NOTE THEMATIQUE

TREND - Marseille 2005

Usage et modalité d'usage de produits illicites au sein des populations nouvellement arrivées en France

Coordination
M. Etienne ZURBACH

Chargée d'étude
Mlle Florence CHATOT

Sommaire

Introduction **3**

1. Un aperçu de l'apparition et de la présence de cette/ces population(s) sur le site **4**

2. Caractéristiques des nouveaux arrivants désignés par l'appellation « usagers originaires d'Europe de l'Est » **5**
2.1.Un bref état des lieux des politiques publiques :
De la « lutte contre la drogue » à « la réduction des risques » 7
2.2. Description sociodémographique de la population étudiée 7

3. L'espoir déçu d'une vie meilleure en France **9**

4. Situation sociale : Un mode de vie spécifique **11**
4.1. Entraide communautaire ou solidarité conflictuelle 11
4.2. La crainte de la dénonciation 11
4.3. La barrière de la langue 12

5. Conditions concrètes d'existantes des usagers originaires d'Europe de l'Est **12**
5.1. Condition de séjour sur le territoire français 12
5.2. L'hébergement 13
5.3. L'accès aux droits sociaux 14
5.4. Les ressources 15

6. Consommation de substances psychoactives **16**

7. Situation sanitaire des usagers originaires d'Europe de l'Est **18**

8. Accès aux dispositifs spécifiques de prise en charge (première ligne et CSST) **20**
8.1. Du clivage au sein des structures… 20
8.2. … au clivage au sein du public : le cas des usagers clandestins et des usagers les plus en difficulté 20
8.3. Facteurs limitant l'accès des usagers originaires d'Europe de l'Est aux structures spécialisées et difficultés rencontrées par les intervenants 21

Conclusion **23**

INTRODUCTION

Le thème « toxicomanie et immigration » est un sujet complexe, à traiter avec prudence. Bien qu'il n'y ait pas de rapport de cause à effet direct entre ces phénomènes, ils témoignent tous deux d'une situation de rupture sociale, affective, et culturelle.

À Marseille, si la littérature traitant de l'usage de psychotropes parmi les personnes immigrées de première génération est peu abondante[1], de nombreuses études se sont attachées à comprendre la situation sociale des usagers immigrés de deuxième génération. Elles montrent que l'intégration de la génération née en France est jalonnée de conflits et de contraintes culturelles, religieuses et langagières. Ces travaux peuvent nous aider à identifier certaines « logiques de comportement » propres aux personnes en migration[2].
Parler d'un « panel de vulnérabilité » qu'offre la société française aux primo arrivants comme aux « marginaux » et aux usagers de substances psychoactives permet de mieux saisir les stratégies de survie développées par ces populations. Ces stratégies sont toujours des moyens d'existence « a minima » au sein d'un univers perçu comme répressif et hostile ; mais paradoxalement, dans l'ordre social établi, elles désignent des trajectoires « déviantes ».
C'est en ce sens qu'il faut envisager une compréhension de la toxicomanie axée sur les personnes immigrées de première génération : comme des révélateurs d'un malaise social ou/et d'un mal être identitaire. Connaître le parcours de ces personnes, leur histoire individuelle, celle de leur famille comme celle de leur pays d'origine (accès aux soins, stigmatisation des maladies et des comportements, rapports au corps et à la sexualité) permet de mieux évaluer les modalités de leur prise en charge qui, à défaut de leur relation aux psychotropes, semble spécifique.

---

[1] Un récent rapport publié par l'Observatoire Régional de la Santé PACA en Octobre 2005 donne un éclairage intéressant sur la situation des « jeunes immigrés d'Europe de l'Est arrivés depuis peu en France ». Cette recherche qui a pour objet « l'évaluation des besoins des Usagers de Substances Psychoactives en grande Précarité (USPP) à Marseille» a été menée auprès de professionnels du secteur spécialisé et du secteur précarité. Ont participé à l'étude 18 structures spécialisées auprès des usagers de substances psychoactives (CSST, CCAA et associations impliquées dans la RDR) et 37 structures généralistes présentes à Marseille (Associations spécialisées dans la prise en charge de populations spécifiques (jeunes, prostitués, VIH), Structures humanitaires ou caritatives, Hébergements d'urgence ou d'insertion, Accueils de jour, Services d'orientation, Centres médico-psychologiques, Institutions locales (DDASS, Préfecture, Ville), Centre pénitentiaire etc..).

[2] *La construction de la personnalité d'un individu suppose toujours la médiation culturelle d'une société avec une interaction très forte entre culture et personnalité. La toxicomanie apparaît comme la rencontre d'un individu, d'un produit et d'un moment de la société. Le toxicomane, lui, à ce moment précis de la rencontre apparaît comme une "histoire". Chez les toxicomanes maghrébins, il existe un point commun dans leur "histoire" : l'émigration ou l'origine étrangère difficile à vivre avec d'une part l'affrontement des deux cultures en présence et d'autre part le rejet historique par la société française de ce qui est maghrébin.* **(**KHALDI K., Paris, Association Charonne, 1988, 89 p.).

1. Un aperçu de l'apparition et de la présence de cette/ces population(s) sur le site

À Marseille, la population maghrébine est la plus représentée parmi les personnes immigrées de deuxième génération, mais pas parmi les primo arrivants. Il en est de même chez les usagers de drogue qui fréquentent les structures spécialisées et les associations de Réduction Des Risques (RDR). *« La plupart d'entre eux sont en situation irrégulière, mais sont nés en France, seulement, à 18 ans, ils n'ont jamais changé leur nationalité »* explique un intervenant.

Dans les structures spécialisées (CSST et associations de RDR), les « nouvelles populations immigrées » désignent communément les personnes originaires d'Europe de l'Est c'est-à-dire les Russes, Tchétchènes, Géorgiens, Polonais, Hongrois, Ukrainiens, Roumains, Kosovars, Yougoslaves, Bosniaques, Azerbaïdjanais, Estoniens, Lettons, Lituaniens Slovaques, Slovènes et Tchèques. Les Polonais, les Russes, les Ukrainiens et les Tchèques semblent être les plus représentés dans les dispositifs spécialisés Marseillais. À Aix-en-Provence, la communauté polonaise est la plus présente, du moins la plus visible.

