



SWAPS

USAGERS DE DROGUES EN MILIEU RURAL

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 82 / 1^{er} trimestre 2016

Des seringues pour la campagne Contraintes et tactiques

dans le développement de l'accès
à la réduction des risques en « milieu rural » :
l'exemple des microstructures / 7

Midi-Pyrénées :
quand les usages de drogues
touchent les petites villes
et les campagnes / 11

Nord de la Meuse :
l'épidémie d'héroïne
ignorée / 15

Sous le calme apparent,
des pratiques à risques / 19

ACTUALITÉ

Compte-rendu de
l'UNGASS 2016 / 2

Session spéciale
de l'Assemblée générale
des Nations unies sur les drogues :
un espoir en grande partie déçu / 5

Coca !
Une enquête dans les Andes / 23

Compte-rendu de l'UNGASS 2016

Danièle Jourdain-Menninger / présidente de la MILDECA

Du 19 au 21 avril 2016, Danièle Jourdain-Menninger, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), chargée de coordonner la lutte contre les drogues en France, était à New York pour la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le problème mondial des drogues. Témoignage.

Il y a quelques semaines, j'ai eu l'honneur de faire partie de la délégation chargée de représenter la France lors des débats qui ont eu lieu au siège des Nations unies, à New York, en vue de définir une nouvelle stratégie mondiale en matière de lutte contre les usages et les trafics de drogues.

Cette session extraordinaire a été organisée à la demande du Mexique, de la Colombie et du Guatemala. Ces pays, où la violence s'est développée de manière dramatique, ont en effet payé un lourd tribut dans le cadre de leur politique de lutte contre les drogues. La semaine dernière, un quotidien mexicain évaluait ainsi à 80 000 le nombre de morts dans la lutte contre les trafics de drogues. Ces États ont donc décidé de mobiliser la communauté internationale autour de ces questions.

Un contexte clivant

Si la quasi-totalité des États ont répondu présent, le contexte était extrêmement clivant. Au sein de la délégation française, nous l'avons ressenti avant même le début des débats. L'Assemblée s'est polarisée entre les partisans de nouvelles approches et les défenseurs d'un statu quo plus conservateur. Des pays tels que le Mexique, l'Uruguay, la Colombie ou la Jamaïque ont défendu une mise à jour des cadres normatifs internatio-

naux et nationaux, en mettant la santé et les droits de l'homme au cœur du traitement du problème mondial des drogues. Sans aller jusqu'à remettre en question les conventions des Nations unies sur le contrôle des stupéfiants (1961, 1971, 1988) – ce que nous redoutions compte tenu des positions nationales de certains de ces pays – ils ont appelé à mettre fin à la « guerre à la drogue » et ont fait un constat d'échec du système actuel. Face à ce premier groupe d'États, plusieurs pays rassemblés, notamment autour de la Chine et de la Russie, ont réaffirmé l'importance d'une politique de « tolérance zéro », tout en rappelant que l'objectif ultime des politiques internationales devait être l'avènement d'une société sans drogue. Entre ces deux camps, l'Union européenne a pu parler d'une seule voix et incarner, de manière crédible, un modèle dans la mise en œuvre de politiques équilibrées et globale en la matière.

La déclaration finale : une avancée certaine

Dès le premier jour de la session, afin d'éviter une réouverture des débats qui s'étaient avérés houleux lors de la Commission des stupéfiants (Vienne, 14-22 mars), la communauté internationale a adopté par consensus une déclaration finale en sept parties. Ces 24 pages réaffir-

ment l'importance des trois conventions des Nations unies sur les drogues, tout en proposant une politique plus équilibrée, associant la lutte contre l'offre et celle contre la demande, qui reprend très largement la position européenne. Je me félicite particulièrement que ce texte comporte des recommandations opérationnelles concrètes en vue de répondre au problème mondial de la drogue. Il met l'accent sur la santé publique, la prévention et les aspects sanitaires et sociaux, ainsi que sur le respect des droits de l'homme, ce qui constitue une avancée fondamentale. Je me réjouis également de la place importante accordée à la promotion des programmes de soin et de prévention fondés sur des faits scientifiques (*evidence-based policies*), ce que nous défendons à la MILDECA afin de renouveler les politiques de prévention et de promouvoir des actions de réduction des risques qui ont fait leur preuve...

Quid de la peine de mort ?

S'il y a pourtant une chose que je regrette, c'est l'absence de référence à l'abolition de la peine de mort dans cette déclaration finale. Malgré les efforts de plusieurs délégations, tant pour la France que pour l'Union européenne et d'autres pays, nos demandes sont restées lettre morte. L'attente était pourtant forte, tant de la part de certains États que des représentants de la société civile. Je reste profondément convaincue qu'un moratoire sur la peine de mort pour tous les crimes, y compris ceux liés à la consommation et/ou au trafic de drogues est une nécessité absolue pour l'ensemble de la communauté internationale. C'est pourquoi je me félicite que l'Union européenne se soit exprimée de manière forte à l'issue de l'adoption de la déclaration finale, pour réaffirmer sa position.

Tables rondes thématiques

En parallèle au débat général, cinq tables rondes ont été organisées, portant respectivement sur la réduction de la demande, la réduction de l'offre, les droits de l'homme, les nouveaux défis en lien avec le contrôle des stupéfiants, et le développement alternatif. Ces tables rondes ont été l'occasion de débattre avec l'ensemble de la communauté internationale sur la manière d'atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés dans la déclaration finale. Même si d'un point de vue logistique, il n'a pas toujours été évident pour la société civile d'accéder à ces tables rondes, je tiens à saluer la participation de plusieurs organisations non gouvernementales (ONG), qui ont permis de faire avancer les débats de manière pertinente. De manière générale, je suis également heureuse de voir que l'implication de la société civile a été largement reconnue, tant dans la déclaration finale que lors des tables rondes et

des événements parallèles. Cette reconnaissance constitue à mon sens un net progrès et une évolution des mentalités dont on ne peut que se féliciter.

L'événement spécial organisé par la France « Listen first »

Je tiens à conclure ce témoignage en vous faisant part d'une réussite dont je suis particulièrement fière : l'événement spécial de haut niveau « Listen first » organisé par la France, l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), la Suède et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le mardi 19 avril 2016. Cette initiative avait vocation à rassembler la communauté internationale autour d'un thème politiquement non controversé, celui de la prévention. Plus de quarante pays venant des cinq continents se sont associés à notre initiative, pour rappeler que l'écoute bienveillante des adultes constituait le premier pas pour permettre aux enfants et aux jeunes de s'épanouir et de prévenir ainsi la consommation de drogues.

M. Patrick Kanner, ministre de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, nous a fait le grand honneur de présider cet événement, qui a rassemblé des personnalités de haut niveau telles que Sa Majesté la reine Silvia de Suède, M. Mogens Lykkesoft (président de l'Assemblée générale des Nations unies) ou M. Yury Fedotov (directeur exécutif de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime [ONUDC]). J'ai ensuite eu le plaisir d'animer les discussions, avec des ministres représentant à la fois des États (Pays-Bas, Sri Lanka, Suède, Mexique), le monde scientifique (Dr Nora Volkow, directrice du National Institute on Drug Abuse [NIDA]), et la société civile (*Uganda Youth Development Link, UNODC Youth Initiative*).

Diffusée en direct sur la web tv de l'ONU, où elle a été suivie par plus de 5 000 internautes, notre initiative a été couronnée de succès. Je tiens d'ailleurs à féliciter les équipes de la MILDECA, ainsi que celles de l'ONUDC, de la Suède et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui ont fait preuve d'un professionnalisme remarquable. L'événement nous a permis de lancer une campagne internationale, visant à promouvoir le renforcement des politiques de prévention fondées sur des preuves scientifiques à destination des jeunes. Un site dédié a été créé (www.unodc.org/listenfirst/), où une vidéo de promotion et des infographies reprenant un ensemble de bonnes pratiques, destinés aux dirigeants politiques, aux parents, aux professeurs et aux professionnels de santé sont disponibles en anglais et en français. Je tiens d'ailleurs à signaler que l'adhésion à cette campagne reste ouverte et que les États qui souhaitent s'y associer sont les bienvenus.



L'ONU DC a d'ailleurs choisi cette campagne *Listen first* comme thème de la prochaine journée internationale contre la drogue, le 26 juin. Cette initiative sur la prévention contribue donc au rayonnement de notre pays sur la scène internationale.

Conclusion

Même si toutes nos demandes n'ont pas été retenues, je considère cette UNGASS comme une réussite pour la France, l'Union européenne, mais surtout pour l'ensemble de la communauté internationale. Le compromis auquel nous sommes parvenus avec l'ensemble de nos partenaires réaffirme le caractère central des trois conventions de contrôle des drogues, tout en insistant sur la nécessité de mener des politiques globales et équilibrées, aux niveaux national, régional et international. Surtout, elle marque une évolution en s'écartant de politiques prioritairement centrées sur la réduction de l'offre, et en mettant les droits de l'homme, la santé et le bien-être des populations au centre des débats. À nous désormais de nous donner les moyens d'atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés.

Abonnement

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

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

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

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail

Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies sur les drogues : un espoir en grande partie déçu

Michel Kazatchkine / Membre de la Global Commission on Drug Policy

La session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur « le problème mondial des drogues » s'est tenue du 18 au 21 avril à New York. Le Mexique avait joué un rôle déterminant pour que l'Assemblée générale convoque une session spéciale, deux ans avant l'échéance normale du débat sur les drogues à l'ONU. La réunion était très attendue par tous ceux qui souhaitent voir progresser l'agenda des réformes des politiques publiques en matière de drogues.

Du fait de la tenue de la réunion à New York, les délégations des États membres y étaient plus diverses dans leur composition que celles qui participent habituellement aux sessions de la Commission sur les drogues et les stupéfiants (« Commission on Narcotics and Drugs » [CND]) à Vienne, incluant sans doute plus de délégués du monde de la santé. La société civile était présente, mais malheureusement limitée dans sa participation par des règles contraignantes fixées à Vienne en avance de l'UNGASS. La CND avait par ailleurs présidé à l'ensemble de la préparation de l'UNGASS depuis Vienne et rédigé le texte de la résolution qui allait être négocié et approuvé à New York. Cette mainmise de la CND sur l'ensemble du processus explique, pour une part importante, ses biais et la teneur décevante de la déclaration finale adoptée.

