'habitants en cours de déshumanisation. Comme s'ils ne se sentaient plus autorisés à partager la vie des non-consommateurs. Le mode de consommation a modifié leur manière de se relier aux autres. Les relations sociales dans ces univers se sont configurées autour des consommateurs injecteurs et des dealers souvent dans des rapports sociaux d'une grande brutalité.

Les jeunes d'origine étrangère ne sont pas beaucoup représentés dans les groupes de consommateurs hyper visibles du centre ville, mais ils peuvent les fréquenter car, à force d'errer dans les

181. Le Toxland a été décrit par Pascale Jamouille, *Des hommes sur le fil, la construction de l'identité masculine en milieux précaires*, édition La Découverte, Paris, 2005, 75 pages

182. Bouhnik P., *La drogue comme expérience intime*, Ethnologie française 2002/2, Tome XXXVII, p. 19-29

183. Bouhnik P., *La drogue comme expérience intime*, idem

viles, plusieurs générations d'exilés se croisent. Souvent les conflits surgissent, car les nouveaux migrants sont perçus comme des criminels par les immigrés installés en Belgique de longue date. Ces jeunes migrants quand ils se tournent vers les mosquées, se verront aussi éjecter. A Charleroi on assiste régulièrement à des conflits entre les algériens et les marocains. A Liège, la cohabitation entre les Tunisiens de première génération et les nouveaux migrants est également conflictuelle.

Les éducateurs de rue de Charleroi distinguent clairement les types de personnes d'origine étrangère qui se différencient dans leur comportement de consommation : «... certains consomment mais plutôt en fumette beaucoup. Nous rencontrons beaucoup de personnes issues du Maghreb, de l'Est. Par injection ce sont surtout des belges ou des français. On a déjà fait de l'échange avec des Maghrébins mais alors ce sont ceux qui ont grandi ici. Ceux qui viennent directement de leur pays d'origine, ils consomment d'avantage de joints ou de la cocaïne. Nous ne côtoyons pas ce type consommateurs, ce qui ne veut pas dire qu'ils n'existent pas, mais en tout cas ce n'est pas ceux que l'on rencontre en rue.» A Charleroi par exemple, les éducateurs rencontrés nous disent ne jamais avoir pratiqué d'échanges de seringues avec des personnes d'origine étrangère arrivées récemment. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en pas : certains travailleurs sociaux en connaissent, ils seraient toujours d'une grande discrétion dans leur pratique d'injection. Ce qui les amène à éviter la sur-visibilité du «Toxland»

Emmanuel Nicolas, travailleur social à Charleroi, raconte qu'il a rencontré au cours de sa carrière des dizaines de personnes exilées et traumatisées par «*les vécus dans le pays d'origine, l'éloignement familial, les épreuves d'une traversée de la Méditerranée et l'entrée dans les milieux criminogènes (avec ses conduites à risques et ses actes contre nature religieuse) et le sentiment de n'avoir ni place ni identité,...*»¹⁸⁴. Il décrit ces personnes comme de nouveaux nomades des temps modernes, condamnés à errer dans un espace situé nulle part, entre ici et là-bas, sans existence légale. Il décrit ce qu'il retient de la rencontre avec ces personnes en ces termes : «*Dans l'incertitude et l'angoisse. Une souffrance sans nom fragmente l'histoire pour en créer un empilement de traumatismes : l'ici et le là-bas, passé présent-avenir, détruire et réparer se juxtaposent sans logique apparente si ce n'est que d'être personne, nulle part dans une temporalité dissoute. Durant ces dernières années de travail social à l'abri de nuit Ulysse, j'ai pu recevoir un nombre sans cesse croissant de témoignages de ces hommes marqués par l'exil, bourreaux parce que dealers, victimes parce que non désirés, exclus et fractionnés sans possibilité de (se) projeter (dans) une histoire.*»¹⁸⁵

Les discriminations à l'intérieur du monde des usagers

En deçà des distinctions liées au mode de consommation existe une distinction selon les produits. L'héroïne, qu'elle soit fumée ou injectée, se situerait au bas de l'échelle. C'est ce que nous expliquent les jeunes consommateurs d'héroïne de Mons. Le jugement et le rejet par leurs amis non consommateurs constituent pour eux une source de préoccupation permanente, car elle provoque un sentiment de marginalisation. Ce qui s'ajoute aux dé-liaisons familiales, à la déscolarisation et au chômage. C'est comme s'ils étaient devenus «transparents» aux regards des non-consommateurs et hyper visibles pour les autorités policières. A cause de leur consommation d'héroïne, ils disent se sentir «différents des autres». **Johnny (20 ans)** dit avoir été piégé par le produit (héroïne) ; celui-ci prend une place envahissante dans sa vie. Ces jeunes nous disent qu'ils «*doivent consommer pour fonctionner comme tout le monde*». Ils ont modifié en profondeur leurs cercles de connaissances et leurs rapports aux autres. Ils se sont engagés dans des spirales relationnelles exclusives qui les engagent davantage dans des styles

184. Nicolas E. *Esthétique d'une folie urbaine. Penser à la marge pour penser la marge*. Mémoire en Anthropologie Master Finalité Approfondie, Université Catholique de Louvain, Louvain-La-Neuve, 2009, p. 34-35

185. Ibidem

de vie dangereux au plan social et sanitaire. Gilles Hacourt¹⁸⁶ avait très bien expliqué ce passage d'un cercle social à un autre. Au fur et à mesure que leur consommation s'intensifie et que les usagers qui initient leur consommation en milieu festif passent d'un « stade » à un autre¹⁸⁷, ils changent de groupe de connaissances, finissant par ne fréquenter uniquement que des consommateurs et quittent ainsi leur groupe d'amis, se retrouvant dans des liens plus superficiels et sans véritable solidarité. L'injection représente pourtant le pas supplémentaire vers un monde qui les effraie. Ils disent ne pas se mélanger avec les injecteurs et ne pas les fréquenter. Un second groupe de mineurs rencontrés dans les rues de Charleroi fumant de l'héroïne sur de l'aluminium nous a fait part furtivement de leur « horreur » pour la seringue. De fait, ceux qui sont passés à l'injection, à peine plus âgés¹⁸⁸ et que nous avons rencontrés à Charleroi ne disent pas autre chose. **Jean-Paul (21 ans)** explique : « *Déjà si quelqu'un consomme de l'héroïne à la place de la cocaïne, c'est déjà une étiquette ! On est des camés ! (Enfin pour moi ceux qui prennent de la coke, c'est des cokés ! Ils ne sont pas mieux que du contraire !) Mais c'est déjà une étiquette qu'on a, d'être camés ! En plus si on est des camés qui se fixent heu... alors là c'est vraiment... pffffff* ». Il sous entend ainsi qu'il s'agit de la dernière catégorie, la plus méprisable, dans l'échelle sociale du monde des usagers.

En ce qui concerne les jeunes, nous avons observé avec les jeunes fumeurs d'héroïne la puissance de l'image négative du « toxicomane. » De la même manière, Pascale Jamouille fournit de précieux détails à partir de son analyse fouillée sur le terrain, qui permettent de penser que les jeunes qui passent à l'injection subissent également une redoutable « double peine » liée à la discrimination, ce qui pourrait entraver la demande d'aide. Son enquête laisse penser que si ces jeunes existent, ils se terrent dans leurs cités et n'osent pas accéder à la réprobation de leur entourage¹⁸⁹.

D'autres usagers vulnérables, notamment les femmes développent des stratégies de survies en choisissant des alliances, parfois elles-mêmes à risques, susceptibles de les protéger.

→ « IL Y A CEUX QUI MENDIENT, CEUX QUI FONT LA PUTE ET PUIS CEUX QUI VOLENT »

Paule (31 ans) préfère consommer avec des personnes évoluant en dehors du cercle des usagers liés à la prostitution, ce ne sont pas les mêmes mondes.

« Les garçons qui font la manche n'ont rien à voir avec le quartier des filles, mais moi je les connais bien, j'achète souvent des boîtes pour leurs chiens. Ils sont moins agressifs donc je vais souvent là quand

186. Hacourt, G. *Ecstasy. Pilules sans ordonnances, usages et usagers de nouvelles drogues de synthèse*. L'Harmattan, Bruxelles, 2002, 232 pages

187. Il existe donc une classification stricte entre les différents types d'usage et les produits consommés, une hiérarchisation établie par les consommateurs eux-mêmes. Un usager de cannabis pensera qu'un consommateur de pilules est un « tox », celui-ci pensera que le consommateur de cocaïne, est le « tox, et pour lui c'est l'usager d'héroïne qui est « au bas de l'échelle »

188. Les jeunes rencontrés pour cet entretien à Charleroi étaient âgés de 21, 24, 25 et 29 ans

189. Jamouille P., Business is business. Enjeux et règles du jeu de l'économie clandestine, *Déviance et Société* 2003/3, 27, p. 305 « Autant ces groupes valident les pratiques de business et la maîtrise des consommations, autant ils disqualifient et marginalisent les toxicomanes. Les conduites addictives font basculer les positions des jeunes. S'ils perdent le contrôle de leur consommation et se montrent malades (en manque) en public, c'est qu'ils ont échoué dans leur parcours initiatique. Ils n'ont pas réussi l'épreuve de la maîtrise, ils sont du côté des faibles de caractère, du fond du panier. Ceux qui sont tombés ont dû renoncer à leurs rêves héroïques. Ils ont été confrontés au mépris et au sentiment d'insuffisance. Dans ces logiques, il est extrêmement dangereux pour un jeune de reconnaître sa dépendance aux produits qu'il consomme et/ou demander de l'aide à ce sujet. Il s'exposerait à la mésestime de soi, la relégation du groupe de pairs, le mépris du réseau familial, la réprobation sociale... Ces représentations repoussent les demandes d'aide et disqualifient tout particulièrement les personnes aux prises avec l'addiction. Les personnes reconnues comme tox et en situation de précarisation sociale ne sont plus fréquentées par leurs amis d'antan, alors même que la consommation régulée de drogues illicites est valorisée par leur groupe d'appartenance . »

je ne sais pas où dormir, parce que je sais qu'eux ne me toucheront pas. Avec eux, quand des filles s'injectent il n'y a pas de problèmes. Ce sont des gens carrés qui vivent dans la rue, qui mendient, les filles ne travaillent pas. Donc c'est tout à fait un autre groupe».

Selon Paule, les voleurs ne sont pas liés à la prostitution, ils se mélangeront plutôt avec ceux qui mendient. Les personnes qui gravitent autour de la prostitution seraient à part.

«Parce que nous faisons plus d'argent, ce qui provoque une jalousie. Alors les filles ou les copines de ces gens, se sentent supérieures à nous. Elles te disent «ouais, moi ! Mon mec, il fait la manche. Je ne dois pas donner mes fesses !» D'habitude je réponds : «Mais ton mec quand il fait la manche il passe toujours en premier. Et toi tu restes malade ! Et puis les gens avec les chiens n'aiment pas les dealers.»

Son témoignage rend compte de la variété des représentations et des discriminations à l'intérieur des cercles d'usagers. Il montre ainsi la diversité des profils d'usagers, des facettes multiples qui correspondent à autant de styles de vies différents et de recours aux services de socio-sanitaires.

La brutalité des rapports sociaux entre usagers

De manière récurrente, les usagers évoquent la violence des relations entre consommateurs : «*C'est du chacun pour soi* » nous disent-ils en chœur lors d'un focus groupe auprès des jeunes de Charleroi. Le monde de la *toxicomanie* associé à celui de la rue (qui se caractérise déjà par des relations sociales violentes entre les personnes sans abris) se tisse de méfiance et de coups bas. Le sentiment de détestation qui émane de leurs relations mutuelles déborde des discussions, comme si l'autre renvoyait une image de soi tant haïe.

Les filles travailleuses du sexe dans la rue, particulièrement vulnérables, deviennent les proies d'autres consommateurs en mal d'argent. Certaines se placent sous la protection d'un homme consommateur et/ou dealer. Ils s'installent alors dans une relation de couple complexe, sous tendue par la prostitution de la femme pour alimenter le ménage ou la survie du dealer ou parfois les deux en même temps. Les frontières sont troubles entre les logiques de protection, d'affection ou d'économie. Ainsi, le récit de **Paule (31 ans)** est un symptôme de cette violence. : «*J'étais en rue, il m'a frappée pour prendre mes tunes. Il y a deux semaines, j'avais des cheveux jusqu'ici, maintenant c'est coupé. Quelqu'un m'a attrapé par les cheveux. Il ne voulait pas me lâcher! Et il m'a lancé de l'ammoniac dans l'œil*». Elle dénonce ses agresseurs. «*Ce sont des toxicomanes, des hommes évidemment. Tu sais, quand ils sont à deux ou à trois ou avec un couteau, que peux-tu faire? Ben, tu donnes ton argent. Tu sais, il n'y a pas que moi, beaucoup de filles sont frappées pour leur prendre leur argent... Tu vois, quand tu es toute seule... c'est comme ça.*»

Paule n'a pas d'autre choix que de se placer sous la protection d'un homme, même un dealer qui l'oblige à travailler en rue, c'est finalement une stratégie courante «*Si tu as quelqu'un qui t'attend, après ton travail et bien il te protège aussi un peu, tu vois ?*» dit-elle d'un air résigné.

Changement de réseau social

Les usagers que nous avons rencontrés ont souvent perdu, ou abîmé, les attaches relationnelles situées en dehors du monde des usagers. Ils sont souvent socialement marginalisés, au chômage et peu instruits. Les contextes économiques et sociaux où ils évoluent compliquent les sorties de trajectoires, voire entretiennent leurs styles de vies. Nous avons observé que les usagers arrivés à saturation et qui souhaitent changer de logique, cherchent soit à quitter le contexte

(Exemple : Stevens qui un jour quittera Liège quand il choisira d'arrêter), soit à changer leur cercle relationnel (Exemple : Paule a quitté son compagnon dealer et vient de trouver un appartement).

Le passage à l'injection configure le réseau social des usagers dans un nouveau cercle relationnel. Il marque souvent un style de vie exclusivement orienté vers le produit et donc l'argent. Les témoignages suivants évoquent comment le passage à l'injection entraîne un style de vie plus rude. Ce mode de vie est vécu de manière variable par nos interlocuteurs.

→ NATACHA, PACO, DRICE, GERMAINE, MATHIEU, DERECK : RÉCITS

Natacha (27 ans, Liège) est passée du sniff de cocaïne à l'injection, sous l'influence d'autres usagers qui lui ont vanté les aspects pratiques pour «travailler» à l'aise. *« C'est tout à fait différent. Quand tu sniffes, tu peux encore être quelqu'un de normal, tu vas te divertir en discothèque etc... Une fois que tu te shootes, tu deviens marqué, tes traits changent, tes besoins, ton moral, ta façon de voir les choses change, tu deviens capable de faire du mal pour trouver ta dose. Voilà ! Toute ta personne change. Tu as besoin de plus, tu es plus fort et c'est plus difficile à arrêter... »*

Paco (25 ans, Charleroi) : Comme les jeunes de Mons, il évoque un changement radical de réseau social lié aux produits : héroïne et cocaïne. Le mode de consommation par injection vient peut être en surplus d'un phénomène de marginalisation, mais selon lui, la rupture avec l'ancien réseau social opère avant tout, avec le type de produit. Il explique : *« Mes fréquentations ? Ce n'est que ça ! Des dealers et des consommateurs. Tous les autres m'ont laissé tomber, mes potes d'avant, ceux avec qui je sortais en boîte. Ils m'ont tous laissé tomber. Quand j'ai pris ces drogues-là, ça a été fini, on s'est plus vu, on ne s'est plus sonné, ni eux, ni moi et puis voilà. Toutes les personnes que je vois consomment. Toutes ! »*

Drice (35 ans, Liège) vit en Belgique depuis sept ans, selon lui la consommation d'héroïne est moins répandue dans son pays d'origine. Il paraît terrifié par les effets du produit sur sa vie sociale. *« Tout a changé. Je regarde le monde autrement ! Je cherche seulement une chose : ma dose. C'est ça, la vie maintenant ! Je n'ai plus envie d'autres trucs. Avant je sortais, je faisais du sport, je voyais les filles. Tout ça est fini, il y a seulement la dose qui me rend content. C'est le plus important au monde. A part ça... tout est fini »* nous dit-il

Germaine (27 ans, Liège) travailleuse du sexe depuis l'adolescence, a même oublié l'existence d'un monde d'avant la drogue. *« ... Personnellement je suis dans un milieu toxicomane et la plupart des gens que je connais c'est que des toxicomanes donc... non rien n'a changé! »* Elle parle comme si elle avait toujours évolué dans un univers social exclusivement composé d'usagers. Germaine, a été adoptée alors qu'elle était bébé, elle a grandi dans une famille bourgeoise, qui ne l'a pas rejetée à cause de son style de vie lié à la prostitution et aux drogues. Mais pour l'instant, Germaine n'est pas dans une logique de saturation par rapport à sa consommation. Elle évoque avec beaucoup de distance et de légèreté l'existence possible d'une vie qui ne soit pas exclusivement orientée vers la quête de produits et d'argent.

Mathieu (25 ans, Liège) était toujours propriétaire de sa maison quand il commence à injecter. La consommation compulsive de produits a évolué en même temps que sa dépression, apparue à la mort de sa mère, alors qu'il était adolescent et déjà orphelin de père. Il a changé

le type de ses relations sociales lorsqu'il est passé de la fumette au shoot. Il raconte : «*Avant, je traînais avec des personnes qui aimaient faire la fête et maintenant mes fréquentations, ce sont des personnes dans la rue, quasiment toutes.*» Il pense que cette situation est directement liée au shoot «*parce que même quand j'avais toujours ma maison, je commençais déjà à fréquenter des gens de la rue.*» Il explique ce changement de relations à cause du style de vie lié à la quête du produit qui le mène vers d'autres cercles sociaux «*C'est à force d'en acheter, consommer en rue, je faisais des nouvelles connaissances...* » Mathieu déroule son récit de manière impassible, comme s'il assistait passivement au spectacle de sa vie.

Dereck (25 ans, Liège) a envie d'une autre vie, depuis qu'il voit grandir son petit garçon de trois ans. Il voudrait pouvoir changer de vie pour devenir un père disponible pour son enfant. L'univers où il évolue provoque dorénavant chez lui un sentiment d'étouffement et de saturation, qui l'amène à poser un regard sévère sur ses relations: «*Tu ne peux pas avoir des amis dans ce milieu là. Et si tu as des amis autres, tu vas les voler, cela ne va jamais aller. Le manque de drogue sera plus fort que toi, même si tu te dis «je ne peux pas me permettre de voler mon pote» Mais si ! Tu vas le faire ! C'est pour ça que je dis qu'il n'y a pas d'amis dans ce monde. Tout le monde se vole l'un l'autre. Ce n'est pas une chouette vie, toxicomane. C'est notre boulot à plein temps et c'est casse couille !*»

Ces témoignages montrent comment le «Toxland» et le «deuxième monde» constituent des mondes rétrécis qui étouffent les usagers dans une représentation d'eux-mêmes auto-destructrice, via l'image emblématique du «Tox». Pascale Jamouille dans sa longue enquête au cœur du «Toxland» de Charleroi met en exergue le lien entre la capacité à survivre à la toxicomanie de rue, voire à en sortir, et la prise de distance avec une image sociale culpabilisante et déshumanisante. Selon son enquête, de nombreux usagers qui évoluent dans le «Toxland» assimilent l'image grand public qui veut que l'utilisateur soit «faible de caractère», responsable de son état, dominé par le plaisir lié au produit. Une image sociale qui impose à l'utilisateur le purgatoire pour se sauver. C'est comme si il était nécessaire d'«... aller au bout de l'enfer ; sa volonté de rédemption naît de sa souillure, du creuset du malheur ; quand ils touchent le fond» certains prennent le «droit chemin» ; ils peuvent alors réparer le mal qu'ils ont fait et se racheter.»¹⁹⁰

3.2.3 CONTEXTE DE CONSOMMATION, MODALITÉS D'ENGAGEMENTS

A. PRÉAMBULE

Dans cette partie, nous documenterons certaines circonstances singulières d'usages (lieux, moments), ainsi que les modalités d'entrée dans ce mode de consommation (description des «premières fois»). Nous proposons également une description des contextes sociaux et économiques ayant déterminé ces trajectoires de vie, et ce à travers des fragments de conversation ou d'éléments biographiques, de manière à nous éclairer sur les facteurs qui interviennent dans les styles de vie et les pratiques des usagers. Finalement, nous aborderons également la perception des risques et leur appréhension, en évoquant les peurs, les représentations des risques encourus, ainsi que les pratiques à risques des usagers. Nous insisterons particulièrement sur le cas de certains jeunes qui développent un rapport à la souffrance et aux risques clairement différent de celui qu'on retrouve chez des usagers

190. Jamouille, P. Des hommes sur le fil, la construction de l'identité masculine en milieux précaires, édition La Découverte, Paris, 2005, p. 237

engagés depuis plusieurs années dans la consommation par injection. Certains jeunes, comme Sébastien, cherchent les limites avec frénésie. La plupart d'entre eux tiennent des discours de maîtrise de soi et vivent pleinement l'expérience du « corps injecté¹⁹¹ ». Dans les discours de ces jeunes-là, le coût engendré par la modification des rapports sociaux et la stigmatisation sont mieux assumés, et ils vivent dans un espace temps qui semble leur convenir. Des fragilités apparaissent pourtant rapidement au cours des conversations. Ils évoquent notamment des états de dépression ainsi qu'une mauvaise santé mentale¹⁹². Pour Sébastien, Paco, Mathieu, Dereck, Stevens ou Noël, qui présentent des trajectoires marquées par des dé-liaisons (familles recomposées, placement en institution, fugue, errance,...), c'est comme si leur « corps injecté », mutilé par les aiguilles des seringues et les traces d'abcès, prenait sens dans la recherche d'une sensation d'existence réelle, pour combler *le vide dépressif*¹⁹³.

B. DEALAND

→ DES VILLES INONDÉES PAR L'OFFRE DE PRODUITS

La plupart des usagers font mention d'une abondance de l'offre sur le marché. A Mons, au moment de notre enquête, nos informateurs évoquent « une pénurie d'herbe » par rapport à l'offre d'héroïne ou de coke, un phénomène qu'ils expliquent par un prix du marché élevé en France, qui pousserait certains français à s'approvisionner en Belgique. En outre, des saisies policières importantes de stock de cannabis auraient également entraîné une diminution de l'offre et une augmentation des prix. Selon un informateur, le marché a évolué ces dernières années à Mons. « *Avant on trouvait surtout de la « beu » ou du shit. Mais maintenant on trouve de plus en plus de speed ou de coke. Parfois même on trouve plus de coke que d'herbe* ». Cette actuelle augmentation du prix du cannabis est d'ailleurs généralisée à l'ensemble de la Communauté française ; elle peut globalement s'expliquer par la récente diminution de l'offre, qui est due à une diminution de la production au Maroc, à l'augmentation des saisies policières dans notre pays, à l'intensification des contrôles aux Pays-Bas, et à la présence corollaire de cannabis frelaté sur le marché (ce qui a pu entraîner une augmentation du prix du cannabis de « qualité »).¹⁹⁴

Les jeunes de Mons évoquent également les nombreux jeunes « bledards » venus du Maghreb avec des rêves d'Europe et de réussite plein la tête, pour finir sur les pavés du Hainaut comme petits vendeurs de drogues, asservis aux dealers locaux et autres trafiquants liés à la traite des êtres humains¹⁹⁵. **Johnny (20 ans, fumeur d'héroïne)** pense que ces jeunes sont victimes du

191. Le rapport de l'OFDT, page 165 Le « corps injecté » renvoie à toute une gamme de facteurs relevant à la fois des représentations, des sensations, des relations et des pratiques qui sont vécues par les usagers comme composant un tout

192. « Le consensus sur ce point est indubitable en psychiatrie et en psychanalyse : les comportements addictifs sont liés d'une manière ou d'une autre à la dépression. Ces comportements apparaissent soit comme des équivalents dépressifs, soit comme un symptôme dans une dépression(...) La dépression peut être la cause de la toxicomanie qui apparaît alors comme une automédication, sa conséquence parce que la drogue crée des dysfonctionnements neurochimiques, son accompagnement parce que le mode vie de l'héroïnomanie est en lui-même déprimant (chercher sa dope, se sur-endetter, etc.)... » Ehrenberg A. La fatigue d'être soi, Dépression et société, éditions Poches Odile Jacob, Paris, 1998, pp.171-172

193. Idem

194. Rwubusisi M., Hogge M., Casero L., Van Huyck C., Dal M., Bastin P., *L'usage de drogues en Communauté française*. Rapport Eurotox 2009. Bruxelles, 2010, p. 94

195. Voir l'enquête sur la traite des êtres humains et les filaires de drogue qui a mis au jour l'exploitation des mineurs venus du Maghreb dans Loore, ibid.

trafic de la drogue et de la mafia locale. Il s'identifie à ces jeunes : « *Ce n'est pas possible à 14 ou 16 ans de décider de quitter son village juste pour vendre des boulettes dans le Borinage. Et vivre ici comme un rat. J'en connais un, il n'a même pas 15 ans. Il m'a expliqué. En fait, il cherchait juste à améliorer sa vie sortir de son bled... et voilà...* » Les jeunes dans ce groupe de fumeurs d'héroïne (de 18 à 20 ans) exprimaient d'ailleurs un fort sentiment de reproche, voir de haine, à l'égard des gros dealers et des mafias.

Certains professionnels attentifs ont eux aussi observé l'ampleur importante du phénomène ces dernières années. Des jeunes ou des candidats « à la réussite sociale et économique » venus du sud sont pris sous le joug des trafiquants d'êtres humains, et se retrouvent alors coincés dans des logiques criminogènes qu'ils n'ont pas choisis à l'origine.

Emmanuel Nicolas, observateur au long cours du phénomène précise l'engrenage pour ces personnes, parfois très jeunes qui deviennent « *des rabatteurs pour des « big man » du deal de drogues, en travaillant sur des chantiers du bâtiment dans des travaux lourds et dangereux, ils participent malgré eux à des logiques de conduites à risques qui les mènent parfois vers la consommation de drogues. Depuis près de deux ans, on assiste à Charleroi à un rajeunissement de ce public. Des adolescents de 13 ans battent le pavé des trottoirs en quête de clients pour le deal d'héroïne avec des pratiques de plus en plus violentes vu la grande concurrence qui règne sur ces trottoirs.*¹⁹⁶ »

→ DRICE, CLYDE, STEVENS : RÉCITS

Drice (35 ans, Liège) perçoit l'abondance de l'offre de produits comme un facteur qui facilite la consommation, comparé à ce qui se passe en Algérie, son pays d'origine. Il raconte : « *Première chose : Là-bas tu ne la (l'héroïne) trouves pas. On trouve plutôt des joints. Ici, tu la trouves partout ! C'est trop !... Il y a plus de probabilité d'en avoir ici que là-bas.* »

Pour **Clyde (30 ans, Charleroi)** qui injecte depuis l'adolescence et qui connaît bien le marché des stupéfiants, les choses sont claires. « *C'est ici que c'est le plus « Tox », que tu vois des dealers partout. Que ça soit la ville basse ou la ville haute, t'en a partout quoi. Tu vas au parc, il est rempli ! A Charleroi, tu ne fais pas 10 mètres sans voir un dealer, que ça soit de la coke, de l'héro, partout dans les cafés, les snacks aussi.* » Il nous emmène chez lui, en traversant la ville. Tous les dix mètres, Clyde est salué par un passant au regard en coin et à l'air entendu « *Tu vois ce sont des dealers, ils sont partout ! Ils me connaissent tous parce que je suis un bon client. A une époque, on avait beaucoup d'argent, Bonnie et moi, ils nous adorent...* »

Stevens (23 ans, Liège) vient de France, où il shootait du « subutex[®] » depuis longtemps. *Je suis venu avec tout plein, plein, plein de « subutex » et je les ai perdu. Alors j'ai pris une bille, deux billes, je suis resté ici et enfin... j'ai sombré.* Il est venu en Belgique « *pour bouger* ». Et à Liège, parce qu'il s'agit d'une ville réputée pour la qualité de son marché de drogue. « *... jusqu'à chez moi, à Nancy*¹⁹⁷, ça parle de Liège... on dit que c'est la ville où on trouve tout ! La Place St Lambert, on savait déjà que c'était la Place St Lambert... Tous les Français qui vont à Maastricht passent par Liège. C'est moins cher qu'en France aussi. Et c'est meilleur. »

196. Nicolas E., *Esthétique d'une folie urbaine. Penser à la marge pour penser la marge*. Mémoire en Anthropologie Master Finalité Approfondie, Université Catholique de Louvain, Louvain-La-Neuve, 2009, p. 58

197. Le nom de la ville a été modifié

C. LA PREMIÈRE FOIS : LES CIRCONSTANCES ET LES MODALITÉS D'ENGAGEMENT

CRÉER LA DEMANDE : LA LOGIQUE ÉCONOMIQUE DE L'INJECTION

La dimension économique intervient fréquemment dans le passage à l'injection. Parfois, l'utilisateur souhaite rentabiliser son produit au maximum, alors il en utilise moins pour plus d'effet grâce à l'injection. Il semblerait que de nombreux dépannages, dans l'urgence du manque, s'opèrent avec une seringue, alors que l'utilisateur ne l'avait pas spécifiquement souhaité. De manière générale, les usagers évoquent le contexte abondant et le nombre de dealers qui proposent des produits. S'ils sont dans un état d'esprit propice à une plus grande prise de risque, en recherche de sensation ou en manque, ils seront d'autant plus enclins à accepter l'injection proposée. En ce qui concerne les filles, la logique économique de l'injection se couple souvent à la logique du marché de la prostitution. Le travail sur le trottoir vient alors parfois dans la foulée d'une proposition de consommation par injection, qui rend la personne davantage dépendante.