Les primo arrivants usagers de substances psychoactives qui sont originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique Subsaharienne ne fréquentent pas suffisamment les structures spécialisées pour que leur description soit représentative d'une population : *« Il n'y en a pas, un ou deux par an, c'est trop peu pour en parler »* note un intervenant.
En effet, les discours recueillis sur ce profil particulier mettent en avant des trajectoires migratoires et des parcours de consommation spécifiques, de l'ordre du cas par cas, qui ne peuvent être analysés dans une approche globale. Si ce public existe, la clandestinité de son mode de vie semble le tenir éloigné des dispositifs d'observation, mais également des structures spécialisées.

Un responsable d'observation note à ce sujet : *« Un entretien auprès d'une mère de famille d'origine comorienne investie dans son quartier comme médiatrice de santé publique a confirmé l'existence de consommation de stupéfiants chez des personnes issues d'Afrique Subsaharienne dans les quartiers d'habitat social de la périphérie marseillaise. Cependant, il n'a pas été possible d'aller au-delà de ces informations tant la question de l'usage semble tabou au sein de ces communautés.*
À titre illustratif, il cite la personne rencontrée :
« On sait que ça existe, on sait même parfois de qui il s'agit mais tout le monde fait comme si le problème n'existait pas. Ils vont faire leurs affaires ailleurs, en dehors du quartier, et tout le monde s'en contente. Pour les parents, c'est le déshonneur d'avoir un drogué dans la famille, donc, officiellement, ça n'existe pas. Les gens se taisent et les mamans pleurent dans leur coin. Il n'y a aucun moyen d'aborder la question, pas plus chez les comoriens que chez les camerounais ou les ivoiriens » ».

En réponse à une situation de plus en plus préoccupante, une structure de RDR présente dans l'hyper centre marseillais a récemment mis en place des actions de prévention orientées spécifiquement vers les migrants. Le public accueilli est composé en grande partie de femmes originaires d'Afrique subsaharienne en demande de traitement du VIH, lequel fait défaut dans leur pays. Les situations rencontrées sont critiques à bien des niveaux.

« Certaines femmes quittent leur pays pour accéder au soin en France, elles restent des mois aux frontières algériennes et marocaines où elles se prostituent. Lorsqu'elles arrivent ici, elles font des demandes de régularisation, mais avec le permis de trois mois elles n'ont droit à rien et ne peuvent pas accéder au logement, donc, entre autres, elles se prostituent de nouveau » explique un intervenant en contact avec ce public.

Pour cette population, l'usage de produits psychotropes semble remplir une fonction particulière. Il sert de stimulant ou de désinhibant dans les situations de souffrance, mais n'apparaît pas comme un problème prioritaire dans la mesure où les usagers n'entretiennent pas de dépendance vis-à-vis du produit. L'alcool et les benzodiazépines sont utilisés pour se « *déconnecter de la réalité »* et supporter la prostitution.

Certains intervenants présents lors du groupe focal « application de la loi », ont également fait part de consommation de cocaïne parmi les femmes issues d'Europe de l'Est en situation irrégulière. Selon un agent des forces de l'ordre, il semblerait que ces consommations interviennent dans une logique de dopage aidant à la prostitution et qu'elles soient gérées par des réseaux de proxénètes.
Cependant, aucun observateur n'a pu être en contact avec ces personnes et nous manquons donc de données pour en parler. Les professionnels de la RDR ne rencontrent pas non plus ce public qui semble vivre dans la clandestinité et l'anonymat le plus clos.
Toutefois, dans ce contexte également, l'usage de substances psychoactives apparaît comme un problème connexe à des difficultés sociales et personnelles plus lourdes encore.

Cette investigation spécifique traitera donc uniquement de la situation sociale et sanitaire des usagers de substances psychoactives originaires d'Europe de l'Est implantés à Marseille récemment.

2. Caractéristiques des nouveaux arrivants désignés par l'appellation « usagers originaires d'Europe de l'Est »

Quelques précisions théoriques doivent ici être signalées afin de cerner efficacement les personnes désignées sous le vocable « usagers originaires d'Europe de l'Est ».

En premier lieu, cette appellation commune souffre d'un manque de rigueur et ne doit être comprise qu'à titre indicatif. Cependant, si elle déprécie la diversité des appartenances sociale et culturelle et leurs incidences en matière d'accès aux soins et de prise de risque, elle rend également compte de la perception homogénéisante des professionnels vis-à-vis de ce public. Les Polonais, les Russes, les Ukrainiens, les Tchèques etc… sont considérés dans une même globalité ; ce sont leurs caractéristiques communes qui semble en faire un groupe « à part » dans les descriptions des intervenants.
En effet, les particularités saillantes relevées dans les discours des acteurs tournent principalement autour de trois aspects : le caractère communautaire du mode de sociabilité de ces usagers, la difficulté des échanges conditionnée par la barrière de la langue et la précarité de leur situation sur le sol français. Les problèmes d'alcoolisme sont également mentionnés de façon récurrente. Mais la nationalité réelle d'appartenance, lorsqu'elle est connue, n'apparaît jamais comme une caractéristique déterminante, du moins elle ne fait pas sens dans les discours.

Il n'a donc pas été possible de décliner les données recueillies en fonction de la nationalité des usagers, bien qu'un tel exercice aurait vraisemblablement conclu à une diversité plus nette des trajectoires personnelles, des parcours de consommation, des modes d'usage et d'accès aux soins comme des conditions et des contextes d'immigration[3].

Le rapport de l'ORS PACA fait le même constat : *« cette nomenclature de « jeunes issus de l'Europe de l'Est » utilisée par les chercheurs, les décideurs et les professionnels de terrain ne résisterait probablement pas à une véritable analyse des populations concernés (…) Dans ces conditions, on peut faire l'hypothèse que la réalité de quelques-uns s'élabore en prisme par lequel sont abordés tous ceux qui sont réunis sous l'étiquette de « jeunes des pays de l'Est ».*

Ensuite, les usagers originaires des pays d'Europe de l'Est doivent être envisagés comme un groupe de personnes plus que comme une population. En effet, les structures qui les accueillent parlent d'une trentaine de personnes en 2004 et 2005 et d'une quarantaine en 2003. De plus, les informations qui ont pu être recueillies au sujet du parcours de ces personnes sont à manipuler avec quelques précautions et ne doivent pas être généralisées à tous les usagers en exil. En effet, tous les intervenants qui suivent ce public régulièrement notent une extrême discrétion, voire un certain *« mutisme »* vis-à-vis de leur vie passée et de leur situation actuelle. De fait, les professionnels reconnaissent n'avoir qu'une connaissance partielle ou confuse des réalités que vivent ces usagers. Nous capitalisons et synthétisons ici leurs impressions et leurs expériences professionnelles : il s'agit d'un travail exploratoire visant à faire émerger d'autres perceptions, non d'une analyse globale de la population définie.