C'est de cela qu'il s'agit. Un document final décevant. Une résolution adoptée, de façon surprenante, dès l'ouverture de l'UNGASS, et qui rejetait ainsi dans la forme, les inflexions que les délégations présentes et les débats qui se sont tenus auraient pu apporter au document.

Il y a certes des éléments positifs dans ce document, liés à la ténacité dans la négociation de certaines délégations, en particulier de la délégation suisse, très en pointe parmi les délégations réformistes : un texte qui au lieu de se structurer autour des trois têtes de chapitres habituelles du contrôle « de l'offre », de « la demande » et de la coopération internationale, voit maintenant une nouvelle section inscrite sur la santé publique et les droits de l'homme ; un texte qui ne prône plus « un monde sans drogues » mais un monde « sans abus de drogues » et un texte qui s'engage clairement sur la nécessité urgente de faire progresser l'accès aux substances contrôlées au titre du traitement de la douleur et des soins palliatifs.

Un texte qui, cependant, ne remet d'aucune façon en cause la préséance et l'esprit des textes des conventions internationales et ne reconnaît en rien l'échec pourtant patent des politiques publiques répressives fondées sur la prohibition qui prévalent dans le monde. Des conventions et des politiques publiques qui n'auront en rien empêché



que plus de drogues soient consommées aujourd'hui qu'au moment de leur adoption il y a plus de quarante ans, que les drogues soient maintenant plus pures et moins chères, que de nouvelles drogues synthétiques apparaissent chaque jour sur le marché clandestin, que prolifère une industrie criminelle et corruptrice, que se poursuive une violence meurtrière en Amérique centrale et en Amérique latine, que les usagers soient arrêtés, emprisonnés en masse dans le monde, contraints dans certaines régions à des séjours en camps de réhabilitation forcés au mépris de la médecine et des droits de l'homme, que ne survienne et que ne persiste une épidémie majeure d'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C parmi les usagers injecteurs. Un texte qui ne porte aucun regard critique sur les politiques publiques poursuivies jusqu'à présent. Cette absence totale de remise en cause et l'encouragement au statu quo que cela représente sont à mes yeux et à ceux de la « Global Commission on Drug Policy » (www.globalcommissionondrugs.org) l'échec principal de cette UNGASS.

Le document ne fait en rien référence au souhait de réformes largement exprimé dans le monde par de nombreux États (en particulier latino-américains), par la société civile, ni aux réformes déjà mises en place par certains États en matière de dépénalisation ou votées par référendum au mépris des conventions en faveur de la légalisation du cannabis. Il n'ouvre pas la voie à la recherche de nouvelles approches aux politiques publiques, et singulièrement à celle d'une régulation de la production et de la vente des substances contrôlées par l'État, sur le modèle de l'alcool ou du tabac.

Le document ne se prononce pas contre la peine de mort pour des délits liés à la drogue, pourtant un « cheval de bataille » affiché au départ par les délégations européennes. Le document n'appelle pas à l'arrêt des incarcérations ni à la dépénalisation. Le document ne remet pas en cause le système actuel d'inscription des substances au tableau des substances contrôlées qui permet cette inscription par des États contre l'avis expert de l'OMS.

Enfin, le document fait référence à la réduction des risques dans un langage contourné, fruit d'heures de négociations, échouant à nouveau à inscrire l'expression « harm reduction » dans le texte. Un parallèle fâcheux avec les difficultés de l'UNGASS de citer clairement les populations vulnérables au VIH dans ses déclarations sur le sida.

Contrastant avec le texte du document issu de l'UNGASS, les déclarations à la tribune de certains États (en particulier celles des chefs d'État de la Colombie et du Mexique), le contenu des tables rondes et des nombreux

événements parallèles et débats qui se sont tenus pendant trois jours ont clairement montré, me semble-t-il, que la nécessité de revoir et de réformer le système est bien présente dans l'esprit de nombreuses délégations et, sans aucun doute, dans celui d'une société civile forte et plus unie sur la question des réformes qu'on ne pouvait le craindre avant la tenue de l'UNGASS.

Ainsi, l'UNGASS 2016 m'apparaît-elle un succès dans le débat qu'elle a suscité, autant qu'elle aura été décevante dans la déclaration qu'elle a adoptée. Cela est sans aucun doute encourageant dans la perspective de la prochaine échéance, celle du sommet des Nations unies sur les drogues prévu en 2019. De nombreux changements seront intervenus d'ici là, en particulier l'adoption par de nombreux pays de l'utilisation médicale du cannabis, la légalisation de son utilisation dans d'autres États aux États-Unis et dans le monde, et – espérons-le – un impact plus fort du plaidoyer international en faveur d'une priorité donnée à la santé et de la dépénalisation. La communauté francophone de lutte contre le sida et celle qui porte le plaidoyer en faveur des politiques de réduction des risques doivent dorénavant se mobiliser sur cet objectif de 2019. Trois ans pour enfin ouvrir un débat informé sur ce sujet dans notre pays, y faire progresser les réformes et en faire, avec l'Union européenne, un avocat de la dépénalisation et de la révision des conventions internationales dans trois ans.

Des seringues pour la campagne

Contraintes et tactiques

dans le développement de l'accès à la réduction des risques en « milieu rural » : l'exemple des microstructures

Florent Schmitt / Doctorant en sociologie à l'université de Paris XI - Cermes3

Les acteurs associatifs tentent de répondre aux besoins des usagers de drogues des communes périurbaines et rurales restés dans l'ombre des politiques publiques en créant progressivement des microstructures au plus proche de leurs lieux de vie, mais elles font face à des réticences à la fois politiques et des usagers eux-mêmes. Comment se faire accepter et garantir la pérennité ?

Depuis plus d'une décennie, l'accès à la RdR pour les usagers de drogues résidant dans les communes périurbaines et « les espaces à dominante rurale »¹ est devenu

une préoccupation réelle chez les acteurs associatifs engagés dans le domaine. Cela n'est pas lié, comme on pourrait le supposer, à une diffusion récente des drogues dans ces espaces. Les premières consommations identifiées remontent au début des années 1970, au sein de communautés alternatives rurales issues du mouvement de Mai 68. « L'installation à la campagne » y allait, à cette époque, de pair avec l'usage de cannabis et de LSD dans une recherche de libération de la société marchande et de « révélation des potentialités créatrices de chacun »². Mais depuis lors, l'extension de micro-réseaux de revente sur l'ensemble du territoire national³ et l'exode rural d'usagers de drogues attirés par une vie moins onéreuse qu'en centre-ville et/ou abritée des nuisances urbaines⁴ semblent avoir donné une

visibilité au phénomène « drogues et campagne » au point d'amener les professionnels de la RdR à poser la question, complexe, des modalités d'actions possibles. En effet, les dispositifs de RdR demeurent encore largement concentrés dans les centres urbains et leurs proches banlieues. Une étude menée en 2007 montrait que les départements comportant un grand pôle urbain étaient généralement dotés d'au moins cinq structures d'accueil et de plusieurs dizaines d'automates-échangeurs de seringues, tandis que les départements à dominante rurale étaient couverts par une ou deux structures d'accueil⁵. Certains départements très ruraux comme la Meuse (55) sont, aujourd'hui encore, totalement dépourvus de dispositifs. Aucun Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), donc pas de programme d'échange de seringues, n'y est implanté, alors que l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) avait montré en 2009 que le nombre d'arrestations liées à l'usage d'héroïne était six fois supérieur à la moyenne nationale⁶. Mais même pourvus de quelques structures

¹ Qui regroupent, suivant la définition qu'en donne l'INSEE, les petites unités urbaines et les communes rurales localisées à l'extérieur des couronnes périurbaines. Pour davantage de précisions sur la notion « d'espace à dominante rurale » voir : www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/espace-rural.htm

² Zafiroopoulos M. Le toxicomane n'existe pas. Navarin, 1998 : 31-2.

³ Costes JM. Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND. Saint-Denis, OFDT, 2010.

⁴ Cadet-Tairou A, Gandilhon M, Lahaie E, Martinez M, Dambélé S, Saïd S. Marchés, substances, usagers : tendances récentes (2011-2012). Tendances n° 86, OFDT, 2013.

⁵ Saïe. Le dispositif national de réduction des risques. Enquête inter-associative, 2007.

⁶ Schléret J, Monzel M, Scherrmann M. Les usages de drogues en milieu rural : une investigation spécifique du dispositif TREND de Lorraine dans le Nord meusien. Metz, CMSEA, 2013.



d'accueil, les départements à dominantes rurales demeurent insuffisamment couverts afin d'assurer l'accès à la RdR à l'ensemble des usagers de drogues qui y résident. Car sur ces territoires spécifiques, les usagers sont disséminés sur de vastes étendues et connaissent un véritable défaut de mobilité qui les empêche de rejoindre les communes équipées lorsque la distance atteint quelques dizaines de kilomètres.

Mobilités contrariées entre défaut de transports collectifs et précarité

Il faut d'abord pointer le faible maillage de transports collectifs facilement accessible pour parcourir de longues distances. Dans les territoires où l'habitat est majoritairement individualisé et géographiquement espacé, il semble plus difficile de garantir une qualité de service suffisante⁷. Les voyages sont dès lors difficiles à entreprendre (horaires pas adaptés, longs temps d'attente et de parcours), surtout dans les espaces à dominantes rurales où les transports collectifs se limitent essentiellement à un réseau de bus intercommunal qui ne dessert

⁷ Comme le relèvent plusieurs études départementales sur le niveau de dessert des transports collectifs réalisés par l'INSEE. Par exemple : Déjoie-Larnaudie A, Génin G, Rigolot S. Les déplacements domicile-travail dans la Marne. La périurbanisation favorise l'usage de la voiture. INSEE Flash, Champagne-Ardenne, 2010.

⁸ Orfeuil JP. La mobilité, nouvelle question sociale ? SociologieS, Dossiers, Frontières sociales, frontières culturelles, frontières techniques, mis en ligne le 27 décembre 2010, consulté le 15 décembre 2015. URL: <http://sociologies.revues.org/3321>

⁹ Bleuze C, Calvet L, Kleinpeter MA, Lemaître E. Localisation des ménages et usage de l'automobile : résultats comparés de plusieurs enquêtes et apport de l'enquête nationale transports et déplacements. Études et documents 2009 ; 14.

¹⁰ Gandillon M, Cadet-Tairou A, Lazès-Charmetant A, Zurbach E, Schléret J, Pavie G, Sudérie G. Les usages de drogues en espace rurale. Populations, marchés, réponses publiques. Tendances, OFDT 2015 ; 104.