→ TONY, CLYDE, MATHIEU, PAULE : RÉCITS

Tony (22 ans, Charleroi). « Franchement, je crois que ce sont beaucoup les dealers qui entraînent la première fois, il y a un trafic... j'ai l'impression qu'avant ils se contentaient d'aller dans la rue et de vendre maintenant, ils s'arrangent pour trouver un petit squat pour montrer une ou deux fois et après hop c'est parti, pour limite le rendre accro, qu'il sache comment faire et puis voilà basta comme ça, il est sûr qu'il viendra tous les jours. »

Selon **Clyde (30 ans, Charleroi)**, ce sont aussi parfois les plus âgés qui initient les jeunes lorsqu'ils sont en rue. « ... ce sont les grands dans la rue qui attirent les jeunes et leurs montrent comment faire. Au début, ils leurs donnent gratuit et après quand ils sont accro, ils deviennent clients. Parce que l'injection c'est le dernier bazar, c'est ce qu'il y a de meilleur, une fois qu'il fait goûter ça, après l'autre, il ne veut que ça, il ne redescendra pas à la fumette ... Voilà, c'est comme ça ! Les jeunes sont en fumette et puis à un moment donné, ils ne sentent plus rien. Alors ils vont essayer... C'est ce qui m'est arrivé. C'est comme ça, même si au début ça va le faire chier, le dealer va lui préparer, lui montrer comment faire comme ça il sait bien que ça sera un de ses clients. Et il injectera même lui-même si il faut... si le type lui dit vas-y, fais-la moi, il va lui montrer pour qu'il sache le faire après. Lui tout ce qu'il pense dans sa tête, c'est un client de plus et c'est tout. »

Mathieu (25 ans, Liège), injecte depuis 3 ans, il prend de la cocaïne depuis l'âge de 16 ans, le passage vers l'injection a pris du temps. Il raconte comment il a été amené à consommer par cette voie: « Ça a été très progressif, d'abord j'ai commencé à fumer, puis de temps en temps j'injectais puis maintenant, je ne fais plus que des injections... je voulais essayer, voir un peu ce que ça faisait... J'ai demandé à mon dealer (30 ans) ... je le connaissais bien, je restais souvent chez lui, je fumais, je restais 1h, 1H30, même 2h des fois puis après je repartais. Plusieurs fois, il a injecté devant moi et un jour j'ai demandé pour essayer. Et un jour, quelques mois après, j'ai été chercher des pompes¹⁹⁸ à la pharmacie et j'ai commencé comme ça. »

Paule (31 ans, Liège). Elle est issue d'une famille de commerçants, économiquement à l'aise, elle a longtemps travaillé dans le secteur social. L'engagement dans une consommation de

198. « Des pompes » signifie des seringues

drogue et le basculement vers un usage problématique qui la mène ensuite à l'injection et à la prostitution, commencent à cause d'une grave dépression. Paule ne parvient pas à faire le deuil de son père. A 27 ans, elle commence à prendre des produits. Elle raconte son cheminement :

« Je travaillais, j'avais ma fille, mon mari, tout. Puis mon père est mort, j'étais fort attachée à mon papa, j'ai fait une grave dépression puis je suis venue habiter chez mon frère, ici à Liège, pour me changer les idées. Puis j'ai rencontré quelqu'un qui se droguait, il m'a fait sniffer, fumer, ensuite il m'a injecté lui-même. Il m'a dit « Essaie, tu vas voir, ça ira mieux ... grâce à ça j'ai chopé l'hépatite C, il avait oublié de me le dire. Au début, je ne voyais pas, je ne savais pas le mal qu'il y avait quoi ! ... Puis j'ai tout perdu... j'ai demandé ma démission à mon travail, je n'ai pas eu droit au chômage. J'ai divorcé avec mon mari, j'ai donné ma fille à ma maman parce que j'étais vraiment loin. Et au fur et à mesure, j'ai manqué d'argent. On m'a proposé le trottoir. J'ai eu très dur au début quoi, je n'osais pas le faire. Puis, mon copain a commencé à me frapper, mais à me frapper, frapper quoi ! Alors j'y allais de force! Il ramenait les gens à la maison, carrément l'un après l'autre! C'était ça ou je ramassais. Puis il a mis des doses (héroïne) vraiment... de plus en plus importantes. Moi, tout ce que je voyais, c'était de ne pas être malade ! »

Paule explique que de nombreuses filles sur le trottoir, travaillent en réalité aussi pour leur compagnon souvent usager lui-même.

LA RECHERCHE DE SENSATIONS À L'ADOLESCENCE ET LE CONTEXTE FAMILIAL PROBLÉMATIQUE

→ DÉRECK, TANIA, SEB, PACO, : RÉCITS

→ " J'AI SENTI VRAIMENT QUE CE N'ÉTAIT PAS MA FAMILLE ! DONC JE ME SUIS TIRÉ ET J'AI FAIT MA VIE TOUT SEUL "

Dereck (25 ans, Liège) est issu d'une famille recomposée, à cause du décès de sa mère, mais il ne s'entend pas avec son beau-père. A l'adolescence, il a demandé le placement dans une maison d'accueil pour jeunes. Il raconte : *« Cela n'allait plus, j'en pouvais plus. C'est que je ne suis pas le fils de mon père. Quand il a eu sa fille, j'ai senti vraiment que ce n'était pas ma famille. Donc je me suis tiré et j'ai fait ma vie tout seul. J'aurais mieux fait de rester là parce que je me suis cassé la gueule... Si j'avais su avant ce qui allait se passer maintenant, je serais resté. C'est sûr... la drogue m'a chamboulé toutes mes affaires. Cela m'a empêché de continuer mon enfance, ma jeunesse. J'ai tout essayé à partir de ce moment là. C'est pour ça que je dis, si j'avais su ce que je sais à ce moment là, je serais peut être jamais devenu «Tox». Mais, on ne sait pas l'avenir donc... c'était peut être déjà écrit. »*

Comment se passe le premier contact avec la drogue ? *« Je sais plus, c'était une connerie au départ, au début de mes onze ans. J'ai rencontré un type, qui s'est un peu foutu de ma gueule, je lui ai demandé : «c'est quoi que tu fumes sur ton alu là ?... Je peux goûter ? » Après j'ai commencé à bien aimer la sensation et puis à fumer, fumer et après je suis vraiment tombé dedans. Mais avant tu tombais vite dedans, la marchandise était différente. Maintenant dans une bille vous avez à peine 0,001 d'héroïne, vous vous envoyez plus de crasse qu'autre chose. Donc c'est pour ça, je dis qu'avant c'était de l'héro, maintenant... »* Il sous-entend la qualité médiocre des produits.

Dereck commence l'injection dans le home pour jeunes où il a demandé à être placé, pour quitter sa famille. *« Certains allaient acheter les seringues à la pharmacie, à cette époque il n'y avait pas de comptoirs comme maintenant. Ce n'était pas aussi réglo. Ils en achetaient cinq ou six paquets et on avait chacun son paquet... Donc à treize ans, j'ai fait mon premier shoot, puis à quatorze ans, premier shoot de cocaïne et depuis bah, voilà. »*

DES FAMILLES DÉFAILLANTES QUI MALTRAIENT LES ENFANTS

Tania (28 ans, Charleroi) relate les sévères discordes familiales à cause de sa sœur aînée lorsqu'elle était enfant. Elle se souvient : *« ... je voyais mes parents tout le temps pleurer. Le matin je devais me lever toute seule à 12 ans (gros soupir). A midi je revenais, je devais me faire à manger moi-même, j'étais pas... (soupir) j'étais perdue quoi. Et pour eux il n'y avait que ma sœur d'important... Enfin, c'est ce que j'ai ressenti à ce moment là. Alors qu'est ce que je pouvais faire ? Je partais en fugue ! Et un jour la police ne m'a pas ramenée chez moi, j'avais fait une crise d'alcool. Je me suis retrouvée en prison pendant cinq jours ! Avant son entrée en prison¹⁹⁹, Tania fumait des cigarettes mais pas de joints. « Là, j'ai vu une fille qui était tout le temps en train de somnoler. Elle me dit « je prends de l'héro »... Tania demande pour essayer. La première fois je l'ai prise en rail et la 2^{ème} fois, je suis rentrée dans sa cellule pendant qu'elle se shootait. J'ai dit : « Fais-moi le même ! ». J'ai insisté... Et voilà depuis ce jour là... je shoot, j'avais 13 ans. Après ces 5 jours de prison, je suis rentrée à l'IPPJ... j'y suis restée quelques mois, je suis repartie et voilà ! Ensuite, c'était un va et vient entre prison, IPPJ, prison, IPPJ, prison, IPPJ... »*

SEB (17 ans, Charleroi). Il injecte de la cocaïne depuis une année, il est passé au shoot pour augmenter les sensations. Maltraité et battu par sa maman depuis qu'il est bébé, il a rapidement été placé en institution. Il y était toujours, quand il commence la cocaïne dès l'âge de 10 ans. *« J'en prenais toutes les semaines, je donnais mon argent de poche. Après j'ai voulu essayer la picouse. Parce qu'on m'avait dit qu'en prenant une fois de la blanche, tu ne peux pas devenir accro sauf si tu commences à avoir tout le temps la sensation, ça deviendrait un besoin psychologique. J'éprouvais plus de sensation avec le pique qu'avec le sniff. Il y a plus de sensations, ça dure peut être moins longtemps mais c'est plus fort, après on est encore un peu sur le choc. Donc j'ai arrêté le sniff ».*

→ “ AVEC LA FAMILLE, C'ÉTAIT TOUJOURS LE MÊME. TOUT LE MONDE TOURNAIT EN ROND. ”

Paco (28 ans) né en Inde, a été adopté bébé. Sa maman adoptive est morte alors qu'il avait 8 ans. Son père épouse une autre femme qui a trois enfants. Pour Paco, cette famille recomposée n'a jamais marché *« c'était chaud parce que je m'entendais pas avec eux »*. Il dit manquer d'affection. Il fait un lien direct entre le climat familial, son manque d'affection et sa consommation. Il consomme de l'héroïne et de la cocaïne depuis 8 ans. *« Je ne suis pas issu d'une famille de consommateur, je suis le seul à consommer, personne ne fume chez moi »*. Il a déjà effectué trois cures de désintoxication. Au moment de notre entretien, il vient tout juste de sortir d'une cure de 13 mois. Il raconte comment se passe son retour à la maison : *« Je suis rentré chez moi j'ai senti un froid. Ils ne m'ont pas jamais fait confiance en sortant de cure et durant la thérapie. J'ai recommencé. Cela me touche le regard des membres de ma famille... »*

199. A cette époque Tania vivait au Luxembourg, elle nous confirme qu'elle a bien été en prison durant 5 jours malgré son jeune âge. *« Mais ma cellule était fermée et je ne pouvais pas aller avec les autres, que pendant le dîner et 1h par jour je pouvais voir les autres. Mais bon, en prison ça circule plus que dehors ... »* nous précise-t-elle

D. LES CONTEXTES D'USAGES, LES LIEUX, LES PRISES DE RISQUES ET LES PEURS

L'état d'esprit

La plupart des usagers actifs de notre échantillon n'ont pas fait part d'un état d'esprit particulièrement enjoué ou festif autour de leur consommation ; si le plaisir a pu exister, il n'est pratiquement pas apparu dans les discours. Comme si le plaisir appartenait au passé ou se résumait à ce cours instant autour du « flash » lié à l'injection. Un instant de plus en plus rare ou qui n'existe même plus selon certains usagers. Comme **Sandrine (33 ans)** qui résume ainsi un état d'esprit récurrent chez les usagers rencontrés : *«Au début tu prends du plaisir, mais après t'as plus de plaisir, tu te déblanchis²⁰⁰ et basta. Et après, une fois que tu es déblanchi, tu dois retrouver de l'argent pour de nouveau essayer de te dé-blanchir. Voilà et tu n'arrives plus à être pété, au début tu es pété et puis après tu n'y arrives plus.»*

Globalement, tout à l'air de se passer dans la souffrance. Les témoignages évoquent d'avantage des états d'esprits de consommation qui relèvent de l'auto-médication, pour se sentir « normal » et combler l'état de manque, pour apaiser une santé mentale fragile ou une dépression. Les souvenirs d'un parcours de vie traumatique sont spontanément évoqués par les usagers lorsqu'ils racontent leur modalité d'engagement dans ces usages. Le basculement d'un mode de consommation festive et récréative vers une assuétude apparaît également dans de nombreux récits, le contact avec la cocaïne ou parfois l'héroïne a souvent eu lieu à l'adolescence voire à la sortie de l'enfance vers 13 ou 14 ans pour certains usagers.

→ “ ... CE N'EST PAS QUE CA M'ÉCLATE DE ME DÉFONCER, C'EST QUE MAINTENANT, J'EN AI BESOIN ”

Nous rencontrons **Dereck (25 ans)** sur base d'un rendez-vous fixé par une éducatrice du comptoir de Liège. Dereck commence à fumer de la cocaïne dès l'âge de 13 ans. Aujourd'hui, il injecte de la cocaïne et de l'héroïne.

«Voilà, ce n'est pas que ça m'éclate de me défoncer, c'est que maintenant, j'en ai besoin. Au départ c'était pour le plaisir. Maintenant, c'est un besoin, j'en ai besoin pour être normal. Cela devient même un calvaire. Parce que, c'est toujours la même rengaine. L'argent, la défonce, l'argent, la défonce : Voilà ! Et il y a un moment où il y en a ras le bol. Pour cela moi, personnellement je ne suis pas détendu, je fais ça parce que j'en ai besoin et puis voilà c'est tout.»

→ A LIÈGE CE N'EST PLUS VRAIMENT LA FÊTE POUR CERTAINS USAGERS

Stevens (23 ans) explique la différence d'état d'esprit entre sa manière de consommer lorsqu'il était en France dans un environnement moins « toxicomane » selon son expression, que celui de Liège où il vit.

« Là - bas, ça va être un coup de la coke, un coup du LSD, un coup de la coke, ce n'est pas encore la même chose. C'est de la poly consommation, ce n'est pas juste l'héroïne »

200. Après la consommation de cocaïne de couleur blanche, les usagers cherchent à se calmer et à faire baisser le niveau d'excitation, ils prennent alors de l'héroïne qui procure un effet inverse. Ils disent alors qu'ils se déblanchissent , c'est ainsi qu'ils alternent cocaïne et héroïne

Depuis qu'il vit à Liège l'environnement est différent, il décrit une autre manière de consommer.

« ... ici, on s'accroche à un truc et on vit juste pour ce truc là, tout le temps en fait. Pour l'héro. Et la coke aussi, mais ça dépend lequel on va aimer le plus vite quoi. On est plus vite prêt à revendre tout le matériel qu'on a chez soi pour de la cocaïne. La plupart des gens c'est ça, ils revendent tout pour acheter une bille ou des grammes ». Pour Stevens, l'état d'esprit lié au produit est différent, l'héro est liée à un besoin physique, corporel, tandis que pour la cocaïne, c'est dans la tête. « La coke c'est psychologique, que l'héroïne on n'a pas le choix, on est mal et faut qu'on fasse un truc tout de suite. Il nous faut l'argent maintenant ...) »

Est-ce lui qui a changé depuis son départ de la France, est-il davantage perméable au type de contexte liégeois? De son point de vue, à tout le moins l'environnement est radicalement différent par rapport à ce qu'il connaissait dans sa petite ville de province en France *« Là-bas, en France, on sait encore s'amuser, penser à ce qu'on a à côté de soi. On peut se dire: Viens ! On va se passer une soirée à l'héro. Alors qu'ici... ben... tout le monde marche droit dans le mur (...) C'est le truc de tout le temps, tous les jours, dans la vie de tout le monde, enfin tous les consommateurs. »*

→ "PLUS JE ME MÉPRISE, PLUS JE M'INJECTE..."

Aïcha (une quarantaine d'années) pour sa part consomme davantage par injection quand elle *« ne s'aime pas »* et que son estime d'elle-même est au plus bas. Elle incarne alors complètement le stéréotype du « tox » : *« Après le shoot je suis déçue de moi. A chaque fois c'est « pourquoi tu te l'es encore fait, tu sais bien que ça sert à rien, t'es qu'une conne, fallait pas le faire. » J'ai un rapport avec les seringues plutôt maso. ... voilà à la seringue, à ce que ça représente, le « tox », le shoot, c'est ce qui a de plus bas quoi pour les gens. Et ils ont raison donc je suis une merde, pourquoi pas donc voilà. Je ne sais pas comment vous expliquer, j'ai un méchant mépris de moi-même. C'est bizarre mais c'est comme ça. Plus je me méprise et plus souvent j'injecte »* Aïcha explique que quand elle se sent mieux, elle fume plutôt que « shooter ». Son mode de consommation par voie intraveineuse est donc directement lié à son état mental du moment voire, nous dit-elle, *« ... à mon dégoût et à me dire toute façon voilà, un comportement de tox... »*. Aïcha rapporte encore une fois l'impact de l'imaginaire social du « tox » qui agit directement sur elle. Dans son esprit comme dans celui de son entourage, y compris d'usager *« ... le tox c'est malheureusement quelqu'un de dépendant de n'importe... quoi. Pour les gens, le Tox, c'est le shoot, c'est l'épave. »* Elle relate à son tour le phénomène de discrimination entre usagers, dont elle souffre également... *« qu'on la prenne en suppo, qu'on la prenne en sirop, qu'on la prenne en shoot on est Tox quoi mais ça les gens ils ne le conçoivent pas quoi. Parce qu'ils sniffent pour eux c'est plus snob »*. Pour Aïcha, ces images sociales négatives qui proviennent tant du monde usagers que des non usagers agissent directement sur sa personnalité et entretiennent son rapport au produit.

«... on me méprise tellement, à ce point là, que je me dis... bin toute façon pourquoi pas... A la limite, c'est comme si je donnais aux autres le plaisir de ce qu'ils attendent de moi. Au lieu de faire l'inverse, je rentre dans le système inverse ».

Les trajectoires sont variées. Il y a ceux qui ont un toit ou qui ont maintenu une relative maîtrise de leur consommation grâce à un ensemble de facteurs favorables, notamment une santé mentale équilibrée, une bonne estime de soi. **Tony (22 ans)** n'est pas dans une logique de défonce. Son problème du moment est lié au logement et à la vie en rue. Sinon, jusque là, ce jeune garçon qui consomme de la coke depuis son plus jeune âge, dit consommer de manière détendue.

«Quand je consomme ce n'est pas que je suis «pêté», je ne suis jamais parano ou des trucs ainsi, non. Même si je suis dans la rue, j'arriverai toujours à trouver un endroit, monter cinq minutes chez quelqu'un. Ceux qui le font en rue c'est que vraiment, ils sont pressés, c'est pour que ça aille plus vite et plus rapide».

Pour **Paco (28 ans)**, le climat familial est compliqué, mais pendant quelques temps, il travaille avec son père, comme cuisinier. Il gère un équilibre entre travail et consommation, jusqu'au moment où les besoins d'argent se font plus pressant, sa paie ne suffit plus. Il doit voler pour acheter ses produits.

«Ça allait quoi ! Allez, quand je travaillais chez mon père, je faisais des soirées coke jusque 6h au matin, puis après je dormais 1h, j'allais travailler, même pendant une bonne période quoi. Je prenais ma méthadone et j'étais parti, j'alternais la consommation et le travail.

A partir de quel moment est-ce devenu un problème ?

«Parce qu'après je volais. Après le 15 du mois, j'avais plus rien. Je devais demander de l'argent à prêter pour la coke et l'héro»

Contextes particuliers pour les filles travailleuses du sexe dans la rue

Les filles qui consomment en rue vivent dans des contextes de consommation particulièrement violents, ce qui influence leurs pratiques de consommation.²⁰¹

Une assistante sociale²⁰² expose son sentiment concernant le contexte particulier de la consommation des travailleuses du sexe. *« Ces filles étaient toxicomanes avant d'arriver et elles ne travaillent pas de la même manière que les autres dames. Elles travaillent pour leur consommation, donc elles sont moins perméables à tous les conseils de prévention (...) c'est certain, les conseils de sécurité par rapport aux violences ne seront pas une priorité, ce qui est une priorité, c'est la consommation et quand on a l'argent de la consommation, on souffle.»*

→ SANDRINE, PAULE ET CHARLOTTE : RÉCITS

Sandrine, Paule et Charlotte décrivent des rapports avec leur compagnon d'une rare violence, ceux-ci les entretenant dans une consommation frénétique selon une économie d'échanges affectifs, de protection et d'argent.

Charlotte (33 ans, Charleroi) : *« ... généralement les hommes, nous font prendre de la mate, comme ça, après on a notre cul sur le trottoir et on ramène l'argent.»* Charlotte est réputée dans toute la ville pour assumer le rôle de la victime idéale, elle est régulièrement battue et abusée : *«Moi, ça a*

201. « L'injection de produits illicites pour des personnes vivant à la rue ou dans des conditions précaires dans un contexte répressif, ne se déroulera pas et ne sera pas intégrée de la même manière que pour une personne intégrée socialement pratiquant l'injection à domicile dans des conditions de sécurité optimales. Le procès est en principe le même, mais le parcours conduisant à sa réalisation va profondément affecter l'expérience de la personne. Le fait de pouvoir disposer d'un lieu est important pour que la préparation (dilution, chauffage, remplissage, injection) se passe dans les conditions permettant d'atteindre les effets recherchés. Or, quand on vit chez ses parents ou que l'on est hébergé, a fortiori quand on est sans domicile fixe, ces lieux sont très difficiles à trouver. » Extrait de Bouhnik P, Touzé S., Valette Viillard C., *ibid.*, p. 195

202. Entretien exploratoire mené dans une association qui vient qui travaille auprès des travailleuses du sexe dans la ville basse à Charleroi

commencé avec mon ex mari, j'ai réussi à m'échapper, il m'a retrouvée, il m'a mis une danse. Je suis tombée dans un coma, et donc il ne savait pas quoi faire. Il m'a emmenée aux urgences. Quand j'ai ouvert les yeux de mon coma on m'a dit : Madame vous avez fait une belle chute dans les escaliers ! Il était à côté de moi. Et quand il est parti j'ai appelé l'infirmière, j'ai dit aidez moi ! Il me viole, il me torture, il me fait prostituer. Ensuite ... plus tard... je suis tombée dans la drogue et puis je suis tombée encore sur d'autres gens, ils me donnaient gratuit, gratuit, gratuit ... Voilà et après quand on est bien en manque, on te dit ben va faire une passe.»

Paule (31 ans, Liège) «Toutes les filles sur le trottoir sont avec des dealers. Ils te piquent, font des injections... parce qu'en fumette, tu fumes plus de produit. Et en plus quand tu fumes... tu es moins «stone» on va dire. Mais avec l'injection, tu ne sais plus trop ce qui se passe. Tu ne sais plus ce que tu fais avec le client. Tu fais beaucoup pour peu d'argent, même si tu es humiliée, tu ne fais pas attention à ça parce que tu as besoin de ta dose, donc de l'argent. En fait, tu ne regardes pas trop ce que tu as gagné comme argent... tu regardes juste ta dose, pour ne pas être malade.» Paule explique néanmoins que la situation a nettement évolué ces derniers temps à Liège. «Beaucoup de filles se sont remises en ordre, et maintenant qu'elles ont touché le CPAS, beaucoup ont largué leur copain et elles vivent très bien !»

les lieux : De la rue aux appartements des copains,

Les lieux d'usages varient beaucoup, cela peut aller du domicile en passant par la rue, les squats ou les appartements de consommation qui sont décrits par de nombreux usagers comme des espaces courants.

Ceux qui possèdent un appartement subissent la pression de ceux qui vivent à la rue, jusqu'à parfois les amener à consommer davantage. **Etienne (28 ans)** consommait de l'héroïne en fumette depuis plusieurs années. Il y a 2 ans, il est passé pour la première fois à l'injection, dans son appartement. Il a eu envie au contact d'une personne qu'il connaissait à peine, il était là venu avec des copains qui cherchaient un toit.

→ SOUS LE CONTRÔLE DE SA MAMAN ET SOUS LA PRESSION DE L'ENTOURAGE

Depuis 2 ans **Etienne (28 ans)** injecte cocaïne et héroïne, qu'il alterne avec son traitement à la méthadone. Il communique peu et difficilement, il est naturellement d'une humeur renfermée explique-t-il. Il possède son appartement, au chômage, il passe la plupart de ses journées à dormir ou à regarder la TV. Il a travaillé plusieurs années. Il dit avoir envoyé plusieurs fois des CV pour trouver du travail, mais il ne reçoit pas de réponses. Autour de lui, une sorte de stratégie établie avec ses parents permet d'éviter la dérive. Sa maman, au courant de sa consommation, maintient un contact quotidien par internet, elle veille au remplissage hebdomadaire du frigo. Chaque mois, il verse la moitié de son allocation à sa mère qui gère ainsi son budget.

Son appartement attire des usagers sans appartements qui frappent à sa porte pour consommer ou pour trouver un dépannage pour une nuit. Le niveau de la consommation d'Etienne dépend directement du nombre de visiteurs usagers ! «... je dirais (que j'injecte) moins d'une fois par semaine mais ça dépend des fois quoi ! Si y' a personne qui vient, ça dépend si quelqu'un vient chez moi ou pas, des fois tout le monde vient... » Et alors, le rythme de consommation augmente.

Avec qui consomme-t'on ?

La consommation peut se pratiquer seul, en couple dans une relative intimité ou en groupe avec des copains. Même si la pratique en groupe est parfois avancée pour limiter les risques en cas d'overdose, des pratiques d'échanges de matériel (cuillère, coton, eau) sont paradoxalement évoquées par la plupart des usagers rencontrés.

Seb (17 ans) consomme à la maison, souvent en couple :

«... en rue ça j'ai jamais fait, ma consommation, je la fais chez moi, en plus quand on garde les enfants et tout, ce n'est pas trop une chose à leur montrer. Chez nous, on le fait dans la toilette. Le matériel est planqué dans une étagère au dessus des toilettes, elle ne touche même pas le sol, l'étagère est fixée au mur. Donc, on monte sur la cuvette et on sait aller chercher dans le truc, faut déjà être assez grand.»

Il fréquente également les appartements des amis ou de la famille, également consommateurs. Dans ce cas les pratiques d'échanges semblent courantes

«Une fois où on s'est retrouvé à huit avec une seringue et une cuillère. On était tous les huit dans la même cuillère, quelqu'un mettait sa poudre, on la tirait et on passait avec la cuillère et ainsi de suite. Ça m'arrive encore souvent avec Yvan (son oncle de 40 ans), je tire son coton ou je prends celui de tout le monde. Tout le monde le fait ça. On ne pense pas... Parce que quand même la seringue ne rentre qu'une seule fois dans le coton. Si elle est nouvelle, on n'a aucun risque de choper quoi que ce soit ... »

Seb (17 ans) estime avoir eu un « bon professeur ». Pour « sa première fois », son oncle Yvan, lui « a tout expliqué » dit-il. Extrait de conversation :

«Pour moi je ne prenais pas un risque parce qu'avant de faire l'injection mon oncle m'a bien expliqué. Il m'a dit «tu mets le garrot, tu regardes la veine, tu appuies, si tu vois qu'elle part en couille, tu la prends pas.» Il a voulu essayer lui-même. «Je l'ai bien fait et depuis... Mais ça m'est déjà arrivé de mal le faire. Au moment de l'injection, en tournant et en la reprenant comme ça, la veine a bougé. Si tu vois que t'as un petit peu mal, t'arrêtes quoi, t'enlèves, y'en a qui continuent, même si la boule arrive. Alors si t'as une boule, c'est que t'es à côté ou que t'as pas desserré le garrot avant de retirer la seringue. Il faut enlever le garrot, sinon ça fait un œuf! Non, il m'avait expliqué toute l'histoire, mon oncle. Et quand il a vu que ça devenait de plus en plus souvent il m'a dit «viens je vais te montrer l'endroit» et il a été me montrer là-bas»... Le comptoir ? «Ouais.»

les prises de risques et les peurs

La peur de mourir traverse la plupart des conversations. La crainte de l'overdose ou de la septicémie (à cause des abcès et des multiples infections) apparaît de manière récurrente, en particulier pour les usagers précarisés qui vivent en rue. Les peurs ne sont pourtant pas les mêmes pour les jeunes de moins 25 ans ou pour les consommateurs plus anciens. Pour les jeunes, c'est parfois le sentiment de perdre son temps ou de griller des années de jeunesse qui suscite de l'appréhension.

→ MÊME PAS PEUR

Tania (28 ans) pense avec le recul que de toutes façons à 13 ans, aucun message de prévention n'aurait pu être efficace.

«Je crois que j'aurais trouvé un autre chemin pour le faire, si cela ne s'était pas fait comme ça, cela se serait fait d'une autre façon et j'aurais peut-être eu des complications, alors je préfère que cela ce soit passé comme ça... je m'en foutais (des risques). A à 13-14ans comment veux-tu comprendre les répercussions pour plus tard... ?»

Les jeunes (entre 21 et 29 ans) de Charleroi rencontrés en groupe présentent leurs perceptions des risques en ces termes :

«Tout le monde connaît les risques. Overdose, ulcères, veines ratées, infections ou quoi, ou alors se piquer dix fois, parce que on ne trouve pas la veine, on devient fou, on pète un câble. On s'énerve tellement, qu'on ne voit pas qu'on est à coté, mais on injecte quand même.» Vous n'avez peur de rien quand vous injectez ? «Non ! Parce qu'on ne pense qu'au produit. On ne pense pas aux risques.»

Dans les récits de **Dereck (25 ans)**, **Mathieu (21 ans)** et **Stevens (23 ans)**, nous retrouvons le même type d'attitude assez distante avec le risque morbide :

«C'est sûr, c'est en rue, que je prends des risques, mais comme je prends toujours du matos propre ou quoi, je ne le dépose jamais par terre, je fais attention. Tu prends quand même le risque, tu ne peux pas tout gérer. C'est un risque d'être dehors. Mais n'importe où de toute façon, il y a des microbes partout» explique Dereck.

Mathieu (21 ans) est orphelin depuis l'adolescence. Il sniffé de la cocaïne depuis sa dépression survenue à la mort de sa maman lorsqu'il avait 16 ans. Il y a 3 ans, il passe à l'injection et commence l'héroïne pour *«redescendre.»*

«Je consomme en rue parce que je n'ai pas de logement et parce qu'une fois que j'ai acheté, mon seul but c'est consommer.....des fois je dois me dépêcher ou parfois je me mets mal pour le faire, pour que personne ne me voie ... ben y a des fois, j'ai quand même difficile de trouver une veine, parce que je ne suis pas bien mis dans la lumière. D'habitude, je vais dans des endroits où il y a d'autres usagers, mais je reste dans mon coin quoi.»

Pour sa part, Stevens considère que sa situation est passagère, il ne pense pas à la mort même s'il relativise :

«Bah on ne peut pas dire qu'on a peur de rien ! Mais, je ne sais pas, je ne pense jamais à faire une Overdose ! Mais ça m'est déjà arrivé en prenant un flash de coke de penser en arrière. De regarder tout ce que j'ai raté. Que ça pourrait me faire rester trop longtemps ici²⁰³ en fait. Qu'il serait temps que je réagisse. Bah ça m'est déjà arrivé mais à part ça non, j'ai pas peur.»

**→ CAS SINGULIER : SEB
DES JEUX MORBIDES D'ADOLESCENTS ET UN DISCOURS PLEIN D'ASSURANCE**

Seb (17 ans) a beau être un jeune papa, il se comporte comme un adolescent qui multiplie les prises de risques extrêmes.

203. Sous-entendu à Liège, car il vient de France et là-bas l'environnement était moins propice à ce type de consommation

« Je suis dans un groupe assez sadique, Ku Klux Klan, satanisme et tout ça on aime ! Parfois on s'asperge avec notre propre sang dans la gueule de l'autre. On est des potes, on se connaît depuis la maternelle, on est 8 comme ça... Le plus jeune a 14 ans, c'est le frère d'un autre. Plus aucun ne va à l'école, même celui de 14 ans n'y va plus. Ils consomment tous. Je suis le seul dans le groupe qui ne consomme que de la blanche. Ils consomment tous par injection et en sniff. Un jour, il y en a même un qui m'a foutu des « champi » dans une seringue. Il les a passé au mixer, en laissant tremper, en le mettant dans la cuillère et hop dans le machin. Certains sont encore plus loin que moi. Ils avalent des petits bouts brun qui ressemblent à du carton et là ça dure des heures, et on est déshydraté et tout ça... »

Seb relate encore une autre anecdote concernant un groupe de jeunes qui consomment dans un bois situé à côté d'une école :

« Des sacs sont planqués dans des buissons, chacun sait où se trouve les sacs. Donc si tu n'as plus de seringues, ben tu sais où aller chercher des seringues sales » Tu prends des risques quand tu injectes ? **Non, je sais qu'il y a des risques, des énormes même, mais pour moi ils sont calculés, je sais ce que je fais...** Et quels sont ces dangers ? **La bulle d'air dans la seringue déjà, heum... à part ça je vois rien... pas serrer trop le garrot non plus, parce que j'ai déjà vu le frère de mon oncle avec une main bleue et la veine qui pète dedans. Il a serré trop. »**

Excepté les risques physiques, tu vois d'autres dangers ? **« Pour moi, non aucun... »**

La consommation en rue, forcément à risques

Natacha, Charlotte ou Paule sont usées par la rue et la consommation. Elles risquent leur vie tous les jours, elles le savent et elles ont peur.