Enfin, si les structures spécialisées ne sont en contact avec les primo-arrivants originaires d'Europe de l'Est que depuis cinq ou six ans, le phénomène n'est pas récent et ne semble pas réellement s'étendre. Apparemment, les arrivées sont ponctuelles et collectives, mais les départs s'individualisent et s'observent sur la durée.

---

[3] À titre d'exemple, deux études de cas peuvent ici être cités. Selon Mathias Marchal (ASUD n°29, 2005), la Russie compterait plus de deux millions d'usagers de drogue principalement injecteurs d'héroïne. Il s'agirait là d'un phénomène récent puisque l'héroïne aurait fait son apparition en Russie dans les années 90. L'auteur précise que la Russie et l'ancienne route de la soie sont des lieux de passage emprunté par le pavot afghan pour alimenter les marchés occidentaux. Cependant, les débouchés américains et européens se tarissant, l'héroïne aurait donc commencé à être consommée dans les pays de l'ex empire soviétique, les potentats locaux et la mafia y voyant une source confortable de revenus. Rappelons que la réduction des risques en est aux balbutiements dans cette région et que les traitements de substitution y demeurent interdits.
Dans un article paru dans SWAPS, Elisabeth Avril et Karine Elias, intervenantes sur le bus méthadone de Médecin du Monde à Paris, ont tenté de dresser un portrait ethnographique des usagers géorgiens, lesquels représentent environ la moitié des patients qu'elles rencontrent. Elles expliquent que la Géorgie, comme la majorité des pays d'Europe de l'Est, est également un lieu de passage des opiacés et des produits de synthèse fabriqués respectivement en Asie centrale et en Azerbaïdjan. À partir de 1960, la Georgie fut la cible d'une politique expérimentale de libéralisation de l'usage des opiacés médicaux. C'est l'intelligentsia, frange de la population qui posait le plus de problème au Kremlin, qui fut la plus touchée. Au début des années 1970, des milliers de géorgiens auraient été dépendants aux opiacés, lesquels étaient redevenus illégaux en 1968. Les auteurs établissent une relation entre cet événement et le profil des premiers immigrés géorgiens rencontrés. Selon elles : « le profil des usagers reste divisé : d'une part des professeurs, ingénieurs, étudiants ; d'autre part des personnes moins instruites qui auraient été touchées dans un deuxième temps. La deuxième vague d'addiction était plus liée à la misère ».

Un intervenant souligne à ce propos : *«Ici, l'année dernière (2004), il n'y a eu qu'une quinzaine de russophones sur l'année. Il faut faire attention à l'illusion ou à la peur de « l'invasion ». Il y a dix ans, on parlait déjà des gens d'Europe de l'Est qui risquaient d'arriver massivement, ce n'est pas un phénomène émergeant ».*

2.1. Un bref état des lieux des politiques publiques : De la « lutte contre la drogue » à « la réduction des risques »

Les modalités de recours au soin sont très variables selon l'orientation des politiques locales en matière de santé publique. Un article de la revue ASUD[4] est à ce titre fort révélateur des habitudes de médication qu'impulsent les politiques en contexte de crise. Selon le secrétaire de rédaction, Laurent Appel, *« les pays de l'ex-bloc de l'Est ont une culture de l'injection héritée des temps de pénuries de médicaments ; et modifier les habitudes de consommation prend du temps »*.
Le contexte politique actuel de la Russie en matière de lutte contre la drogue est également inquiétant. Cédant sous la pression des Etats-Unis, dont les dirigeants prônent l'abstinence pour combattre le VIH et la répression en matière de drogue, la Russie comme l'Ukraine s'opposent à présent aux programmes d'échange de seringues et aux traitements de substitution. *« Ce sont pourtant les pays les plus touchés par l'extension du VIH, du VHC, et plus généralement des épidémies et des drames provoqués par la prohibition dure, quand le nombre d'usagers de drogue par injection progresse rapidement »* souligne l'auteur.

En Europe par contre, l'échec de la stratégie antidrogue de l'UE (2000-2004), calquée sur les recommandations de l'ONU qui prévoyait l'éradication de la production et de la consommation pour 2008, est prégnant. Du coup, l'Union Européenne semble plus raisonnable et adopte une nouvelle stratégie (2005-2012) en décembre 2004 qui recommande entre autres de « *définir des mesures permettant d'éviter la marginalisation des personnes touchées plutôt que mettre en œuvre des stratégies de répression à la limite de la violation des droits humains fondamentaux »*.
Un tel écart dans les objectifs de santé de pays pourtant si proches peut peut-être expliquer une immigration d'usagers en demande de reconnaissance et de prise en charge (rappelons qu'il s'agit d'une quarantaine de personne tout au plus). Même si la France n'est pas le pays le plus accueillant en matière d'immigration, le principe de l'acceptation d'une souffrance plutôt que sa négation semble y être à peu près respecté.

2.2. Description sociodémographique de la population étudiée

La présence des usagers originaires d'Europe de l'Est dans les structures spécialisées marseillaises et aixoises est observée depuis environ 2001 par l'ensemble des intervenants sollicités. Une autre arrivée visible d'usagers originaires des pays baltes a été constatée plus récemment (Mai 2004). Aux dires de plusieurs professionnels, elle serait consécutive à l'élargissement de l'Union Européenne.
En 2005, aucune nouvelle arrivée n'a été constatée par les professionnels et les observateurs, mais de nombreux départs ont été observés. *« L'année dernière ils étaient une vingtaine dans le CSST, mais il n'y en a pas de nouveaux, ils sont tous venus d'un coup »* note un

[4] ASUD N°28, P°4-6

professionnel. Selon un autre informateur, *« il est probable que les conditions de vie précaires des pionniers n'incitent plus de nouvelles personnes à immigrer dans la région »*.