¹¹ Le Breton É. Bouser pour s'en sortir. Mobilité quotidienne et intégration sociale. Armand Colin, 2005 ; 91.

¹² C'est le constat de certaines études nord-américaines. Parker J, Jackson L, Dykeman M, Gahagan J, Karabanow J. Access to harm reduction services in Atlantic Canada: implications for non-urban residents who inject drugs. Health and Place 2011;18:152-62. NIDA: «No place to hide: substance abuse in mid-size cities and rural America». National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, 2000.

¹³ Scler A. Addictions et milieu rural. Pratiques de consommations, accès aux soins et perspectives pour une prévention adaptés aux contextes locaux, Sato-Picardie, 2013.

que 54 % des habitants à proximité de leurs domiciles⁸. Face à ces contraintes pratiques, les habitants des zones périurbaines comme des zones rurales délaissent très massivement les transports collectifs au profit de la voiture⁹. Pour les usagers de drogues cependant, cet effet de report sur la voiture est plutôt rare. En cause : le manque de ressources financières. Le bilan des investigations conduites dans les petites communes et les milieux ruraux dans les différents sites du dispositif TREND (Bordeaux, Toulouse, Rennes, Metz et Marseille) décrit en effet des usagers majoritairement précaires, le plus souvent réduits à vivre des minimas sociaux et/ou de travaux saisonniers, principalement du fait du manque de qualification et du contexte économique dégradé par la désindustrialisation et l'éloignement géographiques des grands pôles d'emplois urbains¹⁰. Or, la précarité est étroitement associée à un faible accès à la voiture. En France, près de 40 % des ménages pauvres n'ont pas de véhicule, tandis que les membres des classes supérieures ont quasiment tous accès à la voiture et au permis⁸. De plus, toujours faute de moyens financiers, leurs voitures sont plus vieilles, consomment davantage, manquent plus souvent de contrôle technique et sont donc sujettes aux pannes. Le sociologue Éric Le Breton en déduit que « l'automobile (du

pauvre) [...] n'affranchit pas de l'insularité [...], elle desserre un peu les contraintes de la vie quotidienne, mais [...] n'est pas un outil d'extension ou de diversification du territoire du proche »¹¹.

Ce faible accès à l'utilisation de la voiture chez les usagers de drogues n'est pas pour autant totalement réductible à leur situation économique. Comme le précise l'enquête de TREND-Metz, il arrive que ceux qui en disposent soient privés de leurs permis de conduire suite à un contrôle routier sous l'emprise de produits, tandis que d'autres, pour éviter ce risque, préfèrent restreindre l'usage de leur véhicule. Avec l'identification progressive d'usagers disséminés dans des petites communes éloignées de leurs structures, de nombreuses associations de RdR ont donc cherché, ces dernières années, à implanter des microstructures adaptées pour être aux plus proches de ces populations.

Implantation sous conditions politiques

Ces microstructures fonctionnent avec un système de permanence au sein de deux types d'espaces, parfois utilisés alternativement par les professionnels associatifs. Il peut s'agir d'un local adapté à l'accueil du public ou d'un camping-car aménagé pour offrir un espace de discussion, et auquel un espace de stationnement est réservé dans la commune. En minimisant de la sorte les contraintes d'installation à l'échelle locale, les associations facilitent l'extension de leur présence dans le plus grand nombre de communes où des besoins ont été identifiés. C'est aussi pour cela que ces services accueillent le public seulement quelques jours dans le mois et recentrent généralement leurs activités sur la distribution de matériel de consommation stérile et la diffusion de l'information sur l'accès aux traitements de substitution. Les équipes, souvent en petit effectif, peuvent, au final, mieux mobiliser les ressources temporelles nécessaires pour se déplacer dans un habitat dispersé, et, en même temps, répartir les coûts de façon optimale sur un nombre de bénéficiaires restreints par la faible densité démographique¹².

Toutefois, avant l'implantation, les professionnels doivent en négocier l'autorisation auprès de la municipalité. À l'évocation du sujet « usage de drogues illicites », les élus locaux oscillent généralement entre le déni du problème et les inquiétudes pour la « jeunesse » et les anciens camarades d'école qui altèrent leur santé¹³. Tous en revanche peuvent craindre de ternir la réputation de leur commune en autorisant l'implantation d'un dispositif de RdR. L'approbation est alors plus facile à obtenir lorsque la consommation de drogues est déjà reconnue officiellement comme un problème public au sein la

commune. C'est notamment le cas des petites communes rurales situées à la charnière entre plusieurs régions, là où les trafiquants transitent et s'installent provisoirement pour stocker et écouler une partie de leur marchandise¹⁴. Malgré l'invisibilité de la consommation dans les espaces faiblement peuplés, elle est devenue, dans ces communes, une véritable inquiétude locale, car elle bénéficie d'une funeste publicité par l'intermédiaire des règlements de comptes entre revendeurs. Dans ce contexte, les professionnels de RdR retournent en leur faveur les craintes que leur dispositif ne donne mauvaise réputation à la commune. Ils peuvent faire valoir aux élus locaux que l'image de leurs communes, déjà associée à la délinquance liée à la consommation de drogues, pourrait commencer à changer grâce à un dispositif n'ayant pas seulement pour but de distribuer du matériel, mais de faciliter l'orientation vers le soin de la dépendance. « On leur a dit "vous avez un problème, on a peut-être la solution" : on peut aider certaines personnes à prendre soin d'eux et avoir accès aux soins. Ils se posaient la question "Comment on va faire ? On ne veut pas être estampillé ville de tox" Et nous on leur disait qu'en nous installant, on allait modifier un peu cette image-là » témoigne une professionnelle de RdR.

Les inquiétudes des élus locaux portent aussi sur les réactions d'opposition possibles des habitants à l'implantation de ces dispositifs. Comme en zones urbaines, ceux-ci provoquent les craintes de concentrer des populations socialement indésirables à leurs abords, et éventuellement d'inciter ces dernières à l'usage. En conséquence, certains élus locaux associent l'approbation pour ces dispositifs à un risque électoral. Si la négociation ne débouche pas forcément sur un refus, les professionnels de RdR se voient proposer un espace d'implantation éloigné des lieux de passage, en périphérie de la commune, avec le risque d'être difficilement repérable par les usagers eux-mêmes. L'appui d'un acteur intermédiaire bienveillant qui dispose d'un fort pouvoir symbolique ou d'une autorité supérieure (par exemple : la sous-préfecture) devient alors essentiel pour obtenir l'implantation dans un lieu adapté.

Action locale tenue à discrétion

Une fois l'autorisation obtenue, les professionnels associatifs doivent ensuite entreprendre un travail de « captation » des usagers qui passe, en premier lieu, par une communication autour des services qu'ils proposent. Cette communication doit se faire sur un mode informel pour préserver l'anonymat de la micro-structure elle-même, qui n'a bien sûr pas voca-

tion à attirer les curieux. Il s'agit alors de passer par des canaux relativement fermés sur l'espace public, mais suffisamment visibles pour les usagers afin que l'information soit accessible au plus grand nombre d'entre eux. Autrement dit : des espaces semi-publics comme des cabinets médicaux, des pharmacies, des centres sociaux, des bars, etc. où les usagers sont les plus susceptibles de se rendre et où les personnes qui y travaillent, potentiellement dans le secret de leurs pratiques de consommation, sont les mieux disposées à les orienter vers le dispositif. Cela n'est néanmoins pas toujours suffisant pour occasionner la venue des usagers. Ces derniers doivent en effet aussi surmonter la méfiance qu'ils peuvent avoir à l'égard de ces dispositifs dans la mesure où ils n'ont parfois vécu que la pénalisation/incarcération comme seule réponse officielle à leur(s) consommation(s). C'est alors par l'entretien d'une relation individualisée et durable avec un usager fréquentant les cercles de consommateurs locaux que les professionnels peuvent se faire présenter auprès d'eux comme digne de confiance et, in fine, encourager le recours au service. « C'est tout le lien de confiance à créer avec les usagers qui met du temps. Au début, j'ai eu deux ou trois usagers qui venaient partiellement. Et c'est parce qu'il y en a un qui a été régulier et qui a eu un certain parcours qu'ils (les usagers) ont vu qu'il n'y avait pas de problèmes avec la police. Ils se sont dits "finalement, il n'y a pas de problème à venir" » raconte cet autre professionnel de RdR. Il reste que, dans les petites communes – et plus encore dans les villages – la fréquentation de services de RdR peut également être affectée par l'interconnaissance. La faible densité démographique accentue les probabilités de rencontrer et/ou de côtoyer des personnes appartenant à son (ou ses) réseau(x) relationnel(s) sur l'espace public, facilitant dès lors la mise à la connaissance de tous des conduites de chacun par le jeu des ragots « dont on se plaint, mais que l'on transmet »¹⁵. Conséquence : les usagers de drogues sont tentés de négliger les offres locales pour éviter la stigmatisation associée à l'étiquette du « toxicomane »¹⁶. Pour assurer une certaine fréquentation, la parade peut consister à occuper un lieu d'accueil qui se dérobe aux potentiels regards provenant de l'espace public ou des habitations alentour.

Cette tenue à discrétion de l'action de ces dispositifs dans les communes périurbaines et rurales n'est probablement pas sans conséquence. Même si elle semble indispensable pour protéger l'anonymat des usagers de drogues, on peut supposer qu'elle réduit les capacités de ces nouveaux dispositifs à accéder à une véritable reconnaissance de leurs bienfaits. Comme le suggérait déjà Gwenola Le Naour à propos des mesures de RdR

¹⁴ Lamia M. Tarrus A. *Héroïne et cocaïne de Barcelone à Perpignan : des économies souterraines ethniques de survie à la généralisation des trafics transfrontaliers de proximité*. Perpignan, Villes et mouvements, OFDT, 1998.

¹⁵ Renahy N. *Les gars du coin. Enquête sur une jeunesse rurale*. La Découverte 2005 : 77.

