



DU CÔTÉ DE
BARCELONE

UN TRAVAIL
DE RUE
ÉDUCATEUR
RACONTE

RETOUR
DE MELBOURNE

LA CONFÉRENCE
MONDIALE
SUR LE SIDA

PAGE.3

ÉDITO

SI LES AVANCÉES DANS LA LUTTE CONTRE LE SIDA SONT INDÉNIABLES, IL RESTE UNE ZONE D'OMBRE : LE MILIEU CARCERAL. LES PRISONS RESTENT ENCORE DES LIEUX DE NON DROIT OÙ LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DU VIH SONT À LA TRAÎNE.

PAGES.4-5

ÉCHOS D'EGO

Un atelier foot existe désormais à EGO. Pour les usagers ce n'est pas seulement l'occasion de se détendre. C'est aussi construire l'esprit d'équipe, créer du lien.

La transversalité : derrière ce mot barbare se cache tout simplement la mise en commun des savoirs et des pratiques.

PAGES.6-7

ÉCHOS D'EGO

- Chronique: grâce à La Table Ouverte, installée à la Goutte-d'Or, ce sont 80 repas qui, chaque semaine, sont offerts aux usagers qui fréquentent le centre d'accueil d'EGO.

- Premier épisode des observations d'Abdellah, éducateur, dans son travail de rue.

PAGES.8-12

DOSSIER

SIDA : EN JUILLET DERNIER S'EST TENUE À MELBOURNE, EN AUSTRALIE, LA XXÈME CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LE SIDA.

- RENCONTRE AVEC MARC DIXNEUF DE SIDACTION.

- QUAND LES POLICIERS FONT DE LA RÉDUCTION DES RISQUES.

PAGES.14-15

LES EXPÉRIENCES DE BARCELONE

Carmen Vecino, psychiatre à l'Agence de santé publique de Barcelone, raconte comment la ville s'est dotée de structures et d'une politique de réduction des dommages depuis la fin des années quatre-vingt.

sommaire



Alter-Ego Le Journal

**Directrice
de la publication**

Lia Cavalcanti

**Coordination
de la rédaction**

Mireille Riou

Comité de rédaction

Mustapha Belhocine,
Abdellah Berghachi,

Lia Cavalcanti, Claire Noblet,
Léon Gombéroff, Aude Lalande,
Claude Moynot, Mireille Riou

**Conception
et réalisation**

Riou Communication

riou-ortiz.mireille@orange.fr

Iconographie

Mireille Riou

Imprimerie

DEJALINK

Stains

93240

Parution

Trimestrielle - 2000 ex.

ISSN 1770-4715

Contact

EGO

Association AUREORE

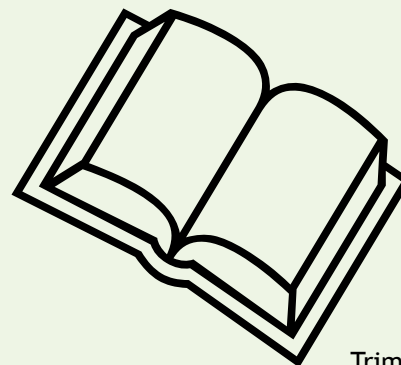
6 rue de Clignancourt

75018

Tel 01 53 09 99 49

Fax 01 53 09 99 43

ego@aurora.asso.fr



LES PRISONS RESTENT LE CÔTÉ OBSCUR DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE SIDA

par Lia CAVALCANTI



La réussite avérée des nouveaux traitements du V.I.H a augmenté considérablement l'espérance de vie des personnes infectées par le virus. Le sida est devenu, en quelque sorte, une maladie chronique comme tant d'autres. Les résultats extrêmement favorables des nouveaux protocoles préventifs suscitent de grands espoirs.

Les progrès scientifiques obtenus dans ce champ sont majeurs et indéniables. Et pourtant à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida tournons notre regard vers des zones obscures où les risques sont omniprésents et dont on parle si peu : les établissements pénitentiaires. Dans les prisons le sida et la tuberculose sont la première cause de décès. Rappelons-nous égale-

ment que 30 millions de personnes sont incarcérées ou se trouvent en détention dans le monde, souvent dans des conditions d'extrême promiscuité due à la surpopulation et au manque d'hygiène.

Dans une grande majorité de pays, la prévalence du VIH dans la population incarcérée est plus importante que dans la population générale. Ce qui met en évidence que la prison augmente la vulnérabilité des personnes face à la maladie. Or les emprisonnés ou les détenus ont le droit à la santé et à l'accès aux soins. C'est un principe élémentaire relevant des droits humains. Réunis les 16 et 17 octobre derniers, pour une conférence à Vienne sous les auspices de l'ONU (Office des Nations unies contre la drogue et le crime), des experts internationaux se sont attaché à faire des recommandations dans ce domaine, telles que la promotion de l'égalité de l'accès aux soins pour toutes les personnes emprisonnées, l'accessibilité aux traitements sans discrimination

de sexe, d'orientation ou identité sexuelle tout en favorisant leur implication dans l'élaboration des programmes de santé. Le constat est aujourd'hui accablant. Il devient urgent de promouvoir la démocratie sanitaire en prison tout particulièrement concernant le VIH. C'est possible. Dans certains pays ces mesures sont déjà appliquées. Mais dans l'immense majorité des cas, le traitement du VIH en prison est inexistant ou réduit à peau de chagrin. Comme illustration, il suffit de constater la pénurie, voire l'absence, de matériels de consommation stériles dans les établissements pénitentiaires. C'est vrai dans le monde, mais cela l'est aussi en Europe et en France. Aujourd'hui, si nous voulons vaincre le sida, la bataille doit être menée sur le terrain de la démocratie et de l'égalité des droits.



METTRE EN PLACE, POUR DES USAGERS DE DROGUES, UN ATELIER FOOT AU SEIN D'UN CAARUD ET LE FAIRE VIVRE, PEUT PARÂTRE INCONGRU. C'EST POURTANT LE PARI RÉUSSI DE SOFIANE BEIKKHER, ÉDUCATEUR SPORTIF QUI A REJOINT L'ÉQUIPE D'EGO DANS LE COURANT DE L'ANNÉE.

Pourquoi le caarud se met au FOOT

Pour Sofiane, les objectifs de l'atelier s'inscrivent complètement dans les missions d'un CAARUD. « Il ne s'agit pas de faire du foot pour faire du foot, de balancer un ballon et de laisser jouer. » Le but pour Sofiane est de « revaloriser les usagers, à travers une activité physique afin de retrouver une bonne image de soi, l'estime nécessaire pour appréhender dans une meilleure posture les aléas de la vie alors même qu'ils sont le plus souvent dévalorisés et stigmatisés. Au début, ce n'était pas évident : « Lors de la première séance, au bout de dix minutes ils étaient « morts ». À la troisième séance ils trouvaient qu'une heure c'était trop court !... ».