→ “ JE NE SAIS PAS INJECTER ”

Natacha (27 ans) rencontrée dans les rues de Liège dans un quartier où les filles battent les pavés du trottoir. Elle prend de l'héroïne et injecte de la cocaïne plusieurs fois par jour **« des grosses quantités, des grammes entiers. J'ai déjà fait 3 overdoses. Hier j'ai injecté 5 fois, je n'ai pas dormi »**. Elle est parfois tellement pressée qu'elle utilise les flaques d'eau dans la rue. Nous regardons avec inquiétude les bras de Natacha, labourés par les cicatrices et les chéloïdes. **« Je ne sais pas injecter. Ce sont des traces d'abcès à cause de l'injection, souvent je suis énervée et je rate la veine. »** Elle a été déjà hospitalisée pour cause de septicémie. Natacha est désespérée, elle nous jette pourtant à la figure comme un flot de rage de vivre pour bien nous faire comprendre le contraire, qu'elle tient à la vie. Elle cherche désespérément à survivre, malgré de lourds traumatismes liés à son enfance qui l'empêchent de vivre. Natacha a été violée régulièrement durant plusieurs années, par ses oncles maternels et paternels, à partir de l'âge de six ans. Sa maman n'a jamais accepté de croire et d'entendre sa fille durant de longues années. C'est seulement à l'âge adulte au moment où son oncle, le frère de sa mère prit de remords devant l'état de sa nièce, avouent ses actes et que la maman accepte de croire sa fille. Natacha survit péniblement avec ses blessures d'enfance, elle ne veut pourtant pas mourir. Elle demande juste que l'on respecte ce qu'elle est en ce moment, tout en lui permettant d'éviter le pire. Elle raconte ses peurs et les stratégies de protection qu'elles cherchent à mettre en place pour se protéger.

« On m'a dit à l'hôpital plusieurs fois que je risquais de perdre mes bras. Ok ! Mais voilà, maintenant que fait-on pour quelqu'un qui veut quand même continuer. Qui aime ça, comme moi ! Je m'étais renseignée

pour mettre un truc directement dans la veine, comme ce qu'on met aux cancéreux. Bon, c'est peut être poussé d'accord ! Mais pourquoi on ne mettrait pas ça ? Qu'on m'explique ou quoi, je vais m'acharner et quoi ? On attend quoi ? Que je perde mes deux bras ? »

→ **“ J'AI PEUR DE ME RATER ET DE ME TUER ”**

Paule qui consomme souvent en rue, a quitté son compagnon, qui l'avait initiée. Elle est d'une part libérée de son emprise, mais d'autre part elle se retrouve dépourvue face à la technique d'injection :

« J'ai laissé tomber mon copain qui me faisait travailler énormément sur le trottoir, et qui me faisait les injections. Au début, j'étais dans la merde parce que je ne sais pas me piquer, j'ai donc essayé moi-même, je me suis ratée beaucoup de fois. Je me suis abimé les veines. C'est affreux. J'ai eu des infections ».

Nous remarquons une énorme cicatrice sur sa poitrine. Il s'agit de la marque d'une opération chirurgicale, d'une valve qui a été retirée.

« C'est parce que j'ai fait un arrêt cardiaque, mon copain a mélangé mon héroïne avec de la mort aux rats, il voulait garder la came pour lui. Maintenant, j'ai peur de me faire une injection, que la came ne soit pas bonne et que je reste dedans quoi ! »

La peur de «devenir accro» à l'héroïne

Peu de répondants évoquent le manque comme un risque lié au produit, excepté lorsque les usagers ont quelques années de consommation derrière eux et qu'ils sont au moment de l'entretien à un certain niveau de saturation. La dépendance à l'héroïne est relevée par de nombreux usagers comme particulièrement difficile à maîtriser. Ils se retrouvent souvent dépourvus face aux premières crises de manque.

“ JE NE L'INJECTE PAS, JAMAIS. CELA ME FAIT PLUS PEUR QUE LA COKE. ”

Leïla (44 ans), pour sa part, s'est toujours refusée à prendre de l'héroïne en injection à cause de la stigmatisation, des risques sociaux, et de la dépendance. Elle consomme l'héroïne en fumette. Elle injecte la cocaïne, un produit qui lui inspire moins de crainte par rapport à la dépendance, même si paradoxalement, elle considère que le passage à la consommation de cocaïne a été « une catastrophe » pour elle. *« Je ne l'injecte pas, jamais. Cela me fait plus peur que la coke. La fumée de l'héro rend déjà très accro. Alors imaginez-vous ! Dans ma tête, j'ai l'impression que je ne m'en sortirais jamais. Et puis, c'est carrément le junkie total... »*

Et c'est comment un *Junkie total* ?

« La dépendance totale, prêt à voler ses parents, mentir, il n'y a pas de juste milieu quoi. La consommation passe avant tout. Et dieu merci je ne suis pas encore arrivée à ce point-là. Mais je crois que c'est parce que j'avais la facilité, de l'argent. Je prenais ma méthadone ou je mordais sur ma chique ou quoi, mais je n'allais pas voler. J'allais me confier à ma famille et je leur disais voila j'ai recommencé. Donc à mon avis c'est ce qui m'a toujours sauvée. Mais autrement les personnes qui n'ont pas les mêmes possibilités que moi, je crois qu'ils arrivent à ce point là. »

Les personnes d'origine étrangère sont aux prises avec les mêmes questionnements face à la dépendance.

→ “JE SUIS TOMBÉ DEDANS”

Drice (35 ans), originaire d'Algérie, est venu en Belgique en quête d'un avenir meilleur. Il craint la mort et la dépendance.

«J'ai peur de mourir, moi je veux arrêter ces trucs là, j'ai peur que je tombe dedans sans jamais pouvoir revenir en arrière, je ne peux pas arrêter.»

→ “POUR MOI LA PIRE DES CHOSES C'EST DE TOMBER ACCRO ET DE NE JAMAIS EN SORTIR.”

Dereck (25 ans) consomme par injection depuis l'âge de 13 ans. Contrairement à Leïla, il a vite été livré à lui-même sans entourage familial sur lequel s'appuyer. Il semble maîtriser les techniques d'injection, et il limite les risques. Il n'a pas évoqué d'incident grave au cours de sa longue «carrière» de consommateur. Depuis 3 ans, il est devenu papa et sa consommation lui pose problème. A ses yeux le plus gros risque pris est lié à la dépendance au produit et non pas au mode de consommation.

«Le plus grand risque pour moi, c'est de ne jamais en sortir. Pour moi c'est la pire des choses qui peut t'arriver. Parce que tu mets ta famille de côté, tu coupes les ponts avec tout le monde, tu restes dans ton petit monde. T'as plus de respect pour personne, des fois t'as même plus de respect pour toi. Et la pire chose du monde, c'est l'héroïne. Celui qui a inventé l'héroïne, il aurait dû se faire casser une dent !»

Tu me dis l'héroïne et pas la cocaïne ?

«La cocaïne ce n'est pas vraiment pareil, tu peux t'en passer. L'héroïne pas. Mais si t'es fort psychologiquement la cocaïne ça passe. L'héroïne, non ! Ça ne passe pas. Ce n'est pas la même dépendance. Tu ne peux pas vivre une vie normale en étant toxicomane, c'est impossible, j'ai essayé et je n'ai pas réussi, donc ce n'est pas possible.»

Penses-tu que quand on fume de l'héroïne, on prend moins de risque ?

«Non, tu ne prends pas moins de risque, parce que tu la fumes ou que tu la shootes, c'est quand même une drogue. Tu es quand même dedans, t'es quand même accro. C'est pareil.»

Peur d'avoir honte, d'être jugé par les autres, de tout perdre

→ SARAH, CLYDE, STÉPHANIE : RÉCITS

Concernant les personnes d'origine étrangère, le contexte communautaire et socio-économique fait pression sur des jeunes ou des femmes aux prises avec des questions identitaires, ce qui peut entraîner des troubles de la santé mentale ou des prises de risques. Les enquêtes de

Pascale Jamouille à Bruxelles évoquent ces conduites à risques (délinquances, drogues, trafic, jeu,..) chez des enfants d'immigrés confrontés à la difficulté de construire leur identité entre deux cultures. La question essentielle des origines les tourmente, parfois jusqu'à la dépression ou l'adoption de conduites déviantes (micro-trafics, délinquances...). D'après cette étude, certaines jeunes filles d'origine étrangère semblent régulièrement confrontées à des errances identitaires à cause des conflits avec les familles ou les époux. Beaucoup s'enferment alors dans des dépressions ou des attitudes de rébellions parfois à risques²⁰⁴. On trouve décrit ici des logiques de comportements qui rejoignent les témoignages de **Sarah (24 ans)**. Celle-ci se rebelle contre sa famille, et les conduites de risque s'opèrent de manière délibérée pour interpeller l'entourage. Elle connaît le risque de rupture avec sa famille et les siens à cause de son attitude. L'usage de drogue fait partie d'un ensemble de comportements (fugue, sortie, mauvaises fréquentations ...) qu'elle a adopté dans une attitude de rébellion. Elle est pourtant consciente des risques, qu'elle dit toutefois pourvoir maîtriser.

Elle évoque la transmission des hépatites ainsi que le risque d'aggravation de sa dépression. Elle a honte, se dit faible ; consommer de la sorte à ses yeux constitue un aveu de faiblesse. Jamais, elle n'oserait évoquer sa consommation de drogues en famille. « *Mes parents ne me laisseraient même plus passer le seuil de la porte. C'est tabou, c'est péché, c'est un truc de faible...* » nous dit-elle. « *En fait ce qui a choqué mes parents... c'est que vu que je suis une fille, j'ai toujours été réservée, j'ai toujours été bien, du jour au lendemain j'ai pris mes affaires et je suis partie. J'ai vraiment créé une fracture, parce que je me suis dit ce n'est pas possible, je fugue, je rentre tard la nuit, je ne préviens pas ; je fais des bêtises et ils ne se réveillent même pas ! J'ai vraiment créé une fracture pour qu'ils me disent oui ou non c'est comme ça ! Il y a beaucoup de jeunes filles dans mon cas, mais elles ont peur des représailles. Parce qu'il y a plein de filles, si elles osaient aller à l'encontre des traditions, ben elles se feraient massacrer, voir tuer carrément.* »

En somme, c'est la honte ! Et nous savons que les sentiments liés à l'honneur et à la réputation sont davantage présents dans les cultures traditionnelles. Nous l'avons vérifié dans les conversations avec les personnes d'origine étrangère dont les familles sont toujours marquées par la culture d'origine (dans notre échantillon, essentiellement maghrébine). Cette conception de l'honneur et de la respectabilité permet de comprendre ce que disent les usagers rencontrés à propos du « risque de honte » au sein de leur communauté.²⁰⁵

Peur de tout perdre : le risque financier

Les usagers ayant déjà un parcours de consommation de quelques années relatent leur première fois avec un sentiment de regret, au vu des sacrifices et difficultés que cette consommation frénétique a engendré. Nous avons recueilli peu de considérations positives concernant leurs usages, même s'ils ne peuvent pas ou ne veulent pas arrêter pour le moment.

Clyde (30 ans), injecte depuis l'adolescence. Il jette un regard rétrospectif sur sa carrière de consommateur. Extrait de « *Avec du recul je ne fumerais même pas, je ne ferais rien du tout à part fumer des joints* » Tu ne commencerais ni la cocaïne, ni l'héroïne ? « *Non, aucun des 2. Maintenant, tu me crois ou tu ne me crois pas, mais si je n'avais pas fait ça, aucun des 2, là j'aurais 3 villas, je ne sais pas combien de porches. Un jour, j'ai eu 35000 euros, 1 mois ça a duré, tout est passé dans la ... blanche J'ai acheté une audi A3, je l'ai achetée 10000 euros mais le reste est passé dans la drogue...* ».

204. Jamouille P., *Fragments d'intimes. Amours, corps et solitudes aux marges urbaines*, Editions La Découverte, Paris, 2009, p. 226-228

205. Cyrulnik B., *Mourir De Dire, La Honte*, éditions Odile Jacob, Paris, 2010, p. 260

Sarah (24 ans) perçoit ces risques et dit s'en protéger grâce au self contrôle. Extrait de conversation

«Je sais mettre des limites. Parce que je sais bien que si je consomme, j'en voudrais encore plus, ce qui veut dire que j'aurai des problèmes financiers et donc que je risque de perdre mon appartement. Je suis entourée de toxicomanes, je sais qu'ils ont perdu leurs appartements, ils ont perdu leurs enfants, ils ne savent même plus manger, ils se retrouvent à la rue et ils consomment encore plus et c'est un cercle vicieux moi je ne veux pas».

Tu penses que tu contrôles ?

«Oui, c'est toute une chaîne, que j'ai déjà vécu et je ne veux pas que ca se reproduise. Et si je prends ce risque, je sais que je vais me cloitrer dans la toxicomanie, mon sentiment de solitude va s'accroître et je vais complètement me fermer de la société et je n'ai pas envie d'en arriver là. Que mets-tu en place pour limiter les risques ? Je me suis endurcie. J'ai appris à ne pas me laisser entraîner. J'ai appris à mettre des limites dès le départ et pas attendre qu'il soit trop tard».

Pour certains, c'est après coup que le risque financier pris est perçu. Ainsi, **Stéphanie** évoque avec une pointe d'amertume les sommes d'argent englouties pour sa consommation, bien que ces moments évoquent aussi d'intenses instants de fêtes et de plaisir avec ses amis. C'est un peu comme un lendemain de « gueule de bois » *hoo oui ho oui pff j'ai perdu beaucoup pour ca* ».

3.2.4 ACCES AUX DISPOSITIFS SOCIO-SANITAIRES & PERCEPTION DE L'OFFRE

L'objectif de cette partie est de mieux comprendre la perception de l'offre de services de bas seuil par les usagers rencontrés, ainsi que la manière dont ils y accèdent. Que nous disent-ils du dispositif qui leur est proposé ? Quelles sont leurs représentations ?

A. L'URGENCE ET LA TEMPORALITÉ DES USAGERS

Le mode de vie des usagers que nous avons rencontré est caractérisé par un important besoin de souplesse. Ils sont de manière continue en extrême instabilité, ils doivent sans cesse s'adapter, rebondir, fonctionner dans la débrouille. Ils ont donc besoin de structures qui les suivent dans ce mode de fonctionnement, ou en tout cas qui leur ouvrent leurs portes de manière souple.

Ils rapportent souvent avoir du mal à respecter les conditions d'accès à certaines structures, même de bas seuil, ce qui les amène à en être exclu. Ils manquent alors des opportunités ou sous-utilisent les structures à cause de règlements qu'ils ne parviennent pas à suivre, en particulier, ceux liés aux horaires, aux prises de rendez-vous ou à l'abstinence. Beaucoup d'usagers se plaignent également de la relative tolérance de certaines structures par rapport à l'alcool, comparée à la totale intransigeance par rapport à la consommation de produits illicites.

De même, les personnes rencontrées nous signalent que la gestion des enfants n'est souvent pas prise en compte dans l'accès aux structures. Des circonstances particulières liées à la garde ou à la charge des enfants ne sont pas considérées par les centres. Il est alors parfois difficile de respecter les heures de rendez-vous ou de participer aux activités, faute de temps. Prendre en compte des ruptures, des errances, des rythmes et des temporalités liées au style de vie de ces usagers posent ainsi problèmes à certains services en contact avec ces personnes.

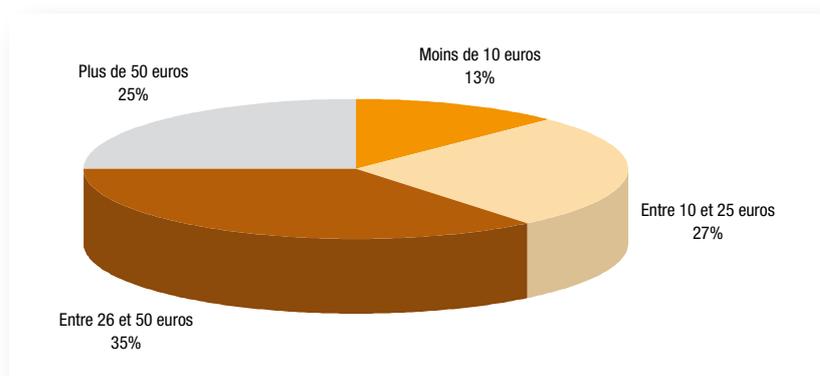
Dans *Drogues de rue*²⁰⁶, Pascale Jamouille explique que la distance entre les usagers et les structures se creusent souvent à cause des «*écarts de logiques des usagers et de leur temporalité.*» Elle observe que l'occasion manquée et la distance avec les structures peuvent même s'installer dès le premier contact.

Ce problème est également rapporté par la plupart des usagers que nous avons rencontré, et ce d'autant plus que tous traversaient des périodes de consommation actives au moment de l'enquête. Ceux qui étaient en demande par rapport aux services (une cure, un séjour dans une institution, un logement, une nuit...) nous ont fait part du manque de souplesse ou de la difficulté qu'ils éprouvent à construire une relation où ils se sentent en confiance, ce qui leur permettraient pourtant d'améliorer leur qualité de vie.

Ces usagers fonctionnent en urgence chronique. Parallèlement, les travailleurs sociaux nous ont fait part de cette nécessité de travailler dans l'instant, pour créer le premier contact, celui qui permet d'entrer en confiance et de construire quelque chose. La vie des usagers rencontrés est éreintante, les besoins sont d'ordre vital, et y répondre demande une réactivité épuisante. Ils sont en perpétuel mouvement, toujours à la recherche d'argent pour le produit.

Dans la figure ci-dessous, nous donnons un aperçu des besoins quotidiens de produits des usagers interrogés via le questionnaire. Comme nous pouvons le voir, le coût journalier peut varier grandement d'un usager à l'autre (précisément, il varie de deux euros, chez les personnes qui ne s'injecte qu'occasionnellement, à 300 euros, chez les personnes qui effectuent de nombreuses injections de manière quotidienne). On observe que 25 % des personnes interrogées dépensent plus de 50 euros par jour pour s'approvisionner en produit.

Figure 36 : Coût journalier de la consommation – Analyse globale (n=64).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

De manière corollaire, ce coût important observé chez bon nombre d'usagers ne peut être assuré que par une multiplication des sources de revenus. Ainsi, plus de 50% des personnes qui ont répondu au questionnaire combinent plusieurs sources de revenus (allocations sociales, débrouille, travail non déclaré, travail du sexe, etc.). Les sources de revenus les plus fréquemment citées sont, par ordre d'importance, les allocations sociales (63%), la débrouille (37%), le travail non déclaré (18%), le travail du sexe (15%), et le soutien familial (12%). Notons qu'il n'est pas

206. Jamouille P., *Drogues de Rues*, op.cit., page 182

impossible que le recours au travail du sexe soit sous-estimé en raison du caractère difficilement avouable de cette activité.

Quand les personnes rencontrées ne sont pas encore installées dans la grande précarité, sans logements, elles peuvent néanmoins se trouver dans une position instable, comme au bord d'un précipice. Elles sont alors toujours dans l'attente d'un appartement, d'une allocation ou d'une remise en ordre administrative, des quêtes souvent lourdes et chronophages.

Dans ces situations à risques, le manque de souplesse ou d'empathie peut être dévastateur car il peut faire manquer une occasion, un job, un logement, une démarche administrative, un rendez-vous important, et saper le moral ou une confiance en soi déjà fragile. Cette difficulté d'ancrage dans une relation d'aide ou dans une structure peut particulièrement perturber ceux qui évoluent à la limite d'un basculement vers une instabilité plus grande. En effet, certains usagers parviennent à se maintenir dans un état d'équilibre (certes précaire), pour autant que d'autres facteurs déstabilisants n'interviennent pas.

C'est le cas de **Tony (22 ans)**, jeune père, peu habitué à la vie en rue mais qui vient de perdre son appartement. Au moment de notre rencontre, il est à court de ressources, mais a pourtant frappé à de nombreuses portes. Il pourrait basculer dans une consommation problématique ou une dépression aggravée si sa situation ne se règle pas rapidement.

→ LE CAS SINGULIER DE TONY

Tony (22 ans), consommateur de cocaïne depuis l'âge de 13 ans, rencontré à Charleroi, consomme par injection. Il ne fréquente pas les structures de Réduction des Risques. Il a appris à gérer sa consommation avec l'aide de son médecin, et se fournit en seringues auprès des pharmacies. Il est à la rue depuis peu, à la suite d'une rupture sentimentale et d'une succession de problèmes. Son bébé de 5 mois séjourne à l'hôpital, maltraité par la mère, dit-il. Son visage triste s'illumine à l'évocation du bébé. Il est déterminé à récupérer la garde de son enfant dès la fin de ses problèmes. Jusque là, Tony conserve le contrôle de sa consommation et de son image. Malgré la rue, il soigne son apparence physique : il ne porte aucun des stigmates habituels de la vie en rue ni de l'utilisateur de drogue. Vêtements propres et branchés, cheveux gominés et soignés, il a l'air prêt à sortir en boîte. Au contraire des jeunes injecteurs éprouvés par la rue, Tony n'intègre pas l'identité négative du « toxicomane ». Il relativise sa consommation et ne voit pas ce qui le rendrait plus méprisable aux yeux du monde qu'un simple consommateur d'alcool. Tony ressent visiblement le besoin de parler, il est dans le pétrin. En cours de conversation, il change brusquement de sujet, se dresse dans un mouvement de respiration intense, écarquille les yeux plein de désarroi et jette dans un soupir :

« Ce qui me tue, c'est la rue ! Cela fait deux mois que je n'ai plus de logement, je n'en peux plus. » Il est au bord des larmes. « Je n'ai plus l'appartement depuis deux mois, et je suis resté 15 jours à la rue, et puis j'ai fait toutes les démarches au rebond pour trouver l'îlot²⁰⁷ mais là -bas, comme j'allais voir mon petit bébé, et que je n'étais pas là pour le souper... enfin c'est ce qu'ils ont dit. Ils m'ont mis dehors ! » ...

207. L'îlot est une maison d'accueil

Il est dans l'urgence. Tony rend visite à son bébé tous les jours à l'hôpital, alors que la maman ne s'en occupe pas. On le sent à bout de nerfs, et ce problème de logement pourrait rapidement le faire basculer vers un comportement problématique. Cette situation aurait aussi des conséquences immédiates pour son bébé, qui perdrait ainsi sa seule visite parentale.

L'urgence de l'arrêt et la réponse institutionnelle: des temporalités différentes

Il n'y a pas que l'accès aux logements qui pose problèmes aux usagers en demande urgente. Les listes d'attentes et les délais pour entrer dans certains services de soins ou de cures ne correspondent pas forcément au « bon » moment de l'utilisateur. Les places en centres résidentiels sont peu nombreuses et les files d'attente sont longues.

Entre l'urgence de la rue et les places disponibles dans ces centres, il n'existe pourtant que très peu, voire pas de solution intermédiaire en terme d'hébergement.

→ PAULE, DERECK ET AÏCHA NOUS ONT FAIT PART DE LEURS EXPÉRIENCES À CE SUJET : RÉCITS

Paule (31 ans) relate les multiples obstacles qu'elle a rencontrés au moment où elle se sentait l'envie et le courage d'entamer un changement de trajectoire.

« Quand on veut essayer d'arrêter, beaucoup d'associations te ferment la porte au nez, parce que nous sommes trop nombreux. Par exemple, à la Traversée²⁰⁸, cela fait six mois que j'ai introduit ma demande de cure. Ben, il n'y a pas de place. Mais six mois... c'est long ! Et au bout de six mois ta demande est annulée parce que cela fait trop longtemps, donc tu dois recommencer ! Il y a aussi le « Super209 », mais je n'aime pas, parce que là, ils n'acceptent pas plus de 20 personnes. J'étais la seule fille sur 20 mecs. C'est mixte, je n'aime pas quand c'est tout le monde en même temps. »

Dereck (25 ans) présente le profil du consommateur de rue : Impatient, il ne peut pas attendre.

« En fait, le problème ! Ce qui me prend vraiment la tête, c'est que quand tu téléphones et que tu dis voilà ! C'est pour une urgence ! J'ai vraiment envie de décrocher ! On te répond qu'il faut attendre six mois ou trois mois. Tu veux décrocher, mais on ne te donne pas les possibilités de le faire. Alors, t'attends, t'attends. Et qu'est-ce que je fais en attendant ? Je continue à me défoncer le temps qu'une place se libère ! »

Aïcha (dans la quarantaine) présente une longue carrière de consommation (près de 15 ans). Elle habite en dehors du centre de la ville, elle relate ses problèmes de manque et d'accès à la méthadone. Elle raconte sa dernière expérience avec une structure d'aide d'urgence, alors qu'elle vivait un moment difficile. Elle ne parvenait pas à se faire comprendre par le centre de crise de l'hôpital psychiatrique qu'elle avait contacté. Le personnel soignant croyait avoir affaire à une personne sans domicile fixe, alors qu'elle appelait de son domicile. Incompréhension au téléphone :

« Quand tu appelles au secours bien souvent, on ne t'écoute pas quoi ! J'ai du expliquer que je n'étais pas SDF. J'ai dit : je vais péter une durite parce que je suis déjà restée quelques jours dans le coma. J'ai dit :

208. Nom d'emprunt pour une structure

209. Nom d'emprunt pour une autre structure

je vais me faire le dernier shoot et je vais me plomber, et ils m'ont dit : C'est du chantage! Sincèrement, ce que je ressens, c'est qu'ils m'ont jetée comme une merde quoi. ... il a fallu que le médecin qui connaît le centre de crise, appelle pour le dire quoi ! Et ils m'ont encore jetée, le médecin a dû re-sonner ! »

Finalement, c'est manifestement une reconnaissance de leurs droits d'accès aux soins et à la dignité humaine que ces usagers demandent. Pascale Jamouille, il y a dix ans déjà, dressait un constat similaire concernant la prise en compte du style de vie des usagers et leur grande demande de disponibilité humaine

«Les usagers de drogues sont dans leurs logiques : l'immédiateté, l'urgence, la demande d'humanité, d'une relation avec une personne de confiance qui s'implique, qui «y croit» et qui a vraiment envie qu'ils s'en sortent. Les institutions ont leurs réponses : le professionnalisme, la distance thérapeutique, le refus de recevoir en urgence, les consultations sur rendez-vous... les personnes aux prises avec la (poly) dépendance, le manque physique et les modes de vie en rues expriment prioritairement des besoins urgents et concrets : hébergement, aide financière, substitution, admission immédiate hospitalière ou dans un centre résidentiel... »²¹⁰

Compte tenu de ces constats répétés, on peut se demander si notre société considère ces usagers comme des citoyens à part entière, qui méritent d'être pris en compte de manière humaine et digne. Ou bien sont-ils des citoyens de seconde zone, déshumanisés et juste coupables de recourir à des produits classés illicites, qui génèrent criminalisation et discrimination.

B. LE BAS SEUIL ET LES CATÉGORIES

1. Les catégories

Tania (28 ans) n'a pas de logement, vit en couple. Elle est travailleuse du sexe et consommatrice active. Elle ne parvient pas à se loger, même pour quelques nuits, car elle ne rentre dans aucune catégorie : « *La difficulté c'est quand il n'y a rien au Carré²¹¹, c'est un abri de nuit pour les couples et les familles. Il y a aussi le réseau²¹², plutôt pour les personnes seules. Mais pour les femmes, il n'y a que quatre lits, alors que pour les hommes au moins 20 ou 30 quoi ! Au Carré, tu dois arriver à 7h du soir pour être sûre d'avoir une place. Tu ne peux pas avoir ta place tous les jours. S'il y a trop de gens, ce sont les familles d'abord ... Et puis c'est au jour le jour. Si t'arrives à 8h30 et qu'il y a trop de personnes et ben on vous dit qu'on ne sait rien faire pour vous. Voilà on doit rester dehors ! Au Carré, il n'y a que six places, ça veut dire, trois couples. Ou alors les femmes seules mais bon, tu ne vas pas aller dans l'abri de nuit en sachant que ton homme ne peut pas rentrer. Tu ne vas pas le laisser dehors tout seul ! »*

Paradoxalement, bien qu'on constate une diversité de l'offre, on remarque une limite d'accès au dispositif pour les personnes combinant différentes problématiques. C'est le cas de Tania qui, en tant que « prostituée » et « toxicomane », ne dispose que d'un accès assez limité aux services spécialement destinés aux travailleuses du sexe ou aux usagers de drogues. Elle se voit ainsi refuser l'accès à des structures de bas seuil qui proposent des activités divertissantes, éducatives ou participatives. Par ailleurs, elle a le sentiment que la tolérance vis-à-vis de l'alcool est plus grande dans ce genre de lieux, même si ce produit est en principe également interdit.

210. Jamouille P., Op. cit.

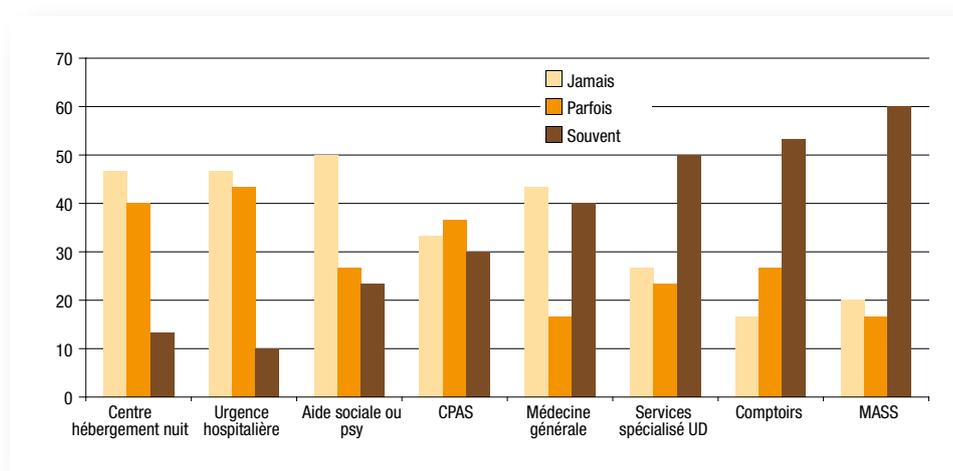
211. Nom d'emprunt d'une structure

212. idem

2. Les femmes et l'accès à l'offre de bas seuil

Quelles institutions fréquentent-elles ? Comme on peut le voir dans la figure qui suit, les services les plus fréquentés de manière régulière par les femmes injectrices que nous avons interrogées par questionnaire sont les MASS, les comptoirs, les services spécialisés en toxicomanie et, dans une moindre mesure, les services de médecine générale. Les centres d'hébergement de nuit et les services d'urgence hospitalière sont manifestement peu sollicités par ces femmes.

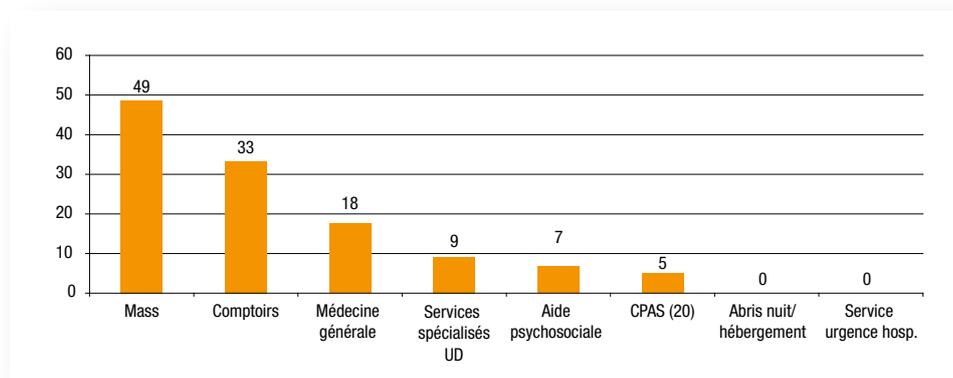
Figure 37 : Pourcentages d'institutions fréquentées par les femmes (n=30) au cours des 6 derniers mois



Recherche-Action. RW UDI 2010.