¹⁶ Pavié G. « Usages de drogues en zones rurales : une investigation spécifique du dispositif TREND menée en 2012-2013 » (non publiée), Rennes, AIRDDS Bretagne, 2013.



prises à Marseille il y a plus de 15 ans¹⁷, ces dispositifs pourraient peiner à faire école dans des communes où les réticences demeurent encore fortes et/ou l'usage de drogues est moins marqué. Certes, les usagers de drogues éloignés des structures d'accueil ont désormais d'autres solutions pour accéder à du matériel de RdR. Un exemple en est le programme de RdR à distance créé en 2011 par l'association Safe et qui permet aujourd'hui à des centaines d'usagers de drogues d'accéder à du matériel dans les petites communes et les zones rurales non équipées en dispositifs. Pour autant, l'idée d'abandonner la diversité des réponses à apporter aux besoins en matériel de RdR dans les départements insuffisamment couverts ne semble pas à l'ordre du jour. Depuis ces récentes années, la médiatisation des microstructures – fixes ou mobiles – dans les colloques de plus en plus réguliers sur le thème « RdR et zones rurales » et l'accélération de leur implantation laissent plutôt songer que ces dispositifs continueront autant à faire l'objet de

¹⁷ Le Naour G. *Drogues, Sida et action publique. Une très discrète politique de réduction des risques*. Presses universitaires de Rennes, 2010.

lutte pour conquérir d'autres communes que de mise en complémentarité avec d'autres solutions.

Formation diplômante en Addictologie

Le Conservatoire National des Arts et Métiers (Cnam) propose un nouveau parcours de la licence professionnelle « Intervention sociale, coordonnateur de projets collectifs en insertion » intitulé « Santé, prévention » en partenariat avec la Fédération Addiction. Accessible en cours du soir à Paris, la licence est ouverte à toute personne justifiant d'une expérience professionnelle d'au moins 3 ans dans le domaine de l'insertion (sans condition de diplôme) ou aux titulaires d'un diplôme bac + 2. Les candidats assistant de service social ou éducateur spécialisé bénéficient d'une dispense automatique de 3 unités d'enseignement du tronc commun (1 UE = 40 à 60 heures).

Début des cours : octobre 2016

Durée : 1 ou 2 ans

Tronc commun (6 UE + 1 UA)

1. Publics en difficulté et intervention sociale
2. Les dispositifs d'insertion et leurs acteurs
3. Socio-dynamique des organisations
4. Pratiques orales et écrites de la communication professionnelle
5. Accompagnement du projet collectif
6. Anglais
7. Expérience professionnelle ou stage (UA)

Parcours santé, prévention, addiction (4 UE)

1. Fondements et approches de l'addictologie
2. Santé, addiction, dispositifs
3. Prévention des addictions, insertion sociale
4. Conduite de projets collectifs en insertion professionnelle

Pour tout renseignement

<http://intervention-sociale.cnam.fr>

Contact

didier.jayle@cnam.fr

Midi-Pyrénées : quand les usages de drogues touchent les petites villes et les campagnes

Guillaume Sudérie / ORS Midi-Pyrénées / TREND Toulouse

En 2011, le site TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de Toulouse a lancé un travail d'investigation dans l'espace dit « rural » environnant la métropole toulousaine. Les nombreux mouvements de populations précaires vers les zones périurbaines et rurales dans un contexte de forte crise du logement dans la métropole toulousaine ont un impact certain sur les usages de drogues dans les milieux ruraux.

Des usagers marqués par la précarité

Dans les dispositifs de réduction des risques (RdR) situés majoritairement dans les villes petites et moyennes de la métropole toulousaine, les profils des personnes reçues ne sont pas différents de ceux observés à Toulouse. Les personnes appartiennent en effet largement au monde des usagers précaires¹. Ainsi, à l'image de ce qui est observé dans l'ensemble des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) de France, les hommes de plus de 35 ans sont les plus représentés². Toutefois, à la diffé-

rence des structures toulousaines, les jeunes de moins de 25 ans semblent être moins nombreux. Ces personnes peuvent être natives du lieu, venir de Toulouse ou d'ailleurs et s'installer dans la région pour différentes raisons. Selon les territoires, l'appréciation de l'importance des populations en provenance de la métropole diverge. Ainsi, pour une part des acteurs de la RdR, la quasi-totalité des personnes reçues sont des « locaux ». À l'inverse, d'autres acteurs indiquent qu'une part importante des populations rencontrées proviennent

des migrations de la ville vers le rural. Pour les populations les plus fragiles, il apparaît que la difficulté de l'accès à l'hébergement et au logement à Toulouse est le principal motif de la migration en direction des zones rurales. Pour cet acteur du Lot : « Par le biais de l'hébergement d'urgence, du 115, ils vont trouver un point d'appui, ils vont commencer quelque chose et ils vont essayer de faire quelque chose. Il y en a qui viennent de Toulouse, pas d'autres villes. Ils savent qu'à Toulouse, c'est complètement bloqué, que le 115 ne marche plus ». Pour ces personnes, qu'elles soient dans une logique de « mise au vert » ou de recherche de solution d'hébergement, vivre en zone rurale peut être perçu comme une solution momentanée ou durable. L'illustration de cette professionnelle de CAARUD est évidente : « avec un RSA, on ne peut que mieux vivre en Ariège qu'à Toulouse ».

Des populations « cachées »

Dans le cadre des investigations auprès des CAARUD, il est rapidement apparu cependant que les populations précaires majoritairement décrites par les acteurs ne constituent pas les seuls profils d'usagers de drogues dans le monde périurbain et rural. Les populations insé-

¹ Les populations « précaires » sont définies ainsi par TREND : « Ce sont les populations les plus décrites, car les plus observées depuis le début des investigations TREND. Jeunes ou plus âgées, ces populations n'ont parfois aucun accès aux dispositifs de prise en charge du droit commun, et s'inscrivent parfois dans un lien fragile avec les dispositifs spécialisés ou la médecine générale. Souvent, elles utilisent les MSO dans de multiples fonctions. La précarité ou la grande précarité, même pour des jeunes gens, surdétermine ici la problématique de toxicomanie. Il est important de souligner que plusieurs typologies de populations sont repérées par les observateurs depuis plusieurs années ».

² Les différentes Ena-CAARUD de 2010 et 2012 réalisées par l'OFDT.



rées³ sont aussi concernées par les usages de drogues, même si elles restent en dehors des dispositifs de prise en charge et de RdR. Ainsi les enquêtes ethnographiques ont mis en évidence qu'un certain nombre de personnes ne souhaitent pas se rendre au CAARUD local. Deux arguments sont avancés : les personnes ne souhaitent pas porter le stigmate du « toxicomane », ou elles considèrent que les populations reçues portent tellement ce stigmate que c'est un frein à leur venue. Pour cet informateur, « il y a des personnes qui n'iront jamais dans un CAARUD, ce n'est pas leur question, d'autant qu'ils ne se considèrent pas appartenir à la population de la zone ». D'ailleurs, le « succès » des programmes d'échanges de seringues en pharmacie ces deux dernières années corrobore cela⁴. S'il est difficile d'évaluer la dimension de l'usage de drogue parmi les populations insérées, les entretiens menés auprès des professionnels de la RdR ont permis la mise en évidence du phénomène. En se centrant sur les seuls usagers de drogues par voie injectable (UDVI), le témoignage de cette intervenante en CAARUD est significatif : « sur Caux (ville de 6 000 habitants), l'an passé on a récupéré 3 000 seringues. Et avec des personnes qui ne vivent pas dans la rue. On se rend compte qu'à partir du moment où tu rencontres une personne, tu rencontres tout un réseau (...) on est deux, on est quatre, on est six, on est huit, etc. ».

Au final, si les éléments de preuves ne sont pas aussi nombreux et détaillés que pour les populations les plus précaires, de multiples signaux indiquent que, comme dans les grands centres urbains, les populations insérées sont concernées par les usages de drogues, allant du

simple usage de cannabis à l'usage par voie intraveineuse. Si les profils ne sont pas spécifiques, les usages sont toutefois fortement conditionnés par une disponibilité et une accessibilité qui restent particulières aux territoires investigués.

Accéder aux drogues en zones rurales

Contrairement à une idée reçue, la disponibilité des drogues dans les zones périurbaines et rurales est réelle. Tous les observateurs le constatent, même si, selon les périodes et les lieux, les produits ne sont pas tous disponibles. Les modalités pour accéder aux substances psychoactives sont assez différentes de celles observées à Toulouse. Selon les lieux et la nature des produits, certaines drogues sont plus accessibles que d'autres, médicaments de substitution aux opiacés (MSO) compris.

Pour cette enquêtrice ethnographique, « concernant les produits, ils (les usagers) sont très dépendants des produits qu'ils trouvent sur le territoire. Ils vont renoncer à leur produit de prédilection pour prendre le produit qui est sur le territoire. Les usagers peuvent aller chercher leur produit à Toulouse, mais on a aussi des usagers qui disent qu'ils prennent le produit qui est présent sur le territoire, quel qu'il soit ».

Si la dimension d'une métropole donne plus de possibilités aux usagers en termes d'accès, les zones rurales sont également concernées par le trafic de drogues, parfois autour d'usagers-revendeurs, parfois de manière plus structurée. Les services de respect et d'application de la loi ne repèrent pas d'organisations très développées, même si, récemment, des liens directs avec des lieux de vente toulousains connus sont décrits.

L'accès aux drogues, dans les métropoles comme dans les zones rurales, est fortement conditionné par les réseaux de socialisation des usagers. La différence tenant au fait que, dans les campagnes, les consommateurs en sont plus dépendants compte tenu de la moindre structuration de l'offre. Ainsi, à Toulouse, les lieux de vente dans l'espace public, de cocaïne et de MSO en particulier, donnent la possibilité aux usagers les plus précaires d'accéder à des « drogues ». Néanmoins, cette complexité plus grande dans l'accès aux produits n'est pas synonyme de périodes de pénurie, mais d'adaptations en fonction des opportunités selon les moments et les lieux.

Dans les zones rurales, le deal est plutôt le fait d'un entre-soi « d'usagers-revendeurs » qui se regroupent régulièrement à plusieurs pour aller chercher leur produit, à Toulouse, voire en Espagne. Cet entre-soi, encore plus prépondérant qu'au sein des centres urbains, réserve dans un premier temps l'accessibilité aux usagers déjà actifs, à la différence d'autres lieux où les scènes ouvertes de deal permettent un accès plus facilité aux drogues.