En effet, la logique d'exil semble reposer en grande partie sur le bouche-à-oreille.
Un observateur explique à ce propos : « *En général, une ou deux personnes partent prospecter afin de trouver une ville qui puisse leur apporter de meilleures conditions de vie que chez eux. Quand ils sont stabilisés quelque part, ils contactent leurs amis pour que ceux-ci les rejoignent »*.

Parmi les usagers originaires d'Europe de l'Est, **deux groupes distincts** ont été identifiés par les professionnels et les observateurs de terrain.

- **Les plus jeunes** : ils ont entre 20 et 30 ans. Leur présence est observée depuis 2001. Selon les intervenants en contact avec ce public, les parcours d'exil seraient, pour la plupart, liés à des difficultés économiques, familiales ou à des persécutions subies dans leur pays d'origine.
  En majorité, l'usage de produits psychotropes semble s'être initié dans leur pays ; cependant le recours à la voie injectable serait consécutif à leur arrivée en France pour un quart d'entre eux environ (estimation des professionnels).
  Globalement, les intentions exprimées à l'arrivée sont dirigées vers la recherche de travail et la sortie de l'usage.
  Une vingtaine de personnes appartenant à ce groupe est en lien avec les structures de RDR et de soins de façon régulière. Selon un intervenant, ils sont *« perdus et très alcoolisés »* lorsqu'ils arrivent dans les centres d'hébergement. Mais globalement les descriptions parlent surtout de jeunes « *propres sur eux »* « *qui avaient un boulot dans leur pays»*.
  «Si on enlève l'alcoolisme, ce ne sont pas des « jeunes de vingt ans très précaires » comme les autres » commente un intervenant . Cependant, leurs conditions de vie en France semblent tout de même les inclure dans la catégorie des personnes en grande difficulté sociale. Un grand nombre de ces usagers se sont sédentarisés à Marseille et à Aix-en-Provence principalement.

- **Les autres, souvent plus âgés** : La moyenne d'âge se situe autour de quarante ans, voire plus. Leur arrivée date des années 1999/2000 bien qu'un certain nombre ait immigré dans la région depuis plus longtemps.
  Plusieurs informateurs relient ce public à la mouvance punk des années 80 pour laquelle le nomadisme et la marginalité sont des choix revendiqués. De fait, si certains se sont sédentarisés à Marseille et à Aix, d'autres continuent à « faire la route » à travers l'Europe occidentale. Leur présence n'est donc pas aussi constante que pour le groupe précédent.
  Apparemment, si certains d'entre eux ont recours à l'injection, l'alcool demeure le problème majeur et les conséquences visibles de son usage sont fréquemment mises en avant dans les descriptions des professionnels.
  Ces usagers semblent d'avantage fréquenter les centres d'hébergements d'urgence, les structures d'accueil non spécialisées et les dispositifs de RDR que les centres spécialisés dans le soin. Il s'agit principalement de personnes en grande précarité.

Si l'ensemble des acteurs sollicités par TREND perçoit bien une distinction entre ces deux profils (marginaux nomades / jeunes nouvellement immigrés), il n'est tout de même pas possible de cloisonner de façon stricte leur description avec comme seul critère l'âge ou la précarité qui, elle, leur est commune.
Nous évoquerons donc ici les « usagers originaire d'Europe de l'Est nouvellement arrivés en France» sans distinction d'âge, d'appartenance et de trajectoire sociale en gardant à l'esprit qu'ils forment un groupe non homogène sur ces trois paramètres au moins.

Les femmes sont quasiment absentes de ce groupe. Une seule structure présente à Aix-en-Provence compte deux femmes originaires de Pologne dans sa file active. Elles vivent et sont arrivées en couple, leur trajectoire sociale et leur parcours de consommation ne semblent pas différer de ceux de leurs homologues masculins.
Toutefois, l'ORS rend comte d'une proportion plus large de femmes dans ce groupe : jusqu'à 25% dans certaines structures[5].

3. L'espoir déçu d'une vie meilleure en France

Les raisons de leur départ semblent très diverses et sont souvent dissimulées. Lorsqu'elles sont exprimées aux intervenants, elles concernent principalement :

- ✓ Des difficultés familiales ou des évènements personnels endurés depuis l'enfance ou l'adolescence. À l'âge de la majorité, la fuite s'oriente vers l'Europe Occidentale pour les plus téméraires.
- ✓ Un désir de s'éloigner d'un pays en crise politique et/ou économique ; l'espoir d'une vie meilleure en Europe Occidentale.
- ✓ Une volonté de fuir les persécutions subies dans leur pays d'origine. L'ORS parle d'évènements traumatisants (guerres, tortures, viols).
- ✓ Des démêlés avec la justice locale qui les incitent à partir et leur interdit le retour.
- ✓ Une possibilité d'accéder aux traitements du VIH et du VHC indisponibles ou trop onéreux dans leur pays.
- ✓ L'opportunité d'une prise en charge de leur dépendance aux opiacés par l'intermédiaire des TSO. Dans la majeure partie des pays d'Europe de l'Est, le sevrage demeure la seule réponse à la sortie de l'usage.
- ✓ L'incitation de groupes mafieux à accéder au travail en France.
- ✓ Le choix d'une vie nomade.

L'arrivée en France, sorte « d'eldorado » Européen dans les représentations de ces jeunes russophones, est pourtant suivie d'une grande déception :

[5] Cette différence d'évaluation est probablement à mettre en lien avec le nombre et la nature des structures sollicitées. En effet, l'ORS inclut les structures qui interviennent auprès des personnes prostituées dans son protocole d'étude. Il est donc possible que la présence des femmes originaires d'Europe de l'Est y soit plus marquée.

« la période d'arrivée est difficile, ils ne sont pas bien reçus, ils souffrent. Chez eux c'est pire, mais ça explique aussi pourquoi ils sont si déçus : la toxicomanie en France n'est pas si différente » note un professionnel.

La recherche de travail semble en effet constituer l'objet primordial de leur souhait à l'arrivée.
D'ailleurs, les intervenants observent chez ces personnes un suivi relativement rigoureux de leur parcours de réinsertion.
« Ils vont d'abord au Sleep'In, ensuite dans les centres de prise en charge, dans les structures d'hébergement, dans les structures de régularisation et puis ils cherchent du boulot. S'ils ne trouvent rien, ils vont ailleurs, mais c'est un parcours qui prend quand même du temps » exprime un intervenant.