Dans la figure suivante, nous présentons les niveaux de satisfaction des femmes ayant fréquenté ces différents services. En effet, dans le questionnaire, nous leur avons demandé de sélectionner le ou les services qui répondent le mieux à leurs attentes parmi ceux qu'elles ont déjà fréquenté. Comme on peut le constater, les MASS répondent le mieux aux attentes de ces femmes, puis les comptoirs et enfin les services de médecine générale. On constatera néanmoins que les taux de satisfaction sont globalement bas (par exemple, seulement 47% des femmes ayant fréquenté une MASS estiment que cette structure répond à leurs attentes).

Figure 38 : Taux d'adéquation des services à la demande dans le groupe « femmes » (% , n=30).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

Finalement, il ressort de notre enquête par questionnaire que les raisons qui font que certains services correspondent mieux aux attentes des femmes interrogées sont multiples (elles s’y sentent à l’aise, bien accueillies et acceptées, ont confiance dans le personnel et ne se sentent pas jugée par celui-ci, etc.) et relativement équivalentes d’une structure à l’autre.

Ces résultats rejoignent les données issues des entretiens et des observations : les femmes cherchent des espaces où elles peuvent se sentir en confiance. Néanmoins il ressort également de l’analyse du questionnaire que les femmes sont rarement satisfaites d’une structure parce que celle-ci permettrait d’y accueillir leurs enfants. Pourtant, les entretiens des femmes (et aussi parfois des hommes) ont souvent évoqués la question de la parentalité et la problématique de la garde des plus jeunes enfants durant les consultations dans les structures d’aide aux personnes dépendantes.

L’analyse des récits des usagères évoque de manière plus concrète les besoins particuliers de ce public spécifique.

Etre reçue par d’autres femmes et se sentir accueillie comme une personne à part entière, dans le respect de son identité, fait partie des préoccupations de certaines femmes. Car la vie en rue interdit ou modifie fortement les possibilités d’intimité. Le regard des autres, stigmatisant ou jugeant, pèse de manière omniprésente sur les femmes usagères, qui subissent une sorte de double discrimination. Dans un article qui interroge l’intimité des usagers en milieu urbain, Patricia Bouhnik²¹³ évoque la situation particulière de ces usagers de la rue perpétuellement exposés aux regards des passants. Ils ne peuvent pas forcément se cacher, les corps marqués par la consommation et les stigmates de la précarité ne peuvent pas toujours se dissimuler. Les gestes quotidiens, et l’intimité ordinaire se retrouvent alors bouleversés à cause de cette exposition permanente. *« Les conditions de publicité ont des conséquences directes sur leur intimité. Se rendre aux toilettes peut devenir problématique. Trouver un café qui les accepte, accéder à un lieu fermé ou encore à un hall ou un recoin à l’abri des regards ne va pas de soi. Alors, s’exposer sur l’espace public ? Se cacher derrière une voiture, épier le regard de « l’intrus » potentiel, qui risque de surcroît de condamner cet acte ou de le considérer comme suspect ? Plus forte est la violence lorsqu’il s’agit d’une femme. »*²¹⁴

Paule (35 ans), travailleuse du sexe, sans logement, explique pourquoi elle apprécie les endroits où elle peut se sentir femme et où sont rendus possibles des moments d’intimités. Elle nous parle en particulier du comptoir où elle se rend régulièrement pour son approvisionnement en matériel d’injection.

« J’apprécie parce que je ne me sens pas jugée. Le personnel t’aide. En fait, moi je ne vais pas là que pour prendre mes seringues, mais parce qu’il y a des femmes qui travaillent là... Tu vois, en tant que fille qui consomme, par moment on a des questions plus difficiles à poser... Parfois, quand tu as tes règles et que tu shootes de l’héroïne ou autre chose, parfois tu fais des hémorragies. Et bon... Parler de ça à un homme... C’est plus compliqué, c’est plus gênant. Tandis que là, ils te prennent à part, t’expliquent, te proposent de t’accompagner chez ICAR²¹⁵, pour voir le médecin le jeudi ou même pour faire un bête examen si quelque chose ne va pas. Ils t’aident vraiment quoi ! Ils prennent même le temps de téléphoner avec toi, si tu as un problème médical, de santé ou psychologique. Ils sont là quoi ! Ils t’aident BIEN. Et

213. Bouhnik P., *La drogue comme expérience intime*, Ethnologie française 2002/2, Tome XXXVII, p. 19-29

214. Idem

215. ICAR, association qui accompagne les travailleuses de rue et qui propose notamment des soins infirmiers ou médicaux

il y a des femmes. C'est plus facile. Parce que, quand tu vas par exemple à Report²¹⁶: c'est un mec qui te reçoit. Et l'infirmier, c'est un garçon aussi.»

Paule, de sa voix douce et plaintive, est en attente de relations empathiques. Elle voudrait pouvoir exprimer des émotions et des préoccupations féminines dans les lieux qu'elle fréquente. En somme, elle exprime un désir de douceur dans un univers féminin, qui serait moins brutal. Elle précise :

«C'est important de voir des femmes. Même du point de vue psychologique. Tu sais quand tu es éloigné de tes parents ou même de ton propre enfant, un éducateur ne peut pas savoir quel effet ça fait d'être séparé de son enfant. Et je ne suis pas la seule à aller là pour ça. En plus, au GO²¹⁷ tu déposes tes seringues, ils t'en donnent. Et puis c'est : au revoir ! Au comptoir²¹⁸ non ! Ils te connaissent par ton prénom. C'est autre chose, tu n'es pas un numéro... Ils te disent «Bonjour, comment tu vas ? Tu as besoin de quelque chose ?» Tu n'as pas besoin de donner un coup de téléphone à ta maman ?» Tu vois ! Ils t'aident BIEN ce n'est pas que : Tiens ! Tes seringues et dégage !»

Paule est quotidiennement confrontée à la violence masculine. Les attentes qui se dessinent à travers ce qu'elle évoque apparaissent somme toute de manière assez simple, pour ne pas dire simplement humaine. Un peu de chaleur humaine, du respect et de l'empathie. Un espace d'apaisement face à la violence de son quotidien.

«Moi je demande des endroits pour les femmes, parce qu'on est toujours mélangées avec les hommes. Regarde ! Au MASS²¹⁹ les hommes et les femmes sont en même temps, c'est mal foutu ça. Au MASS, tu peux prendre ta douche, mais il n'y'a pas de clé. N'importe qui entre et sort comme ça... A l'abri de nuit, hommes et femmes dorment dans la même pièce, le même dortoir, c'est mal foutu aussi je trouve. On devrait être séparé. Femmes avec femmes... mais là partout, tout est mélangé. Cela ne devrait pas être comme dans les squats. A l'abri de nuit, on a droit qu'à vingt nuits par an. Il y a aussi Romain Cramé²²⁰, mais c'est que pour les hommes, les femmes, ne peuvent pas rentrer du tout ! On y donne à manger et tout, mais que pour les hommes. Le week-end, tu n'as rien non plus. En semaine je vais manger au resto du cœur.»

Dans notre enquête par questionnaire, nous avons également évalué les besoins des usagers pour que leurs conditions de vie actuelle puissent être améliorées tout en tenant compte de leur consommation. Les femmes expriment principalement le besoin d'avoir un endroit où elles pourraient faire des activités divertissantes (53%) et où elles pourraient s'exprimer librement sans être jugée ou rejetée (47%). Elles sont également un tiers à exprimer le besoin d'avoir un endroit spécifique où pouvoir parler de leur situation de femme ou de maman. Le fait d'avoir un endroit où dormir est également un besoin cité par 30 % des femmes.

3. Les jeunes et l'offre de bas seuil

Les jeunes consommateurs ne connaissent généralement pas bien le maillage associatif, et ils ne savent pas où s'adresser pour des services spécifiques tels que le dépistage HIV et hépatites. De même, comme nous le verrons plus loin, ils accèdent moins facilement aux informations

216. Nom d'emprunt pour une autre structure qui propose le même type de service avec un personnel différent

217. idem

218. Le comptoir a été rendu anonyme

219. Maison d'accueil Socio sanitaire

220. Nom d'emprunt pour une association qui s'occupe des personnes sans abri et usagères de drogues)

de Réduction des Risques liés à l'injection. Le cas de **Seb (17 ans)** est ainsi symptomatique d'un type de comportement qui témoigne d'une faible connaissance des manières de prendre en charge sa santé.

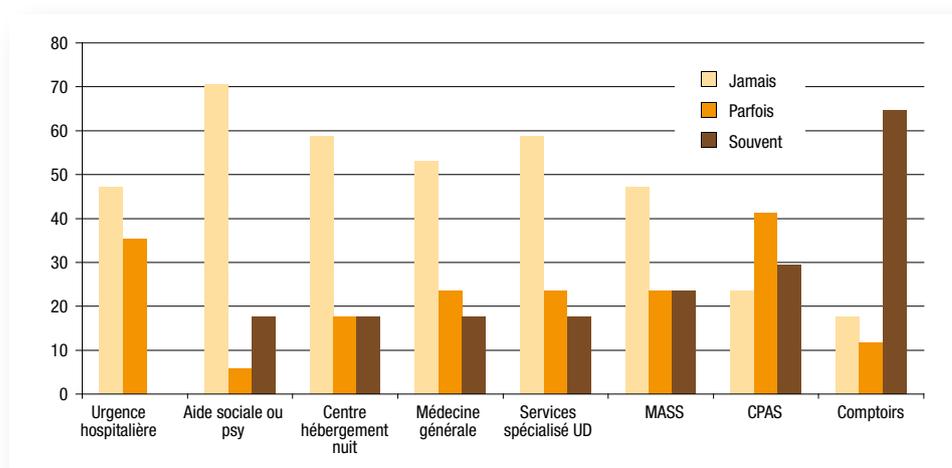
→ **SEB, RÉCIT :**

Seb (17 ans) traverse une période de consommation compulsive par injection de cocaïne. Il a très peu fréquenté l'école. Il appartient à ce groupe de jeunes poly-consommateurs qui consomment notamment par voie intraveineuse et s'amuse avec le sang. Alors qu'il est entouré d'usagers plus âgés qui l'accompagnent dans sa consommation, nous constatons qu'il ne connaît rien des maladies infectieuses et des mesures de prévention. Il n'a jamais réalisé de test de dépistage, ni pour les hépatites ni pour le sida. Extraits de conversation :

As-tu déjà fait un test de dépistage pour le sida ? *Non, jamais, je ne sais pas où il faut aller pour ça. Moi, j'ai déjà voulu en faire un, mais où il faut aller ? ... On m'avait dit à un moment, tu peux aller à certains endroits où c'est gratuit. C'est un des copains de là... (il fait référence à son groupe « satanique » passionné des jeux sanglants) qui m'a dit « ma mère a été le faire mais où je sais pas ». Ah, il me dit que c'est gratuit mais il ne sait pas où ... »* Les hépatites, tu es au courant ? *Je suis au courant mais je n'ai jamais fait le dépistage »* Que sais-tu des hépatites ? *« Bin c'est transmissible par le sang et tout ça, je sais que Sandrine²²¹, l'avait puis elle m'as dit qu'elle l'avait plus ». Tu n'as jamais fait de test ? « Non. »*

Comme on peut le voir dans la figure suivante, les jeunes de 25 ans ou moins ayant répondu au questionnaire (n=17) ne fréquentent pas beaucoup les structures d'aides existantes, ce qui rejoint donc ce qui ressort des entretiens. En effet, seuls les comptoirs d'échange de seringues sont relativement bien fréquentés par ces jeunes (65 % d'entre eux).

Figure 39 : Pourcentage d'institutions fréquentées par les jeunes de 25 ans ou moins (n=17) au cours des 6 derniers mois.

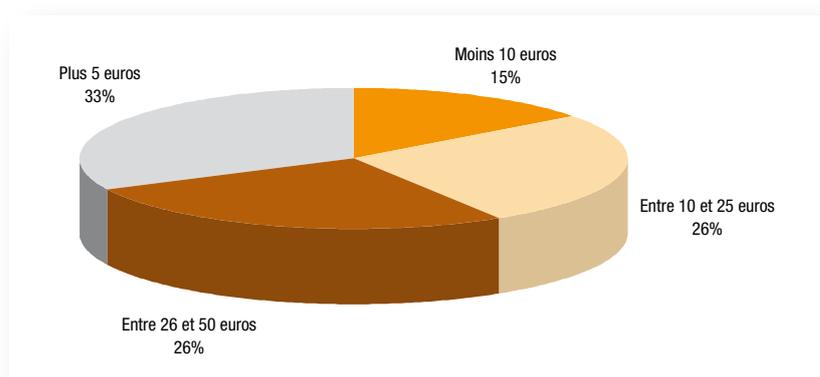


Recherche-Action. RW UDI 2010.

221. Travailleuse de rue habituée du « toxland », qui partage le même groupe de copains qui se rendent parfois dans le même appartement pour consommer

La consommation des jeunes rencontrés est plus compulsive, ils ne se sont pas encore organisés. Outre les entretiens avec ces jeunes, ces données ont été confirmées parallèlement par des travailleurs de terrain. Le coût de la consommation journalière est extrêmement élevé chez les jeunes de moins de 30 ans, comme on peut le constater dans la figure 29.

Figure 40 : Coût journalier de la consommation dans le groupe « Jeunes » (% , n=34).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

4. Les personnes d'origine étrangère

Pression sur l'offre de logement de bas seuil

A Liège comme à Charleroi, la pression sur les structures de bas seuil qui offrent des hébergements de nuit crée des problèmes de cohésion sociale, favorisant un climat de racisme. On en vient à juger sur l'apparence extérieure- le look d'étranger -, ce qui entrave l'accès aux structures.

Un éducateur nous fait part de la discrimination dont peuvent être victimes les personnes d'origine étrangère à cause de leur « apparence d'étranger ». Ils cumulent les stigmatisations habituelles communes à la figure de l'étranger.

«Eux ils sont victimes d'une double discrimination parce qu'ils sont toxicomanes ou alcooliques et ils ont un look ... d'étranger quoi !»

Il appuie ses dires et ajoute que dans les abris de nuits, par exemple, la discrimination des autres personnes d'origine étrangère à l'égard de celui qui est considéré comme « toxicomane » est redoutable.

A Liège comme à Charleroi, le même type de constat. **Paule (31 ans)** nous dit :

«Ce sont les sans-papiers qui vont dormir aux abris de nuit et qui prennent la place des belges, ça je trouve ça dégueulasse, tout le monde trouve ça dégueulasse. Ils vont dormir dans les abris de nuit, mais nous on n'a plus de place pour aller à la fontaine prendre notre douche, on n'a pas de place pour aller dormir. Pourtant, eux dealent, ils pourraient se payer l'hôtel.»

Emmanuel Nicolas, coordinateur d'un abri de nuit, décrit le public « sans papiers » qu'ils côtoient dans les structures de bas seuil. Extrait :

« De nombreux jeunes exilés tentent, pour répondre à une souffrance sociale, de se tourner vers les mosquées. Beaucoup en sont rejetés car ils représentent un danger dans l'imaginaire de la communauté qui les considère comme illégaux, comme des criminels. Ils sont alors mis en marge d'un lieu de médiation avec la société d'accueil, d'un lieu de soins (l'islam associe la santé mentale et le sacré). L'aide médicale d'urgence proposée par les Relais Santé en Région wallonne et les abris de nuit sont les rares espaces de soins qui répondent à l'urgence²²² »

Environ 66% des personnes migrantes que nous avons interrogées par questionnaire (n=26) fréquentent parfois ou souvent les abris de nuit/centre d'hébergement, ce qui est effectivement un peu plus que ce que l'on observe chez les jeunes et les femmes interrogés (50% et 43%, respectivement).

C. PRISE DE RISQUES ET ACCÈS À L'INFORMATION ET AU MATÉRIEL

1. Accès à l'information

→ TU FAIS UN MANQUE ! DIT LE MÉDECIN. MAIS C'EST QUOI CA ? RÉPOND TANIA

Tania (28 ans) commence à consommer de l'héroïne à l'âge de 13 ans, sans vraiment savoir ce qu'elle prend. *« Je ne savais pas. Non, non j'aurais jamais cru, jamais, je me suis réveillée un jour et j'ai commencé à transpirer, je commençais à avoir la chair de poule, à éternuer, je me disais mais ce n'est pas normal ! A cette époque j'étais chez mes parents. J'ai commencé à vomir, maman appelle alors le médecin. Il l'a fait sortir de la chambre et il me dit « écoute tu prends de la drogue ... Je dis : ben oui ! Je prends de l'héroïne et il me dit: Tu fais un manque, et je dis : Mais c'est quoi ça ? »*

Dans notre échantillon, nous constatons que certains usagers âgés développent un discours plus conscient sur l'héroïne, ce qui implique des choix de consommation mieux assumés. La génération de Leïla et Odette, toutes deux âgées de plus de 40 ans, connaît ce produit, s'en méfie ou maîtrise la consommation.

A l'inverse, certains jeunes usagers, lorsqu'ils commencent à consommer de l'héroïne, n'ont pas conscience des risques de dépendance physique et ne l'apprennent « de tout leur corps » que trop tard.

Un éducateur de rue évoque sa perception de la consommation chez les jeunes

« Pour toute une génération de jeunes, l'héroïne ne signifie rien, cela ne veut plus rien dire, il n'y a pas d'image collective négative liée au produit. Il n'existe plus d'association entre la seringue et l'héroïne. » On nous dit également que les jeunes peuvent toucher à l'héroïne à partir de 13 ans. *« Ils ne savent pas ce qu'ils consomment. Pour eux, c'est un peu comme du cannabis en poudre. Ce n'est pas dangereux. En plus, ils font confiance aux dealers, ils ne goûtent pas... Les jeunes cherchent surtout à*

222. Nicolas E. *ibid.* p. 57

se défonce avec n'importe quoi. Et le phénomène héroïne, c'est juste pour se calmer. Nous constatons une grande ignorance »

→ **“NON, IL N'Y A AUCUN PLAISIR À CONSOMMER DE L'HÉROÏNE”**

Noël (25 ans) raconte comment il s'est senti accro après deux semaines de consommation en fumette, en rue. Connaissait-il les conséquences physiques de la consommation de ce produit ?

« Non, à la base non. Je ne pensais pas que j'allais être malade comme ça, pas bien du tout, en train de vomir, bailler tout le temps, les yeux qui pleurent. Je ne pensais pas me retrouver obligé de consommer pour être bien, même pas pour être «pété». Ce n'est même pas pour la défonce, c'est juste pour être bien dans sa peau. Contrairement à la consommation de cocaïne qui lui apporte encore une certaine satisfaction, il prend l'héroïne «juste pour ne pas être malade. Ce n'est pas du tout par plaisir».

Quand on lui demande quel est le conseil qu'il donnerait concernant les informations à transmettre aux jeunes ; il évoque les risques liés à l'héroïne :

« Si je devais conseiller aux autres, ce serait de ne jamais commencer là-dedans. C'est la seule chose que je leur dirais. Si on ne veut pas se retrouver accro à ça. Ça n'apporte rien de bon, juste à part le fait d'être malade le matin. Non, l'héroïne non, personnellement non. Il n'y a aucun plaisir à consommer de l'héroïne. Je dirai de ne jamais toucher à ça.»

En général les usagers plus expérimentés et qui fréquentent certaines structures de bas seuil, cherchent à s'informer en lisant ou en participant aux opérations BdN.

Dereck (25 ans) évoque sa perception de son niveau d'information. Extrait de conversation :

« Blindé quand même je crois, parce que tous les petits bouquins je les ai pris je les ai lu. Je les ai tous lu. Parce qu'on ne sait jamais, on ne sait pas tout. Ils sont bien fait, parce que ce n'est pas fait avec des mots compliqués, tout le monde peut lire, ils ne sont pas marqués en terme de médecine. C'est bien pratique ». Tu poses des questions aux éducateurs? Avant oui je posais des questions, mais maintenant, je ne vais pas dire que j'ai réponse à tout, mais les questions que je me posais, j'en ai les réponses. »

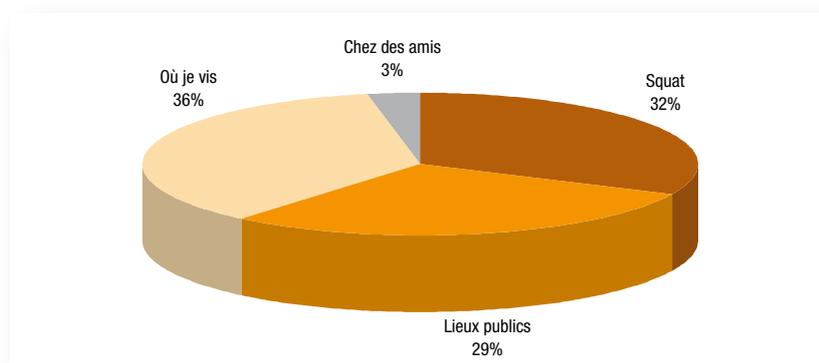
Il semblerait que la perception de l'héroïne chez les jeunes soit parfois banalisée. Plusieurs informateurs, éducateurs ou usagers nous ont fait part de la légèreté avec laquelle certains jeunes abordaient l'héroïne ou la cocaïne.

On constate donc que les personnes isolées des structures d'aides et de soins ou des projets destinés aux usagers – et donc du dispositif – comme le sont les jeunes, sont plus éloignées aussi de l'information sur les produits consommés, leurs effets (négatifs) et aux risques qui en découlent.

2. Prises de risques et accès au matériel d'injection

Comme on peut le constater dans la figure suivante, seulement 36% des personnes que nous avons interrogées via le questionnaire ont la possibilité d'injecter dans l'endroit où elles vivent. Elles sont par contre 61% à pratiquer généralement l'injection dans les squats ou en rue, ce qui bien sûr est susceptible de poser d'importants problèmes d'hygiène et favorisent les risques sanitaires.

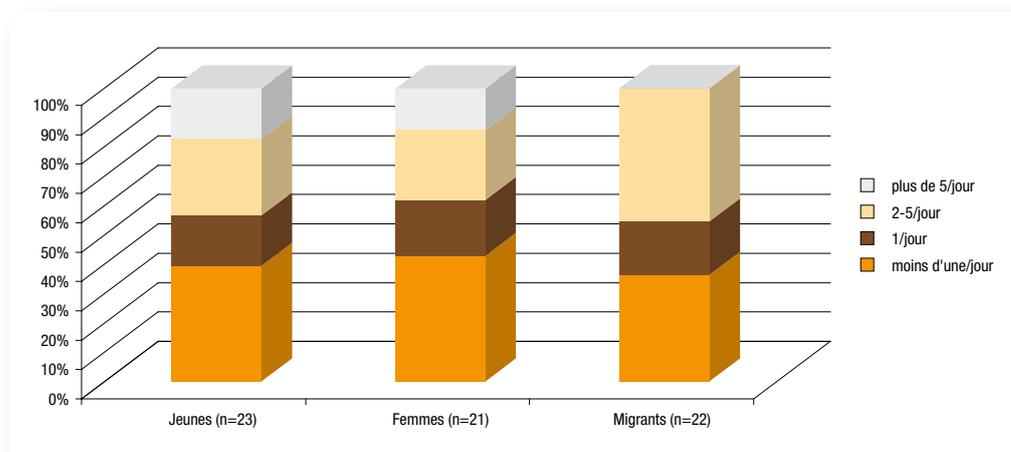
Figure 41 : Lieux d'injection habituels des usagers interrogés – Analyses globales (n=67).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

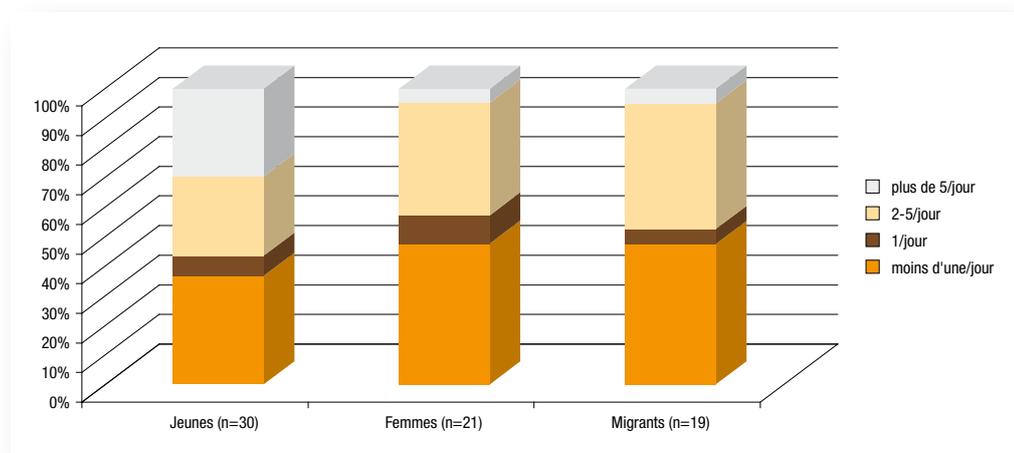
Comme on peut le constater en comparant les deux figures qui suivent, l'injection de cocaïne se fait de manière plus fréquente que l'injection d'héroïne, en particulier chez les jeunes et les personnes d'origine étrangère. Les proportions d'injecteurs de cocaïne varient ainsi de 26 % à 45 % selon le groupe pour ceux qui l'injectent de deux à cinq fois par jour, et elles varient de 30 % à 50 % pour ceux qui l'injectent plus de cinq fois par jours. Au vu du nombre important d'usagers qui effectuent plusieurs injections par jour, il est important de rendre le matériel d'injection le plus accessible possible, et ce d'autant plus qu'une majorité d'usagers (voir figure précédente) s'injecte habituellement en dehors de lieu d'habitation (bien souvent parce qu'ils n'en ont pas), ce qui augmente encore plus les risques sanitaires. Nous leur avons d'ailleurs posé la question de savoir s'ils ont rencontré des problèmes de santé au cours des 6 derniers mois, et il ressort que 60 % des usagers interrogés par questionnaire (n=67) ont répondu par l'affirmative. Les problèmes de santé rencontrés sont assez variables (hépatites, HIV, abcès, bronchite, dépression, etc.) mais les problèmes respiratoires ressortent massivement. Et il apparaît que 78 % des usagers ayant eu un problème de santé ont consulté quelqu'un.

Figure 42 : Fréquence d'injection d'Héroïne.



Recherche-Action. RW UDI 2010.

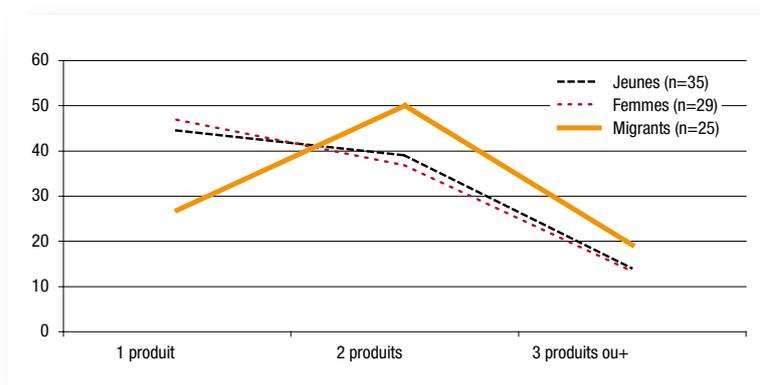
Figure 43 : Fréquence d'injection de Cocaïne.



Recherche-Action. RW UDI 2010.

On constate également dans la figure suivante que 61% des usagers interrogés consomment deux produits ou plus par injection (et 15% consomment trois produits ou plus), sans compter les autres produits consommés par d'autres mode de consommation (sniff, fumette, prise orale), à propos desquels nous ne les avons pas interrogés. Lorsque l'on s'intéresse à ces caractéristiques de consommation par groupe, on constate une propension plus importante des migrants à consommer plusieurs produits par injection par rapport aux femmes et aux jeunes. Ces données mettent clairement en exergue la problématique de la poly-consommation et, probablement, de la poly-dépendance. Cette réalité doit forcément être prise en compte lors des actions de RdR, mais également dans la prise en charge globale de ces usagers.

Figure 44 : Nombre de produits différents consommés par injection

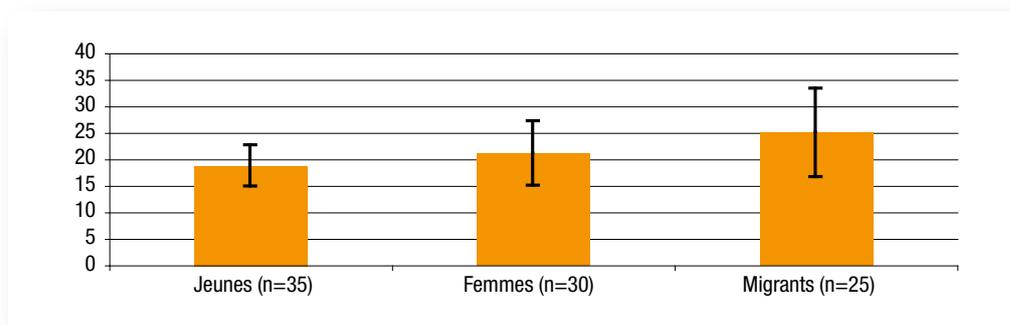


Recherche-Action. RW UDI 2010.

L'âge de la première injection se situe principalement vers 18-20 ans, sauf en ce qui concerne les migrants, qui ont tendance à effectuer leur première injection plus tardivement. Ceci est dans doute lié au fait qu'ils n'injectaient pas dans leur pays d'origine. Ainsi, sur les 20 usagers migrants interrogés dont nous connaissons l'âge de leur première injection et l'âge de leur arrivée en Belgique, il s'avère que 13 d'entre eux (65%) ont effectué leur première injection alors

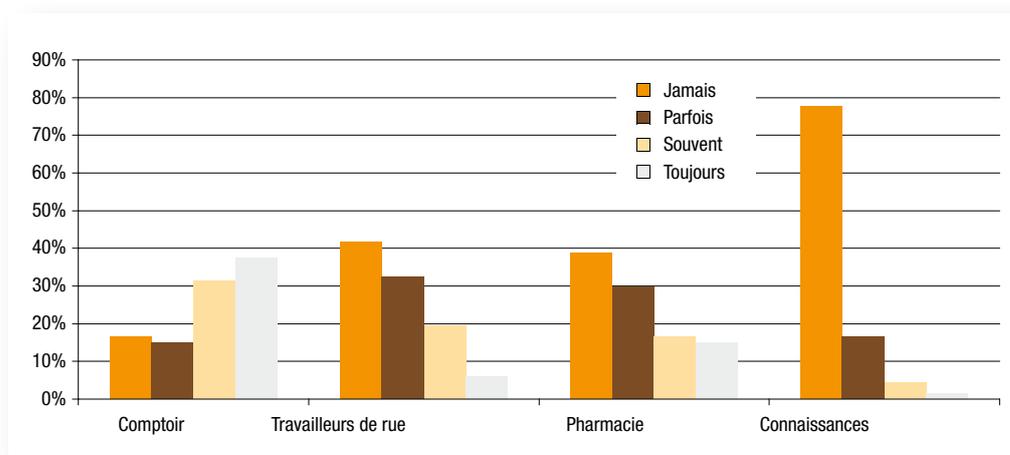
qu'ils étaient déjà sur le territoire belge. Particulièrement, il s'avère que la plupart des usagers originaires du Maghreb que nous avons rencontrés ont commencé à injecter sur le territoire belge. L'âge moyen de la première injection des jeunes est plus précoce, mais cela s'explique par la plus petite variance d'âge au sein de ce groupe.

Figure 45 : Moyenne d'âge (et écart-type) de la première injection



Recherche-Action. RW UDI 2010.