Et de préciser « il faut trouver un juste milieu dans l'animation de la séance et savoir l'adapter pour leur permettre de progresser, sans qu'ils « décrochent ». L'objectif de l'atelier est également de créer du lien social et de rassembler les différentes communautés à travers la pratique d'un sport universel, ainsi que de favoriser une dynamique de groupe.

« Dans la vie comme dans le foot aucun individu ne se fait tout seul. Il y a un collectif. Dans le foot, pour marquer un but, le joueur a besoin des compétences de chacun. Comme dans la vie pour atteindre un but... » Et puis il y a des règles et un cadre que chacun doit respecter. Par ailleurs, les séances de l'atelier permettent d'améliorer l'hygiène de vie. Sofiane propose des sandwiches pour la séance, une bouteille d'eau pour veiller à une bonne hydratation, et enfin la douche obligatoire... Par le foot et la découverte du plaisir de le pratiquer Sofiane souhaite encourager les usagers à prendre soin d'eux-mêmes et peut être de substituer le sport à la drogue mais sans excès.

Ce qui est valorisé en tout cas c'est l'aspect ludique de l'action et le plaisir partagé. Enfin, la genèse de ce projet prend aussi sa raison d'être dans un projet, pour l'heure, utopique : le match des usagers d'EGO contre une équipe d'un club de football. En attendant le « grand match », une rencontre doit s'organiser en Juin 2015 à l'invitation des médiateurs du quartier.

Mustapha BELHOCINE.

échos.dego

À EGO NOUS SOMMES TOUS DES TRANSVERSAUX

NOUS NE SAVONS PAS DEPUIS QUAND DATE SA MISE EN PLACE, MAIS À EGO LE TRAVAIL TRANSVERSAL EST UNE PRATIQUE HABITUELLE.

Au fait, qu'est que la transversalité en général ? Selon le Petit Robert « Ce qui utilise, prend en compte, recouvre plusieurs domaines ou techniques ex : mener une action transversale pour résoudre un problème ». Aujourd'hui, impossible pour quiconque de posséder un savoir encyclopédique. L'étendue et l'accélération des connaissances s'accompagnent presque inévitablement d'une forme de fragmentation des savoirs. Si les scientifiques du XVIII^e siècle pouvaient s'adonner à la fois aux mathématiques, à la physique, à la biologie pour flirter en dernier lieu avec l'indomptable philosophie et rêver ainsi d'un regard encyclopédique, ceux du XXI^e siècle s'écartent bien souvent de cette figure omnisciente au profit d'une spécialisation toujours plus poussée. D'où la nécessité de la transversalité et de la pluridisciplinarité. Après plus d'une année passée au sein de l'association EGO-Aurore, force m'est de constater que la transversalité est quasiment dans ses gènes : il y a un poste transversal du médecin, un poste transversal d'infirmière, de conseiller juridique et plusieurs postes transversaux

d'éducateurs. Cette transversalité concerne les trois pôles d'EGO : le centre d'accueil du CAARUD, STEP et le CSAPA. Les trois entités jouent des rôles complémentaires relayant ainsi les informations de travail entre elles pour une bonne efficacité. Le poste transversal permet de bénéficier d'enrichissement supplémentaire dans l'approche relationnelle avec les usagers et les collègues. Il fait aussi appel à la capacité d'adaptation de la personne et son implication dans le poste qu'il occupe. Cette fonction permet d'observer la différence d'approche avec les usagers : au centre d'accueil, l'ambiance de travail est plus vive. La proximité est le lot quotidien du centre d'accueil qui doit composer avec notamment la gestion des rendez-vous du CSAPA. Ici, il faut être très réactif, toujours disponible pour répondre aux multiples sollicitations et faire preuve de vigilance pour faire baisser les tensions éventuelles, voire prévenir les conflits ou contenir la violence qui peut parfois s'exprimer. Et toujours avec une attitude bienveillante. À STEP, l'atmosphère de travail est un peu plus calme. On peut prendre réellement le temps de discuter avec l'usager et de l'orienter posément. Le « comptoir » qui sépare l'usager de l'éducateur marque une distance symbolique qui indique ici des

« limites » à ne pas franchir. Il favorise aussi la demande de l'usager. Sa demande de matériel de consommation est parfois l'objet de transition qui va favoriser l'émergence d'autres demandes auprès de l'éducateur. Ce qui est sûr, c'est que le partage d'informations, d'expériences, de savoirs sur ceux qui sont accueillis au CSAPA, à l'Accueil ou à STEP, contribue de manière évidente à donner une meilleure efficacité à l'intervention auprès des usagers, à mieux les accompagner dans leur trajectoire de vie.



Sylvain MOLOTOALA

solidarité À TABLE OUVERTE



L'association *La table ouverte* est un par-

tenaire privilégié et important de notre association. Son président Rachid Arar, habitant de la Goutte-d'Or et militant associatif

de la première heure, a toujours milité pour une appropriation de la citoyenneté par les habitants du quartier. Tout a commencé avec l'arrivée de l'héroïne dans le quartier dans les années quatre-vingt, après la fermeture du squat de l'îlot Chalon (haut lieu du trafic et de la consommation) près de la gare de Lyon. Trafiquants, usagers de drogues, prostituées se sont alors déplacés dans le 18^e arrondissement. Né dans le quartier, habitant de la Goutte-d'Or depuis 1961, Rachid a été le témoin de toutes ces mutations : « J'ai vu des morts, beaucoup de morts, trop de morts, des familles en deuil, j'ai vu l'arrivée des nouvelles drogues, le crack...tout ça m'était insupportable. » Il ajoute « Quand j'ai vu la dégradation du quartier, j'ai voulu faire quelque chose pour ce public spécifique. On a toujours été des commerçants et nous sommes dans un quartier qui a toujours été un espace de solidarité. Au sortir de l'indépendance algérienne, on a tout suite été dans l'entraide, la solidarité. Le quartier est « une auberge solidaire et sociale », c'est ce que nous reproduisons aujourd'hui avec *La table ouverte*, on s'inscrit dans cette tradition d'entraide solidaire. En ce qui concerne ma collaboration avec Ego, je connaissais Lia Cavalcanti et Leila Chala, leur travail, leur implication auprès des usagers. C'est donc tout naturellement que je me suis dirigé vers cette association. » Avec près de 80 repas distribués par semaine, plus de 4 000 par an, sans oublier la distribution régulière de fruits et légumes, on mesure l'implication et la générosité de *La table ouverte* auprès des usagers de drogues dans ce quartier singulier qu'est la Goutte-d'Or. Par ailleurs *La table ouverte* s'inscrit dans une démarche de prévention avec la volonté de servir des repas diététiques : « La priorité pour les usagers c'est la quête du produit et souvent ils négligent leur alimentation. Je veille à leur fournir des repas équilibrés avec des légumes et des produits de saisons ». *La table ouverte* mérite bien un coup de chapeau et nos remerciements