En proportion, les cas d'insertion réussie sont apparemment faibles, mais semblent plus importants qu'au sein des usagers traditionnellement rencontrés par les professionnels. Un observateur évalue les insertions effectives à cinq personnes sur une trentaine rencontrée. *« Maintenant, certains s'en sont sortis et ne veulent plus voir les autres, en proportion, ceux qui ont bien évolué ont évolué très vite »* observe un intervenant.
Un acteur de la RDR confirme également ce constat : *«Ils passent tous par : domiciliation, CMU etc.., ils sont très observants, ce sont souvent ceux qui réussissent le mieux ».*
Dans ce contexte, il semble que la question de l'usage apparaisse comme une préoccupation secondaire. Les intervenants notent en effet chez ces personnes une volonté affichée de se distinguer des autres usagers : « *Leur premier souhait est de quitter le Sleep'In, ce sont les plus volontaires, ils disent « Je ne suis pas tox, je ne suis pas comme eux, je veux du travail »* rapporte un professionnel.

Cependant, la difficulté à trouver un travail et un logement semble représenter un frein considérable à leurs tentatives et ambitions d'insertion.
« *Ils se rendent compte que les papiers ne sont pas forcément synonymes d'argent, que ce n'est pas possible de bosser, donc : reconsommation ou surconsommation»* exprime un intervenant.
Étant pionniers dans leur situation d'exil, le regroupement familial n'existe pas et, nous le verrons, l'entre aide communautaire est source d'ambiguïté.
La singularité de cette forme d'immigration semble justement résider dans le fait qu'elle concerne des personnes très jeunes, seules, en situation d'exploration des possibilités Européennes dont les modèles de réussite sont rares.
« C'est une population jeune, une immigration Européenne qui se dirige vers « un monde où on peut travailler », il n'y a pas de famille, les jeunes sont seuls » analyse un intervenant.

Cependant, s'il s'agit d'une immigration solitaire, il semble que la majorité d'entre eux entretiennent encore des relations avec leur famille. Selon un intervenant, certains envoient de l'argent à leurs proches lorsqu'ils en ont la possibilité.
La mère semble également tenir une place importante dans les discours *« Il y a beaucoup de référence à leur mère, mais je pense qu'ils dissimulent leur toxicomanie»* observe un professionnel. À titre d'exemple, une structure d'hébergement reçoit parfois des appels de mères inquiètes qui téléphonent sans savoir qu'elles s'adressent à un dispositif spécialisé.

4. Situation sociale : Un mode de vie spécifique

4.1. Entraide communautaire ou solidarité conflictuelle

Les relations communautaires qu'entretiennent les usagers originaires d'Europe de l'Est et la distance maintenue à l'égard des autres usagers sont régulièrement mises en avant par les intervenants. Il semble que l'interaction avec les « usagers traditionnels » du centre urbain ne s'effectue surtout qu'en contexte de revente ou d'échange de produits psychoactifs.
Un observateur rapporte à ce propos : « *c'est une communauté qui ne se mélange pas avec les autres, ils ont même des lieux de manche qui leur sont propres situés en périphérie de la ville. Mais les liens existent tout de même avec les usagers traditionnels sur la question de la revente des produits* ».
Le terme de « réseau » est souvent employé pour décrire leur mode de socialisation.
Certains intervenants parlent d'une entraide communautaire forte, d'autres rendent compte d'une forme de solidarité conflictuelle à travers laquelle une certaine méfiance réciproque est perceptible. D'autres encore, moins nombreux, perçoivent une sorte de contrôle hiérarchique à l'intérieur de ce groupe. *« Ils se connaissent tous, mais il y a une hiérarchie, une sorte de contrainte d'une personne qui appartient à leur groupe. Mais c'est ce qu'on ressent, rien n'est sûr »* commente un professionnel.
Le lien entre ces perceptions et l'existence de réseaux de prostitution, de deal ou de mendicité organisé a également été exprimé par certains intervenants, cependant, à ce stade de l'étude, il s'agit d'une hypothèse à explorer.

Cette forme de communautarisation, nécessaire mais conditionnée, illustre en elle-même l'hétérogénéité des profils au sein de ce public : les jeunes qui entretiennent *« le rêve occidental »* cohabitent avec leurs aînés *« pas forcément toxicomanes, plutôt « routards »* de même qu'avec les usagers d'Europe de l'Est *« les plus précarisés et les plus alcoolisés»* ou encore *« ceux qui utilisent la violence comme ressource* (le racket) » jusqu'aux usagers *« issus de la mouvance punk néo-nazie qui ont des attitudes racistes affichées »* aux dires de certains intervenants.

Un observateur note à ce sujet : « *ils ont un fonctionnement collectif, plus par nécessité que par choix, en témoigne le manque de confiance qu'ils ont les uns envers les autres. Ils sont aussi très repliés sur eux-mêmes, la barrière de la langue en est sans doute une raison, mais la peur perpétuelle d'être dénoncé puis expulsé en est une autre* ».

4.2. La crainte de la dénonciation

La crainte de la dénonciation et de la reconduite à la frontière conditionne ce repli communautaire qui semble alors tenir un rôle plus sécuritaire que solidaire ou fraternel. La clandestinité administrative et le fonctionnement strictement communautaire apparaissent ici comme la garantie d'une identité préservée et d'un avenir possible sur le sol français.
En effet, l'extrême discrétion des usagers originaires d'Europe de l'Est concernant leur trajectoire personnelle et leur situation actuelle a maintes fois été évoquée par les

intervenants. *« ils sont très mystérieux, ils ne parlent pas d'eux, c'est très difficile de savoir ce qu'ils faisaient avant, ce qu'ils consommaient etc... certains ne veulent même pas parler à l'interprète »* note un intervenant. Nous verrons par la suite comment ce comportement limite la prise en charge de ces usagers et tend à les précariser d'avantage.

Pour les usagers qui relevaient de la juridiction pénale dans leur pays d'origine et pour ceux qui ont subi des persécutions, mais ne sont pas reconnus comme réfugiés, ce mode de vie n'est autre que l'assurance d'une liberté, certes toute relative et peut-être temporaire, mais réelle et précieuse.