Figure 46 : Modes et fréquences d'approvisionnement en seringues neuves. – Analyse globale (n=67).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

En ce qui concerne l'accès au matériel d'injection stérile, la majorité des usagers interrogés (93%) ont déclaré connaître un comptoir d'échange de seringues. Parmi ceux qui en connaissent (n=62), 89% ont déclaré le fréquenter. On n'observe pas de différences en ce qui concerne la connaissance et la fréquentation des comptoirs. Dans une autre question, nous leurs avons demandé de préciser, pour chaque biais d'approvisionnement en seringues neuves, avec quelle fréquence ils y ont recours. Il apparaît, comme on peut le voir dans la figure suivante, que les usagers se fournissent en seringues neuves via les comptoirs d'échange et, dans une moindre mesure, par le biais de travailleurs de rue ou encore dans les pharmacies. Nous n'observons pas de différences importantes entre les groupes, si ce n'est que les migrants ont davantage recours aux pharmacies et aux travailleurs de rue que les femmes et les jeunes, et qu'environ 50% des femmes et des migrants ne vont jamais en pharmacie pour se fournir en seringues. Les femmes

ont également moins recours aux travailleurs de rue que les migrants et, dans une moindre mesure, que les jeunes.

Les jeunes consomment davantage de manière compulsive. Le cas de **Sébastien (17 ans)**, qui n'est pas très prévoyant, est symptomatique. Il fonctionne dans l'instant, il ne paraît pas maîtriser de manière autonome les conditions de ses pratiques, il ne prévoit guère. Il explique :

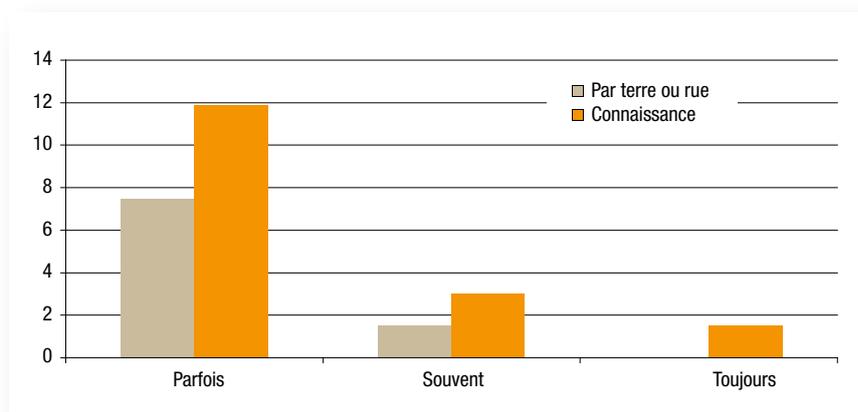
« Les seringues usagées proviennent souvent de mes amis. Souvent, c'est la dèche les dimanches. Tous les dimanches je prends la première seringue qui vient, du moment que je connais au moins la personne, un peu son hygiène de vie. Sinon, la plupart du temps j'essaie quand même d'en avoir une de ma femme. C'est une petite maligne, elle peut cacher une ancienne à elle, ou une neuve. Parfois, elle me dit le dimanche -«Tiens ! Prends ça, je t'ai sauvé». Et moi je dis -«ah c'est cool merci !» Elle est prévoyante! Moi non ! je prends tout d'un coup et tant pis si y'en a plus... »

De nombreux autres usagers vont en pharmacie, avec des expériences variables. Généralement, le contact est fonctionnel et rapide, les usagers sont d'ailleurs souvent servis en premier s'il y a une file. **Odette (42 ans)**, par exemple, qui vit à chaque fois ces instants comme des moments d'humiliation nous avoue : *«j'aimerais bien faire la file comme tout le monde»*. Mais son pharmacien préfère sans doute la voir quitter les lieux le plus rapidement possible. Certains usagers nous ont quand même fait part de leur satisfaction *«Le mien est top !»* dit un jeune usager !

Certaines personnes interrogées rapportent en outre que certains pharmaciens refusent de délivrer des seringues quand ils savent que l'utilisateur est sous méthadone.

Notons aussi que la distance par rapport à la pharmacie semble être un élément important pour les usagers *«je vais systématiquement en pharmacie sauf quand c'est fermé, ça dépend ou je suis en fait, mais je vais pas faire 10 km pour aller à un comptoir»*.

Figure 47 : Provenance des seringues usagées— Analyse globale (n=67).



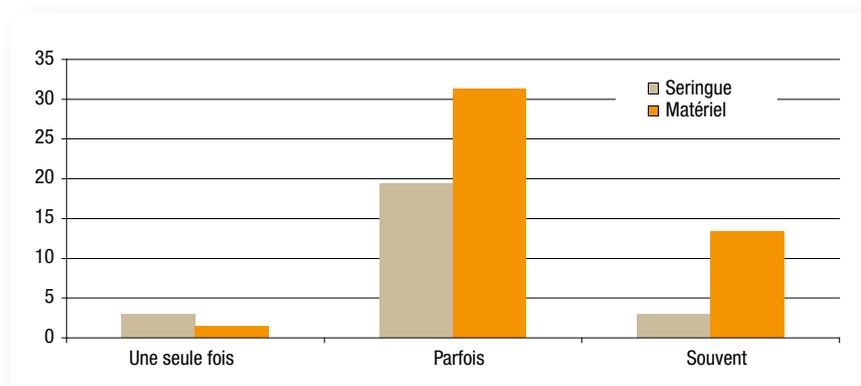
Recherche-Action. RW UDI 2010.

En ce qui concerne les seringues usagées, 9% des personnes interrogées avouent utiliser parfois ou souvent une seringue trouvée par terre et 17% une seringue usagée d'une connaissance. Globalement, il ressort que 22% des usagers interrogés (27% des femmes, 22% des jeunes

et 17% des migrants) ont parfois (voire souvent) recours à une seringue usagée qui n'est pas la leur, s'exposant ainsi à des risques de contamination aux hépatites et au VIH, notamment. En outre, en raison du taux important de non réponse à ces questions (de 13 à 21% selon les groupes), il est probable que ces pourcentage soient sous-estimés. Le fait de ramasser des seringues usagées est probablement le signe d'une précarité et surtout d'une urgence, dans un fort besoin de consommer immédiatement.

Finalement, les données relatives aux prises de risques des usagers interrogés par questionnaire montre que (voir figure ci-dessous), au cours des six derniers mois, les usagers sont nombreux à partager (emprunt et/ou prêt) du matériel usagé et/ou des seringues usagées. Globalement, 48% des usagers ont au moins partagé une fois du matériel et/ou une seringue usagée. En outre, ceux qui partagent le font généralement à la fois avec le matériel et les seringues.

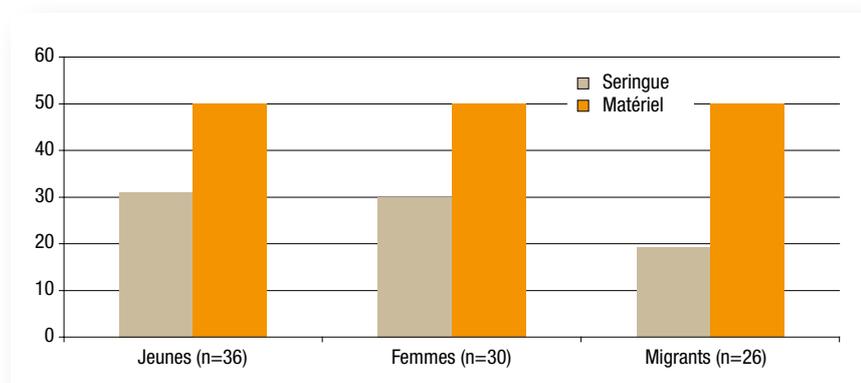
Figure 48 : Partage (en %) de seringues et de matériel d'injection au cours des 6 derniers mois – Analyses globales (n=67).



Recherche-Action. RW UDI 2010.

Enfin, comme on peut le constater sur la figure 49, on observe que le partage de seringues est plus fréquent chez les jeunes et les femmes que chez les migrants, alors que le partage de matériel d'injection est équivalent au sein des trois groupes.

Figure 49 : Partage (en %) de seringues et de matériel d'injection au cours des 6 derniers mois au sein de chaque groupe.



Recherche-Action. RW UDI 2010.

→ **“ LE WEEK-END, C’EST LA MERDE. TOUT LE TEMPS. ”**

Paule (31 ans) injecte plus de dix fois par jour et souvent en rue.

«Le week-end, c’est la merde. Tout le temps. Le matin, GO est ouvert, mais ils n’ont pas mille et des seringues. Ils tombent à court parfois et puis il y a un quota, on a droit à un dépannage de deux seringues, pour tout le week-end. C’est compliqué, seulement deux seringues pour le week-end ... donc si t’en as une qui se bouche bin... donc y’en a beaucoup qui prennent les seringues de leur mec. Moi quand j’avais un copain j’aurais jamais pris ses pompes, non mais j’en ai vu, il y en a pleins qui ramassent les seringues par terre, ils mettent de l’eau de javel, et les cotons désinfectants, ils les rincent à l’ammoniac, ils pensent que ça se désinfecte à l’ammoniac. ... Les trois quarts des tox, ceux qui n’ont aucune conscience font ça. ...

Ou parfois, je vais en pharmacie le samedi et j’essaie de prévoir et j’achète des paquets de 10, ça revient à zeuros 50» Quand elle tombe à court de seringues le week-end, «Je suis bien obligée : je reprends la mienne, je la rince toujours. Mais ça fait mal parce qu’elle a déjà été employée c’est plus difficile à chipoter, donc j’abîme mes veines. Mais tu sais, quand tu es malade c’est déjà... dur... je préfère encore employer la mienne. Je connais une jeune fille qui ramasse souvent ses seringues par terre, quand elle est malade.»

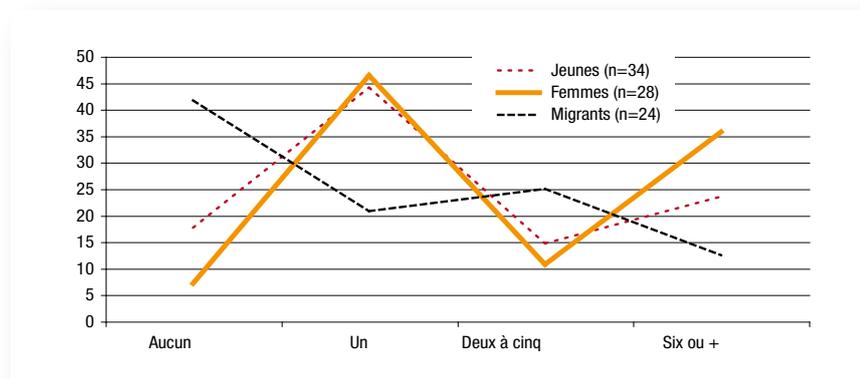
Les propos de Paule sont concordants avec ce qui ressort de l’enquête par questionnaire. En effet, nous avons demandé aux usagers de nous indiquer s’il est difficile de se procurer des seringues neuves en semaine et le week-end. Il ressort des analyses que 22% des usagers interrogés trouvent qu’il est difficile de s’en procurer en semaine (principalement en soirée et pendant la nuit), et que 63% jugent qu’il est difficile de s’en procurer le week-end (quel que soit le moment de la journée). Bien entendu, si on se focalise uniquement sur les usagers qui ont une fréquence d’injection élevée, ces pourcentages augmentent encore, en particulier pour ce qui est de la disponibilité en semaine.

3. Prise de risques sexuels et dépistage

Comme on peut le constater dans la figure suivante, de nombreux usagers parmi ceux que nous avons interrogés par questionnaire ont eu plus d’un partenaire sexuel au cours des six derniers mois (40% au total). En particulier, il ressort que 33% des femmes interrogées ont eu au moins six rapports sexuel au cours de cette période, probablement en lien avec des pratiques sexuelles rémunérées (ce que nous ne pouvons toutefois vérifier objectivement en raison du fait que les usagers interrogés nous ont rarement avoué cette pratique). Il ressort également que les migrants sont plus de 40% à n’avoir pas eu de rapport sexuel au cours des six derniers mois.

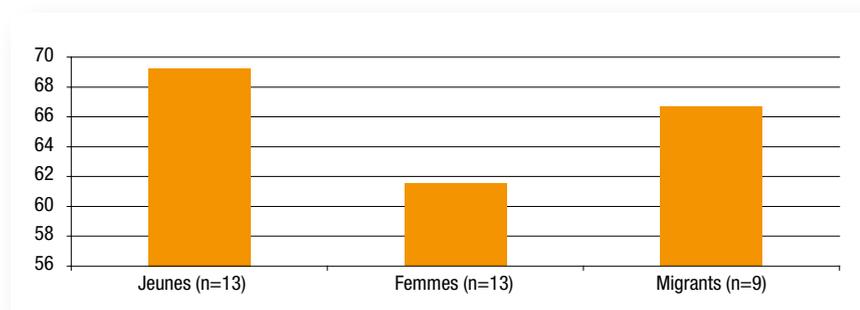
Avoir des multiples partenaires sexuels n’est évidemment pas problématique en soi. Ce qui est problématique est de multiplier les partenaires sans avoir systématiquement recours au préservatif. Dans la figure suivante, nous pouvons constater que le recours au préservatif est loin d’être systématique chez les usagers ayant déclaré avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours des six derniers mois (n=35). Ainsi, il s’avère que 66% des personnes interrogées qui ont eu plusieurs partenaires sexuels au cours des six derniers mois n’ont pas systématiquement utilisé de préservatif. On ne constate toutefois pas de différences marquantes entre les groupes.

Figure 50 : Nombre de partenaires sexuels différents au cours des 6 derniers mois



Recherche-Action. RW UDI 2010.

Figure 51 : Prise de risque sexuel (en %) chez les usagers ayant eu plusieurs partenaires sexuels.



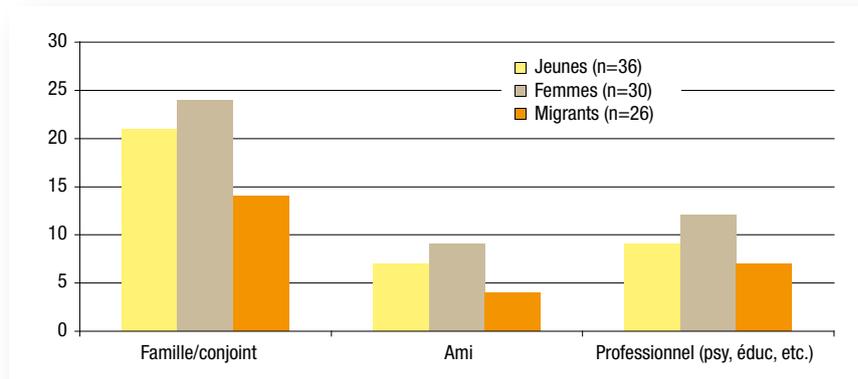
Recherche-Action. RW UDI 2010.

Finalement, l'enquête par questionnaire révèle que 84% des personnes interrogées ont déjà effectué un test de dépistage du sida, dont 77% endéans les 12 mois.

D. L'ACCOMPAGNEMENT RAPPROCHÉ

Pouvoir compter sur quelqu'un en cas de coup dur fait probablement partie des besoins élémentaires de l'être humain. Pouvoir bénéficier d'un soutien psychologique et physique (logement, nourriture, etc.) en période de crise est un « luxe » et peut permettre, entre autres, d'éviter la rue, la dépression, etc. Comme on peut le constater dans la figure suivante, les usagers interrogés par questionnaire sont loin d'avoir tous accès à ce type de soutien, qu'ils soient jeunes, femmes ou migrants, et probablement en raison du fait qu'ils sont déjà nombreux à vivre de manière marginale voire isolée. Globalement, il apparaît que 64% des personnes rencontrées ont au moins une personne sur qui compter. Si l'on exclut les personnes dont aider les autres est avant tout une profession, ont tombe à 58% : 70% pour les femmes, 61% pour les jeunes, et 48% pour les migrants, ces derniers étant en effet plus nombreux à ne pas avoir de « personnes ressources » ; ce qui tend à confirmer au passage que les personnes d'origine étrangère ET toxicomane ont tendance à être davantage exclues de leurs pairs et/ou de leur famille (quoique certaines de ces personnes aient également pu venir en Belgique sans être accompagnées par un proche ou un membre de la famille, de sorte qu'elles n'avaient déjà peut-être à la base personne sur qui compter).

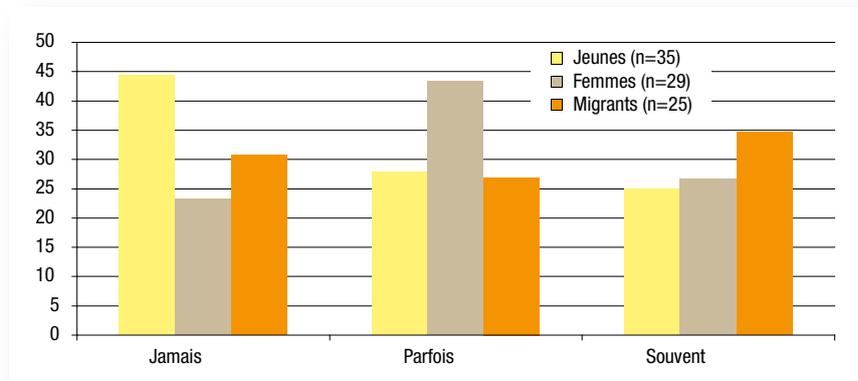
Figure 52 : Personnes sur qui les usagers peuvent compter en cas de coup dur.



Recherche-Action. RW UDI 2010.

En ce qui concerne leur propension à parler de leur consommation avec un tiers, on peut remarquer dans la figure suivante que les usagers ne le font pas tous, et que les jeunes ont moins tendance à le faire. Les jeunes qui en discutent le font surtout avec un travailleur social (53%), leur conjoint (37%) ou un parent (21%), les femmes avec un travailleur social (52%), leur conjoint (43%), ou un ami, un parent ou un psy (29%), et les migrants avec un parent (35%), un membre de la famille (29%), un ami ou un travailleur social (24%).

Figure 53 : Personnes avec qui les usagers peuvent parler de leur consommation.



Recherche-Action. RW UDI 2010.

Le médecin généraliste en première ligne

A plusieurs reprises des usagers tels que Tony, Odette, Aïcha ou Leïla évoquent le rôle primordial du médecin généraliste dans une relation d'accompagnement. Il permet de veiller à leur santé physique et mentale, de manière globale. Lorsque les répondants développent une meilleure image d'eux-mêmes ou un discours cohérent par rapport à leur consommation, il y a souvent mention en arrière-plan d'une relation satisfaisante et suivie avec un médecin généraliste.

Tony (22 ans) voit régulièrement un médecin dans la maison familiale de Gilly.

«Au minimum une fois par mois pour la prescription de méthadone». Il est satisfait de sa relation avec lui. Tu as parlé de ton envie d'arrêter ? «Oui, il dit que ça va se faire mais... c'est que pour le moment avec

mes histoires, et tout, que je suis à la rue... (C'est compliqué pour lui) ... Déjà que je déprime assez, alors si je dois arrêter en plus... Mais ca va se faire». Tu le vois à quel rythme ? «Tous les mois au moins une fois pour ma prescription de méthadone, et plus si ca ne va pas».

Tania (28 ans) a été mise en contact avec un médecin généraliste via un éducateur. Elle le voit régulièrement depuis peu, c'est une nouvelle relation : Comment cela se passe, les relations avec ton médecin ?

«Très bien, génial ! Parce qu'elle m'écoute, ce n'est pas un médecin qui dit tiens ! Voila ta méthadone ! Voilà, elle se préoccupe de ce que je fais, de ce que je ne fais pas, elle me demande «Est ce que t'as consommé ? T'as pas consommé ? hmmm... elle se préoccupe de moi quoi !»

Leïla (48 ans) est séropositive, elle consomme de la cocaïne par injection de manière régulière. Elle est suivie régulièrement par un médecin d'un hôpital proche, il lui convient parfaitement. Elle raconte :

«Il est fort bien, vraiment spécialisé dans cette maladie-là. Donc, il fait psychologue, médecin généraliste, il fait un peu de tout quoi ! Il me met à l'aise, il y a une amitié qui s'installe. On voit bien qu'il fait vraiment son métier, il adore son métier. Il veut donner son aide quoi..»

Quant à Aïcha et Odette, qui habitent en dehors de la ville et consomment depuis plus de 15 ans, elles sont suivies pour leur traitement de substitution par le même médecin depuis plus de 10 ans. Elles mettent toute leur confiance dans cette relation, qui semble constituer leur unique point de repère fiable en regard de leur consommation et de leur santé.

Une aide empathique, bienveillante et active durant les différentes étapes et déboires qui jalonnent la vie d'un consommateur de drogues par injection fait partie des besoins les plus évoqués par les usagers qui souhaitent changer ou améliorer leur trajectoire. Les usagers préca-risés et en phase de saturation sont en attente d'un véritable accompagnement individualisé qui puisse les aider à mieux maîtriser leur trajectoire sans les juger.

Germaine (27 ans) travailleuse du sexe en rue.

Elle sniff la coke depuis l'âge de 16 ans et l'injecte depuis qu'elle a 19 ans. Elle fume l'héroïne sans l'injecter, et consomme régulièrement en rue. Elle présente un profil d'usagère à hauts risques. Germaine nous rapporte une anecdote concernant la naissance de ses enfants «Ça a été... enfin la petite on a dû la réanimer. Comme j'ai consommé de l'héroïne pendant ma grossesse, Keira a pris du phénobarbital mais sinon ça va.» Elle commente avec enthousiasme comment cela s'est passé «Très bien franchement, enfin moi je ne suis pas une menteuse. J'ai expliqué que je consommais ça, comme ça et voilà ! Les gens ils me jugent ou ils ne me jugent pas. En général ça paie parce qu'ils sont corrects avec moi. Ils ne m'ont pas discriminée parce que j'avais consommé. Ils m'ont traitée comme une personne normale et ça, ça fait vachement plaisir ! Dans les deux cas, à Rocourt ou à la Citadelle. Même si on dit souvent que pour les toxicomanes la Citadelle, ce n'est pas bien ... Mais pour moi c'était bien »

En recoupant nos informations, nous avons appris que Germaine était suivie durant sa grossesse par une gynécologue, sensible à la problématique des mères usagères, et par une assistante sociale d'une structure de bas seuil.

E. L'ACCUEIL

La perception de l'accueil dans les hôpitaux et spécialement les services d'urgence

Quelques usagers se sont plaints de l'accueil dans les hôpitaux, en particulier durant des moments de crises ou d'urgence. Particulièrement les femmes, usagères de rue, qui nous ont fait part d'un manque d'écoute et d'empathie.

Comme le relève une assistante sociale, la mise en place d'une action adéquate dépend de l'identification, parfois laborieuse, de leurs besoins, car la plupart des usagers se caractérisent par une absence de demande ou d'expression des besoins.

Pour un éducateur au contact avec les usagers les plus précarisés :

« Il faut outiller davantage les travailleurs sociaux afin qu'ils puissent assurer des suivis réellement individuels. Permettre aussi des espaces de respiration pour les usagers, que ceux-ci ne soient pas toujours confrontés aux autres consommateurs tout le temps, dans le même endroit. » Nous lui demandons ce qu'il souhaiterait d'autre s'il était à la place des personnes usagères : « ... des endroits où je puisse bouffer gratos et que je puisse avoir chaud. Des spécialistes qui ne me regardent pas de haut et qui soient conscients que je suis malade, que j'ai un problème même si je ne le dis pas. Voilà, je crois que ça serait mes priorités. Ce serait peut être ce que je penserais si j'étais consommateur. »

La perception de l'accueil dans les centres de cure :

→ PACO ET TANIA : RÉCITS

Paco (28 ans), un jeune en dé-liaison familiale, recherche de l'affection et de l'empathie. Nous le rencontrons alors qu'il sort à peine d'un centre de cure où il est resté 13 mois. Son témoignage rend compte du besoin d'empathie de certains usagers et de la faible estime de soi qu'ils peuvent développer.

Paco ne semble plus avoir confiance en lui, car il a suffit d'un regard pour entraîner une rechute rapide à sa sortie de cure. Il n'a pas supporté le regard de son père à son retour. Par ailleurs, il explique qu'il n'a pas trouvé l'affection et l'empathie qu'il recherchait durant sa cure. Ce qui aurait peut-être contribué à renforcer son estime de soi. Il nous raconte les acquis de son séjour en cure après plus d'un an. Il dit avoir appris à améliorer des aspects liés au comportement :

« .. par exemple se remettre dans la vie, se lever des trucs comme ça, se laver, être propre, avoir de l'ordre. Ça ouais, j'ai appris. Mais les autres choses non ! ... Par exemple comme ce qu'on fait là (en ce moment) on parle et tout, cela ne m'a pas apporté, même avec les éducateurs, ça m'a pas apporté grand-chose... » Que voulais-tu recevoir? « heu je ne sais pas... que ça soit plus une relation plus familiale. Tu vois ce que je veux dire plus familial, plus de chaleur ... plus d'affection ! » Il dit aussi qu'il aurait souhaité pouvoir parler davantage, se sentir plus à l'aise. Dans ses souvenirs, les meilleurs endroits où il s'est senti bien sa peau sont « ... les fêtes en famille, les anniversaires... ouais tout ça quand on partait en vacances aussi. Là c'était vraiment, vraiment bien quoi ». Il relie directement ce manque de chaleur et d'affection à sa consommation. S'il était mieux dans sa peau, plus à l'aise « ça changerait beaucoup de choses pour moi... (air songeur)... Je consommerais moins tu vois. Parce que tu vois là, je suis sorti de cure donc j'ai consommé tu vois, après je suis vite passé chez moi puis après tu vois... je suis arrivé chez moi, mais je sentais un froid. Ils étaient dégoûtés, ils croyaient que c'était fini, que j'allais pas replonger,

ah non !... enfin si j'étais sevré mais je suis parti et ils ont senti «ouais il va aller consommer et tout». Ca ça m'a mis les nerfs et tout

La confiance, c'est ça le problème ?

Ouais, ils ne m'ont pas fait confiance. Parce que tu vois je devais avoir mes week-ends et tout et je les ai pas eu. Pourtant pendant la thérapie j'ai pas consommé et là à la fin, plus de confiance. Et là j'ai recommencé, mauvais comportement et tout donc après je suis parti. J'ai quitté la thérapie et après je suis revenu et puis je suis reparti. »

A l'inverse de Paco, **Tania (28 ans)** conserve d'excellents souvenirs des cures de désintoxications et c'est au regard de l'empathie qu'elle donne un point de vue favorable.

«J'ai fait trois thérapies, les vraies thérapies de groupe, je vivais là-bas, je travaillais là-bas. Là... j'ai des beaux souvenirs, c'est les meilleurs moments que j'ai passé - ... Peut être parce que j'ai été sobre, j'étais lucide. Et puis c'était des gens qui étaient là pour nous écouter, pour nous aider, pour nous faire avancer c'était pas la même chose que l'ippj! J'avais 17 ans, je suis restée huit mois la première fois. La 2^e fois je suis restée 13 mois et la 3^e fois je suis restée 3 mois. »

F. EN DEHORS DES VILLES

L'accès aux informations ou au matériel d'injection en dehors des centres villes posent manifestement problèmes. Il nous a suffi de sortir de quelques kilomètres en dehors de la ville, pour constater la limite géographique des dispositifs de Réduction des Risques. Si les usagers ne se déplacent pas vers les centres urbains, ils accèdent peu au matériel et aux informations.

Les quelques consommateurs que nous avons rencontrés en dehors de la ville ne fréquentent jamais le comptoir, et achètent le matériel en pharmacie, en subissant régulièrement l'humiliation d'être identifié et considéré comme toxicomane. Néanmoins, ce groupe est en contact avec d'autres consommateurs qui, pour leur part, connaissent le comptoir et les opérations Boule de Neige. Nous avons recueillis plusieurs témoignages concernant la consommation en dehors des villes, notamment d'usagers originaires de la région de Couvin. Certains usagers circulent et emportent des quantités importantes de seringues qu'ils ramènent dans leur village. Mais ces expéditions sont perçues comme des entreprises à risques à cause des contrôles de la police et de la longueur du trajet qu'il faut parfois effectuer en transport en commun. Ce qui augmente la sensation de stress ou la peur de se faire contrôler avec des dizaines de seringues sur soi.

G. FINALEMENT, QUELS SONT LEURS BESOINS ?

Comme on peut le voir dans la figure suivante, il ressort de l'analyse des besoins que les usagers (tous groupes confondus ; n=67) ont des besoins variés, mais qu'il éprouvent avant tout le besoin d'avoir un endroit où ils peuvent se sentir utile et avoir des projets (46 %) et faire des activités divertissantes (45 %). Ils sont également 37 % à éprouver le besoin de pouvoir bénéficier d'une salle où il pourrait recevoir et consommer leur produit en sécurité, et 36 % sont en attente d'un endroit où ils peuvent s'exprimer librement sans être jugé ou rejeté. En somme, les besoins des usagers peuvent se résumer à vouloir être « traité » comme n'importe quel être humain, dans la dignité et le respect, tout en ayant l'opportunité de réaliser des activités épanouissantes et de bénéficier des mêmes droits que les personnes qui ne consomment pas.

Tableau 35 : Besoins des usagers pour améliorer leurs conditions de vie actuelles (n=67, plusieurs réponses possibles)

Besoins exprimés par les usagers	Fréquence	Pourcentage
Rien, je vais bien comme cela	5	7,5
<u>Je ne sais pas</u> , je ne vois pas de quoi j'ai besoin en particulier	6	9
<u>Une salle spéciale</u> où je pourrais recevoir et consommer mon produit en sécurité	25	37,3
Un endroit pour <u>dormir la nuit avec des règles d'entrée simples</u> pour moi	16	23,9
Un endroit qui distribue des <u>seringues jour et nuit près de chez moi</u>	21	31,3
Un endroit qui propose de <u>la méthadone avec des règles faciles à respecter</u>	18	26,9
Un endroit où je peux <u>faire des activités divertissantes</u> pour me changer les idées	30	44,8
Un endroit où je peux <u>me sentir utile</u> ou faire des projets	31	46,3
Un endroit où je <u>parle librement sans me sentir jugé(e) ou rejeté(e)</u>	24	35,8
Un endroit où je peux <u>expliquer ma situation dans ma langue</u>	5	19,2*
Un endroit où je peux parler de <u>ma situation de femme et/ou de maman</u>	10	33,3*
Un endroit <u>réservé uniquement aux jeunes</u> ou aux <u>femmes</u> , comme moi	6	11,8*
Autre	15	22,4

*Dans ces cas, les % ont été calculé par rapport au nombre de personnes concernées par cette question et non pas par rapport au nombre total de personnes interrogées.

Recherche-Action. RW UDI 2010.

3.2.5 Conclusion : La fonction « humanisante » du dispositif de bas seuil

Les structures de bas seuil prennent pleinement leur sens dans une perspective de défense des droits de l'homme et de promotion du droit à la Santé. Ces structures constituent des espaces de dignité humaine offerts à des personnes dont les récits de vie témoignent d'une marginalisation absolument édifiante. C'est ce que nous retenons en priorité de cette expérience d'immersion auprès des travailleurs sociaux de Liège et de Charleroi.

Les publics qui fréquentent les structures de bas seuil présentent pour la plupart des successions de traumatismes de la vie (parents défaillants, carences affectives, violence domestique, rupture familiale, placement en institutions, viols, précarité économique, intellectuelle ou culturelle...). Souvent, la condition de « toxicomane » vient en surplus ou s'imbrique dans cet enchaînement traumatique. Dans les entretiens, la plupart des usagers évoquent des parcours de vie et des circonstances qui ont déterminé leurs engagements et leurs usages de l'injection.