Mustapha BELHOCINE

~~**L'ÉTÉ A EGO : À LA MER COMME TOUT LE MONDE...** Comme l'année précédente, c'est avec les usagers que le CAARUD d'EGO a organisé deux sorties à la mer : une au Tréport, qui avait laissé un si bon souvenir l'an dernier, et une autre à Berck-plage. Une autre sortie a permis à tous de décrypter l'accompagnement socio-éducatif. Elles s'inscrivent dans la reconnaissance des usagers en tant que citoyens à part entière.~~

M.B.



échos.dego

LE TRAVAIL DE RUE NE S'IMPROVISE PAS (épisode 1)

LE TRAVAIL DE RUE FAIT PARTIE DES MISSIONS DES CAARUD. ALLER VERS LES USAGERS EST UNE MANIÈRE DE PROLONGER, HORS LES MURS, LE TRAVAIL DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES. ON PEUT DÉSIGNER CETTE FORME D'ACTION SOUS DIVERSES APPELLATIONS : MARAUDE, TRAVAIL DE RUE, ANTENNE MOBILE MAIS IL RESTE L'IDÉE ESSENTIELLE : ALLER VERS L'AUTRE, LÀ OÙ IL CONSOMME, S'APPROVISIONNE ET PARFOIS VIT. LE TRAVAIL DE RUE NE S'IMPROVISE PAS. IL FAUT APPRENDRE À OBSERVER, À COMPRENDRE LES PARCOURS, LES DÉAMBULATIONS DANS LE QUARTIER. C'EST CE QU'A FAIT ABDEL, ÉDUCATEUR À STEP. SES OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SERONT LIVRÉES AU FIL DES NUMÉROS D'ALTER-EGO. VOICI LE PREMIER ÉPISODE DE CE FEUILLETON.

L'objectif du travail de rue est de maintenir les liens avec ceux des usagers qui ont une fréquentation irrégulière, ou qui n'ont plus de contact avec les institutions. C'est aussi diriger vers les centres de nouveaux usagers entrant dans le circuit de la consommation et les mettre en contact avec les équipes éducatives et soignantes.

Au-delà de son aspect relationnel, le travail de rue sert aussi à approfondir la connaissance de notre environnement urbain et à prendre régulièrement la température, surtout lorsqu'il s'agit d'un quartier comme la Goutte-d'Or. C'est, en effet, un quartier dont les dispositions géographiques au sein du 18^e en font un lieu de passage et de brassage de populations venant de tous horizons. Parmi ces dispositions : la proximité avec deux gares d'importance européenne, d'un grand hôpital, de plusieurs marchés populaires (officiels ou parallèles) dont le célèbre marché africain de Château Rouge. Sa position à la lisière des 9^e, 10^e et 19^e arrondissements, ses liaisons ferroviaires avec la Hollande et la Belgique via la gare du Nord et ses connections avec les banlieues nord renforcent ces dispositions particulières.

Une bonne connaissance du quartier s'acquiert par une longue pratique de la rue. Sortir, c'est aussi apprendre à voir les choses qui ne se laissent pas facilement appréhender par un regard non averti. Car il faut avoir

un œil exercé pour arriver à distinguer parmi la foule et les flux de passants, les vendeurs de cigarettes de contrebande ou de portables dernier cri, les prostituées âgées, assises sur les bancs au début du Bd Barbès ou faisant semblant d'attendre le bus, les marabouts africains qui distribuent des prospectus vantant leur don de voyance et leur capacité à régler à peu près tous les problèmes, les organisateurs de jeux de hasard, entourés de complices en attendant les clients à plumer. On apprend aussi à voir les discrètes files d'attente devant les toilettes publiques, sous le pont du métro, pour s'y injecter, dans des conditions sanitaires déplorables, quand ce n'est pas sur le trottoir, entre deux voitures, la dose de produit qui comblera le manque.

APPRENDRE À REGARDER

A côtés de ces choses invisibles, il y a celles qui sautent aux yeux comme, un peu plus loin, sous le même pont, la grande misère, souvent venue d'ailleurs, des gens qui attendent pour avoir un bol de soupe distribué par une association caritative. Aussi, la vision de cette foule compacte qui se rassemble en fin d'après-midi sur la petite place, au croisement de la rue Caplat et du Bd de La Chapelle, où des objets en tout genre se vendent et s'achètent, sans pouvoir toujours distinguer les clients des vendeurs et que la masse protège des incursions policières.

Apprendre à regarder, c'est aussi suivre à la trace les indices de consommation sauvage dans les différents recoins du quartier : jardins publics, parkings, sanisettes... C'est dans ces lieux que nous faisons de la médiation, ramassons inlassablement des seringues usagées pour éviter les risques de contamination. Et ce qui nous pousse à alerter constamment les pouvoirs publics sur l'urgence de trouver une solution.

Aller dans la rue, c'est aussi voir que le territoire est partagé en secteurs de deal invisibles mais bien réels : subutex, cracks, médicaments à Château Rouge, Skénan et méthadone aux abords de Lariboisière.

Dans cette division, la cité Laumière étant, avant son démantèlement et en attendant la relève, le lieu du trafic à échelle industrielle. Il en va de même pour la prostitution dont la division territoriale est déterminée par une logique ethnico-géographique. Cette question nous concerne aussi dans la mesure où elle est souvent liée à l'usage de drogues. Ces territoires bougent et s'adaptent en fonction de la pression policière, telle qu'elle a été consécutive à la Zone de sécurité prioritaire (ZSP). Mais ces lieux finissent toujours par être réinvestis une fois la pression retombée.

(à suivre)

Abdellah BERGHACHI



À MELBOURNE, DANS LE SUD DE L'Australie, s'est tenue en juillet dernier, la **XXe** conférence internationale sur le sida. Ce fut l'occasion de faire le point sur l'avancée des recherches scientifiques et médicales et d'échanger avec les médecins et les associations de tous les continents. Nous avons rencontré **Marc Dixneuf**, directeur des programmes associatifs France à Sidaction. Il a assisté aux travaux de cette conférence.