4.3. La barrière de la langue

La barrière de langue détermine incontestablement ce repli communautaire, mais en est également la cause.

« Quand ils arrivent ici ils ont déjà passé la journée à parler sans se faire comprendre, c'est une souffrance d'être ici, personne ne les comprend. La langue, c'est très fort, c'est un gros handicap, ça leur arrive de s'énerver quand on ne les comprend pas, c'est aussi pour ça qu'ils restent entre eux » explique un intervenant.

Pour ce public que la précarité définit avant tout, l'apprentissage du français semble relever d'un luxe que l'immédiateté des besoins et la débrouille quotidienne ne permettent pas. De fait, cet isolement linguistique les éloigne également des institutions d'aide aux personnes en difficulté et les maintient dans une situation sociale et sanitaire que les professionnels jugent souvent *« dramatique »*. Nous reviendrons sur ce thème par la suite.

A contrario, l'utilité immédiate de ce repli linguistique semble résider dans la nécessité de conserver l'anonymat. Selon un intervenant , *« pendant l'entretien, certains font semblant de ne pas savoir parler du tout, on s'en rend compte des fois »*.
La logique de ce mutisme, lorsqu'il est voulu par l'usager, apparaît là encore sécuritaire.

5. Conditions concrètes d'existence des usagers originaires d'Europe de l'Est

5.1. Condition de séjour sur le territoire français

Pour les personnes originaires des pays d'Europe de l'Est membres de l'Union Européenne depuis 2004, les conditions de présence sur le territoire français se sont assouplies. C'est le cas de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie (pays baltes), de la Hongrie de la Pologne, de la Slovaquie, de la Slovénie et de la République tchèque.
Un visa Schengen n'excédant jamais trois mois est demandé aux voyageurs qui peuvent alors franchir les frontières de l'espace Schengen librement. Cependant, l'entrée ne sera autorisée que si le voyageur satisfait aux autres conditions mises en place par l'Accord de Schengen en matière d'accès au territoire, en particulier les moyens de subsistance dont doit disposer le voyageur (avoir les moyens financiers de revenir dans son pays), de même que le but et les conditions de son séjour. Ce visa ne permet pas l'accès au travail.

La plupart des personnes décrites ici, qu'elles soient ressortissantes de l'Union Européenne ou non, arrivent sur le sol français avec un visa touristique ; d'autres ont immigré de façon clandestine. Deux possibilités de régularisation permanente ou provisoire existent, mais leur obtention est extrêmement restreinte.

- **Une demande d'asile politique**.
  L'asile en France est, selon l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA), « la protection qu'accorde un État d'accueil à un étranger qui ne peut, contre la persécution, bénéficier de celle des autorités de son pays d'origine ». C'est un droit dont bénéficient les personnes à qui est accordée la qualité de réfugié. Cependant ce droit d'asile est limité, depuis 2003, par « la protection subsidiaire »[6].

- **L'obtention d'un titre de séjour pour cause de santé**.
  Peut en bénéficier « l'étranger malade atteint de pathologie grave nécessitant une prise en charge dont le défaut dans son pays d'origine entraînerait des conséquences d'une particulière gravité[7]». L'hépatite C et le VIH sont des pathologies concernées par la clause d'inexpulsabilité, cependant des accords diplomatiques existent entre certains pays, c'est le cas notamment de la Russie. De plus, un certain flou existe dans l'appréciation de la disponibilité et de l'accessibilité du traitement.
  Dans certains pays d'Afrique Subsaharienne par exemple, le fait que la trithérapie ne soit accessible qu'à une très faible minorité de personnes est une raison suffisante au refus de sa prescription en France puisqu'elle est jugée disponible dans ces pays. L'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers (ODSE) indique à ce titre que depuis janvier 2005, une vingtaine de personnes séropositives originaires de pays pauvres et vivant en Ile-de-France ont été reconduites dans leur pays d'origine au motif que des traitements y sont désormais disponibles[8].

5.2. L'hébergement

L'accès au logement dépend directement du statut légal de la présence sur le territoire.
Autrement dit, à moins de nouer des liens avec une personne française, les immigrés clandestins ou ceux qui sont titulaires d'un visa Schengen n'ont d'autres choix que d'être logés en CHU, en CHRS, en squat, dans la rue ou dans des hôtels tenus par des « marchands de sommeil », très présents à Marseille.
La « mission squat » de Médecins du Monde compte environ une dizaine de squats à Marseille, mais ceux-ci s'ouvrent aussi vite qu'ils se ferment, ce qui limite le travail de

---

[6] La loi du 10 décembre 2003 modifiant la loi du 25 juillet 1952 relative au droit d'asile a créé un « guichet unique » des demandeurs auprès de l'OFPRA et de la CRR, qui statuent sur le statut de réfugié et sur la protection subsidiaire (en cas de menaces graves comme la peine de mort, les traitements inhumains et dégradants ou la menace directe et individuelle dans un contexte de conflit interne ou international). Cette loi a limité le droit d'asile par deux notions :

- Selon la notion d'asile interne, la demande d'asile peut être rejetée si l'étranger « peut vivre normalement » sur une portion du territoire de son État d'origine.
- L'OFPRA dresse la liste des pays d'origine « sûrs » qui veillent au respect des principes de liberté et de droits fondamentaux. La demande d'asile ne peut être traitée en procédure prioritaire si le demandeur est originaire d'un de ces pays. D'après la décision du Conseil constitutionnel n°2003-485DC, cela n'empêche pas l'étude du dossier par l'OFPRA.

[7] Art 12bis11de l'ordonnance de 1945, modifié en 1998.