La confiance des usagers envers les travailleurs sociaux que nous avons rencontré sur le terrain donnent à voir de rares moments d'existences « réelles » pour ces « êtres humains ». En dehors de ces espaces protégés, les usagers marqués par les stigmates de leurs conditions, sont transparents. Lorsqu'ils croisent le regard des passants, ils suscitent la crainte, le mépris ou au mieux la pitié, ce qui au demeurant leur permet de mendier et de « gagner » leur vie. Les comptoirs d'échanges de seringues ou les services de bas seuil, comme les abris de nuits, deviennent alors des lieux d'apaisement baignés par les regards bienveillants des éducateurs. Ceux que nous

avons rencontrés accomplissent un travail précis qui s'adresse aux usagers dans le respect de leur intégrité physique, en leur permettant de consommer avec du matériel propre. Ils s'adressent aux usagers de manière non moralisatrice en instaurant une relation respectueuse.

Ces lieux de *bas seuil* créent des moments d'humanité indispensables, au regard de récit de vies quotidiennes massacrées par un système de représentations sociales qui déshumanise les usagers. C'est un sentiment de profonde injustice qui ressort du contact avec ces personnes. Le regard que notre société porte sur les « toxicomanes précarisés » leurs inflige une sorte de double peine. La comparaison avec les usagers insérés socialement, qui échappent à la stigmatisation et à la répression, renforce ce sentiment.

Les dimensions humaines du travail des intervenants sociaux sont à souligner tout autant que la dimension sanitaire du dispositif d'échange de matériel. D'ailleurs, les besoins prioritaires exprimés par les usagers évoquent davantage des questions d'ordre sociale que sanitaire. Comme si la prise en charge de la santé découlerait au préalable d'un équilibre social et relationnel. Le lien, l'empathie, l'écoute et la qualité de la relation font partie des premiers besoins exprimés par les usagers rencontrés. Reste la dimension matérielle de la vie sociale qui conditionne la nature de l'existence. Le logement apparaît de manière primordiale pour une part importante de notre échantillon, en particulier pour les femmes, usées par la violence de la rue. L'ennui et « l'inutilité sociale » rongent le quotidien des jeunes, comme ceux que nous avons rencontrés à Mons, des possibilités d'emploi ou des perspectives d'avenir permettraient de protéger certaines trajectoires de vie. Quant aux personnes d'origine étrangère ou aux jeunes migrants récemment arrivés, ils font souvent face à des logiques de discriminations particulièrement dures qui entravent leur accès à l'offre de soins.

Une politique de Réduction des Risques globale doit proposer des services qui dépassent les réponses sanitaires ou répressives. Prendre en considération les styles de vie de manière globale et proposer une aide qui permet de diminuer la pression ou de ne pas basculer dans une précarité qui précipite la détérioration des conditions de vie.

Dans notre échantillon, nous avons rencontré plusieurs usagers qui se disent fatigués, qui souhaitent arrêter ou mieux maîtriser leur consommation. Mais comment pourraient-ils le faire si aucun des éléments qui conditionnent la logique de consommation n'est modifié ? Que ce soit sur le plan économique et matériel (un emploi, un logement) ou sur le plan relationnel (renouer avec sa famille ou un entourage valorisant) ?

LE RESPECT DES DROITS DE L'HOMME

Au terme de cette étude nous rejoignons les recommandations déjà présentes dans un rapport de l'OFDT datée de 2002²²³. Cette étude se penche sur les contextes d'usages et les déterminants de l'injection. Le premier élément qui apparaît en conclusion de cette étude interpelle la dimension des droits humains et du respect de la personne comme préalable à toute politique de santé publique efficiente. C'était aussi le sens des interventions lors du congrès de Vienne²²⁴.

Cette étude interroge directement les conditions nécessaires à toute politique de santé publique envers ces usagers. En effet, à partir du moment où l'on connaît les styles de vie de ces personnes,

223. Bouhnik P., Touzé S., Vallette Viillard C., *Sous le signe du « matos » : Contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psycho-actifs*, OFDT avril 2002, p. 124

224. www.ladeclarationdevienne.com

ainsi que les difficultés rencontrées par certains professionnels pour « gérer » les comportements difficiles. Que faire ? Sont-ils des citoyens à part entière qui méritent une attention singulière ? Ou bien faut-il toujours les punir de leurs « mauvais » choix de vie ? L'enquête de l'OFDT, 2002, pose la question de la volonté politique qui sous-tend l'action sociale et sanitaire. « *La réflexion à l'échelle européenne pointe depuis près de dix ans, l'impératif de redonner une place à ces publics, et pas seulement de leur adresser des politiques spécifiques médicales ou répressives. Tant qu'ils seront indésirables dans les hôpitaux généraux, dans l'action sociale ou dans les circuits d'insertion, tant qu'ils subiront les effets du processus conjoint de précarisation et de criminalisation, en oscillant entre la rue et la prison, l'effet des actions dans leur direction restera éphémère.* »²²⁵

Avec les populations d'origine étrangère et les nouveaux migrants, ce sont les aspects liés aux constructions identitaires et au trafic des êtres humains qui sont soulevés. Nous avons vu que les conduites à risques liées aux drogues apparaissent conjointement à ces aspects. Quelle attitude adopter face aux jeunes migrants, souvent mineurs, qui débarquent dans les villes de Belgique et qui se retrouvent sous le joug de trafiquants ? Faut-il les laisser errer dans les rues, sans attaches et en proie aux milieux criminogènes ? Comment tenir compte du respect des droits de l'homme et du droit à la santé de ces populations marginalisées et souvent doublement stigmatisées ?

.....
225. Op. cit.

IV. Regards croisés et conclusions : l'offre de services au regard des besoins des usagers

1. L'ADAPTATION DE L'OFFRE AU CONTEXTE DE VIE DES USAGERS

Afin de toucher efficacement et durablement le public UDI, qui se caractérise généralement par un fort degré de précarité et de marginalisation, les structures doivent s'adapter autant que possible aux situations socio-économiques, aux modes de vie et aux temporalités de ces usagers. Les procédures d'accueil, les heures d'ouverture, les lieux d'intervention, la gratuité, les temps d'attente sont autant d'éléments qui rentrent en compte dans l'accès des usagers à l'offre de services. Des conditions d'accès trop exigeantes constituent une barrière à la fréquentation de ces services par les usagers. Les résultats de l'enquête quantitative sur l'offre de services le confirment : les structures qui ont le niveau de bas seuil le plus élevé sont celles qui sont le plus en contact avec les personnes pratiquant l'injection.

Les usagers de drogues vivent au jour le jour, voire heure par heure, sans « agenda dans la poche ». Il est donc difficile de travailler sur rendez-vous avec ce public. Les temps d'attente pour l'accès aux prestations peuvent également les décourager et s'avérer problématiques, comme nous l'avons décrit dans la deuxième partie de ce rapport. Par exemple, lorsqu'un usager fait appel à une structure parce qu'il souhaite entreprendre de stabiliser sa consommation avec un traitement de substitution, voire « décrocher », un délai d'attente trop long risque d'engendrer un renoncement de l'usager à cette décision initiale. En ce qui concerne les traitements de substitution, il existe toutefois des structures de bas seuil d'accessibilité (comme les Maison d'Accueil Socio-sanitaire) qui proposent des produits de substitution, ce qui permet à des usagers de drogues en grande précarité d'y accéder.

Il faut renforcer encore ce type de prestation afin d'améliorer l'accès aux traitements de substitution, susceptibles de réduire le recours à l'injection et, par voie de conséquence, les risques liés à cette pratique. Loin de se focaliser uniquement sur les risques biomédicaux, renforcer et développer le dispositif de bas-seuil améliorerait (de manière générale) les prises en charges socio-sanitaires ; ce qui aurait un impact positif sur la diminution de la précarisation des usagers de drogues par voie intraveineuse. Etat de précarité dont on a vu qu'il favorisait des situations à haut risques (marginalisation, criminalisation, isolement, problèmes de santé mentale et somatiques).

Un dispositif mobile comme celui des Bus Méthadone et de Médecins du Monde en France a montré son efficacité sur une population d'usagers sans domicile fixe. Ces dispositifs permettent une délivrance supervisée quasi-quotidienne de produits de substitution, associée à une prise en charge des co-morbidités et une offre de type *counseling*, ainsi qu'une distribution de matériel d'injection à usage unique²²⁶.

226. INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale), expertise collective, *Réduction des Risques chez les usagers de drogues, synthèses et recommandations*, Paris, 2010, p. 23

La plupart des services n'étant pas disponibles de façon permanente, ils ne permettent pas de répondre en urgence aux situations de crise vécues par les usagers. Cela rejoint les conclusions de Pascale Jamouille²²⁷ : les personnes les plus marginalisées, de par leur (poly)dépendance, leurs modes de vie en rue et le manque physique, expriment des besoins urgents et concrets (hébergement, aide financière, substitution, admission hospitalière immédiate ou en centre résidentiel, etc.). Or, si certaines structures essaient de s'adapter à cette urgence et à ces situations de crise²²⁸, ce n'est pas le cas de toutes les structures et plus particulièrement des institutions non spécialisées, qui n'adaptent pas toujours leurs modes de fonctionnements aux réalités de ces publics spécifiques et qui par là diminuent leur accessibilité à ces services.

Il nous semble alors qu'un énorme enjeu subsiste. Est-ce aux services de s'adapter aux bénéficiaires ? Est-ce aux bénéficiaires de s'adapter aux services ? Ce qui soulève en toile de fond la question de savoir si la personne usagère de drogues par voie intraveineuse est véritablement considérée par ces services non spécialisés comme un bénéficiaire potentiel...

2. L'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION

Nous sommes loin d'une situation idéale en termes de Réduction des Risques dans laquelle on distribuerait systématiquement du matériel d'injection stérile complet pour chaque injection (une seringue, un Stéricup, un coton désinfectant, une flapule d'eau stérile et de l'acide ascorbique). Cela peut s'expliquer par un manque de moyens, qui se répercute sur la quantité de matériel à distribuer, mais cela peut également être dû à des ruptures de stock temporaires. Les membres du dispositif se trouvent face à une incohérence entre le message de prévention sur la transmission des maladies infectieuses qu'ils font passer aux usagers (par exemple : une cuillère, un filtre, etc. par «shoot») et le manque de disponibilité du matériel indispensable au respect de ces conseils²²⁹. Les pouvoirs subsidiants doivent donc mettre à disposition les moyens nécessaires pour permettre aux structures de RdR d'exercer leurs actions de manière cohérente.

Cependant, si la distribution d'une «pochette» d'injection complète n'est pas toujours possible au niveau de l'offre, les usagers ont également leur part de responsabilité. En effet, ils ne prennent pas systématiquement l'ensemble du matériel disponible en plus des seringues, ce qui se remarque d'ailleurs au niveau de leurs prises de risques, puisque ces usagers sont nombreux à emprunter du matériel d'injection usagé (45 % des usagers interrogés par questionnaire dans le cadre de cette enquête ont emprunté du matériel d'injection usagé au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête²³⁰). Ainsi, malgré le succès du dispositif en termes de réduction de prévalence du VIH chez les UDI belges²³¹ (grâce à une diminution de la pratique de l'échange

227. Jamouille P., *Drogues de rue, Récits et styles de vie*, Préface de Michel Joubert, Ed. De Boeck Université, Bruxelles, 2000

228. En effet, comme nous l'avons mentionné plus haut, s'il existe des règles de fonctionnement régissant chaque service, les travailleurs font souvent preuve de souplesse en fonction des réalités du terrain. Par exemple, certaines structures fonctionnent sur rendez-vous mais ne refusent jamais les personnes qui viennent en urgence ; le règlement interdit aux usagers d'être sous l'effet de substance psychoactive, mais en réalité, les travailleurs sociaux refusent rarement les personnes qui le sont, excepté si elles ont des comportements violents

229. Ruymen F., Pozza M., *Rapport statistique, Analyse du dispositif d'échange de seringues en Communauté française de Belgique* (2006-07). Modus Vivendi asbl, août 2008

230. Voir partie III.2

231. Sasse A., Defraye R., Buziarsist J., & Van Beckhoven D., *Epidémiologie du sida et de l'infection au VIH en Belgique, situation au 31 décembre 2009*, IPH/EPI rapport annuel 2009, Bruxelles, 2010

de seringues usagées), il s'avère aujourd'hui que ces usagers restent très nombreux à être infectés par le virus de l'hépatite C²³². De nombreux injecteurs contractent en fait une hépatite durant les 6 premiers mois qui suivent la première injection, probablement parce qu'ils sont alors peu informés des risques liés au partage de l'ensemble du matériel et n'ont pas encore une bonne connaissance du réseau d'accessibilité au matériel.

Le message de Réduction des Risques «une seringue par shoot» semble donc avoir été davantage intégré par les usagers que les messages concernant le matériel connexe. Les structures de RdR doivent donc continuer à diffuser auprès des usagers des messages de RdR concernant les risques liés au partage de l'ensemble du matériel d'injection. On peut faire l'hypothèse qu'une manière de limiter les risques du partage du matériel connexe et d'éliminer les incohérences en terme d'action publique (accès partiel à l'ensemble du matériel d'injection alors que tous les éléments de ce matériel sont potentiellement vecteurs de maladies) pourrait consister à n'autoriser que la vente ou la délivrance de pochettes d'injection complètes, à la fois en pharmacie et au sein des comptoirs d'échange. Mais un tel projet ne peut se faire sans une réelle volonté politique (et un financement conséquent), et sans un travail de prévention préalable auprès des usagers, de manière à ce qu'ils ne se détournent pas du dispositif une fois ce changement de mode de délivrance opéré. En effet, une des forces du dispositif d'échange de seringues est de promouvoir les contacts sociaux, les relations entre les usagers désaffiliés et/ou précarisés et les services d'état ; liens sociaux bénéfiques et éducatifs qui ne sauraient être efficacement remplacés par un seul dispositif purement technique.

Il ressort également de cette recherche que les horaires des structures ne sont pas toujours adaptés aux rythmes de vie «décalés» des usagers. L'accès au matériel d'injection est en effet fortement restreint le soir et les week-ends. Durant ces moments-là, les usagers éprouvent donc des difficultés à se procurer du matériel stérile et sont tentés d'échanger ou de réutiliser du matériel usagé. Les usagers, qui vivent bien souvent dans l'urgence et l'immédiateté, prévoient difficilement le matériel d'injection dont ils auront besoin, surtout pour les consommateurs de cocaïne par injections (relativement nombreux au vu de nos données ainsi que de l'analyse des données issues des opérations Boule de Neige²³³), qui peuvent réaliser plus d'une dizaine d'injection au cours d'une même journée. En termes de couverture horaire, il faudrait donc étendre l'offre afin que l'accès au matériel d'injection et plus généralement aux services de bas seuil soit possible de façon continue. On peut envisager pour cela des distributeurs/récupérateurs automatiques de seringues, comme cela existe déjà dans différents pays. Ces machines, disponibles 24 heures sur 24, permettent un accès au matériel d'injection en dehors des heures d'ouverture des autres services. Il faut également promouvoir les structures mobiles pour distribuer et récupérer du matériel d'injection sur les lieux de deal et de consommation. Cela peut également permettre aux publics éloignés du dispositif et peu demandeurs d'offre de soins socio-sanitaires d'accéder facilement au matériel d'injection et à d'autres offres de services qui leur seraient profitables (conseils de RdR, réorientation, etc.).

L'accessibilité au matériel d'injection en **milieu rural** et en périphérie des villes est problématique, comme en ont témoigné les usagers rencontrés lors des entretiens et comme le montre l'analyse du dispositif. En outre, certains arrondissements où l'on rencontre très probablement

232. Matheï C., Robaey G., Van Ranst M., Van Damme P. & Buntinx F., *The epidemiology of hepatitis C among injecting drug users in Belgium*. Acta Gastroenterology Belgica; 68, 50-54, 2005

233. Modus Vivendi. *Les usagers de drogues par injection rencontrés lors des opérations Boule de Neige de 2000 à 2008*. Communication personnelle. Bruxelles, 2010

une forte concentration d'injecteurs (c'est en tout cas ce que l'on peut supposer sur base des données de l'enregistrement national des traitements de substitution) ne disposent d'aucune structure de bas seuil dispensatrice de matériel d'injection. Il existe peu de structures qui proposent du matériel en milieu rural et semi-urbain, et les usagers qui vont se procurer du matériel en ville n'aiment pas transporter des quantités importantes de matériel par peur des contrôles de police. Dans ces zones géographiques, il semblerait que les usagers passent plutôt par les pharmacies pour se procurer du matériel d'injection, avec tous les problèmes de stigmatisation et de non respect de l'anonymat que cela implique (ce qui peut inciter les usagers à réutiliser du matériel usagé). Si de nombreux usagers continuent à se procurer le matériel d'injection en **pharmacie**, les pharmaciens sont de moins en moins investis dans le dispositif puisque le nombre qui propose le Stérifix semble être à la baisse²³⁴. Même si le nombre d'UDI est moins élevé en dehors des grandes villes, la question de l'accessibilité au matériel d'injection en milieu rural, en périphérie des villes et dans de plus petites villes est une problématique qui mériterait d'être davantage creusée. Il y aurait lieu de développer l'accès au matériel stérile d'injection dans ces zones. On pourrait dans un premier temps s'appuyer sur les pharmacies en les sensibilisant davantage à la problématique, de manière à ce qu'elles participent à la distribution du Stérifix. On peut en effet supposer que les usagers qui se procurent les seringues dans des pharmacies qui ne proposent pas le Stérifix n'ont pas accès à l'ensemble du matériel d'injection (filtres, Stéricup, flapules d'eau stérile, etc.) ainsi qu'aux conseils de Réduction des Risques inclus dans la pochette, voire dispensés par le pharmacien sensibilisé à cette problématique. Nous avons également vu dans quelle mesure *la honte* ou *la mauvaise réputation* liées à ce mode de consommation peuvent avoir une action délétère sur les comportements des usagers. Il est donc indispensable de multiplier les possibilités d'accès aux informations (et aux outils) de RdR pour ces publics plus isolés et discrets (car ne vivant généralement pas en rue). Nous pensons notamment aux jeunes, davantage exposés aux risques et isolés dans leurs pratiques à cause de la stigmatisation par leurs pairs.

De nombreux pharmaciens sont réticents à s'engager dans le dispositif. Il faut donc les sensibiliser à la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues et plus particulièrement à la problématique de l'injection. Le fait qu'ils soient actuellement peu nombreux à être impliqués entraîne un phénomène de concentration des usagers dans certaines officines, ce qui rend la vente du Stérifix plus problématique.

Nous sommes donc en mesure de penser qu'il faut étendre la couverture du dispositif d'accès au matériel stérile d'injection dans les zones rurales et semi-urbaines au moyen d'outils connus et éprouvés que sont les comptoirs d'échange de seringues intégrés à des réseaux de soins, ainsi que les pochettes vendues en pharmacies. Ouvrir l'offre aux autres outils utilisés ailleurs qu'en Belgique, comme les distributeurs automatiques de seringues, est aussi à envisager, mais il convient de ne pas séparer cet outil d'un dispositif socio-sanitaire à visage humain.

Les problèmes identifiés ne gravitent pas seulement autour de l'accès au matériel, mais aussi de l'accès aux bonnes conditions d'utilisation de ce matériel. Ainsi, un autre problème soulevé est celui des conditions dans lesquelles s'injectent les usagers (surtout les plus précarisés). Ce sont bien évidemment les personnes qui n'ont pas de logement fixe qui sont les plus exposées aux risques d'infection car elles s'injectent souvent dans des lieux et des circonstances à risques (conditions d'hygiène déplorables, peur d'être vues, stress, etc.). Comme nous l'avons

234. Voir aussi Frère P., Collin J. et Hogge M., *Evaluation de l'accessibilité à la pochette Stérifix en province de Namur : Enquête menée auprès des pharmaciens d'officine et des usagers de drogues par injection*. CPSA de Namur. Rapport en cours de finalisation.

vu dans la partie précédente, 32% des personnes interrogées par questionnaire injectent en squat et 29% dans des lieux publics. Certains usagers rencontrés nous ont également rapporté ne pas savoir s'injecter correctement. En effet, même si les structures proposent du matériel d'injection stérile, rien ne garantit que les usagers l'utilisent correctement. Le travail de Réduction des Risques est alors incomplet. De nombreuses infections pourraient être évitées si les usagers avaient un lieu encadré leur permettant d'injecter dans des conditions d'hygiène optimales. De ce point de vue et pour les acteurs du dispositif, le fait de distribuer du matériel d'injection et de ne pas proposer d'endroit pour consommer apparaît comme une contradiction. Les scènes ouvertes et le matériel d'injection sur la voie publique peuvent également entraîner des difficultés avec le voisinage ainsi que de réels risques de contamination pour les personnes qui n'injectent pas.

Différentes études²³⁵ montrent que les salles de consommation à moindres risques permettent d'atteindre les usagers à hauts risques (sans domicile fixe, qui s'injectent fréquemment, parfois sur la voie publique, avec antécédents récents d'overdose, porteurs de maladies infectieuses, avec échec de traitement de la dépendance...), mais également des usagers en situation moins précaire. Les enquêtes de satisfaction auprès des usagers montrent que les salles de consommation répondent à leurs besoins et sont très fréquentées, lorsqu'elles sont situées dans des emplacements adéquats (proches des lieux de rencontre des usagers et des lieux de deal) et qu'elles offrent une bonne couverture horaire. Par ailleurs, les salles de consommation qui ont été expérimentées dans plusieurs pays ont fait leur preuve en termes de Réduction des Risques liés à l'injection (diminution des injections dans l'espace public, des abcès, du partage de seringues, des overdoses mortelles...)²³⁶, d'accès aux soins et de diminution des nuisances publiques²³⁷. Toutes les salles de consommation évaluées ont fait la preuve de leur capacité à assurer un fonctionnement stable, garantissant de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité pour les usagers et le personnel. En plus de fournir des soins de base, les intervenants peuvent orienter les usagers vers des structures de soins généraux, de traitement de la dépendance, ainsi que vers l'aide sociale. Même si une partie non négligeable des usagers sont, ou ont déjà été, en traitement, certaines études montrent une augmentation du nombre d'usagers entrant en traitement pour leur dépendance suite à un passage par une salle d'injection.

3. UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE : DIMENSIONS SOCIALES ET ÉCONOMIQUES

Les politiques de Réduction des Risques ne peuvent pas être efficaces si elles séparent la dimension sanitaire de la dimension économique, psychosociale et judiciaire²³⁸. D'ailleurs, les besoins prioritaires exprimés par les usagers sont davantage d'ordre social que sanitaire. Le travail de Réduction des Risques ne peut être efficace que s'il s'appuie sur une amélioration globale de l'accès aux droits fondamentaux des usagers: droits au logement, à la santé, à l'éducation, à l'emploi, etc.

235. INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale), expertise collective, *Réduction des Risques chez les usagers de drogues, synthèses et recommandations*, Paris, 2010, p. 28

236. Ritter A. & Cameron J., *Monograph No. 06: A systematic review of harm reduction*. DPMP Monograph Series. Turning Point Alcohol and Drug Centre: Fitzroy, 2005

237. Wood E., Kerr T., Small W., Li K., Marsh D.C. et al., *Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users*. Canadian Medical Association Journal, 171(7), 731-734, 2004

238. Jamouille P., *Drogues de rue, Récits et styles de vie*, Préface de Michel Joubert, Ed. De Boeck Université, Bruxelles, 2000, p. 151

Favoriser et améliorer les politiques d'accès au logement sont des besoins primordiaux pour une part importante des usagers interrogés, en particulier pour les femmes, usées par la violence de la rue. Actuellement, les travailleurs sociaux ne peuvent souvent pas répondre à cette demande, en particulier pour les jeunes migrants sans logement qui, à force de côtoyer les milieux criminogènes de la drogue, basculent dans des consommations problématiques. En effet, ceux-là, sans aucune attache dans un pays dont ils ne connaissent pas les codes, sont parfois rejetés de toutes parts : autant par les immigrés de la première génération, qui les voient comme une menace, que par leurs compagnons de route qui n'ont pas « sombrés ». Le respect de la dignité humaine de ces jeunes errants, sans logement et sans attaches, doit interpeller les pouvoirs publics et les services d'aide socio-sanitaire. Il s'agit de mettre en place des stratégies pour aller vers ces publics fuyants et peu connus par les structures actuelles.

La situation sociale et économique des usagers de drogues rend difficile l'accès à un logement. Certains services d'hébergement ont des conditions d'accès trop rigides (coût, rigidité horaire, le fait d'imposer l'abstinence ...), voire même refusent de prendre les personnes usagères de drogues, par peur que leur admission soit génératrice de problèmes. Les structures d'hébergement spécifiquement conçues pour ces personnes sont très rares et il n'existe pas de structures d'hébergement d'urgence visant spécifiquement ce public en Région wallonne. Or la précarité est un facteur de prise de risques. Dans notre échantillon, nous avons rencontré plusieurs usagers qui se disent fatigués, qui souhaitent arrêter leur consommation ou du moins mieux la maîtriser, mais cela est d'autant plus difficile lorsque le contexte socio-économique ne joue pas en leur faveur.

Trouver un logement permet d'atténuer l'état d'urgence. L'utilisateur peut alors « souffler » et porter davantage d'attention à sa santé et à son insertion. Il faut en outre favoriser une approche et une prise en charge pluridisciplinaire de la consommation problématique par injection, de manière à répondre à la diversité des besoins des personnes concernées. On pourrait envisager des hébergements d'urgence spécialisés pour les usagers de drogues comme les « Sleep in » en France ou le centre Transit à Bruxelles, qui sont des lieux d'hébergement d'urgence de nuit pour les usagers de drogues sans domicile fixe, qui assurent également une prise en charge socio-sanitaire des usagers en plus d'autres services concrets (repas, douche, laverie, etc.).

De manière générale, les structures de bas seuil interrogées dans notre enquête sont encore peu nombreuses à proposer des prestations matérielles aux usagers (hygiène, soins de première nécessité, lessive, douche, repas, etc.), alors que le besoin s'en fait sentir. Dans certaines structures, l'accueil est réduit à son strict minimum (pas de boisson proposée, pas de toilettes, locaux délabrés, etc.). Ces difficultés d'adéquation entre l'offre et la demande vont de pair avec le manque de moyens auxquels doivent faire face certaines structures de bas seuil en Belgique. La précarité du public et des institutions sont ici en miroir. Il serait pourtant nécessaire d'envisager des structures qui prennent en charge les usagers de manière plus globale.

Enfin, l'accès à des traitements de substitution ou à la délivrance d'héroïne médicalisée (actuellement disponible dans plusieurs pays : Royaume-Uni, Suisse, Pays-Bas, Allemagne, Espagne, Canada), en plus de réduire les risques sanitaires liés à la mauvaise qualité des produits, permet aux usagers de se concentrer davantage sur d'autres problématiques (santé, situation socio-économique...). Ils sont ainsi moins dépendants d'une recherche incessante d'argent nécessaire à l'achat du produit, une situation qui pousse à la marginalité et la délinquance. Les études²³⁹ sur

239. INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale), expertise collective, *Réduction des Risques chez les usagers de drogues, synthèses et recommandations*, Paris, 2010, p. 23

le traitement de la dépendance aux opiacés par l'héroïne médicalisée montrent la supériorité de l'héroïne médicalisée sur les traitements de substitution classiques (comme la méthadone ou le Subutex), et ce à différents niveaux : réduction de l'usage d'héroïne de rue et de l'usage de benzodiazépines, amélioration de l'état de santé, de la réinsertion sociale et supériorité du rapport coût-efficacité. D'après une expertise collective²⁴⁰ : « *L'ensemble des résultats positifs des dernières études a conduit l'OMS à adopter une position favorable quant à l'introduction de l'héroïne médicalisée comme option thérapeutique d'une dépendance sévère.* ». A Liège, dans le cadre d'une expérience clinique réalisée sous l'évaluation scientifique de l'Université de Liège et avec le soutien du Service Public Fédéral de la Santé publique (le projet TADAM), un centre de délivrance de traitement assisté par diacétylmorphine a récemment vu le jour. Le but de ce projet est d'évaluer, dans un premier temps et en tenant compte des spécificités belges, l'efficacité de ce traitement médical des troubles liés aux substances psycho-actives chez des consommateurs d'héroïne pour qui les traitements classiques se sont avérés inefficaces.

4. LE TRAVAIL AVEC LES PAIRS ET LA PARTICIPATION DES USAGERS AUX STRUCTURES

Comme nous avons pu le voir dans la partie analysant le dispositif, une minorité de services socio-sanitaires de bas seuil travaillent avec des *jobistes*²⁴¹ ou des travailleurs dont les compétences ont été acquises par l'expérience de vie, tels que d'anciens usagers. Différentes appellations permettent de valoriser ce travail des pairs : « pairs-aidants », « experts d'expériences », « experts du vécu »... Si certaines compétences s'acquièrent par des diplômes, d'autres sont le fruit de l'expérience de vie et du travail de proximité : connaissance d'un public, de son environnement, etc. Ces compétences sont nécessaires pour des actions de première ligne s'adressant à des usagers de drogues. Nous rejoignons ici les conclusions de Pascale Jamouille²⁴² (voir aussi Southwell, 2010²⁴³) en ce qui concerne les modes de travail qui s'appuient sur l'expérience et le travail avec les pairs : ils permettent d'entrer en contact avec des usagers parfois plus distants voire méfiants par rapport au dispositif.

Les personnes interrogées par questionnaire, lorsque nous leur avons demandé quels étaient leurs besoins pour améliorer leur vie actuelle, ont cité en premier lieu le fait de se sentir utile (46 %). C'est aussi ce que les usagers expriment de manière détaillée tout au long des entretiens que nous avons menés.

Paradoxalement l'enquête auprès des services relève que les professionnels se plaignent du manque d'investissement des usagers. Il y a là une distorsion qui montre une sorte d'inadéquation entre l'offre et la demande. Il faudrait sans doute davantage investiguer les raisons de cette distorsion.

240. Expertise collective, op.cit, p. 24

241. Les jobistes sont des usagers recrutés sur la base de leurs expertises en matière de consommation de drogues, qui après avoir suivi une formation, vont informer leurs pairs des risques liés à la consommation de produits psychotropes ainsi que les moyens de s'en prémunir

242. Jamouille P., *Drogues de rue, Récits et styles de vie*, Préface de Michel Joubert, Ed. De Boeck Université, Bruxelles, 2000, p. 208

243. Southwell M., *People who use drugs and their role in harm reduction*. In In T. Rhodes & D. Hedrich, *Harm reduction: Evidence, impacts and challenges* (pp. 101-104). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon, 2010

Le travail des usagers avec les professionnels favorise également la transmission des savoirs et permet d'acquérir une meilleure compréhension des logiques de l'autre et de son groupe d'appartenance, ce qui permet de modifier à long terme les représentations des professionnels sur les usagers et inversement. Impliquer les usagers dans le travail de Réduction des Risques permet également de les responsabiliser. Il faut donc encourager la participation des pairs au travail de proximité, comme cela se fait déjà à travers les actions *Boule de Neige*. Ces opérations doivent également se décentrer géographiquement, éventuellement travailler dans les quartiers défavorisés et en dehors des centres urbains. Il faut étendre ce type d'activités responsabilisantes et participatives vers des zones géographiques plus étendues et dans des zones semi-urbaines. Comme il est important que les structures qui effectuent de la RdR rentrent le plus rapidement possible en contact avec les nouveaux injecteurs (souvent jeunes) afin qu'ils puissent rapidement apprendre les bonnes pratiques et se rendre compte des risques liés au partage de matériel d'injection, le travail de rue, couplé à des programmes de prévention par les pairs, pourrait jouer un rôle important à ce niveau.