Peut-on dire aujourd'hui que la lutte menée pour l'accès aux soins et aux traitements a porté ses fruits ?

Marc Dixneuf : Il est clair que le fait que 14 millions de personnes dans le monde bénéficient des traitements antirétroviraux a modifié le visage de l'épidémie. Il y a eu incontestablement des progrès dans l'accès aux traitements, même si cela ne représentent seulement que 47 % des 28 millions de personnes exigibles aux traitements. Rappeler

ons aussi que, entre 30 % et 50 % des personnes vivant dans le monde ignorent leur séropositivité. Tout comme il nous faut garder à l'esprit que si cette maladie s'est, d'une certaine manière, « banalisée », elle reste pour l'instant une maladie dont on ne guérit pas. J'ajouterai que les attitudes de stigmatisation et d'exclusion constituent toujours des vecteurs importants de la contamination. De ce point de vue, il suffit de regarder les politiques répressives de certains pays à l'égard des usagers de drogues ou des populations dites « marginales » et ceux des contaminations. C'est sans doute là où les politiques sont les plus sévères que la prévalence du VIH comme du VHC continue de progresser. Il est donc particulièrement intéressant de constater que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande aujourd'hui de cibler plus particulièrement les politiques de prévention, de dépistage et d'accès aux trai-

XXe conférence internationale sur le sida

RETOUR DE MELBOURNE



MARC DIXNEUF

tements les populations « exclues » : usagers de drogues, prostituées... De la même manière il convient de s'adresser aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Cette population continue à être celle qui se contamine le plus.

Cela fait déjà un moment que dans certains pays on cible ces populations notamment par des tests de dépistages rapides. Alors ?

MD : Oui, mais aujourd'hui nous allons plus loin. Il ne s'agit plus seulement de dépister mais de réduire les risques de contaminations. Evidemment la meilleure prévention reste l'utilisation du préservatif. Mais c'est un fait : il n'est pas toujours et en toute circonstance utilisé.

Lors de la conférence de Melbourne, il y a eu des échanges intéressants lors des sessions sur la prophylaxie préexposition (Programme PrEP). Celle-ci consiste à une prise d'un antirétroviral par les personnes séronégatives au VIH mais qui sont particulièrement exposées au risque d'infection, par exemple certains gays, des prostituées.

Et comment est administré ce traitement ?

MD : Il y a eu un débat à Melbourne pour savoir s'il fallait prendre tous les jours, quelques jours avant ou après une prise de risque, voire à la demande. La France participe à ce programme PrEP à travers l'essai Ipergay, (Voir encadré) coordonné par le Pr Jean-Michel Molina, de l'hôpital Saint-Louis (AP-HP). C'est en tout cas une voie pour un nouvel outil de prévention qui n'affaiblit en rien l'utilisation du préservatif. C'est plutôt le contraire qui se produit.

Où en est aujourd'hui la recherche sur les nouveaux traitements, le vaccin ?

MD : Si l'on parvient aujourd'hui, grâce aux traitements antirétroviraux, à rendre la charge de virus indétectable on ne parvient pas encore à détruire le virus. Il reste latent, caché dans les cellules réservoirs. La recherche dans ce domaine vise donc à atteindre le virus soit en le réactivant pour qu'il soit reconnu par le système immunitaire et les antirétroviraux et ainsi combattu ou bien, inversement, chercher à le détruire dans les réservoirs. Ce sont aujourd'hui deu-

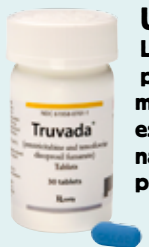
xvoies de recherche qui peuvent être prometteuses. Le cas très médiatisé du « bébé du Mississippi » a montré que malheureusement le virus qui était indétectable a montré deux ans après la fin des traitements qu'il était toujours présent et s'était réactivé chez la petite fille. Nous savons qu'une mise sous traitement dès une primo infection peut rendre le virus indétectable et réduire considérablement les risques de contamination. D'où les bienfaits du dépistage. Mais le virus n'est pas pour autant éradiqué de l'organisme. Le défi pour les chercheurs reste bien de l'éradiquer. Dans cet objectif, d'autres chercheurs travaillent toujours sur un vaccin. Comme l'exprimait Françoise Barré-Sinoussi, prix Nobel de médecine qui présidait l'International Aids Society (IAS) jusqu'au 25 juillet, il faut plus que jamais « une approche décloisonnée de la recherche ». C'est-à-dire travailler aussi avec des chercheurs qui travaillent sur d'autres maladies.

Quels sont les enjeux pour les associations de lutte contre le sida dans notre pays aujourd'hui ?

MD : Bien sûr les objectifs d'ONUSIDA pour 2020 sont intéressants : à savoir 90 % des personnes vivant avec le VIH dépistées, 90 % sous antirétroviraux et parmi ces dernières 90 % avec une charge virale indétectable. Nous avons de bons résultats en France, mais ils ne s'amélioreront que si les financements restent au niveau des besoins. Ce qui n'est pas forcément le cas. Il n'y a qu'à voir par exemple la recrudescence des contaminations en Grèce depuis que les financements publics se sont taris en particulier chez les usagers de drogues. Il faut aussi mettre en place un programme de prévention et de lutte contre le sida au niveau de l'Europe. Ce qui n'existe pas aujourd'hui. À l'heure de la libre circulation des hommes et des marchandises, il est nécessaire de penser ensemble les données sur l'épidémie au niveau européen, sur les flux migratoires ou même les déplacements d'une capitale à l'autre, particulièrement chez les gays. Il est temps de définir des actions communes de prévention. La collaboration entre les associations sur des données objectives me semble devoir être à l'ordre du jour.

UNE CONFÉRENCE ENDEUILLÉE

La veille de l'ouverture de la Conférence de Melbourne, le vol MH17 de la Malaysia Airlines au départ d'Amsterdam était abattu au-dessus de l'Ukraine. Parmi les victimes se trouvaient des responsables d'associations de lutte contre le sida ainsi que Joep Lange, président de l'International Aids society de 2002 à 2004 qui devaient participer aux travaux de la conférence. Tous les participants, choqués et bouleversés, leur ont rendu un vibrant hommage.