Problèmes de mobilité et stigmatisation : deux freins à l'accès à l'addictologie⁵

Alors que Toulouse compte cinq Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), deux services hospitaliers, deux CAARUD, un réseau de professionnels de santé de premier recours, dans le péri-urbain environnant, seule une poignée d'acteurs de premiers recours⁶ permettent à un usager de drogues d'accéder à « l'addictologie ». Fréquemment, l'accès repose sur les innovations de professionnels ou de réseaux d'acteurs qui permettent de proposer des réponses aux demandes des usagers, qu'elle soit de l'ordre du soin ou

³ Les populations « insérées » sont définies dans cette note selon la définition TREND suivante : « Repérés principalement par les CSAPA, mais aussi par la réduction des risques, particulièrement sur la question de l'échange de matériels stériles, les "insérés" constituent une catégorie large où la demande de prise en charge est centrée sur la question des psychotropes. Souvent en demande de substitution aux opiacés, ils peuvent aussi faire des démarches de soins sur la question de la cocaïne et/ou du cannabis. Souvent "polyusagers" de psychotropes (alcool, cannabis, cocaïne et/ou héroïne), leur problématique renvoie à des usages récurrents, puis réguliers, voire compulsifs, ayant des conséquences sur leur santé et/ou leur vie sociale ».

⁴ Programme d'échange de seringues en pharmacie porté par la délégation de Midi-Pyrénées de la Fédération Addiction et réunissant huit CAARUD de Midi-Pyrénées.

⁵ Sous le terme d'addictologie, nous considérons la prise en charge médico-sociale, sanitaire et la réduction des risques.

⁶ Pharmacies et des médecins généralistes, hors exception dans certains territoires où le réseau de pharmacies est très développé (Ariège).

de la RdR, dans un contexte où la question de la mobilité liée à l'isolement est majeure. Beaucoup d'usagers vivent en effet à plusieurs dizaines de kilomètres de la première structure spécialisée, de RdR ou de soins. L'absence dans certaines zones rurales de professionnels de santé de premier recours qui peuvent prendre en charge ces usagers entraîne une obligation de mobilité pour les usagers de drogues qui souhaiteraient réduire les risques ou entrer dans une prise en charge en addictologie. Or ces personnes, souvent précaires, ne l'ont pas toujours, ce qui pose dès lors la question pour les professionnels d'« aller vers ». Dans le même temps, la problématique de la stigmatisation est un élément majeur à prendre en compte pour comprendre les stratégies ou les difficultés des usagers à accéder à la prise en charge. Tous les professionnels constatent que le poids du contrôle social est un frein à l'accès aux dispositifs, quels qu'ils soient, à proximité de leurs lieux de vie. Ce phénomène, déjà connu en ville, est décuplé en zone rurale.

Accéder à un dispositif pour usager de drogues, c'est dans un premier temps accepter sa situation, mais aussi la montrer aux autres. L'anonymat des grandes villes permet de pallier le stigmate du « toxicomane infréquentable ». En zone rurale, l'exercice est plus compliqué. Si le village ne possède qu'une seule pharmacie, il est plus difficile d'aller chercher ses seringues ou son traitement de substitution aux opiacés dans un temps où l'addiction n'est pas toujours perçue comme une « maladie ».

Au final, des professionnels qui innovent

Face à ces constats, en Midi-Pyrénées, les professionnels et les réseaux de professionnels inventent des formes d'intervention innovantes. Certains construisent des réseaux qui maillent les territoires, d'autres s'appuient sur les professionnels du secteur social pour développer des offres de prises en charge délocalisées. D'autres encore sillonnent les routes pour aller vers des populations en demande de RdR et de prise en charge et pour qui rien n'est possible. D'autres, enfin, pour diffuser les messages et les matériels de RdR s'appuient sur des usagers relais qui leur permettent d'accéder à des personnes qui n'auraient jamais connu la prévention autrement.

Journée nationale des équipes de liaison et de soins en addictologie

23 septembre 2016

Paris / ministère de la Santé

Programme provisoire

9h30 / Introduction MILDECA / ELSA France

10h00 / Plénière 1 / Rôle central des ELSA dans l'hôpital

Président : O. Cottencin

— Former, transmettre et rester expert référent

N. Franchitto, Toulouse

— Différents aspects des interventions en ELSA

A. Bressler et W. Hervouet, Paris

— ELSA et troubles cognitifs : travaux en cours

F. Vabret, Caen

13h30 / Plénière 2 / Des patients, des professionnels, dedans, dehors...

Président : P. Menezier

— Consultation d'amont, consultation d'aval :

temporalité des ELSA

Témoignages région Île-de-France et Nice

— Opiacés entre TSO, douleurs et OD :

problématiques et outils en perspectives

X. Guillery, Rennes

— Équipes de liaison en psychiatrie et

en addictologie : pratiques de soins intégrés

J.-P. Lang, Strasbourg

15h15 / Réunion Plénière 3 / Évolutions

Président : A.-M. Simonpoli

— Adapter les ELSA : Les outils d'une modernité

A. Ramos, Périgueux

— Travaux autour de l'alcool : SAMBA, IPA, TTC

B. Rolland et F. Duponchelle-David, Lille

— Du Guide des bonnes pratiques 2005

au référentiel des pratiques 2017

B. Delmas, Perpignan et M. Crouzet, Poissy

16h45 / Conclusion / DGOS





HE

RO

JINFE!

Nord de la Meuse : l'épidémie d'héroïne ignorée

Yvon Schléret / Directeur honoraire de l'ORSAS-Lorraine

L'usage de drogues en milieu rural est apparu assez récemment dans le questionnaire public plutôt marqué par le trafic et les consommations dans les milieux urbains. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) lui a consacré une investigation spécifique en 2012-2014 à partir du dispositif TREND¹. L'espace rural tel qu'il a pu alors être analysé reflète de grandes diversités dans l'usage de drogues en fonction des régions, de leur histoire de peuplement et de migration, de leur développement économique, industriel et urbain.

Le site TREND de Metz² s'est attaché à l'analyse de l'usage d'héroïne dans la partie nord de la Meuse, un territoire que les indicateurs les plus courants permettent de décrire comme en déclin économique et démographique. Un territoire marqué par la relégation de ses habitants, due notamment à l'absence de proximité d'un centre urbain dynamique qui faciliterait son renouveau. Un espace que l'on peut considérer comme relevant de la « France périphérique délaissée » que décrit le géographe Christophe Guilluy³. Un territoire qui se caractérise également par une très forte prévalence de consommation d'héroïne et d'interpellations pour usage illicite d'opiacés.

Stratégie de survie pour des usagers-revendeurs dans une situation chronique de pauvreté

La grande majorité des consommateurs réguliers d'héroïne rencontrés dans la Meuse du Nord sont des usagers-revendeurs. Les autres sont de simples usagers.

Les usagers-revendeurs présentent globalement un même profil. Âgés de 20 à 44 ans, sans grande mobilité, ils ont toujours résidé dans le département et y ont terminé leur scolarité sans qualification. Ils ont choisi la revente de drogue d'abord pour assurer leur propre consommation, mais aussi dans le cadre d'une stratégie de survie pour faire face aux nécessités du quotidien. Cette pratique s'inscrit donc dans une économie de subsistance avec des activités domestiques d'autoconsommation. Cependant, mais les cas sont moins fréquents, les trafics peuvent relever d'une économie souterraine composée d'activités délictueuses et de recels. Le souci du quotidien et du lendemain immédiat domine. Le mythe de l'ascension sociale par le trafic n'a pas cours comme dans certains quartiers des centres urbains.

La plupart des usagers d'héroïne n'ont pas un début de trajectoire de vie aussi disqualifié socialement que celui des usagers-revendeurs. Ils ont connu une scolarité avec des perspectives professionnelles encourageantes. Leur initiation à la drogue et leur proximité avec le produit ont engendré un usage régulier d'héroïne qui a pu déclencher

¹ Gandilhon M, Cadet-Tairou A. Les usages de drogues en espace rural : populations, marchés, réponses publiques. OFDT, Tendances n° 104, novembre 2015.

² Schléret Y, Monzel M, Schermann M. Les usages de drogues en milieu rural : une investigation spécifique du dispositif TREND de Lorraine dans le Nord meusien. CMSEA, 2013.

³ Guilluy C. La France périphérique : comment on a sacrifié les classes populaires. Paris, Flammarion, 2014.



une rupture sociale. Ces entrées dans l'usage de la drogue sont souvent en lien avec des douleurs intimes que les personnes n'évoquent pas spontanément, mais qui se dévoilent au détour de telle ou telle expression ou mimique ponctuant leur récit de vie.

Place du bal de village dans l'initiation à l'héroïne

Les trajectoires dans l'usage de la drogue ressemblent pour beaucoup à celles que l'on peut observer en milieu urbain. Les différences portent surtout sur la première expérimentation, la proximité avec les drogues et l'usage d'héroïne.

Plusieurs situations sont évoquées par les usagers lorsqu'ils rapportent l'épisode de leur première consommation d'héroïne. Tout d'abord et le plus souvent, un contexte festif lié au regroupement convivial ou chez soi avec des amis en l'absence des parents. Mais deux spécificités apparaissent dans le rural meusien : le bal du village comme lieu festif d'initiation à l'héroïne et l'importance de la transmission familiale ou de l'apprentissage domestique de l'usage de stupéfiants.

En Meuse, la tradition des bals de village perdure, avec une fréquence certes moindre que par le passé. Les usagers interviewés les plus âgés ont entre 40 et 44 ans, leur initiation à la drogue remonte donc à au moins 20 ans, époque où ces bals étaient plus fréquents.

Le bal de village est le lieu festif par excellence pour les rites de passage dans un « espace de déviance tolérée » offrant à la jeunesse le droit aux débordements⁴. C'est aussi un moment de célébration identitaire qui marque l'appartenance à la communauté villageoise en opposition aux villages voisins. Les histoires de bagarres entre jeunes de villages proches à l'issue d'un bal ornent la mémoire collective de plusieurs générations de Meusiens et de gendarmes appelés pour y mettre fin.

Ces bals sont aussi connus pour les consommations excessives d'alcool par les jeunes hommes comme composante festive et comme affirmation rituelle de leur virilité. Toutefois, dans ce contexte, on pense moins souvent au bal comme un lieu permettant la découverte et l'initiation à l'héroïne.

Le bal est apparu comme le lieu festif qui a permis, pour certains, la toute première expérience de l'héroïne avec une temporalité qui suggère celle des *free-parties* : des avant-bals et des après-bals. Les pratiquants les plus anciens des fêtes villageoises notent ainsi, avec humour (noir), que l'arrivée de l'héroïne dans les bals a permis d'apaiser les comportements des participants consommateurs et de réduire les bagarres.