La participation des usagers peut se faire sous différentes formes : groupes de parole, enquêtes de satisfaction, passation de questionnaires avec délivrance de messages de RdR (cf. opérations *Boule de Neige*), boîtes à idées, démarchage auprès des pharmacies (cf. le projet Stérifix), etc. Selon une enquête sur la participation des usagers au fonctionnement des établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie²⁴⁴, la participation des usagers offre de nombreux avantages. Il s'agit d'abord d'une occasion pour les usagers d'exercer leurs droits et d'expérimenter les règles sociales. De plus, le fait de se sentir écoutés et de constater l'intérêt que les professionnels portent à leurs savoirs valorise les usagers et peut renforcer ou raviver leur estime de soi. Nous avons vu au travers des récits combien elle constitue un « levier de dé-marginalisation » indispensable. Les prises de parole et les interactions avec les professionnels et leurs pairs leur permettent en outre de rééduquer leurs compétences cognitivo-sociales (capacités à structurer leur pensée, à prendre en compte du point de vue des autres, à prendre de la distance par rapport à leurs problèmes personnels...), ce qui peut favoriser leur resocialisation. La qualité des messages de Réduction des Risques délivrés s'en trouve également accrue. En effet, les professionnels peuvent compléter et nuancer leurs connaissances en fonction de celles des usagers et ainsi mieux adapter leurs actions et modes de communication aux attentes de ces derniers usagers. Ce point est particulièrement intéressant dans la mesure où de nouveaux produits et de nouvelles pratiques de consommation (et donc de nouveaux besoins et risques) apparaissent régulièrement.

Il faut donc encourager la participation des pairs au travail de proximité, comme cela se fait déjà à travers les actions *Boule de Neige* en Belgique, et de manière plus étendue et structurée au Canada. Ces opérations *Boule de Neige* doivent également se décentrer géographiquement, éventuellement travailler dans les quartiers défavorisés, dans les cités, et en dehors des centres urbains. Donnons comme exemple cette expérience de *Boule de Neige* décentrée que les travailleurs sociaux de Charleroi ont mené en zone péri-urbaine, suite à l'identification au cours d'une recherche, d'un groupe de consommateurs injecteurs isolés. Plus généralement, on ne peut qu'encourager ces démarches dites participatives et insister parallèlement sur le besoin de création de statuts juridiques, administratifs et légaux, conditions nécessaires à l'actualisation et à la valorisation du travail des pairs-aidants et experts d'expériences.

244. Anesm, *La participation des usagers dans les établissements médicaux-socio relevant de l'addictologie, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, 2009. http://www.anitea.fr/download/reco_addictologie_anesm.pdf

5. LA PARENTALITÉ ET L'USAGE DE DROGUES

La problématique de la parentalité **est apparue de manière massive lors de l'analyse des préoccupations des usagers**. Assumer son rôle de parent et protéger les enfants représentent un défi pour la plupart des parents usagers qui mènent des vies souvent chaotiques. Comment devenir parents en limitant les risques de transmission des traumatismes ou de carences affectives ? Comment maintenir un lien avec ses enfants et quel type de lien ? De nombreux usagers voient leur style de vie entrer en compétition avec des responsabilités de parents, qu'ils assument difficilement malgré des désirs parfois clairement exprimés. Ces usagers méritent d'être entendus et accompagnés dans le développement de leurs compétences parentales. Il existe en Région wallonne des services qui s'adressent aux usagers de drogues avec enfants, même si ces services ne sont pas destinés spécifiquement aux usagers de drogues pratiquant l'injection. Par exemple, le programme de promotion de la santé auprès des parents usagers de drogues et de leurs enfants (centre de santé mentale Alfa) ou « l'équipe des assuétudes » des services de santé mentale du CPAS de Charleroi, qui développent différents projets de soutien aux parents (ex-) consommateurs. Ces projets visent à préserver et /ou à favoriser des relations harmonieuses entre les parents consommateurs de produits et leurs enfants, et permettre aux parents consommateurs de produits psychotropes de (re)prendre, dans la mesure de leurs moyens, leur place de parents, tout en veillant aux conditions de bien-être de l'enfant. Ces projets comprennent un volet axé sur les parents et leurs relations avec leurs enfants, mais également un axe qui vise la sensibilisation, la formation, la concertation et le travail en réseau entre intervenants confrontés à la problématique des parents usagers de drogues.

Lors de l'enquête menée auprès des usagers à Charleroi, nous avons observé l'impact des cycles de « parents-relais », initiatives de bas seuil organisées par le Comptoir de Charleroi. Ces initiatives répondent de manière appropriée aux usagers les plus désocialisés ou méfiants vis-à-vis des structures. Il s'agit parfois d'un premier contact qui permet d'éveiller les consciences concernant la possibilité d'assumer son rôle de parent et de développer ses compétences. Ces initiatives vont dans le sens d'un renforcement des compétences en matière parentale, tant pour les mères que pour les pères.

Certains professionnels issus des secteurs médicaux et/ou sociaux, confrontés à de jeunes mères usagères par injection, se sentent interpellés par le nombre de jeunes femmes enceintes qui se retrouvent seules face à leur maternité, seules face à la construction du lien avec leur enfant en devenir. Ces professionnels considèrent qu'il est nécessaire de protéger les enfants en consolidant les liens dès la grossesse. Comment développer les compétences relationnelles de ces mamans et leur permettre de maintenir une relation harmonieuse avec leur enfant ? Comment protéger l'enfant afin de limiter les risques de carences affectives et d'insécurité fondamentale ?

Il semble qu'il existe peu d'initiatives orientées spécifiquement vers le suivi rapproché des mères pendant leur grossesse, permettant ainsi l'investissement précoce dans une relation avec l'enfant, tout en limitant autant que possible les risques d'effets tératogènes sur le fœtus. Nous avons relevé l'initiative intéressante de l'association Bogolan, à Liège, qui s'adresse aux mères les plus précarisées, telles les « travailleuses du sexe » dans la rue, par exemple. Pourtant, les moyens semblent insuffisants pour cette initiative de très bas seuil en raison de l'importance du phénomène. Une association comme ICAR veille également à dégager des espaces pour les enfants, avec les moyens dont ils disposent.

La prise en charge des enfants est une question primordiale pour les femmes usagères de drogues. La stigmatisation des femmes avec enfants est un obstacle à leur accès au dispositif. Il est donc important de travailler sur les représentations des membres du dispositif face à cette problématique. En outre, l'absence de prise en compte des enfants dans les services peut être un obstacle à l'accès des femmes dans les structures. A l'inverse, et comme nous avons pu le voir dans la première partie, les structures qui acceptent les enfants et prévoient un espace pour eux reçoivent significativement plus de femmes qui consomment par injection.

6. STIGMATISATION ET ACCÈS AU DISPOSITIF

- Les témoignages font souvent état de vécus pour lesquels la qualité de l'estime de soi influence le style de consommation et la prise de risques des usagers. L'image que l'utilisateur se fait de lui-même est largement construite à partir du regard que les autres portent sur lui et du pouvoir qu'il attribue à ce regard. Un usager peut donc se sentir honteux à cause de l'image de « *toxicomane* » qui lui est renvoyée et il aura alors tendance à « confirmer » et intégrer cette image négative par ses comportements. Il aura également tendance à adopter des attitudes d'évitement et de fuite, comme nous l'avons constaté chez plusieurs femmes usagères qui vivent recluses dans leur maison et délèguent certaines démarches à leur compagnon (achat de seringues, etc.). Nous l'avons vu, les représentations sociales négatives associées à l'image du « *toxicomane* » empêchent les usagers de se positionner avant tout en tant qu'être humain dans le regard du non-consommateur, et ce d'autant plus lorsqu'ils sont porteurs de stigmates difficiles à dissimuler. Des études comme celle réalisée au centre ville de Charleroi par Anne-Catherine Lacroix soulignent le poids de l'étiquette pour les usagers et l'impact direct sur leur comportement²⁴⁵. Boris Cyrulnik, spécialiste de la résilience, explique que le sentiment de honte est évolutif au cours d'une vie : il peut s'aggraver à cause des petits sentiments honteux qui s'accumulent au fil du temps et qui laissent des « *déchirures insidieuses quotidiennes, à peine conscientes, qui finissent par délabrer l'estime de soi ...* »²⁴⁶.
- Nous avons vu dans l'enquête auprès des usagers combien l'attitude parfois dénigrante des proches ou des pairs, le harcèlement judiciaire, les contacts parfois humiliants avec les pharmaciens ou les urgences hospitalières dévastaient le moral des usagers au point de parfois les pousser à consommer davantage, de manière compulsive, ou à développer des attitudes agressives. Ce poids de la stigmatisation est vécu de manière singulière par les jeunes, les femmes et les personnes d'origine étrangère, car il s'ajoute à des traumatismes anciens ou aux violences quotidiennes dues à la vie en rue, la violence domestique, la prostitution, l'exil ou l'errance perpétuelle. La discrimination à l'égard des usagers par voie intraveineuse constitue pourtant l'un des déterminants de la santé de ces personnes²⁴⁷.

245. « Les usagers estiment être constamment étiquetés pour le simple fait de consommer... Un usager de drogues peut comprendre la peur et la méfiance à son égard. Ce qui le fatigue au quotidien n'est pas réellement le fait d'être considéré comme un « tox » mais de n'être considéré que comme un « tox ». Car cette étiquette occulte de nombreuses autres réalités, notamment celle de règles que les usagers de drogues se donnent pour garder une dignité et gérer leur quotidien : contrôler sa consommation en se fixant des limites, ne pas commettre certains types de délits tels les agressions physiques par exemples... » Lacroix Anne-Catherine, dans *Drogues et nuisances. Etudes du phénomène des nuisances associées aux drogues, de son contrôle et de ses effets à partir de différents angles d'approches*, Gent, Academia Press, 2004, XII, 261 pages

246. Cyrulnik B., *Mourir De Dire, La Honte*, éditions Odile Jacob, Paris, 2010, 80 pages

247. Bouhnik P, Touzé S., Valette Viillard C., *Sous le signe du « Matos » Contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psycho-actifs*, RESSCOM – Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires, OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), avril 2002, p. 200

- De manière générale, il nous semble donc utile de réfléchir à des stratégies qui permettraient de faire évoluer les « récits collectifs » et les représentations sociales caricaturales de l'usager par voie intraveineuse, car elles influencent directement les conduites des professionnels, des services socio-sanitaires (hôpitaux, médecins, pharmaciens, etc.) et des institutions (police, justice...). De la même façon, il s'agit de favoriser des changements d'intégration de « récit individuel » des usagers sur eux-mêmes, pour améliorer leur capacité à croire en eux, lorsqu'ils souhaitent modifier leur trajectoire ou équilibrer leur style de vie. A nouveau, nous pensons que le développement d'activités (telles que les démarches participatives), qui visent au renforcement des compétences cognitivo-sociales et de l'estime de soi des usagers, est une stratégie d'action à encourager et à renforcer.

7. CRÉER DU LIEN ET INSTALLER DES RELATIONS EMPATHIQUES

Les entretiens avec les usagers de notre échantillon ont clairement montré que les dimensions relationnelle et affective influencent l'engagement dans une consommation problématique, ainsi que la capacité à trouver les ressources nécessaires à l'amélioration de sa qualité de vie. L'amélioration de la santé des usagers de drogues par voie intraveineuse doit forcément passer par le tissage de liens avec les autres. Nos observations rejoignent ainsi les résultats d'études longitudinales sur les personnes traumatisées (violence domestique, viols, etc.) qui montrent que le facteur de résilience le plus efficace réside souvent dans le tissage de liens dans une ou plusieurs relations de confiance, qui favorisent de manière importante le développement de l'estime de soi et de la confiance en soi.

Les femmes travailleuses du sexe et les personnes d'origine étrangère relatent de manière récurrente l'efficacité des relations instaurées par les équipes mobiles rencontrées en rue. Celles-ci privilégient en effet des services de proximité souples ainsi qu'une écoute active et empathique, ce qui répond de manière précise et pertinente aux besoins et attentes de ce type d'usagers. Ces stratégies sont à renforcer et à développer, car elles présentent une efficacité manifeste. C'est à l'aide de cette méthode de travail que les ests de dépistages du sida ou de l'hépatite B peuvent être proposés largement à une population à risques difficile à toucher.

« Les rencontres avec des personnes prostituées lors du travail de terrain pour des demandes ponctuelles débouchent souvent sur des accompagnements à plus long terme. Notre première priorité est d'établir une relation de confiance avec les personnes rencontrées. L'écoute, l'empathie, le soutien et les encouragements que nous pouvons leur procurer sont tout particulièrement essentiels. Au fil du temps, les éducateurs entrent dans le réseau social de ces personnes. Des liens affectifs basés sur le respect se créent entre les intervenants sociaux et les personnes prostituées. Cet état de fait n'enlève rien à notre professionnalisme, que du contraire, il peut être un point d'enracinement et un tremplin pour les personnes suivies. » (extrait du rapport d'activité d'ICAR)²⁴⁸

Le rapport d'activité de cette structure met en exergue l'importance de la fonction « humanisante » des services de bas seuil. Les relations de confiance, le respect et l'empathie restaurent les usagers précaires dans leur dignité et leur permet de protéger leur santé ou de limiter les risques. D'autres professionnels évoquent la notion de « fonction soignante²⁴⁹ » pour accompa-

248. ICAR (Initiative sociale d'accompagnement des Travailleurs Indépendants Sexuels) - *Rapport d'activités Communauté française 2008 et 2009*, Liège

249. Jamouille P. *Fragments d'intime, amours, corps, solitudes aux marges urbaines*, éditions Alternatives sociales, La découverte, Paris, 2009, 250 pages

gner des personnes qui par ailleurs présentent une santé mentale fragile. Il est essentiel que les professionnels qui travaillent dans les structures de bas seuil soient bien sensibilisés à la nécessité d'adopter une approche empathique et créatrice de « liens », ce qui ne peut se faire efficacement sans un travail sur les représentations. Ces bonnes pratiques doivent donc être soutenues et exportées vers les secteurs moins spécialisés.

8. LES SPÉCIFICITÉS DES PUBLICS DITS « CACHÉS »

Les publics « cachés » sont sous-représentés dans les structures spécialisées et ils sont difficiles à atteindre. Notre enquête montre que même dans le secteur spécialisé, les thématiques de RdR, ou encore des « drogues et assuétudes », ne sont pas systématiquement abordées lors de formation. En ce qui concerne les structures non spécialisées, 35,7% déclarent avoir bénéficié de formation ou d'espace de réflexion sur « la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues » et 57,1% sur la thématique des « dépendances et assuétudes ». En outre, les structures formées aux spécificités des publics cibles de notre enquête (via des modules « femmes et assuétudes », « inter-culturalité »...) sont minoritaires. En ce qui concerne la partie qualitative de l'enquête, nous avons été interpellés par le contraste entre la fréquence des demandes de santé mentale (pour les trois publics) et la quasi absence de professionnels de type « psy » dans le réseau d'appui des usagers en difficulté. Quand la famille est absente ou défaillante, les travailleurs sociaux et les médecins généralistes apparaissent comme les principales personnes de confiance ou de référence. On peut se demander s'il ne serait pas judicieux de renforcer les liens (travail en réseau, multidisciplinarité) entre les secteurs sociaux et psychologiques, voire d'outiller les travailleurs sociaux de manière accrue pour répondre aux besoins psychologiques et au bien être des usagers.

CHERCHER LE CONTACT, ALLER VERS EUX POUR INFORMER, POUR PROTÉGER

Le travail d'outreach mené par des équipes mobiles permet de nouer un premier lien avec les personnes qui vivent en rue. Ce type de travail permet d'instaurer progressivement une relation de confiance avec ces publics méfiants, ce qui peut favoriser par la suite l'élaboration d'un accompagnement dans la gestion de crise et dans la limitation des risques. Ces équipes mobiles, qui privilégient l'investissement dans une relation de confiance et qui placent l'utilisateur au centre du dispositif, ont recours aux pratiques préconisées par François Chobeaux qui a conceptualisé le phénomène des jeunes vivant dans la rue au début des années 1990.

8.1 DES MINEURS AUX JEUNES ADULTES

A Charleroi, plusieurs adolescents **mineurs** fréquentent de manière récurrente l'A.M.O. « Point jaune » ainsi que deux autres institutions offrant un service d'hébergement de crise. Il s'agit de l'A.M.O. « SOS jeunes » et du P.P.P. « Abaka ». Ces jeunes effectuent une tournante entre ces trois institutions. Ce profil de jeunes sans attaches serait en augmentation, selon certains observateurs. Selon les professionnels interrogés, ces adolescents seraient pour la plupart issus de familles recomposées et ils ne répondent pas de manière favorable aux propositions des S.A.J. Bien souvent, ils ne sont pas parvenus à trouver leur place au sein de leur nouvelle famille pour différentes raisons (non acceptation de la séparation de leurs parents, mauvais accueil des beaux-parents avec dégradation rapide de la relation). Ces jeunes sont souvent en décrochage scolaire et ils adhèrent difficilement aux projets proposés par les travailleurs sociaux parce qu'ils

ne cherchent pas le contact et sont fuyants. Ils ont une perception du temps altérée et ne parviennent pas à se projeter dans le futur. Ils ont donc des difficultés à se présenter aux rendez-vous programmés de manière hebdomadaire. Les professionnels se sentent bien évidemment démunis face à cette absence de demande. Ces jeunes peuvent toutefois connaître plus ou moins bien le réseau d'aide mais ils l'exploitent à des fins immédiates et ponctuelles.

Dans notre enquête de terrain, nous relatons les histoires de Dereck, Stevens, Mathieu et Paco, âgés d'une vingtaine d'années, injecteurs depuis quelques années et dont les parcours de déliaisons ressemblent singulièrement aux récits dressés par les travailleurs de Point Jaune à propos des mineurs. Nous avons par ailleurs constaté un déficit d'informations des plus jeunes sur la nature des produits consommés et sur le phénomène de manque lié à la consommation régulière d'héroïne. Nous souhaitons attirer l'attention sur le fait que, même si le passage en rue peut être bref, il est hautement à risques pour des jeunes en détresse. Il est donc nécessaire de mettre en place des stratégies qui permettent de rentrer efficacement et rapidement en contact avec ces jeunes afin de leur permettre d'accéder à une information pratique et sanitaire sur les produits qu'ils consomment ou sont susceptibles de consommer. Les travailleurs du « Point jaune » pensent notamment qu'un projet spécifique de bas seuil pour ces adolescents serait bénéfique et leur permettrait de « se poser » sans conditions trop restrictives.

8.2 LES MIGRANTS ET LES PERSONNES D'ORIGINE ÉTRANGÈRE

Les personnes d'origine étrangère qui consomment par injection semblent accéder aux services de la même manière que les autres usagers. La complexité de leur trajectoire ne diffère pas de manière singulière des autres publics d'origine belge. Ces résultats d'enquête rejoignent les conclusions de l'enquête BELSPO²⁵⁰ dans sa partie quantitative, qui considère que le recours aux soins entre les patients d'origine belge et non belge est similaire, de même que l'accès aux diverses structures de soins.

Cependant notre recherche montre que l'accès aux structures, ainsi que la possibilité de recourir au réseau naturel des proches, est entravé par le poids d'une stigmatisation plus intense pour les personnes d'origine étrangère nées en Belgique ou migrantes que dans les milieux belges. Les travailleurs sociaux nous décrivent des comportements d'usagers qui utilisent les services *en coup de vent*, en se cachant. Ces usagers auraient tendance à dissimuler leurs pratiques de manière systématique. « *Ils se débrouillent pour le matériel, par exemple, on ne voit jamais les seringues !* » dit un travailleur social en contact régulier avec ces publics.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons constaté que les filières du trafic des êtres humains et celles du trafic de drogues s'entrecroisent très régulièrement. Parmi ces migrants, de nombreux mineurs ou des jeunes adultes sont venus directement de leur village nord africain, contre la promesse d'un avenir meilleur pour eux et leur famille. Ils n'ont pour la plupart jamais imaginé se retrouver à vendre des « boulettes » de coke ou d'héroïne en rue²⁵¹. Selon les usagers et les

250. Derluyn I., Vanderplasschen W., Alexandre S., Stoffels I., Scheirs V. et al. *Les minorités ethnico-culturelles et le traitement des problèmes de drogues*. BELSPO, 2008, p. 90

251. L'inspecteur principal de la brigade des stupéfiants de Charleroi: « Ils sont recrutés directement dans les villages par des filières criminelles qui leur font miroiter la possibilité de gagner de l'argent en Belgique... Une fois en Espagne, ils détruisent ou dissimulent leurs documents d'identité. Parfois, le réseau les conserve pour s'en servir ensuite comme moyen de pression sur la famille restée au bled » Loore Frédéric *Djamel : En rue, tu dois te débrouiller. De toute manière, la plupart des gens se fichent de ce qui peut t'arriver*. Enquête menée avec le soutien du fonds pour le journalisme d'investigation de la Communauté française de Belgique, Match Belgique, Juin 2010, p. 66

éducateurs, ces migrants, souvent très jeunes, multiplient les conduites à risques qui les mènent parfois vers la consommation de drogues. Depuis 2 ou 3 ans, les travailleurs sociaux observent une augmentation de la consommation de produits (notamment de cocaïne) et une banalisation de celle-ci parmi les populations d'origine étrangère : « *ils ne savent tout simplement pas ! Ils ne connaissent pas les produits*²⁵² ». Ils observent également un rajeunissement du public ainsi qu'une concurrence accrue pour attirer le client « *Des adolescents de 13 ans battent le pavé des trottoirs en quête de clients pour le deal d'héroïne avec des pratiques de plus en plus violentes vu la grande concurrence qui règne sur ces trottoirs*²⁵³ ». Cette compétition peut être mise en relation avec la logique économique de l'injection décrite, dans la partie III, qui montre comment les usagers passent ainsi de la *fumette* à l'injection. Même si nous n'avons pas pu déterminer dans cette étude l'importance de la pratique de l'injection parmi les usagers de drogues, migrants ou nouvellement arrivés, nos informateurs confirment qu'ils consomment de la cocaïne et qu'ils fument de l'héroïne.

Nous pensons qu'il s'agit d'un public fortement exposé aux risques et particulièrement démunis en termes de possibilités d'accès aux informations de Réduction des Risques.

LA PRESSION SUR LES STRUCTURES DE BAS SEUIL ET LE MANQUE DE MOYEN

Les services de bas seuil pour usagers attirent ces publics de migrants. Les travailleurs évoquent des problèmes de langue, qui entravent la communication, et une grande pression de la demande, des situations tendues que l'on retrouve aussi dans les services spécialisés des deux villes auxquelles nous nous sommes intéressés. « *Nous avons eu de gros problèmes de cohabitation ces derniers temps. Des comportements difficiles, des revendications importantes, beaucoup de problèmes culturels. Nous essayons de garder un équilibre au niveau des structures pour garantir une certaine cohabitation. Il y a quelques mois, nous avons dû prendre des mesures car nous étions dépassés par la situation. Nous avons été amenés à rejeter ceux qui ne sont pas en ordre de mutuelle. Ce n'est pas une mesure de ségrégation. Mais le sans papier, illégal et sans perspectives n'est plus pris en charge, à cause des problèmes de sécurité que nous avons connu, et aussi pour des raisons budgétaires. Chaque semaine nous refusons 2 ou 3 clandestins*²⁵⁴ ». De nombreux usagers (les Belges mais aussi les étrangers insérés, immigrés de longues dates) nous ont fait part du climat de tension posé par cette pression sur les structures de bas seuil, dont ils se sentent parfois exclus à cause des nouveaux migrants.

Par ailleurs, ce style de vie use les âmes et les corps de ces « jeunes » exilés. Des problèmes de santé mentale apparaissent de manière importante selon les travailleurs sociaux qui les côtoient régulièrement. Personne ne veut de ces migrants isolés de leur entourage ou de leur famille restée au pays. Quand ils se tournent vers les mosquées²⁵⁵, ils sont souvent rejetés parce qu'ils sont considérés comme des criminels, illégaux susceptibles de mettre en danger la communauté. Ces jeunes ont peu d'alternatives « *L'aide médicale d'urgence proposée par les Relais Santé en Région wallonne et les abris de nuit sont les rares espaces de soins qui répondent à l'urgence, force est en effet de constater que ces services sont saturés en demandes tout comme les services spécialisés dans la santé mentale (Santé en Exil à Charleroi) qui doivent postposer les consultations prises parfois plus d'un mois après l'appel à l'aide*²⁵⁶ ».

252. Entretien de recherche avec les éducateurs de l'abri de nuit de Charleroi

253. Nicolas E. *Esthétique d'une folie urbaine. Penser à la marge pour penser la marge*. Mémoire en Anthropologie Master Finalité Approfondie, Université Catholique de Louvain, Louvain-La-Neuve, 2009, p. 40

254. Entretien de recherche avec le responsable d'une maison d'accueil socio-sanitaire

255. Nicolas E. *Esthétique d'une folie urbaine. Penser à la marge pour penser la marge*. Mémoire en Anthropologie Master Finalité Approfondie, Université Catholique de Louvain, Louvain-La-Neuve, 2009, p. 40

256. Idem

Ces jeunes mineurs restent, pour la plupart, coincés dans les mondes criminogènes de la rue et des drogues durant plusieurs années, avant d'être éventuellement stoppés (souvent temporairement) à l'âge adulte par un séjour en prison²⁵⁷. Avant la majorité, ils ne risquent pas la prison. C'est ce qui explique pourquoi les trafiquants recrutent parfois à partir de 12 ans d'après les autorités policières.

Etant donné ces constats dressés par les acteurs de terrain, on peut s'interroger sur la spirale sans fin qui semble être à l'œuvre et sur les moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics pour prévenir ou atténuer les conséquences de cet engrenage. Que vont devenir ces jeunes exilés, coincés dans les logiques criminelles et dans l'univers des drogues ? Quel en sera l'impact sur nos sociétés sur le plan sanitaire et sur celui de la cohésion sociale ?

8.3 LES FEMMES

Les femmes usagères présentent des risques particuliers. Elles viennent peu dans les structures, surtout si elles ont des enfants. Quand elles s'y rendent, elles sont souvent accompagnées par des hommes et semblent y rester moins longtemps. Les femmes pratiquant l'injection ont souvent des parcours difficiles marqués par des violences (violences domestiques, violences en rue...), ce qui les place dans des positions de plus grandes vulnérabilités.

Une idée couramment émise par les travailleurs sociaux consiste à dire qu'elles « trouvent plus facilement une solution » ou elles dorment moins à la rue. Pourtant, l'enquête montre que le dispositif ne leur est pas toujours adapté (pas de place, mixité des structures, cloisonnement de l'hébergement, manque d'espace d'intimité, etc.).

Les femmes rencontrent différents problèmes spécifiques liés à la consommation de produits, tels que des perturbations du cycle menstruel, des risques de grossesse liés à la prise erratique de moyens contraceptifs, une vulnérabilité accrue lorsqu'il y a prostitution en vue de se procurer des produits (par exemple, moins d'espace de négociation pour le port du préservatif, etc.). Malgré ces spécificités, nous avons relevé relativement peu de projets ou d'initiatives destinés de manière spécifique aux problématiques de la femme, à part dans le domaine de la prostitution. Les travailleurs constatent des grossesses non désirées, la plupart des femmes rencontrées dans le dispositif spécialisé en toxicomanie ne semblent pas avoir de suivi gynécologique, et peu de travailleurs parlent de contraception. Il y a donc relativement peu de prévention en amont.

Les questions relatives aux grossesses non désirées, aux moyens de contraception, aux IST, à la sexualité des femmes en général, à la garde des enfants et aux violences conjugales devraient être plus systématiquement abordées. Des espaces spécifiques proposant une certaine intimité faciliteraient ce travail de prévention. En outre, l'estime de soi est souvent particulièrement abîmée chez ces femmes usagères, de sorte que des projets visant à développer une meilleure image de soi doivent aussi être encouragés.

257. « La procédure n'est pas adaptée à ceux qui ne veulent pas ou ne peuvent pas sortir de la criminalité. Ils ne sont pas reconnus victimes de la traite vu qu'ils refusent de collaborer avec la justice, par crainte de représailles ou tout simplement parce que leur business fait vivre leur famille. Le Parquet n'en veut pas, ni les centres fermés du Service d'aide à la jeunesse, saturés et de toute façon réservés aux délinquants belges » explique Fabrice Vanderest, directeur de la brigade des stupéfiants à Charleroi, dans Loore *ibid.*

V. Recommandations générales

1. **Élargir la palette d'offre de services spécifiques aux UDI afin de rendre l'offre plus accessible aux usagers et permettre aux acteurs de première ligne de promouvoir la Réduction des Risques de manière plus cohérente.**

- Multiplier les voies d'accès à ces publics dits cachés en développant une approche de sensibilisation transversale qui dépasse les services socio-sanitaires et les services spécialisés. Identifier les lieux pertinents (zones ou quartiers précaires, à forte densité multiculturelle, etc.) susceptibles d'être en contact direct ou indirect (via les pairs, les parents, les mères) avec des jeunes, des femmes, des migrants ou des personnes d'origine étrangère. Développer des stratégies d'information et de sensibilisation spécifiques sur les drogues en général, sur la Réduction des Risques et les possibilités d'aide en cas de problèmes ou de questions liés aux drogues.
- Sensibiliser davantage les pharmaciens à leur rôle social et sanitaire afin d'augmenter le nombre de pharmacies participant au dispositif et à la diffusion du Stérifix.
- Étendre l'offre en termes de zone géographique et de couverture horaire. En effet, certains arrondissements de la Région wallonne ne disposent pas de structures de bas seuil proposant du matériel d'injection alors que s'y trouve probablement un nombre relativement important d'UDI. Afin de rendre l'accès au matériel d'injection possible 24h sur 24, il conviendrait également de proposer un assouplissement des horaires le soir et les week-ends, et de réfléchir à l'implantation de distributeurs de seringues dans les lieux les plus fréquentés par les usagers. Une solution pourrait également consister à multiplier les dispositifs mobiles, en particulier dans les lieux très fréquentés par les UDI (lieux de deal, etc.).
- Mettre les moyens nécessaires afin que les acteurs de 1^e ligne puissent mener des actions de RdR dans les meilleures conditions possibles : disposer d'une quantité de matériel de RdR suffisante (seringues et matériels connexes), proposer davantage de services de premières nécessités (petite restauration, services d'hygiène, etc.).
- Favoriser l'accès au traitement de substitution et envisager (en cas de succès du projet TADAM) l'accès à l'héroïne médicale contrôlée.
- Envisager l'ouverture de salles de consommation supervisées dans les zones urbaines très fréquentées par les UDI, afin de réduire les nuisances publiques et les risques (overdose, contamination, etc.) chez les usagers les plus à risques qui consomment en rue et dans des conditions sanitaires très précaires.

2. **Favoriser une approche globale afin de répondre à la pluralité des besoins sociaux et sanitaires des usagers.**

- Améliorer l'accès aux droits fondamentaux : droits au logement, à la santé, à l'éducation, à l'emploi, etc.
- Développer des hébergements de bas seuil pour les usagers dépendants fortement précarisés.