[8] Transversal n°28, Janvier/Février 2006.

prévention et la possibilité d'aller « au devant » des usagers. Les squats de teufeurs sont les plus accessibles, quant à ceux des étrangers clandestins *« il est impossible d'y entrer »* selon un intervenant.
Nous l'avons vu, à Marseille comme à Aix, ce public vit dans une sorte de repli communautaire et certains squats sont strictement « russophones ». Selon un observateur, ces squats rassemblent en général l'ensemble de la communauté : les usagers de substances psychoactives et les usagers d'alcool en produit exclusif, les jeunes et les moins jeunes.
Les problèmes d'alcoolisme semblent également, de manière minoritaire, déterminer ce repli. En effet, aux dires des intervenants, leur présence dans les centres d'hébergement pose quelques difficultés de cohabitation, et parfois de violence.
Un observateur note à ce propos : « *ils ne fréquentent pas les CHU où ils ne sont d'ailleurs pas les bienvenus au regard de leur consommation d'alcool et des troubles qu'ils occasionnent. Cette année, dans le cadre du dispositif hivernal, les intervenants n'étaient pas très enclins à leur réserver des places. Ils se sont d'ailleurs organisés autrement en squattant de leur côté une maison pendant l'hiver ».*

Selon les intervenants rencontrés, l'instabilité de ce mode de vie conditionne des trajectoires de précarisation visibles et rapides : *« Le logement pose problème, les épisodes de violence ont souvent lieu durant la période de non-logement »* souligne un intervenant.
De même, le suivi des traitements VIH et VHC en est perturbé : *« C'est une précarité imprégnée, ils ne peuvent pas se loger. Il y a une crise du logement, ça les paralyse, être malade et à la rue, c'est dur, on ne peut pas les soigner, on ne peut pas les traiter s'ils ne sont pas stabilisés car ce sont des traitements qui mettent mal. Il n'y a pas de solution, tout le monde le sait mais… ».*

5.3. L'accès aux droits sociaux

➔ RMI et droit au travail[9]

Pour accéder au RMI, les ressortissants étrangers, hors Espace économique européen, doivent être titulaires d'une carte de résident ou fournir une carte de séjour temporaire, soit à validité professionnelle, soit comportant la mention « vie privée et familiale », justifiant, dans l'un et l'autre cas, d'au moins cinq ans de résidence régulière en France.

L'accès au RMI pour les ressortissants de l'espace Schengen est défini par l'ensemble des intervenants comme « *un véritable casse-tête administratif* ».
Apparemment, les allocataires ressortissants de l'Union européenne, de l'Islande, de la Norvège, du Lichtenstein, de la Suisse n'ont plus à produire de titre de séjour pour accéder au RMI, mais doivent remplir les conditions d'accès habituels. (circulaire CNAF n°2003-

[9] Voir Références légales :
- Loi n°88-1088 du 1-12-88 relative au RMI
- Loi n°92-722 du 29-07-92 portant adaptation de la loi n°88-1088 du 1-12-88 relative au RMI
- Décret n)88-1111 du 12-12-88 relative à la détermination du RMI et à l'allocation de RMI, modifié par le décret n°98-950 du 26-10-98
- Circulaire CAB-SPS n°93-07 du 20-01-93 relative aux modifications apportées aux conditions d'accès, de calcul de suspension et de gestion de l'allocation de RMI par la loi n°92-722 du 29-07-92
- Circulaire DSS/DIRMI n°93/05 du 26-03-93 relative à la détermination de l'allocation de RMI (voir aussi erratum du 8-05-93)
- Lettre circulaire CNAF n°2002-116 du 2/08/02 (suivi législatif consacré au RMI)
- Loi n° 2003-1200 du 18-12-2003 portant décentralisation en matière de RMI et créant le RMA

015 du 15 juillet 2003). Cependant, nous l'avons vu, les restrictions d'accès se multiplient depuis la loi sur la décentralisation[10].
D'autre part, l'étranger en possession d'un titre de séjour obtenu par l'engagement d'un descendant de prendre en charge son entretien ne peut bénéficier du RMI.

Concernant l'accès au travail, jusqu'à récemment encore, les ressortissants des pays membres de l'UE depuis 2004 n'avaient pas accès au marché de l'emploi. Cette situation, pour le moins étonnante, a finalement amené les Assedic à publier une liste des catégories de métiers accessibles à ce profil particulier. Il est actuellement possible de demander une autorisation de travail dans le cas où l'emploi pressenti correspond à un secteur en manque de main d'œuvre.

- ➔ **Durcissement de l'accès à l'Aide Médicale d'Etat[11] et recours aux « soins gratuits »**

Depuis Juillet 2005, les conditions d'obtention de l'AME se sont largement resserrées. Les demandeurs doivent maintenant :

- ✓ Disposer d'un titre de séjour régulier,
- ✓ Prouver trois mois de présence en France,
- ✓ Produire des justificatifs : la déclaration sur l'honneur, fondement de l'action sociale, disparaît.

Ces textes mettent également fin à l'admission immédiate de l'AME en cas d'urgence, sa rétroactivité à trois mois et la prise en charge à 100% des soins via l'instauration du forfait journalier.
Les conséquences sanitaires déjà observées et prévisibles pour l'année à venir sont critiques : les usagers en situation irrégulière peuvent se retrouver juridiquement exclus des soins médicaux nécessaires, au moins jusqu'au stade d'urgence hospitalière. Cela risque d'entraîner une perte définitive du lien avec les institutions et une clandestinité accrue des pratiques.

D'autre part, l'ignorance du droit de la protection maladie, particulièrement de la procédure d'admission immédiate à la complémentaire CMU, alimente le recours aux dispositifs de « soins gratuits ». Or, en l'absence d'une protection maladie intégrale, ces dispositifs ne peuvent assurer la continuité des soins au-delà des premiers soins délivrés[12].

5.4. Les ressources

Les ressources individuelles de ces usagers sont très précaires. Un intervenant évalue à 150 euros leur « budget » mensuel.

---

[10] Loi n° 2003-1200 du 18 Décembre 2003: Décentralisation du RMI et création d'un revenu minimum d'activité (RMA)
[11] Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat.
[12] Voir à ce titre le guide pratique 2005 réalisé par le comité médical pour les exilés (COMEDE) : *« Migrants/étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale »* P°151- 216.

Si le travail clandestin est, selon certains professionnels, pratiqué par une minorité d'usagers originaires d'Europe de l'Est, le petit trafic, la mendicité et le deal semblent constituer une grande part de leurs ressources. Le trafic de grande ou de moyenne ampleur est apparemment peu pratiqué par ce public.

« En général, les étrangers en situation irrégulière ou ceux qui arrivent essayent de ne pas se faire remarquer. Ils font des petits deals, des petits vols de type rasoirs ou walkman, mais ils ne se font pas ramasser souvent » observe un professionnel.