Importance de la transmission familiale dans l'usage de stupéfiants

Les récits sur la « première fois » de la consommation donnent également une part importante à la découverte de l'héroïne au sein même de la famille, avec une initiation par un frère, une sœur, un beau-frère ou un cousin. Lorsque cette forme d'apprentissage n'est pas directement citée, les usagers évoquent des souvenirs en lien avec un habitus familial marqué par l'alcool et les drogues.

Pour comprendre le rôle de la parenté dans l'initiation à l'usage de produits, on peut faire référence au fonctionnement de la maisonnée dans un milieu confronté à la relégation sociale. La famille construit sa cohésion en réaction à son rejet ou à sa stigmatisation par le voisinage. Il s'agit d'être soudé pour faire face aux besoins fondamentaux de survie. Les dissensions internes provoquées par l'alcoolisme et la violence, le caractère parfois asocial des membres sont alors masqués par des réflexes de repli sur soi. Les jeunes de ces familles, sans emploi, sans formation, en situation de décrochage scolaire et social, vivent alors en plus ou moins grande autarcie et promiscuité avec leurs parents, leur fratrie et les produits addictifs consommés.

Consommations marquées par une sociabilité de l'entre-soi

Espace peu peuplé et à faible densité, le rural connaît une sociabilité fortement marquée par l'interconnaissance et l'entre-soi. On y vit sous la vue permanente des autres et le regard du groupe duquel dépend son propre statut social, son propre honneur, ce que résumant les expressions « je connais tous les gens de mon village, tout le monde se connaît, ce n'est pas l'anonymat comme à la ville ». Pour le sociologue Henri Mendras, « dans les sociétés d'interconnaissance, on ne parle pas pour informer, on parle pour situer chacun à sa place »⁵.

Dans ce monde d'interconnaissance, chacun est d'abord connu par sa position familiale et comme membre de sa parentèle. Beaucoup d'usagers doivent donc assumer l'image négative de leur famille qui souvent se transmet au fil des ans, et non pas tellement un rejet lié à leur propre usage de drogues. C'est le cas des familles repérées comme des « cas sociaux » en raison de leur situation de pauvreté, de leurs comportements asociaux et des consommations d'alcool ou de drogues connues de tous. Leur nom est réputé dans le village et au-delà. Le seul fait de le porter provoque une stigmatisation, même si le comportement individuel de la personne n'est pas en cause. L'histoire de ses parents ou de ses grands-parents est un héritage pas toujours facile à porter.

⁴ Dubet F. *Des jeunes et des sociologies*. In : *Sociologie et sociétés* 1996 ; XXIII : 23-35.

⁵ Mendras H. *Sociétés paysannes, éléments pour une théorie de la paysannerie*. Armand Colin (coll. « U »), 1976.

Indépendamment de leur histoire familiale, la plupart des usagers rencontrés pensent qu'ils sont connus comme toxicomanes et « comme tricards » dans leur village. Mais ils ont appris à vivre avec.

L'interconnaissance peut porter préjudice aux usagers sous traitement de substitution. Certains se sont plaints que leur mère ait été informée de leur dépendance à un opiacé par la pharmacie du village au moment d'une remise du médicament de substitution. Il n'y a pas, dans ce cas, de commérage malsain. Tout se passe comme si, par son comportement, le pharmacien perçoit le patient, pourtant majeur, dans une relation de subordination bienveillante à sa famille, et plus particulièrement à sa mère dont le rôle traditionnel est de veiller à la santé de ses enfants.

L'interconnaissance s'applique aussi au groupe de consommateurs de stupéfiants. Les usagers se connaissent entre eux, au moins de vue, car ils s'identifient facilement entre eux, même s'ils ne se fréquentent pas. Cette reconnaissance n'entraîne pas pour autant la recherche de promiscuité. La volonté est forte de ne pas se mêler « aux autres » toxicomanes, hormis les partenaires éventuels des allers-retours vers les Pays-Bas.

Trafic à flux tendu sous l'effet de la proximité de la Belgique et des Pays-Bas

Pour comprendre le trafic de drogues dans la Meuse, il faut rappeler la situation frontalière de ce département jouxtant la Belgique et proche du Luxembourg et des Pays-Bas. La présence d'un marché des drogues, de notoriété et de fréquentations internationales, facilement accessible à moins de 250 km, contribue à expliquer la structuration de l'offre locale.

Certains des usagers-revendeurs n'hésitent pas à aller deux ou trois fois par semaine à Maastricht pour se ravitailler. Les quantités achetées sont à chaque fois peu importantes : de 80 à 200 g pour la plupart. C'est une gestion à flux tendu pour réduire les risques, marquée par la régularité et la fréquence des achats.

Si la source principale de ravitaillement n'est qu'à 250 km, encore faut-il disposer de moyens de mobilité. Or les usagers-revendeurs ne sont pas toujours autonomes pour leurs déplacements. Certains, en raison de leur niveau de formation et de leur pauvreté-précarité, n'ont pas le permis de conduire ou n'ont pas de véhicule. Chez d'autres, les consommations excessives de produits addictifs les ont privés de leur permis à la suite d'un contrôle routier et ils n'ont pas toujours les moyens financiers de le repasser. Enfin, il y a ceux qui évitent de conduire un véhicule sous l'effet d'une consommation récente en raison des contrôles routiers de la gendarmerie.

Différentes stratégies sont alors déployées pour pallier cet inconvénient. Il y a d'abord l'usage des transports collectifs, notamment le train. Ce moyen est utilisé comme alternative par les plus isolés, mais il présente des inconvénients : l'itinéraire est imposé, la durée est allongée, des correspondances sont nécessaires, ce qui multiplie les risques de contrôle par la douane volante. Les autres font appel à un ami pour conduire le véhicule. Une gratification en nature par quelques grammes d'héroïne est alors courante.

Accessibilité à l'héroïne facilitée par l'interconnaissance propre au milieu rural

Dans un espace où « tout le monde se connaît », la disponibilité d'un produit stupéfiant, son accessibilité ou le « carnet d'adresses » de personnes faciles à contacter sont vite connus grâce aux processus d'irradiation à travers les réseaux de connaissances. Certains revendeurs se plaignent d'ailleurs que leur entourage parle souvent trop. Les usagers-revendeurs des bourgs et des communes rurales n'ont donc guère de difficultés à écouler le produit acheté aux Pays-Bas.

L'accès à l'héroïne dans la ville centre (23 000 habitants) se fait différemment et connaît les mêmes modalités que dans les autres milieux urbains. Deux quartiers emblématiques y sont réputés pour leur plus grande présence et disponibilité de drogues. Celui qui recherche de la drogue pourra donc la trouver facilement dans ces endroits, s'il est un habitué des dealers locaux et s'il en connaît les modalités et les habitudes d'accès.

Le trafic organisé dans ces deux quartiers relève davantage d'un trafic semi-professionnel que d'une forme organisée, à l'instar de ce que l'on observe dans les grandes métropoles. Les têtes de réseau sont installées à proximité, en Belgique, à une quarantaine de kilomètres de la frontière.

Des pratiques d'injection rares

L'héroïne brune est le produit le plus disponible et le plus facilement accessible au prix de 20 à 25 euros le gramme. La cocaïne est nettement moins présente sur l'espace rural étudié, car certainement trop chère pour les usagers locaux.

L'héroïne est surtout consommée par sniff, quelquefois elle est fumée. Les injecteurs par voie intraveineuse sont peu nombreux. D'après le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), environ 10 % des usagers d'héroïne auraient recours à l'injection.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette faible proportion d'injecteurs parmi les usagers d'héroïne. La première



est avancée par les usagers eux-mêmes lorsqu'ils évoquent leur « peur des piqûres et des aiguilles ». Les professionnels des soins entendent également ce prétexte de la part des usagers. Ils proposent toutefois deux autres explications.

La pureté de l'héroïne disponible en Meuse du Nord est élevée par rapport à celle vendue ailleurs en France. Elle se situe souvent entre 13 et 16 %, quelquefois même vers les 25 % si elle n'est pas coupée, contre une moyenne nationale de 7,1 %⁶. La pureté de l'héroïne est de 32,6 % en moyenne aux Pays-Bas et de 21,1 % en Belgique⁷. Le produit acheté en Hollande peut donc atteindre des valeurs de pureté élevées qui expliquerait que les usagers n'aient pas forcément besoin d'avoir recours à l'injection. L'autre interprétation évoquée relève de cet environnement « d'entre-soi » qui caractérise le rural. Les usagers évitent d'acheter des seringues à la pharmacie de leur village par crainte du « qu'en dira-t-on » et des rumeurs. Les pharmacies vendent effectivement des Stéribox à 1 euro, mais il n'y a pas en Meuse de service de réduction des risques qui pourrait en distribuer non seulement gratuitement mais surtout en garantissant l'anonymat.

Indigence de l'offre médico-sociale qui facilite la prééminence des logiques répressives

Dans un département de 192 000 habitants, l'offre sanitaire et médico-sociale se trouve concentrée dans les plus grands centres urbains qui eux-mêmes ne dépassent pas les 18 000 habitants. Encore s'agit-il d'une offre structurante destinée à la population en général. Elle est peu diversifiée pour des besoins spécifiques comme les addictions.

La Meuse ne dispose pas de Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), ni d'un dispositif organisé de RdR (au moment de l'enquête).

Cette faiblesse de l'offre médico-sociale locale spécialisée laisse le champ libre à la prééminence de la composante répressive de l'action publique contre l'usage de drogues. Le débat récurrent sur les solutions de rupture illustre ce phénomène.

Aucune réponse médico-sociale de rupture organisée pour extraire les usagers les plus dépendants de la pression des réseaux de trafic ou de consommation n'existe.

Du coup, la prison est souvent perçue, voire même revendiquée par quelques professionnels, comme une opportunité de mise à l'écart des personnes toxicomanes de leur environnement habituel ou comme solution de sevrage aux opiacés.

Ce glissement vers l'action répressive est renforcé par le fait que les professionnels des soins, de la prévention, de la répression et de la justice, peu nombreux, s'organisent aussi sur cette interconnaissance et cet entre-soi qui caractérisent le monde rural. Comme dans un village, les différents professionnels se connaissent tous. Cela peut nuire au débat contradictoire entre des points de vue différents pour des solutions alternatives. La conformité à un consensus implicite forgé dans et par l'entre-soi s'impose, avec des jeux d'acteurs facilitant telle ou telle position.