UN NOUVEL OUTIL DE PRÉVENTION VALIDÉ

La question était encore en débat à la Conférence de Melbourne : pouvait-on utiliser le Truvada et à quelle prescription comme moyen de prévention à la contamination du VIH/Sida ? La réponse est venue de France à la fin du mois d'octobre. En effet, l'Agence nationale de recherche contre le sida (l'ANRS) a confirmé que la prise de cette molécule au moment d'un rapport à risque réduit de manière significative le risque d'infection. Si cette nouvelle ne dispense pas d'utiliser le préservatif, elle vient cependant offrir une nouvelle sécurité dans l'éventualité de rapports non protégés. On savait déjà qu'il était possible de réduire les risques d'infection par le VIH par la prise d'antirétroviraux avant une prise de risque.

Avec l'essai Ipergay, mis en place en France sous la coordination du Pr Jean-Michel Molina de l'hôpital Saint-Louis (l'AP-HP), il s'agissait cette fois d'offrir une prophylaxie « à la demande » c'est-à-dire juste avant l'exposition au risque. La personne prenait un comprimé juste avant. Cet essai s'adressait aux HSH particulièrement exposés. Les participants à cet essai ont été répartis par tirage au sort dans deux groupes : l'un recevant du Truvada, l'autre le placebo. Les comprimés étaient pris au moment du rapport sexuel. Plus de 400 volontaires participaient à cet essai qui vient de s'arrêter. Les résultats bénéfiques sont tellement probants que l'ANRS a demandé l'arrêt de l'essai afin que tous les participants bénéficient de ce traitement. En effet il a été constaté chez le groupe prenant le Truvada une réduction de risques de plus de 80% !

PROPOS RECUEILLIS PAR MIREILLE RIOU



LA RÉFORME DES PRATIQUES POLICIÈRES EST UN AXE CENTRAL DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



« PROTÉGER ET SERVIR », TELLE EST LA DEVISE DE NOMBREUSES POLICES. MAIS QUI LA POLICE PROTÈGE-T-ELLE, ET QUI SERT-ELLE ? C'EST UNE VIEILLE QUESTION, VENUE DU FOND DES TEMPS. NE DEVRAIT-ELLE PAS « PROTÉGER ET SERVIR » TOUT LE MONDE ? DES POPULATIONS PEUVENT-ELLES, DOIVENT-ELLES ÊTRE TENUES EN DEHORS DE CETTE PROTECTION, EN VERTU DE LOIS QUI CONDAMNENT LEURS PRATIQUES ? DANS LE DOMAINE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA, CES QUESTIONS SONT PARFOIS AIGUËS.

Un peu partout sur la planète les travailleur.ses du sexe et les usager(es) de drogues - mais on pourrait citer bien d'autres catégories de personnes - témoignent du fait que la police fait obstacle à leur accès aux services de santé, à leurs droits sociaux ainsi qu'à leurs droits les plus élémentaires. Des mesures de prévention ou de soin qu'on tient pour efficaces (préservatifs, matériel stérile, traitements) échouent à atteindre des personnes en difficulté, souvent moins du fait de leurs modes de vie que de celui de lois en vigueur, des politiques mises en place, ou des mesures adoptées pour les faire respecter. Ainsi en Russie, au Zimbabwe ou aux Etats-Unis, être en possession de préservatifs est-il utilisé comme la preuve qu'on se livre

à la prostitution. Ou en Chine, au Vietnam, en Birmanie, en Russie, chercher à se procurer des seringues stériles peut-il valoir des ennuis avec la police, voire la prison.

Cet usage des forces de police, ou ces habitudes prises par les policiers, vont contre les droits des personnes. Ils vont aussi contre l'intérêt des communautés et de la santé publique, c'est à dire de la collectivité dans son ensemble. C'est ce que commencent à comprendre les polices d'un certain nombre de pays : ça et là des expériences sont apparues, de collaboration entre associations de travailleur.ses du sexe et/ou de consommateur(trices) de drogues et services de police, pour promouvoir des programmes de santé et améliorer la sécurité des personnes. Mais ce sont des initiatives isolées et mal connues. C'est pourquoi les Fondations Open Society, un réseau de fondations fondé par George Soros qui s'est donné pour but de « construire des démocraties vivantes et tolérantes dont les gouvernements sont responsables devant leurs citoyens », se sont employées à les rendre visibles.

En 2012 ont ainsi circulé des appels à témoignages dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, pour repérer

les programmes en ce sens. Plus de 90 réponses ont été collectées et les expériences ont été évaluées au vu d'un certain nombre de critères, comme le niveau d'implication des personnes concernées par le harcèlement policier, l'impact des dispositifs, ou leur capacité à s'institutionnaliser au sein des services de police. Une brochure a ensuite été éditée, qui présente dans le détail six des expériences décrites (en Birmanie, au Kenya, au Ghana, au Kirghizistan, dans l'Etat indien d'Andhra Pradesh et à Calcutta) et expose les conditions qui, au vu de toutes ces expérimentations, font le succès des dispositifs.

SEPT FACTEURS DE RÉUSSITE

Sept facteurs de réussite ont été dégagés. Le premier consiste à faire appel aux intérêts des policiers. Très souvent, rappelle le rapport, leurs actes de harcèlement envers les prostitué(es) et les usager(es) de drogues résultent d'incitations perverses : de quotas d'activité incitant à multiplier les arrestations par exemple, ou d'une faiblesse des salaires favorisant la pratique du racket. Il faut donc commencer par inverser les incitations, et stimuler l'intérêt des policiers à modifier leurs pratiques, que cet intérêt soit moral, professionnel (pacifier

et sécuriser leurs conditions de travail) ou personnel (la perspective de promotions par exemple). Le second facteur consiste à s'assurer bien sûr du soutien de ces programmes dans les échelons les plus élevés de l'appareil policier. Le troisième réside dans la mise en place systématique de formations des agents des forces de l'ordre impliquant des travailleur(es) du sexe et/ou des consommateur.rices de drogues. Au Ghana, où le « Programme de contrôle du sida » des services de police a déjà été suivi par 2000 agents, les travailleuses du sexe expliquent elles-mêmes l'impact de la répression et des abus policiers sur leur vie dans des sessions qui leur sont réservées. Se confronter à elles, leur laisser l'espace de s'exprimer, permet de réduire l'écart entre les unes et les autres et de démentir les représentations toutes faites.

Une quatrième condition consiste à engager la responsabilité des policiers et à créer des mécanismes, non seulement d'alerte, mais de sanction en cas d'abus : au Kenya, six prostituées ayant ainsi signalé un officier de police qui les forçait à avoir des relations sexuelles avec lui sans préservatif, il a été conduit à démissionner.

TOURNOIS DE VOLLEY BALL

Le cinquième facteur de succès est celui du renforcement des liens entre policiers et personnes habituellement criminalisées, par delà même les actions de formation. Au Kenya par exemple l'association Kash (Keeping Alive Societies' Hope) organise des tournois de volley avec des équipes mixtes policiers-travailleur(es) du sexe, et encourage simultanément les uns et les autres à se faire dépister pour le VIH, dans des programmes communs.