- Promouvoir l'insertion sociale et professionnelle (accès à l'emploi et aux activités culturelles etc.) dans les structures de bas seuil.
- 3. Favoriser une approche empathique qui privilégie l'accompagnement rapproché et la prise en compte du vécu personnel des usagers.**
 - 4. Favoriser la participation des usagers au fonctionnement de la structure et encourager le travail par les pairs.**
 - 5. Améliorer les représentations sociales sur les usagers de drogues particulièrement par voie intraveineuse.**
 - 6. Diffuser des informations (sur les styles de vie, trajectoires, la multiplicité des rapports à la drogue, etc.) auprès des professionnels des structures non spécialisées (hôpitaux, médecins généralistes, maisons d'accueil, pharmacies, ...) afin de favoriser une perception allocentrique du vécu des usagers, susceptible de modifier les représentations sociales négatives.**
 - 7. Favoriser le travail en réseau des structures socio-sanitaires afin de permettre une prise en charge globale des usagers et garantir un meilleur accès aux services.**
 - Développer les collaborations entre le bas seuil spécialisé en (ou à mission) assuétudes et le bas seuil non spécialisé afin de faciliter la circulation des usagers entre ces différentes structures.
 - 8. Adapter l'offre de services aux spécificités des publics dits « cachés » (femmes, populations d'origine étrangère, jeunes).**

De manière générale pour les trois publics :

- Développer le travail de proximité, « outreach », qui permet d'aller vers les publics qui accèdent peu ou qui sous-utilisent les services socio-sanitaires de bas seuil. Elargir les zones géographiques couvertes par les travailleurs sociaux pour multiplier les possibilités de contacts avec ces publics.
- Proposer des **services mobiles en santé mentale** pour ces publics (exils, errances longues, dé-liaisons familiales, traumatismes).
- Développer des axes stratégiques de projets autour du renforcement de l'estime de soi et du renforcement de la capacité à agir pour prendre en charge sa santé et limiter les risques : *l'empowerment*.²⁵⁸

Pour les publics d'origine étrangère

- Prendre en compte les droits humains et sanitaires des personnes sans papiers et sans perspectives administratives.

.....
258. Ce terme anglo-saxon, sans véritable traduction française (quoique l'on parle parfois d'autonomisation), renvoie, au niveau individuel, au renforcement de la capacité d'une personne à se sentir capable et autorisée à défendre ses droits, à se prendre en charge et à agir en fonction de ses choix. L'empowerment au niveau collectif renvoie aux notions de participation, de compétence, d'estime de soi et de conscience critique. Voir le dossier thématique de culture & santé à ce sujet <http://www.cultures-promosante.be>

- Prendre appui sur les médiateurs culturels qui peuvent aider les familles d'origine étrangère ou les migrants à entrer en relation avec les services existants.
- Développer des stratégies adaptées d'information sur les risques et les possibilités d'accès aux soins (supports en différentes langues, « outreach », information par les pairs).
- Développer une offre de soutien en santé mentale adaptée aux problématiques de l'entre-deux culturel, des questions identitaires et de l'exil.

Pour les femmes

- Développer des projets qui intègrent la dimension « genre » et prennent en compte la spécificité du public féminin (violence, prostitution, grossesse, parentalité, etc.).
- Développer l'accès aux services de santé reproductive (gynécologie, grossesse...).
- Développer des projets spécifiquement liés au renforcement de l'estime de soi et au renforcement des capacités (empowerment).

Pour les jeunes

- Favoriser le contact précoce avec les nouveaux injecteurs afin de les sensibiliser rapidement aux risques liés à l'injection et leur apprendre les pratiques qui réduisent les risques : pour ce faire, prendre appui sur le travail de prévention par les pairs et sur les équipes mobiles (travail de rue).
- Développer des stratégies d'approches pour entrer en contact avec les jeunes à risques sur leurs lieux de vies (cités, banlieues, quartiers).
- Travailler avec les « dealers-consommateurs » ou les potentiels « initiateurs » à l'injection, ceci afin d'informer les jeunes UDI en début de consommation et avant l'injection.

9. Diffuser des informations et sensibiliser à propos de la Réduction des Risques les structures non spécialisées en contact avec des UDI (services d'urgences, maison d'accueil, etc.).

10. Parentalité : renforcer les projets de bas seuil qui s'adressent aux usagers de drogues avec enfants.

VI. Bibliographie

ABRAHAM M.D., COHEN P.D.A. & KAAL H.L. *Licit and illicit drug use in the Netherlands*, 2001. Amsterdam: Mets, 2002

ANESM. *La participation des usagers dans les établissements médicaux-socio relevant de l'addictologie. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, 2009 http://www.anitea.fr/download/reco_addictologie_anesm.pdf

BAUDOUIIN D, DEDOBELER M., BENABDERRAZIK A., BIZIMUNGER D., SCIERA V., ET AL « *Les usagers de drogue suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus* » 2009, Santé conjugulée, n°47

BAUDOUIIN D, DEDOBELER M, COLLET T. *L'hépatite C, une maladie à haute prévalence chez les usagers de drogues par voie intraveineuse*. Santé Conjugulée, 01/2001, n° 15

BOUHNİK P, TOUZÉ S., VALETTE VIALARD C., *Sous le signe du « Matos » Contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psycho-actifs*, RESSCOM – Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires, OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), avril 2002, p.200.

BOUHNİK P., *La drogue comme expérience intime*, Ethnologie française 2002/2, Tome XXXVII, p. 19-29.

BOURDIEU P., (SOUS LA DIRECTION DE) *Comprendre*, dans *la Misère du Monde*, Ed. du Seuil, collection Point, Paris, 1993 pp. 902- 937.

BOONEN, J. *Evaluation du dispositif d'échange de seringues de Charleroi entre 2001 et 2007*. Cellule de Recherche et Concertation, Charleroi, 2010

CASERO L., RWUBUSISI M., POZZA M., VAN HUYCK C., DAL M., BASTIN P. *Elaboration d'un cadastre des actions de prévention des assuétudes et de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues subsidiées par les pouvoirs publics en Communauté française*, Eurotox, octobre 2008

CHOBEAUX F. *Intervenir auprès des jeunes en errance*, Alternatives sociales, Préface de Julien Damon, Editions La Découverte, Paris, 2009, 154p.

CASTRO F. G. & ALARCON E. H. *Integrating cultural variables into drug abuse prevention and treatment with racial/ethnic minorities*. Journal of Drug Issues, 32(3); 783-810, 2002

COMMUNIQUÉ DE L'OEDT, *Analyse de l'usage de drogue selon le genre*, Lisbonne 2006

CYRULNIK B., *Mourir De Dire, La Honte*, éditions Odile Jacob, Paris, 2010, p. 260

DECORTE T., MORTELMANS D., TIEBERGHIE J., DE MOOR S. *Haalbaarheid van een repetitieve prevalentiestudie onder de algemene bevolking*. Université de Gent. Gent, Academia press, 2009

DENIS B., DEDOBBELEER M., BENABDERRAZIK A., BIZIMUNGU DG., SCIERA V. «*Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus*» Revue de la médecine générale, n° décembre 2008, 258.

DERLUYN I., VANDERPLASSCHEN W., ALEXANDRE S., STOFFELS I., SCHEIRS V. ET AL. *Les minorités ethnico-culturelles et le traitement des problèmes de drogues*. BELSPO, 2008

DERRICOTT J., HUNT N., PRESTON A., *L'injection à moindre risque*, Apothicom, Cildt, Paris, 2008

DE SARDAN J.-P. O., *La rigueur du qualitatif, les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Collection Anthropologie Prospective n°3, Bruylant- Academia, Louvain-La-Neuve, 2009, p 42.

DE WIT A. & BOS J. «*Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature*», In : Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options, EMCDDA Monographs 7, 2004. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, Lisbonne, Lisbon, pp. 329-43

ELAND A. & RIGTER H. *Allochtonen en verslavingszorg*. Achtergrondstudie. Utrecht: Bureau Nationale, 2001

EHRENBERG A. *La fatigue d'être soi, Dépression et société*, éditions Poches Odile Jacob, Paris, 1998, pp.171-172.

Enquête Sentinelle, *rapport des résultats de 1997-2007*. Cellule de recherche concertation, Charleroi, juin 2010

ESPACE P. *Analyse des données et évaluation de la campagne de vaccination contre l'hépatite B : 1998-2008*. Bruxelles ; 2009

FINN P. *Cultural responsiveness of drug user treatment programs: Approaches to improvement*. Substance Use and Misuse, 3, 4, 493-518, 1996

FONTAINE A. *Double Vie, les drogues et le travail, Les empêchements de tourner en rond*, Paris, 2006, 214p

FOUNTAIN J., KHURANA J., UNDERWOOD S., BASHFORD J., WINTERS M. & PATEL K. *Barriers to drug service access by minority ethnic populations in the European Union and how they can begin to be dismantled*. In: Decorte, T. & Korf, D.J. (eds.), European Studies on Drugs and Drug Policy. Brussels: VUB Press, 2004

FRÈRE P., COLLIN J. & HOGGE M. *Evaluation de l'accessibilité à la pochette Stérifix en province de Namur : Enquête menée auprès des pharmaciens d'officine et des usagers de drogues par injection*. CPSA de Namur. Rapport en cours de finalisation.

GISLE L., HESSE E., DRIESKENS S., DEMAREST S., VAN DER HEYDEN J., TAFFOREAU J. *Enquête de santé, 2008. Rapport II – Style de Vie et Prévention*. Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles 2010

HAGAN H, THIEDE H, WEISS N.S, HOPKINS S.G, DUCHIN J.S, ET ALEXANDER E.R. *Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C*. American Journal of Public Health. 2001; 91: 42-46.

HALEY N., ROY E., & LECLERC P., *Interventions de prévention efficaces contre le VIH et l'hépatite C chez les jeunes utilisateurs de drogues par injection (UDI)*. Drogues, Santé et Société, 2(1), 84-99, 2003

HACOURT G., *Ecstasy. Pilules sans ordonnances, usages et usagers de nouvelles drogues de synthèse*. L'Harmattan, Bruxelles, 2002, 232 pages

HARIGA F, VAN LIERDE J., (2002) CESC : *Echange de seringues à Charleroi : Evaluation de la première année d'activités*. Modus Vivendi. Carnet du risque, 42

ICAR (INITIATIVE SOCIALE D'ACCOMPAGNEMENT DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS SEXUELS) - *Rapport d'activités Communauté française 2008 et 2009*, Liège.

INSERM (INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE), *expertise collective, Réduction des Risques chez les usagers de drogues, synthèses et recommandations*, Paris, 2010, p. 23.

JAMOULLE P. *Des hommes sur le fil, la construction de l'identité masculine en milieux précaires*, édition La Découverte, Paris, 2005, p. 35

JAMOULLE P. *Drogues de rue, Récits et styles de vie*, Préface de Michel Joubert, Ed. De Boeck Université, Bruxelles, 2000, p.152.

JAMOULLE P. *Fragments d'intime, amours, corps, solitudes aux marges urbaines*, éditions Alternatives sociales, La découverte, Paris, 2009, p. 228-229.

JAMOULLE P., *Business is business. Enjeux et règles du jeu de l'économie clandestine*, Déviance et Société 2003/3, 27, p. 297-311.

JAUFFRET-ROUSTIDE, M., OUDAYA, L., RONDY, M., LE STRAT, Y., COUTURIER, E., MOUGIN, C., EMMANUELLI, J., & DESENCLOS, J.C. *Femmes usagères de drogues et pratiques à risques de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique*. Enquête Coquelicot 2004-2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°10-11, 96-99, 2009

JUNG, C. « *Immigration et toxicomanie* », Revue toxibase n°13, 1^{er} trimestre 2004

LACROIX S., DENIS B., « *Rôle du médecin généraliste dans les problématiques de toxicomanies* », Education du Patient et enjeux de santé, vol.22, n°1, 2004

LACROIX A.-C., *Drogues et nuisances. Etudes du phénomène des nuisances associées aux drogues, de son contrôle et de ses effets à partir de différents angles d'approches*, Gent, Academia pres, 2004, XII + 335 pp.

LAMKADDEM B., ROELANDS M., *Belgian National Report on Drugs 2009: New developments, trends and in depth information on selected issues*, Direction Public Health and Surveillance, Scientific Institute of Public Health, Bruxelles, Octobre 2009

LAMKADDEM B., ROELANDS M., *BELGIAN National Report On Drugs. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009*. Scientific Institute of Public Health, Bruxelles, Octobre 2009

La santé de l'homme, n°372, *Drogue, genre et prévention*, juillet- août 2004

LEDoux Y., BROHÉE J.P., LAGRAIN J., LAMBRECHTS V., HOUBEN P., SPAGO B., VANSNICK L. *Enregistrement national des traitements de substitution*. IPHBE, Rapport annuel, 31 décembre 2007

Le guide social, annuaire du secteur psycho-social, 19^e édition, édit. Figus, Bruxelles, 2009

L'évolution des profils des sans-abri : une dépendance persistante à l'égard des services d'urgences en Europe. Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans Abris (Feantsa), novembre 2005

LOORE F., « *Djamel : En rue, tu dois te débrouiller. De toute manière, la plupart des gens se fichent de ce qui peut t'arriver. Une fois en bord de Sambre, les jeunes paysans riffsins se transforment en dealers de haschich, héroïne et cocaïne* » Enquête menée avec le soutien du fonds pour le journalisme d'investigation de la communauté française, Match Belgique, Juin 2010, p.66

MARTINEZ A. ET TALAL A.H. *Noninjection drug use: an under-appreciated risk factor for hepatitis C virus transmission*. *Liver International*. 2008 ; 28 : 757-760

MACÍAS J., PALACIOS R.B., CLARO E. ET AL. *High prevalence of hepatitis C virus infection among non injecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack*. *Liver International*. 2008; 28: 781-786

MARCH J.C., OVIEDO-JOEKES E., & ROMERO M. *Drugs and social exclusion in ten European cities*. *European Addiction Research* (2006). 12, 33-41.

MATHEÏ C., ROBAYES G., VAN RANST M., VAN DAMME P. & BUNTINX F. *The epidemiology of hepatitis C among injecting drug users in Belgium*. *Acta Gastroenterology Belgica*; 68, 50-54. 2005.

MODUSVIVENDI. *Analyse chiffrée du dispositif échange de seringue en Communauté française*, 2009

MODUSVIVENDI. *Analyse du profil des personnes rencontrées lors des opérations Boule de Neige en Communauté française*. Rapport statistique 2007. Bruxelles, 2008, p 10

MODUSVIVENDI. *Consommation de drogues, lieux festifs et acteurs. Etat des lieux en Région wallonne*. Novembre 2009

- MODUS VIVENDI. *Les usagers de drogues par injection rencontrés lors des opérations Boule de Neige de 2000 à 2008*. Communication personnelle. Bruxelles, 2010
- NICOLAS E. *Esthétique d'une folie urbaine. Penser à la marge pour penser la marge*. Mémoire en Anthropologie Master Finalité Approfondie, Université Catholique de Louvain, Louvain-La-Neuve, 2009, p. 34-35
- OEDT (2005). *Etat du phénomène de la drogue en Europe, Rapport annuel*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne
- OEDT (2006). *Etat du phénomène de la drogue en Europe, Rapport annuel*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne
- OEDT (2006). *A gender perspective on drug use and responding to drug problems*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne
- OEDT (2007). *Rapport annuel sur les drogues*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2008). *Trends in injecting drug use in Europe*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, p.15
- OEDT (2008). *Trends in injecting drug use in Europe*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, p16
- OEDT (2009). *Etat du phénomène de la drogue en Europe*. Rapport Annuel 2009. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, p.94
- OEDT (2010). *Selected Issues 2010. Trends in injecting drug use in Europe*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne
- OEDT (2010) *Trends in injecting drug use in Europe*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, p.17
- OEDT (2010) *Trends in injecting drug use in Europe*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, p16
- OEDT (2010) *Trends in injecting drug use in Europe*. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, p.15
- UNODC. *Rapport Mondial sur les Drogues*. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime :Vienne ; 2009
- ONU. *UNAIDS report on the global aids epidemic*, 2010
- ONUUDC. *Prévention du VIH chez les jeunes utilisateurs de drogues injectables*.Vienne, 2004

PELC I., DE RUYVER B., CASSELMAN ET AL. *Evaluation des maisons d'accueil socio-sanitaire pour usagers de drogues*, BelSpo, juillet 2001

RÉSEAU ALTO : <http://www.ssmg.be/new/index.php?Page=118#D%C3%A9finition>

REID G., AITKEN C., BEYER L. & CROFTS N. *Ethnic communities' vulnerability to involvement with illicit drugs*. *Drugs – Education, Prevention and Policy*, 8, 359-374

RITTER, A. & CAMERON J. Monograph No. 06: *A systematic review of harm reduction*. DPMP Monograph Series. Turning Point Alcohol and Drug Centre: Fitzroy, 2005

ROY E., HALEY N., LECLERC P., CÉDRAS L., & BOIVIN J.F. *Hepatitis C among Montreal street youth cohort participants who injected drugs (MSYC-IDUs)*. *Canadian Journal of Infectious Disease*, 12 (Suppl. B): 60B, 2001

ROY E., HALEY N., LECLERC P., CÉDRAS L., & BOIVIN J.F. *Drug injection among street youth: the first time*. *Addiction*, 97(8), 1003-1009, 2002

ROY E., HALEY N., LECLERC P., CÉDRAS L., BLAIS L., & BOIVIN J.F. *Drug injection among street youths in Montreal: predictors of initiation*. *Journal of Urban Health*, 80(1), 92-105, 2003

ROY E., NONN E., HALEY N., MORISSETTE C. *Le «partage» des matériels d'injection chez les jeunes usagers de drogue injectable de Montréal*. *Réduction des Risques et des méfaits*, vol.2, n°1, 2003

RUYMEN F., POZZA M., *Rapport statistique, Analyse du dispositif d'échange de seringues en Communauté française de Belgique (2006-07)*. Modus Vivendi asbl, août 2008

RWUBUSISI M., HOGGE M., CASERO L., VAN HUYCK C., DAL M., BASTIN P. *L'usage de drogues en Communauté française*. Rapport Eurotox 2009

SANDWIJK J.P., COHEN P.D.A., MUSTERD S. & LANGEMEIJER M.P.S. *Licit and illicit drug use in Amsterdam II. Report of a household survey in 1994 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam, 1995

SASSE A., DEFRAÏE R., BUZIARSIST J., VAN BECKHOVEN ET WANYAMA, (2008). *Epidémiologie du sida et de l'infection au VIH en Belgique, situation au 31 décembre 2007*, IPH/EPI rapport annuel 2007, Bruxelles

SASSE A., DEFRAÏE R., BUZIARSIST J., & VAN BECKHOVEN D. *Epidémiologie du sida et de l'infection au VIH en Belgique, situation au 31 décembre 2009*, IPH/EPI rapport annuel 2009, Bruxelles, 2010

SCHEPPERS E., VAN DONGEN E., DEKKER J., GEERTZEN J. & DEKKER J. *Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review*. *Family Practice Advance Access*, 23, 326-348, 2006

SOUTHWELL, M. *People who use drugs and their role in harm reduction*. In T. Rhodes & D. Hedrich, *Harm reduction: Evidence, impacts and challenges 2010* (pp. 101-104). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon

TODTS S., GLIBERT P., VAN MALDEREN S., SALIEZ V., HOGGE M. & VAN HUYCK C. *Usage de drogues dans les prisons belges : Monitoring des risques sanitaires*. 2008, SPF Justice. Bruxelles, 2009

TJADEN B.R., SPOEK A.M., KOETER M.W.J. & VAN DEN BRINK W. *Allochtonen en autochtonen in de klinische verslavingszorg: acceptatie van het behandelaanbod en vroegtijdige beëindiging van de behandeling*. MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 58, 5, 461-471, 2003

VANDEVELDE S., VANDERPLASSCHEN W. & BROEKAERT E. *Cultural responsiveness in substance abuse treatment: a qualitative study using professionals' and clients' perspectives*. International Journal of Social Welfare, 12, 3, 221-228, 2003

VERDURMEN J.E.E., SMIT F., TOET J., VAN DRIEL H.F. & VAN AMEIJDEN E.J.C. *Under-utilisation of addiction treatment services by heroin users from ethnic minorities: results from a cohort study over four years*. Addiction Research and Theory, 12, 285-298, 2004

World Hepatitis Alliance – Chac Asbl, 2009 (http://www.chacasbl.be/htm/infos_hepat_c.html)

WOOD E., KERR T., SMALL W., LI K., MARSH D.C. ET AL. *Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users*. Canadian Medical Association Journal, 171(7), 731-734, 2004

Ouvrages consultés

BAILLERGEAU E. *Introduction au dossier hors série «L'inclusion sociale en pratique. Intervention sociale et jeunes marginalisés en Europe», Sociétés et jeunesses en difficulté [En ligne]*, Numéro hors série | 2010, mis en ligne le 16 mars 2010, Consulté le 22 juillet 2010. URL : <http://sejed.revues.org/index6588.html>

CASTRO F.G., ALARCON E.H. *Integrating cultural variables into drug abuse prevention and treatment with racial/ethnic minorities*, in Journal of Drug Issues, 2002, 32(3); 783-810

COPPEL A. *Drogues, genre et prévention*, dans La santé de l'homme, juillet-août 2004, n°372

DENIS B., DEBOELLER M., BENABDERRAZIK A., BIZIMUNGER D., SCIERA V., médecins généralistes à Charleroi, *Les usagers de drogue suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus*, dans Santé conjugulée, 2009, n°47

DERLUYN I., VANDERPLASSCHEN W., ALEXANDRE S. ET AL: *Trajectoire de soins des usagers de drogue d'origine étrangère*, Academia Press: Ghent. Direction Interdépartementale de la Cohésion Sociale, Plan de prévention de proximité (PPP), 2008

DE BOECK F. & PLISSART M-F. *Kinshasa, récits de la ville invisible*, La Renaissance du Livre, Ed. Luc Pire, Bruxelles, 2005, 285p.

DIELEMAN M. *Jeunes prostitué-es et réponses sociales, Etat des lieux et recommandations, Projet pilote / Septembre 2006*, Communauté française de Belgique, asbl Entre 2, 80p.

EMMANUELLI J., *Caractéristiques et efficacité des programmes d'échanges de seringues à travers le monde : état des lieux et mise en perspective*, Revue de la littérature Institut de Veille sanitaire, octobre 1999

EUROHIV. *HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2006*. Saint-Maurice: French Institute for Public Health Surveillance, 2007. No. 74

GREISSLER É., *La construction identitaire à partir d'expériences de rue à Montréal : une tension entre marginalité et conformité.*, Sociétés et jeunesses en difficulté [En ligne], n°6 | automne 2008, mis en ligne le 27 janvier 2009, Consulté le 22 juillet 2010. URL : <http://sejed.revues.org/index5322.html>

Guide d'évaluation de projet : Une démarche participative (La Direction de la santé de la population, Santé Canada, août 1996 / Also available in English under the title: *Guide to Project Evaluation: A Participatory Approach*). N°. Cat. H39-355/1996F, ISBN 0-662-80935-1

JAMOULLE P., *Styles de vie liés aux drogues et trajectoires de sortie de toxicomanie*, Enquête sur le site belge (Hainaut), Revue Psychotropes – Vol 7 n°3-4, p.73-99

JOUBERT M. *La vie de Marlène : entre dépendance et autonomie*. Ethnologie française 2002/2, Tome XXXVII, p.103-114

JOUBERT M., GIRAUX-ARCELLA P., ET MOUGIN C. *Villes et toxicomanies. De la connaissance à la prévention. Questions vives sur la banlieue*. Ed. érès, coll. Obvies, 2005, 415 pages

LOBET ESTANY, M., *Le squat : un espace de socialisation et une alternative à la stigmatisation de la précarité des jeunes*, Sociétés et jeunesses en difficulté [En ligne], Numéro hors série | 2010, mis en ligne le 17 mars 2010, Consulté le 22 juillet 2010. URL : <http://sejed.revues.org/index6628.html>

OEDT (2004b), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).

OMS, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*, Evidence for action technical papers, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2004.

PHARO, P., *Bien-être et dépendances*. Pensée Plurielle, Ed. De Boeck Université, 2010/1 (N°23), 128 p.

UNAIDS ET WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007), *AIDS epidemic update*, December 2007, Genève. http://data.unaids.org/pub/epislides/2007/2007_epiupdate_en.pdf

MODUS-VIVENDI. *Carnets du risque* (numéros 5, 6, 12, 13, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 33, 40 et 43)

SIBONY D., *Entre-deux, l'origine en partage*, Seuil, Paris, 1991, 398 pages.

Témoignages d'exclusions au quotidien. Un réseau d'écoute pour détecter de nouvelles injustices sociales, Fondation Roi Baudoin, Bruxelles, 2005

VII. Liste des tableaux et figures

1. FIGURES

Figure 1 : Evolution du nombre de seringues distribuées en Communauté française via les comptoirs d'échange de seringues.	20
Figure 2 : Evolution quadriennale du pourcentage d'infection au VIH en Belgique lié à l'injection de drogues par voie intraveineuse chez les patients belges et non belges.	24
Figure 3 : Origine des seringues (Communauté française - Opérations Boule de Neige 2009).	27
Figure 4 : Financement des institutions.	63
Figure 5 : Répartition des structures selon le nombre d'UDI rencontrés en 2009 (%)	68
Figure 6 : Fréquence de contact avec les UDI.....	70
Figure 7 : Disponibilité du matériel d'injection dans les arrondissements de la Région wallonne.....	80
Figure 8 : Répartition des âges (%) – Analyses globales	111
Figure 9 : Logement principal (%) – Analyses globales.....	112
Figure 10 : Sources de revenus (%) – Analyses globales.....	112
Figure 11 : Nombre de sources de revenus différentes (%) – Analyses globales	113
Figure 12 : Niveau d'étude (%) – Analyses globales.....	113
Figure 13 : Contact avec les éducateurs de rue (%) – Analyses globales	113
Figure 14 : Répartition des âges dans le groupe « femmes »	114
Figure 15 : Nombre d'enfants dans le groupe « femmes ».....	114
Figure 16 : Logement principal dans le groupe « femmes »	115
Figure 17 : Sources de revenus dans le groupe « femmes » Plusieurs réponses possibles.	115
Figure 18 : Nombre de sources de revenus dans le groupe « femmes »	116
Figure 19 : Niveau d'étude dans le groupe « femmes »	116
Figure 20 : Contact avec les éducateurs dans le groupe « femmes »	117
Figure 21 : Répartition des âges dans le groupe « jeunes »	117
Figure 22 : Nombre d'enfants dans le groupe « jeunes »	118
Figure 23 : Logement principal dans le groupe « jeunes ».....	118
Figure 24 : Source de revenus dans le groupe « jeunes »	119
Figure 25 : Nombre de sources de revenus dans le groupe « jeunes ».....	120
Figure 26 : Niveau d'étude dans le groupe « jeunes »	120
Figure 27 : Contact avec les éducateurs dans le groupe « jeunes »	121
Figure 28 : Répartition des âges dans le groupe « migrants »	121
Figure 29 : Pays d'origine dans le groupe « migrants ».....	122
Figure 30 : Durée de vie en Belgique dans le groupe « migrants »	122

Figure 31 : Logement principal dans le groupe « migrants »	123
Figure 32 : Source de revenus dans le groupe « migrants »	123
Figure 33 : Nombre de sources de revenus dans le groupe « migrants »	124
Figure 34 : Niveau d'étude dans le groupe « migrants »	124
Figure 35 : Contact avec les éducateurs dans le groupe « migrants »	124
Figure 36 : Coût journalier de la consommation – Analyse globale	167
Figure 37 : Pourcentages d'institutions fréquentées par les femmes au cours des 6 derniers mois	171
Figure 38 : Taux d'adéquation des services à la demande dans le groupe « femmes »	171
Figure 39 : Pourcentage d'institutions fréquentées par les jeunes de 25 ans ou moins au cours des 6 derniers mois.	174
Figure 40 : Coût journalier de la consommation dans le groupe « Jeunes »	175
Figure 41 : Lieux d'injection habituels des usagers interrogés – Analyses globales	178
Figure 42 : Fréquence d'injection d'Héroïne.	178
Figure 43 : Fréquence d'injection de Cocaïne.	179
Figure 44 : Nombre de produits différents consommés par injection	179
Figure 45 : Moyenne d'âge (et écart-type) de la première injection.....	180
Figure 46 : Modes et fréquences d'approvisionnement en seringues neuves. – Analyse globale	180
Figure 47 : Provenance des seringues usagées– Analyse globale	181
Figure 48 : Partage (en %) de seringues et de matériel d'injection au cours des 6 derniers mois – Analyses globales	182
Figure 49 : Partage (en %) de seringues et de matériel d'injection au cours des 6 derniers mois au sein de chaque groupe.	182
Figure 50 : Nombre de partenaires sexuels différents au cours des 6 derniers mois	184
Figure 51 : Prise de risque sexuel (en %) chez les usagers ayant eu plusieurs partenaires sexuels.	184
Figure 52 : Personnes sur qui les usagers peuvent compter en cas de coup dur.	185
Figure 53 : Personnes avec qui les usagers peuvent parler de leur consommation.	185

2. TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des modes de consommation par type de produit principal consommé au sein des admissions TDI, Communauté française, 2007.	17
Tableau 2 : Répartition en % des injecteurs (injection au cours de la vie) rencontrés lors des opérations BdN par ville, 2000 – 2007, Communauté française.	18
Tableau 3 : Répartition en % des injecteurs (injection au cours du dernier mois) rencontrés lors des opérations BdN par ville, 2000 – 2007, Communauté française.	18
Tableau 4 : Mode de consommation des personnes interrogées en milieu festif	19
Tableau 5 : Caractéristiques des répondants (Opérations Boule de Neige Rue - Communauté française 2009)	22
Tableau 6a : Taux de réponse à l'enquête selon le type de structure.	57
Tableau 6b : Répartition géographique des structures répondantes.....	58
Tableau 7 : Description de la variable « type de structure ».....	59
Tableau 8 : Classification des institutions en fonction du secteur d'activité et du type de structure	60

Tableau 9 :	Nombre de structures en fonction des différents niveaux de bas seuil.	61
Tableau 10 :	Répartition des structures en fonction de leurs niveaux de bas seuil.	62
Tableau 11 :	Nombre de structures en fonction du degré d'urbanisation	63
Tableau 12 :	Type de structure et proximité des transports en commun.	64
Tableau 13 :	Type de structure et proximité des lieux de concentrations des UDI.....	64
Tableau 14 :	Distribution des structures selon leurs plages d'ouverture	65
Tableau 15 :	Distribution des structures en fonction du secteur d'activité et du « niveau de bas-seuil ».	66
Tableau 16 :	Public(s) principalement visé(s) par les structures	67
Tableau 17 :	Lieux de rencontre des UDI	68
Tableau 18 :	Nombre d'UDI en fonction des différents secteurs auxquels appartiennent les structures.	69
Tableau 19 :	Fréquence de contact des UDI en fonction du type de structure.....	70
Tableau 20 :	Distribution des structures selon la fréquence de contact des UDI en fonction de la zone géographique ...	71
Tableau 21 :	Classification des structures en fonction de la tranche d'âge des injecteurs rencontrés en 2009.....	74
Tableau 22 :	Classification des structures en fonction des différents types de services proposés	75
Tableau 23 :	Les difficultés rencontrées quant à la distribution ou l'échange du matériel d'injection	82
Tableau 24 :	Diplômes/formations des professionnels du secteur socio-sanitaire de bas seuil	85
Tableau 25 :	Structures dont les travailleurs bénéficient d'une formation spécifique	87
Tableau 26 :	Niveau de bas-seuil et fréquence des contacts avec les UDI.....	89
Tableau 27 :	Nombre d'UDI et proximité transport en commun	90
Tableau 28 :	Nombre d'UDI et situation par rapport aux lieux de concentration UDI.	90
Tableau 29 :	Proportion de femmes rencontrées et équipe mobile.....	91
Tableau 30 :	Collaboration avec d'autres institutions.	94
Tableau 31 :	Distribution du type de structures en fonction d'une collaboration régulière.	95
Tableau 32 :	Distribution du type de structures en fonction d'une collaboration ponctuelle.	95
Tableau 33 :	Classification des structures en fonction de l'occurrence de difficultés entre le public UDI et le public non UDI.	101
Tableau 34 :	Suggestions d'amélioration du dispositif	104
Tableau 35 :	Besoins des usagers pour améliorer leurs conditions de vie actuelles	189