Une connivence de point de vue entre le magistrat du ministère public et un médecin responsable du CSAPA suffit pour marquer la tonalité d'une politique territoriale. C'est pourquoi les plus critiques des observateurs expliquent l'absence de RdR dans le milieu rural analysé non pas par l'absence de moyens financiers, mais davantage par un choix politique et idéologique qu'il est localement difficile de contester. De même, la prescription et la distribution de méthadone par le CSAPA local sont l'objet d'interrogations en raison des règles d'accès trop exigeantes qui ressemblent à « un long parcours du combattant », avec des pressions et des confusions possibles entre le pénal et le médical.

Cette interconnaissance des différents professionnels limite les marges de manœuvre des usagers de drogues dans leur stratégie de survie au quotidien et de contournement éventuel face aux interlocuteurs officiels. Car ce que les uns savent sur l'usager, les autres professionnels le savent aussi très rapidement. Cependant, la proximité des intervenants peut toutefois être une force dès lors qu'elle est mise au service d'une logique de développement social en milieu rural, sur le modèle du développement communautaire et du travail en réseau. C'est l'option que des professionnels militants tentent aujourd'hui de développer.

⁶ Composition de l'héroïne et connaissance des usagers. Résultats de l'enquête SINTES observation (mars 2007 à juin 2008). OFDT, février 2010.

⁷ Observatoire européen des drogues et toxicomanies, 2011.

Sous le calme apparent, des pratiques à risques

Sterenn Bohelay (Oppelia)

Propos recueillis par **Aurélie Lazès-Charmetant** (CEID/TREND Bordeaux)

Sterenn Bohelay, éducatrice spécialisée de formation, a travaillé pendant dix ans pour le Centre Rimbaud, structure basée à Saint-Étienne (département de la Loire). Elle a coordonné pendant plusieurs années une action sur le territoire rural du Montbrisonnais autour de trois axes : le déploiement d'une consultation jeune consommateur (CJC), des interventions d'un collectif sur les lieux festifs et des interventions dans les établissements scolaires (collèges et lycées). Aujourd'hui, Sterenn Bohelay est chef de service en zone urbaine en Île-de-France dans un CSAPA et un CAARUD. Elle revient, pour Swaps, sur son expérience dans le milieu rural.

Comment est né ce projet ?

Il y a eu une synergie des demandes : tout d'abord, le collectif Fêtes moins risquées (FMR), que je coordonnais, intervenait sur des événements festifs locaux qui, du fait de leur rareté et de leur moindre diversité, rassemblaient beaucoup de monde dont notre public cible, les jeunes. Ensuite, l'Agence régionale de santé (ARS) a recommandé l'ouverture d'une CJC. Et parallèlement, il y a eu des demandes d'interventions dans les établissements scolaires. De plus, une étude portée par le Centre information régional sur les drogues et les dépendances (CIRDD) Rhône-Alpes avait mis en lumière, notamment, des consommations d'alcool importantes chez les jeunes filles de ce territoire. Il s'est alors agi de coordonner de multiples demandes et les remontées des acteurs de proximité. Au début, chaque action était très compartimentée selon des dispositifs différents. Nous avons donc mené un travail de mise en musique.

Comment vous êtes-vous positionnée sur ce territoire nouveau ?

Nous avons joué le rôle de tiers avec le maillage existant. L'objectif a été de fédérer autour d'un projet commun pro-

posant de la formation, de l'appui méthodologique, etc. Parce qu'il fallait apporter des réponses de proximité, ces réponses ne pouvaient être efficaces que si une articulation des acteurs locaux était effective. L'articulation avec le dispositif spécialisé devenant alors fluide, ce dernier pouvait jouer son rôle de tiers expert.

La réponse ne se trouve pas forcément dans les CJC. Sans être utopiste, il est possible, dans de nombreux cas, de trouver des réponses hors du dispositif si l'environnement a été sensibilisé à la thématique des conduites addictives.

Cela du fait de la ruralité ?

Oui et c'est tout particulièrement la mobilité qui est au cœur de la réflexion. Il est presque aussi difficile de se déplacer pour le public que pour les professionnels qui se délocalisent du Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Et en même temps, rendre accessible le dispositif spécialisé est nécessaire pour rompre l'isolement des acteurs. Il faut donc de l'énergie et de l'engagement de part et d'autre. L'essentiel pour une CJC en milieu rural, c'est de



n'être pas tournée sur les seules consultations, il faut être tourné vers les lieux du quotidien dont les établissements scolaires généralistes et professionnels.

En termes de modalités de fêtes ou d'usage de substances, notiez-vous des spécificités ?

En ce qui concerne les substances, c'était essentiellement des consommations d'alcool et de cannabis. Les usagers connaissaient les produits aussi bien qu'ailleurs. Ce sont les événements festifs qui étaient différents de même que leur organisation.

Là, les événements festifs étaient souvent des bals. Si vous êtes en milieu urbain, à Saint-Étienne vous ne faites pas de bals. Les lieux de fête sont autres et surtout les gens s'organisent eux-mêmes pour faire la fête. Ici, des bals avaient lieu chaque week-end de l'année selon un roulement planifié entre communes. C'était très bien organisé sur les questions du matériel, de la sonorisation, mais sur les questions des déplacements, de la prise de risques, beaucoup de choses n'étaient pas pensées en termes de prévention. L'idée était de se mettre en collectif et de penser ensemble pour trouver des solutions, au regard des difficultés d'accès notamment.

Par exemple, lorsqu'un bal a été annulé, suite au coma éthylique d'un jeune lors du précédent bal, il y a eu un report de 500 personnes sur le bal de la semaine suivante, ce qui a mis à mal toute l'organisation.

Vous avez évoqué l'engagement particulier des acteurs ?

Ce qui était manifeste, c'était un engagement fort des acteurs locaux pour/sur leur territoire.

La mobilisation était partagée autour de la conscience d'une responsabilité collective.

Nous avons assuré la formation de la police municipale. La gendarmerie était présente et ensuite faisait de l'orientation, l'Éducation nationale également avec la présence de conseillers principaux d'éducation (CPE), ce qui est rare.

L'un des axes était les interventions en milieu festif, pouvez-vous en dire quelques mots ?

Il s'agissait d'interventions d'un collectif, FMR, soit entre 15 et 30 bénévoles, usagers pairs de la fête, formés par le CSAPA et qui intervenait sur site à la demande des organisateurs, communes ou associations de jeunes.

Le CSAPA mettait à disposition de personnes relais son expertise ainsi que du matériel (stand, *chill out*, brochures, matériel de RdR). Là encore, les organisateurs étaient partie prenante.

Que retenir de cet axe festif ?

Essentiellement qu'il faut veiller à ce que les personnes qui organisent des événements puissent elles-mêmes développer du « prendre soin ». Il faut tenir compte de la question des codes forcément différents entre le milieu rural et le milieu urbain et, enfin, il y a l'insertion dans des réseaux. Il n'est pas possible de se rendre dans certains endroits parce que nous ne possédons pas les codes du milieu et nous n'avons pas vocation à aller partout. Et en même temps, il faut pouvoir s'acculturer et travailler ensemble.

Vous avez évoqué des interventions en milieu scolaire ?

L'idée était de ne pas faire du « one-shot » et de former les équipes pédagogiques et médico-sociales afin d'avoir un langage partagé/commun entre professionnels. Et selon mon expérience, les équipes en milieu rural sont plus faciles à mobiliser qu'en zone urbaine.

L'infirmière scolaire, l'assistante sociale peuvent repérer. L'objectif était de les outiller, avec une formation à l'entretien motivationnel par exemple.

Et par la suite, de développer une permanence ponctuelle de la CJC dans les établissements. Et toujours intervenir auprès des élèves en les associant et en partant du programme, les questions des addictions, des conduites, du plaisir étant abordées sous différents angles afin de développer une culture commune. Et si l'on veut diffuser cette culture commune, il faut du temps et un peu de présence.

La mobilisation des acteurs scolaires en milieu rural est-elle plus aisée ?

En milieu rural, tout se sait très vite. Il y a la question de l'image. Si un réseau de consommateurs est démantelé dans un établissement scolaire, l'établissement est immédiatement identifié, donc il peut y avoir une volonté de la part de la direction de préserver l'image de l'établissement, ce qui facilite la mise en place de partenariats.

Vous avez rencontré des résistances ?

J'avais l'impression d'être face à un océan calme au-dessous duquel il y avait énormément de pratiques à risque, mais cela n'était pas pris en compte, rien ne pouvait émerger parce qu'il n'y avait pas de réponses. Cela ne se limitait pas uniquement à l'accompagnement des jeunes mais aussi à la réduction des risques (RdR). Pour l'accès à un traitement méthadone, il fallait faire plus de 50 km...

Nous avons donc mené aussi des actions à destination des médecins généralistes, des pharmaciens dont cer-

tains confrères se sont déplacés depuis Saint-Étienne. En milieu rural, il y a un isolement, il y a moins, voire pas d'institutions qui peuvent jouer un rôle de support/relais, sur ces questions. Même si dans l'urbain, elles n'apportent pas nécessairement les réponses, elles maintiennent le lien social.

Et puis nous avons été confrontés au déni.

Des parents d'abord. À l'occasion de la première action que nous avons menée auprès des parents, une seule personne s'est déplacée. C'est très compliqué de dire que l'on a un enfant qui consomme, c'est vécu comme une honte.

Des politiques également. Là aussi la question de l'image est centrale. Je pense qu'en ville, sur ces questions, les mentalités évoluent plus rapidement.

Passer par les pairs semble facilitateur en milieu rural, vous y avez eu recours avec les jeunes, les médecins, les pharmaciens ?

Les pairs effectivement ainsi que les lieux qui ont du sens pour la communauté. Le bal des pompiers en est la parfaite illustration, c'est le lieu pour se faire connaître car c'est un point de rassemblement. Il faut se focaliser sur des lieux stratégiques pour gagner en énergie mais aussi en diffusion. Comme stratégie de contournement de l'isolement, « aller vers » est juste indispensable.

Cet « aller vers » se poursuit aujourd'hui avec de nouvelles modalités d'actions. Notamment un projet autour des acteurs pour la jeunesse qui mobilise des jeunes ayant envie de s'engager sur des actions de prévention. L'idée est que les intervenants spécialisés se retirent et qu'au niveau de chaque petite commune organisatrice d'un événement se développent des micro-actions soutenues par la collectivité au sens large.

Coca !