Sixième mesure, le rapport insiste sur la nécessité de soutenir la formation de groupes d'autosupport, de façon que travailleur(es) du sexe et usager(es) de drogues s'organisent et articulent des positions communes face aux comportements policiers. Dans l'Etat d'Andhra Pradesh par exemple, ce support a permis aux travailleur(es) du sexe de développer des compétences de leadership, et de peser dans la défense collective de leurs droits et de leur santé.

Enfin le septième facteur relève tout simplement du nerf de la guerre : même si ces programmes sont dans l'ensemble peu coûteux, trouver des soutiens financiers et les moyens de les

pérenniser reste bien sûr une condition sine qua non. « Nous pensons que ces personnes étaient des "cibles" mais nous les voyons maintenant comme des partenaires », expliquait en juillet 2014 à la XXe conférence internationale sur le sida de Melbourne le lieutenant-colonel Lam Tien Dung de l'Académie de la Police du Peuple du Viêt-Nam, qui présentait un programme de ce type.

LES LECONS DU VIH

« Je considère une personne qui fait commerce du sexe comme n'importe quel autre être humain qu'il m'a été demandé de protéger en tant que policier. Chaque individu doit être protégé quel que soit son travail » renchérisait le chef superintendent Jones Blantari, à qui l'on doit notamment le dispositif mis en place au Ghana.

Rien n'est jamais acquis et ces programmes restent fragiles. Ils sont à la merci du moindre retournement politique, comme d'individus ou d'unités de police refusant le changement. Mais « les leçons de plus de deux décennies de réponse au VIH et des expériences menées dans ces pays sont claires », insiste Open Society : « La réforme des pratiques policières n'est pas un 'extra' qui ne nécessiterait de financements qu'après avoir répondu aux autres besoins de la lutte contre le sida. Ce doit être un axe crucial des mesures de prévention prises en direction des personnes criminalisées, de la distribution de préservatifs ou de seringues stériles, et soutenu comme un axe central des programmes de lutte contre le sida. »

Au passage ces programmes rappellent aussi une chose très simple : quoi qu'ils en pensent et quels que soient les droits que souvent ils s'arrogent, les policiers peuvent eux aussi être séropositifs ou exposés au VIH d'une manière ou d'une autre. Ce ne sont jamais, eux aussi, que des membres de la communauté.

AUDE LALANDE



La réforme des pratiques policières n'est pas un 'extra' qui ne nécessiterait de financements qu'après avoir répondu aux autres besoins de la lutte contre le sida. Ce doit être un axe crucial des mesures de prévention prises en direction des personnes criminalisées, de la distribution de préservatifs ou de seringues stériles, et soutenu comme un axe central des programmes de lutte contre le sida.



LE SITE DE LA FONDATION OPEN SOCIETY

To protect and serve. How police, sex workers, and people who use drugs are joining forces to improve health and human rights, Open Society Foundations, 2014, 58p :

www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/protect-serve-20140716.pdf



DENISE SERAFIM
PSYCHOLOGUE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU BRÉSIL

RÉDUCTIONS DES RISQUES AU BRÉSIL

“ JE SUIS VENUE À EGO POUR APPRENDRE ”

DENISE SERAFIM EST PSYCHOLOGUE AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU BRÉSIL. EN SÉJOUR D'ÉTUDE EN FRANCE, ELLE A CHOISI, PARMIS SES LIEUX DE FORMATION, L'ASSOCIATION EGO-AURORE. ELLE NOUS DIT POURQUOI.

Conseillère technique au ministère de la Santé à Brasilia, Denise est en charge la prévention du VIH/sida et des hépatites virales des populations vulnérables : usagers de drogues, prostituées, travestis, homosexuels. « Les usagers de drogues ont marqué l'histoire de l'épidémie au Brésil. C'est au début des années 90 qu'une politique nationale a été instituée visant à réduire le risque de contamination chez les consommateurs de drogues injectables. Depuis, la dynamique de consommation a changé et, actuellement, le Brésil est largement confronté à des usagers consommateurs de crack. Une enquête nationale (Fiocruz 2013) souligne que cette consommation touche particulièrement les milieux défavorisés de la capitale et des grandes villes. Mais le monde rural aussi est touché ». Selon Denise, le Brésil compte environ 370 000 consommateurs de crack. Parmi eux 14 % de jeunes mineurs et 40 % vivent à la rue.

Le choix d'EGO semble donc évident : « Je connaissais le très bon travail d'EGO sur le crack ainsi que les résultats remarquables de la contention du VIH chez les usagers de drogues en France. Cela valait la peine de venir voir et d'apprendre auprès de ceux qui ont mis au point des outils de réduction des risques pour le crack avec le « kit-base ». Autour des années 2000/2001, il existait au Brésil dix projets pilotes de la réduction des risques liés aux usages de drogues dont un particulièrement consacré au développement d'un kit pour consommation de crack.

UN KIT CONÇU ET FABRIQUÉ PAR LES CONSOMMATEURS

Ce kit a été conçu et fabriqué par les consommateurs eux-mêmes dans des ateliers d'ONG. Ils étaient rémunérés pour ce travail. C'est à Juiz de Fora, ville de l'état de Minas Gerais qu'est née la première pipe à crack réalisée dans un bois très malléable et une petite grille de métal posée au fond de la pipe. Mais l'expérience n'a pas débouché sur une généralisation de cet outil en tant que politique publique. » Compte tenu de la situation d'urgence,

la présidente Dilma Rousseff a défini un plan national pour faire face au crack en donnant la priorité à la santé et à la sécurité. « Un premier bilan au bout de quatre ans montre d'importantes avancées comme le renforcement du travail de rue, l'articulation avec les services sociaux, un changement de regard des professionnels de la sécurité sur les drogues. Cependant, il est aujourd'hui nécessaire d'élargir les actions vers les questions du logement, de l'emploi. La politique publique de réduction des risques doit s'adapter aux consommateurs de crack.

La Préfecture de Sao Paulo a mis en place un plan avec cette conception pluridisciplinaire. Dans la définition des politiques publiques les usagers, organisés dans deux associations, sont partie prenante. C'est ainsi que la scène de drogues de San Paolo, surnommée « Crackoland » a été démantelée dans le cadre du projet « Avec les bras ouverts », que 400 usagers de drogues ont participé au nettoyage du quartier et ont été logés dans des hôtels. Certains ont ainsi trouvé un travail et s'insèrent peu à peu. « Le résultat est tellement probant, dit Denise, que les acteurs de

la réduction des risques entendent faire généraliser la démarche. ».
Mais là aussi les choses ne sont pas simples. Ici aussi cela dépend du rapport des forces politiques. Ici, comme ailleurs, on trouve des tenants du tout répressif qui estiment que la moindre tolérance revient à « inciter à la consommation ».

LA DISPONIBILITÉ DES ÉQUIPES DE STEP

Ce que Denise retient de l'expérience d'EGO c'est « l'organisation d'un centre comme STEP, la disponibilité des équipes, les activités proposées aux usagers, le travail de rue, l'ouverture jusqu'à 22h avec distribution du matériel de consommation. Nous n'avons pas cela au Brésil. Ni même le Kit-Base qui est ici financé. » Et Denise apprécie tout particulièrement l'Assemblée publique : « C'est un vrai travail dans la communauté. Les usagers participent aux décisions et sont intégrés dans la vie du quartier ».

Ce qu'elle souhaite aujourd'hui ? « Que l'expérience de San Paolo et celles d'autres pays, dont la France, permettent d'aller de l'avant dans les années à venir ». Les vœux d'EGO l'accompagnent.

Mireille RIOU

Elections d'une "Miss Trans" au Brésil.



" C'EST LE PERSONNEL DE L'HÔPITAL QUI M'A TRANSMIS L'ESTIME DE SOI "

LORSQUE MÉLISSA ARRIVE À NOTRE RENDEZ-VOUS CE SOIR LÀ, PLACE DE LA RÉPUBLIQUE À PARIS, JE SUIS STUPÉFAIT DE VOIR CETTE FEMME SI DIFFÉRENTE DE CELLE QUE J'AI CONNUE IL Y A SIX ANS AU CSAPA EGO. ELLE A UNE DÉMARCHE VIVE ET LE SOURIRE AU COIN DES LÈVRES. MÉLISSA A DERRIÈRE ELLE, VINGT CINQ ANS DE CONSOMMATION DE DROGUES, DE PROSTITUTION. ELLE A APPRIS SA SÉROPOSITIVITÉ HIV DANS UN CDAG PARISIEN OÙ ELLE AVAIT DÉCIDÉ DE SE RENDRE AVEC SON CONJOINT.



« Quelques jours après, on m'a reçue dans un bureau pour l'annonce de ma séropositivité. Je n'ai pas été étonnée par l'annonce, la consommation rend fataliste ! Je connaissais déjà ma séropositivité pour le VHC que j'avais apprise en prison à l'âge de vingt ans, une amie m'a appris plus tard qu'elle avait utilisé ma seringue à mon insu »

Mélissa a mis du temps à réagir face à cette contamination au HIV : « Il a fallu que je me trouve au bord du précipice, c'est-à-dire en réanimation à l'hôpital. Là j'ai été mise sous trithérapie. Sans cet encadrement, je crois que cela se serait mal terminé... Finalement, par l'intérêt qu'il me portait, le personnel de l'hôpital m'a donné une estime de moi.

Certains s'aiment

assez pour mettre des barrières, moi j'étais tête brûlée, il fallait passer par là. Le VIH m'a mis dans la réalité et m'a obligée à me prendre en charge. Je préfère avoir un virus qu'être dépressive ! »'

Dès lors Mélissa s'installe durablement dans le soin, la trithérapie, la substitution, le traitement de son hépatite C à deux reprises. La première est un échec et la deuxième (dix huit comprimés par jour pendant un an) permet la guérison, un appartement thérapeutique, d'abord à Créteil pour s'éloigner de Paris puis à Paris.

À la question sur l'avenir, Mélissa répond qu'elle prépare une équivalence du bac pour enchaîner sur un diplôme d'éducateur.

C'est Mélissa qui, à l'occasion du 1er décembre, nous a proposé de témoigner de son histoire. Cette femme de 45 ans, mère de trois enfants (qu'elle suit régulièrement) dit haut et fort qu'elle se sent plus épanouie que beaucoup de femmes de 45 ans. « Après une enfance trop difficile, je me suis bullée dans la consommation ». Elle ajoute avec une lucidité émouvante : « Les usagères ont un très fort désir de maternité et une inaptitude à être maman ». Et lâche tout de go : « J'ai découvert le plaisir à 40 ans .»

Cette sincérité, Mélissa l'expose pour que cela serve à d'autres usagers, d'autres jeunes femmes. C'est pour ces mêmes raisons qu'elle a accepté un rôle dans le film " Stalindgrad Lovers " de Fleur Albert.

Aujourd'hui, comme un symbole, Mélissa est en passe d'arrêter sa substitution , elle ne prend plus qu'un milligramme de méthadone

Jean-François BIGNON

BARCELONE

DEPUIS 1987 RÉDUIT LES DOMMAGES

PAR CARMEN VECINO
PSYCHIATRE

C'EST EN 1987 QUE BARCELONE A COMMENCÉ À METTRE EN PLACE SA POLITIQUE DE RÉDUCTION DES DOMMAGES (1). À L'ORIGINE, IL S'AGISSAIT SURTOUT DE RENTRER EN CONTACT AVEC LES USAGERS DE LA RUE. L'HÉROÏNE ENTRAÎNE MASSIVEMENT EN ESPAGNE ET LA MAJEURE PARTIE DES USAGERS NE POUVAIT PAS ACCÉDER AUX CENTRES DE TRAITEMENT QUI PRÔNAIENT ESSENTIELLEMENT L'ABSTINENCE.

Acette époque les usagers de drogues, en nombre important, généraient des problèmes de sécurité pour la ville (braquages de banques, vols dans les commerces, agressions physiques, etc...) En même temps, l'épidémie de VIH parmi eux augmentait de façon exponentielle.

Au cours des années quatre-vingt-dix, apparaissent les programmes d'échanges de seringues et la substitution. La méthadone est réglementée. Auparavant elle n'était prescrite que par quelques centres et restait donc très difficile d'accès. En effet, le gouvernement espagnol a voulu contrôler sa dispensation en autorisant la prescription uniquement à des centres spécialisés et à quelques professionnels.

LES CRITÈRES ONT ÉTÉ ASSOULIS

Si les critères pour entrer dans un programme méthadone étaient très stricts au début, ils ont été rapidement assouplis, rendant le traitement accessible à tous ceux qui le souhaitaient. Les usagers ont donc commencé à avoir accès aux soins changeant complètement la situa-



tion de la ville en réduisant visiblement le niveau de violence ainsi que les risques sanitaires liés au VIH. Pour mettre en œuvre ces programmes un large travail pédagogique a dû être entrepris. Avec les professionnels des centres de traitement d'abord, qui devaient s'habituer à une nouvelle patientèle et à un nouveau modèle de traitement ; avec la police, les politiques et les citoyens ensuite car pour beaucoup l'échange de seringues était vue comme une incitation à la consommation de drogues.