Une enquête dans les Andes

Florence Arnold-Richez / Journaliste, Paris

Frédéric Faux, journaliste, correspondant en Amérique latine pour le Figaro, a vécu six ans au Salvador, en Amérique centrale, avant de s'installer en Bolivie en 2012. Il est l'auteur de « Les Maras, gangs d'enfants. Violences urbaines en Amérique centrale » (Autrement, 2006), et le coréalisateur, avec Hugo Van Offel, de « Qui a tué Christian Poveda ? », diffusé en avril 2012 sur Canal Plus.



Coca ! Une enquête dans les Andes. Actes Sud. Questions de société, 336 pages, prix indicatif : 21,90 euros

De la culture et consommation traditionnelles de la feuille de coca jusqu'aux raids des commandos militaires dans les jungles andines, en passant par des rencontres avec des « mules » qui croupissent dans les prisons de Lima et les dernières techniques des trafiquants de poudre blanche – l'enquête, très riche, de Frédéric Faux nous embarque en Bolivie, au Pérou et en Colombie. Le reporter, correspondant du *Figaro* qui vit en Bolivie depuis 2012, retrace toute l'histoire de la petite feuille verte, sa mythologie, son économie, sa géopolitique, enrichie d'illustrations et de graphiques. Le style de la narration, agréable, et la densité de l'information font de Coca ! « un *road movie* écrit au fil des routes andines », comme il le définit lui-même dans son avant-propos. « Sur la piste de la petite feuille magique, j'ai croisé les planteurs boliviens des Yungas, affairés sur des terrasses agricoles remontant à l'époque inca. J'ai accompagné les mineurs péruviens de La Rinconada, la ville la plus haute du monde, et les yatisis d'El Alto, qui lisent l'avenir dans la plante sacrée. J'ai écouté les « mules » européennes qui moisissent dans les prisons de Lima, et les paysans colombiens victimes de fumigations aériennes. J'ai rencontré le frère de Pablo Escobar, à moitié sourd et aveugle, et les habitants du Chapare bolivien, nouvelle capitale du narcotrafic ».

L'inanité de la guerre à la drogue *made in USA*

Au-delà des témoignages et narrations, joliment écrits, c'est aussi la relation de la saga malfaisante d'une

« guerre la drogue *made in US* », dont on n'a plus à démontrer les effets destructeurs et pervers : loin d'éradiquer la production de coca, et encore moins de cocaïne, elle a contribué au contraire à la propager et renforcer, tout en jetant dans la misère des villages entiers et en détruisant l'environnement, explique Frédéric Faux. Le tout, sur fond de guérillas (« Le Sentier Lumineux » au Pérou, les Forces armées révolutionnaires de Colombie [FARC]), d'exactions des milices paramilitaires, de guerre entre narcotraficants, aujourd'hui plus ou moins « décartellisés » et disséminés en petits clans.

En Bolivie, depuis 2006, avec l'arrivée au pouvoir d'Evo Morales, cocalero (producteur de coca) amérindien très populaire qui a renouvelé l'an passé son mandat de président pour la troisième fois, on a privilégié une éradication concertée de la coca excédentaire. Pour protéger la coca originelle et ancestrale comme patrimoine culturel, ressource naturelle de la biodiversité bolivienne, facteur de cohésion sociale et aussi pour créer autour de sa production une filière industrielle (médicaments, boissons, produits de beauté). Avec pour mot d'ordre, « Coca si, cocaína no », pour faire pièce à la politique d'éradication de la coca financée pour une grande part par la Drug Enforcement Administration qui a surtout nui aux petits exploitants sous couvert de lutte contre les narcotraficants, se défend-t-il à la tribune de l'ONU, en mâchant des feuilles de coca. Evo Morales avait obtenu une exception à la convention unique sur les stupéfiants de 1961, dont un amendement autorise depuis 2013 la population

bolivienne à mâcher les feuilles de coca. Son objectif : stabiliser la production du pays sur 20 000 ha.

Malheureusement, selon les estimations des différents organismes internationaux, la consommation locale nécessiterait environ 6 000 hectares de plantation alors que la surface réellement plantée s'étendrait sur plus de 20 000 hectares, et près de 50 000 hectares au Pérou, dépassant d'une tête désormais la Colombie.

Au Pérou, les autorités envoient les forces armées pour arracher manuellement les plants de coca. En Colombie, on a ajouté la fumigation aérienne d'une variété de glyphosate développée par Monsanto, proche du Roundup® et testée dans les années 1970 au Mexique. Et on arrose tout, y compris les plantations « substitutives » de cacao, café ou ananas, faute de tenir compte des coordonnées GPS des « bons » agriculteurs ! Or, la coca, la plante, costaud, qui pousse partout sur ces terres pauvres, est celle qui résiste le mieux à l'herbicide ! Entraîné par les pluies et les rivières, il arrive jusqu'à l'océan où il fait crever tous les poissons... et les pêcheries !

Bref, on était parti « de l'idée généreuse d'un Plan Marshall comme en a bénéficié l'Europe après la Seconde Guerre mondiale et on se retrouve à l'arrivée avec une opération militaire », explique Frédéric Faux montrant comment l'intervention US avait surtout pour but de détruire l'alliance entre les narcos et la subversion.

Briser la spirale infernale

Aujourd'hui, c'est l'enjeu mondial pour enrayer « l'épidémie » de cocaïne qui a gagné « plein pot » les pays européens : là-bas et ici, c'est la spirale des drogues : prohibition, trafic, répression qu'il faut briser d'urgence. « Le vent de la dépénalisation » a poussé sur le constat d'échec qui a émergé dans les années 2000 explique Frédéric Faux dans le dernier chapitre « Dernières nouvelles du front ». Le coup de boutoir est venu de la commission latino-américaine sur les drogues et la démocratie, un groupe de réflexion créé par des ex-présidents d'Amérique latine qui ont demandé en 2009 un « changement de stratégie dans la lutte contre les drogues ». Depuis, les sommets, conférences, déclarations se succèdent, allant toutes dans le même sens, tandis que la fièvre des fumigations aériennes s'apaise en Colombie et que les FARC, qui négocient leur retour à la vie civile, ont envisagé, par un accord historique du 16 mai 2014, de se désengager du narcotraffic... Mais, *wait and see*: il n'est pas encore entré en vigueur.

Et en France ? Le débat peine toujours à émerger...

Directeur de la publication
Didier Jayle

Rédacteur en chef
Gilles Pialoux

Secrétaire de rédaction
Brigitte Hulin

Comité de rédaction
Florence Arnold-Richez
Élisabeth Avril
Philippe Batel
Mustapha Benslimane
Vincent Benso
Catherine Brousselle
Jean-Pierre Couteron
Thibault de Vivies
Michel Gandilhon
Marie Jauffret-Roustide
Jimmy Kempfer†
Nathalie Latour
France Lert
Alexandre Marchant
Isabelle Michot
Fabrice Olivet
Philippe Périn†
Pierre Poloméni
Brigitte Rebolot

Réalisation graphique
Céline Debrenne

Impression : Alliance Reims

Dépôt légal : à parution

ISSN : 1277-7870

Commission paritaire : en cours

SWAPS

Chaire d'addictologie CNAM
2, rue Conté
75003 Paris

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

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

En partenariat avec



Avec le soutien de la
Direction générale de la Santé



et des laboratoires



New York sur Meuse. C'est une des singularités de *Swaps*, de mixer des problématiques d'approches diamétralement opposées autour des drogues, sur le fond comme sur la forme. Ce numéro 82, qui n'existe que par la productivité sans relâche de notre comité de rédaction et le soutien réitéré d'Indivior, en est une parfaite illustration. Ce numéro s'ouvre, en effet, par le témoignage de Danièle Jourdain-Menninger (page 2), présidente de la Mildeca, sur les débats des instances internationales au sein de la session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations unies (UNGASS) (cf. *Swaps* n° 80-81) : « *un contexte extrêmement clivant* » de la mise à jour des cadres normatifs, et répressifs, des politiques en matière de drogues. Et aussi un constat d'échec, dans l'impasse de fédérer certains États, rassemblés notamment autour de la Chine et de la Russie, partisans d'une « tolérance zéro » et adeptes du tout répressif avec l'objectif d'une société sans drogue, et ceux qui veulent mettre fin à la « Drug War » (cf. *Swaps* n° 76-77). L'Union européenne s'efforçant d'une seule voix de défendre un modèle dans la mise en œuvre de politiques équilibrées et globales. Et ce malgré l'échec, tant sociétal que sanitaire, des politiques répressives contre les drogues. Mais aussi une UNGASS en progrès. En atteste un document final où la présidente de la Mildeca regrette néanmoins que la question de la peine de mort dans certains pays n'y soit pas abordée. Document que Michel Kazatchkine trouve (page 5) « décevant ». Précisant qu'il s'agit en fait « d'une résolution adoptée, de façon surprenante, dès l'ouverture de l'UNGASS, et qui rejetait ainsi, dans la forme, les inflexions que les délégations présentes et les débats qui se sont tenus auraient pu apporter au document ». Même s'il en reconnaît les stigmates d'avancées, avec notamment une nouvelle section inscrite sur la santé publique et les droits de l'homme. Et précise-t-il : « un texte qui ne prône plus *un monde sans drogues*, mais un monde *sans abus de drogues* et un texte qui s'engage clairement sur la nécessité urgente de faire progresser l'accès aux substances contrôlées au titre du traitement de la douleur et des soins palliatifs ».

Et de New York ce numéro nous conduit directement à travers la campagne française en un dossier spécial « Ruralités » (page 7). La Meuse, figure du département en déclin démographique et économique, ne compte aucun CAARUD* ni programme d'échange de seringues. Alors que l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) a montré, dès 2009, que le nombre d'arrestations liées à l'usage d'héroïne y était de six fois supérieur à la moyenne nationale... Le tout dans une société rurale où « tout se sait et tout se voit » rendant problématique la mise en place d'actions de réduction des risques, avec qui plus est aujourd'hui des usages à « transmission familiale » dans le sillage des enfants de Mai 68 (voir l'article de Florent Schmitt page 7). Parade associative : les microstructures fonctionnant avec un système de permanence au sein d'un local adapté à l'accueil du public ou d'un camping-car aménagé pour offrir un espace de discussion. Itinérant ou en un espace de stationnement réservé dans la commune. De la RdR en milieu rural aux regards des politiques sur l'échiquier drogues du monde. Voilà comment ce numéro prépare celui des 20 ans de *Swaps*.

GILLES PIALOUX, DIDIER JAYLE

* Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.