En 1993, un bus méthadone sillonne la

ville rendant la méthadone facilement accessible. La même année la Croix rouge crée avec la ville, le premier centre « Chaleur et Café » pour accueillir les usagers en un lieu fixe, le « SAPS » qui ouvre deux ans plus tard deux places pour consommation supervisée des drogues par voie injectable.

Vers la fin des années 90, les programmes de réduction des dommages ont commencé à augmenter et à s'installer dans plusieurs arrondissements de la ville. Tous les centres ouverts à Barcelone l'ont été sur le modèle psychosocial mais, à la

différence d'autres pays, la partie sanitaire est primordiale. C'est en effet au nom de la santé publique que les choses sont faites, que les dispositifs sont financés. Les changements urbains survenus après les JO de 1992, ont déplacé le deal et les scènes de consommation.

LE CAN TUNIS

Le trafic s'est concentré dans une zone particulière de Barcelone : le Can Tunis. Là, chaque jour, à peu près 1000 usagers venaient acheter et consommer de la drogue dans de très mauvaises conditions. « Can Tunis » s'est développé parce que les trafiquants ont commencé à disparaître des autres zones. À « Can Tunis » il n'existait pas de structure pouvant accueillir parce que les politiques de la zone n'autorisaient à l'époque que deux unités mobiles. Finalement en 2002 fut mis en place une tente avec trois places pour une consommation supervisée de drogues par voie injectable. Comme les usagers de drogues allaient consommer à Can Tunis, il n'y avait pas ou peu de problèmes avec les consommateurs de drogues dans le reste de la ville. Les problèmes sont apparus lorsque Can Tunis a été démantelé pour être annexé au port de Barcelone. Les professionnels de terrain et ceux de la santé se sont immédiatement demandé ce qui allait se passer avec les usagers de drogues. Grâce à des enquêtes avec des usagers, l'administration a identifié trois arrondissements où ils allaient revenir et donc où il faudrait ouvrir des salles de consommation : « Neu Barris », « Ciutat Vella » et « Sants ». (2).

En 2004, quatre mois après la fermeture de « Can Tunis », la salle de consommation Baluard à « Ciutat Vella » au centre historique de Barcelone, fut ouverte avec tous les services de réduction des dommages : échange de seringues, alimentation et douches. Un « Calor i café » fut aussi ouvert dans la rue Robadors.

UNE IMPORTANTE IMMIGRATION

À partir des années 2000, Barcelone connaît une importante immigration. Parmi elle, beaucoup sont usagers de drogues : des Russes, des Géorgiens, des Ukrainiens ayant commencé à consommer dans leurs pays d'origine. Ils ont été rejoints peu à peu par des Bulgares, des Roumains, contribuant à augmenter le nombre des usagers de drogues dans la ville et surtout dans le centre ville. Si la salle Baluard n'avait pas existé, ils

n'auraient eu comme seule possibilité que de consommer dans la rue. Même si actuellement ce flux migratoire des usagers de drogues tend à diminuer, plus de la moitié des personnes fréquentant la salle Baluard sont des étrangers. Aussi, un des défis à relever pour les professionnels des centres fut d'expliquer à ces personnes la manière de se comporter en ville, de ne pas consommer devant d'autres personnes, de ne pas jeter les seringues usagées sur la voie publique. Il a fallu pour cela faire appel à des médiateurs de rue parlant leurs langues.

L'explosion de l'immigration, surtout à partir de 2008, a produit une concentration d'usagers en centre ville et une saturation des structures. Les groupes politiques se sont alors mis d'accord pour créer des espaces de consommation dans d'autres quartiers de la ville. À partir de 2010, il a été décidé que tous les centres de traitement des addictions appartenant à l'Agence de santé publique de Barcelone auraient un espace de consommation. Le modèle consiste à intégrer dans un même espace la réduction des risques et les soins à l'image de ce qui existe depuis 2005 dans le Centre d'assistance et suivi (CAS) de l'hôpital de Vall d'Hebron.

UNE COMMUNAUTÉ INFORMÉE

Dès le début du travail de la réduction des dommages à Barcelone, nous nous sommes focalisés sur deux versants : l'attention à l'utilisateur dépendant des drogues et l'attention de la communauté où l'utilisateur circule. Cette communauté doit, d'un côté, être informée et éduquée sur l'utilité de ces centres et, de l'autre, pouvoir donner des informations sur ce qui se passe dans la rue, quels sont les problèmes, où se trouvent les usagers etc... Sans ce travail, les centres de réduction des dommages n'existeraient pas.

Si l'on veut que la réduction des dommages fonctionne, il faut faire coopérer toutes les personnes qui rencontrent des usagers de drogues : les professionnels, les voisins, la police. Avec la police, c'est un travail de collaboration qui fonctionne très bien à Barcelone. La police peut nous solliciter lorsqu'elle fait une enquête et nous la sollicitons lorsque la situation dans le quartier ou dans le centre ville devient trop compliquée à gérer par les professionnels. Les voisins, eux, ont les coordonnées de la salle et de l'équipe communautaire qui



Carmen Vecino est responsable des programmes de réduction des dommages du Service de prévention et attention aux dépendances aux drogues de l'Agence de Santé publique de Barcelone.

vient systématiquement quand elle est appelée. Nous avons voulu inclure les riverains dans les comités de pilotage des centres de réduction des dommages. Les maires des arrondissements ont, par contre, préféré inclure uniquement des professionnels et organiser des réunions explicatives avec les riverains. Cela fonctionne très bien aussi. Les riverains comprennent que lorsqu'il y a du trafic dans le quartier, l'existence des centres pour accueillir les usagers est fondamentale.

(RECUEILLIS PAR LÉON GOMBÉROFF)

*Responsable des programmes de réduction des dommages du Service de prévention et attention aux dépendances aux drogues de l'Agence de Santé publique de Barcelone.

(1) Terme préféré en Espagne à celui de « réduction des risques » plus fréquent en France.

(2) Évidemment, le démantèlement du « Can Tunis » n'a pas affecté uniquement des quartiers dans Barcelone même. Plusieurs scènes de drogues en banlieue proche ont ressurgi. Le quartier de « La Mina » mérite une mention spéciale. Il est fortement investi par les usagers actuellement. Une salle de consommation existe depuis 2003.



BONNES FÊTES À TOUS