En effet, il semble qu'hormis lors des épisodes de violence occasionnés par l'alcool, cette population connaisse globalement moins l'incarcération que les usagers traditionnellement vus dans les structures spécialisées.
Le deal d'amphétamines est souvent cité comme moyen de ressource. L'implication de ces usagers dans ce type de trafic ne serait cependant pas de grande ampleur, il s'agirait plus de revente à petite échelle, du moins pour la majorité d'entre eux.
La revente de médicaments et de traitement de substitution est également pratiquée bien qu'elle ne soit pas spécifique à ce profil, mais plutôt à celui des usagers très précarisés de l'espace urbain.
Certains intervenants parlent également de la prostitution comme moyen de ressource. L'appartenance à des réseaux mafieux utilisant la prostitution des jeunes immigré(e)s comme « pouvoir de tutelle » est également souvent évoquée, bien que peu argumentée.
« La grande majorité sont très beaux. Cela fait penser à de la mafia de prostitution, on n'a rien de concret pour pouvoir l'affirmer, mais c'est très possible » souligne un intervenant.

6. Consommation de substances psychoactives

Il semble qu'en majorité, la consommation de psychotropes soit antérieure à l'immigration, même si les modalités d'usage et les produits disponibles diffèrent. Plusieurs informateurs pensent tout de même qu'environ un quart de la population « jeune » qui compose ce public a initié sa consommation d'opiacés en France (il s'agit alors de TSO). Les usagers ayant déclaré que leur dépendance était antérieure à leur arrivée consommaient principalement de l'opium en injection ou de l'héroïne, cela dépend des témoignages. Les opiacés y étaient, semble-t-il, couramment associés à de l'alcool fort.

L'étude menée par Médecins du Monde auprès d'usagers originaires d'Europe de l'Est vivant à Paris apporte une réponse plus quantitative à la question des consommations dans ce public. Bien qu'on ne puisse extrapoler ces données à l'espace marseillais, des comparaisons peuvent être intéressantes. Parmi les 220 usagers rencontrés par l'équipe du bus méthadone, 202 ont initié leur consommation dans leur pays d'origine. Les produits consommés étaient de l'héroïne par voie intraveineuse pour 156 d'entre eux et l'opium par voie intraveineuse également pour 46 personnes. L'article nous apprend que l'opium injectable est obtenu en faisant bouillir de la pâte d'opium avec de l'acétone. Parmi les dix-huit usagers qui ont initié leur consommation en France, dix déclarent avoir pris du sulfate de morphine (Skénan®) par voie intraveineuse et six de la buprénorphine haut dosage (Subutex®). 182 personnes reconnaissent acheter des médicaments sur le marché clandestin, essentiellement de la méthadone, du Subutex® et du Skénan®.

Notons, toujours à titre de comparaison, que si l'usage de Skénan® n'est pas un phénomène récent à Paris, il s'est développé à Marseille depuis environ deux ans. Cependant, cet usage

concernerait d'avantage les usagers coutumiers des services de soin que les personnes qui ont immigré depuis peu d'Europe de l'Est.

Actuellement, l'ensemble des intervenants s'accorde à reconnaître que l'alcool est, bien au-delà des autres produits, le psychotrope le plus présent et le plus destructeur au sein de ce public.
C'est d'ailleurs ce qui caractérise avant tout ces usagers : ils s'alcoolisent d'avantage qu'ils ne consomment de médicaments psychotropes. En dehors de cette particularité, parler d'une spécificité des modalités d'usage corrélée à une origine donnée est un peu rapide. *«ils font comme tout le monde, ils prennent ce qu'il y a »* note un intervenant.
Aussi leurs choix de consommation est-il d'avantage lié à leurs ressources, très faibles de par leur situation précaire, qu'à leur origine.
La cocaïne par exemple est très peu consommée par ce groupe d'usagers, mais son prix l'explique. N'étant pas bénéficiaires de la CMU lorsqu'ils sont en situation irrégulière, le Rivotril® est plus consommé que le Rohypnol®, mais, en général « *ils n' ont pas l'air défoncé aux benzodiazépines, ils ont surtout l'air alcoolisés »* observe un professionnel.
Les amphétamines seraient également d'avantage consommées par ce public du fait de leur accessibilité (rapport prix/effets escomptés), mais également de l'opportunité financière que représente la vente de speed polonais ou tchèque dans la région et en France. Le détournement de médicaments à base d'éphédrine a également été rapporté par un observateur. Selon lui, cette pratique serait minoritaire, mais spécifique à cette population.
La consommation d'héroïne semble concerner peu de personne parmi ces usagers, probablement du fait de sa faible accessibilité à Marseille en dehors de réseaux d'interconnaissance relativement clos.
Le cannabis serait, en proportion, également moins consommé qu'au sein du public « traditionnel ». Un observateur en lien avec cette population note à ce propos : *« un usager polonais indique que ce produit est peu présent dans leur pays et que seules les personnes qui gravitent autour des milieux artistiques en consomment »*.

La très grande majorité des usagers originaires d'Europe de l'Est connus des structures spécialisées est prise en charge en CSST et consomme donc de la méthadone ; d'autres sont suivis en ambulatoire et prennent du Subutex® et plus rarement du Skénan®.
Ces produits sont utilisés en traitement de substitution ou comme « outils de défonce » selon les cas et les contextes ; l'injection serait le mode de consommation prioritaire chez ce groupe d'usagers. Rien de très différent donc par rapport aux usagers habituellement vus dans les structures spécialisées.

Précisons toutefois l'utilisation de seringues de 30cc par ce groupe spécifiquement. L'équipe du bus méthadone de MdM Marseille reconnaît effectivement en délivrer davantage aux usagers originaires d'Europe de l'Est. Plusieurs raisons à cet usage ont été avancées. D'une part, cela permettrait une meilleure dilution du Subutex®, la seringue pouvant contenir plus d'eau[13]. L'augmentation des doses que ces seringues permet est également une éventualité formulée par les intervenants. Il est enfin possible que ces seringues soient les plus abordables en Europe de l'Est et qu'une habitude d'injection explique cet usage.

[13] L'injection à l'aide de seringues de 30cc est une pratique parfois conseillée dans certains dispositifs de RdR, à condition cependant que les doses de Subutex® ne changent pas. Destinée aux injecteurs qui ne peuvent se passer de l'injection, mais ont un capital veineux diminué, l'objectif est de limiter l'injection de dépôt de Subutex® en enfonçant un morceau de coton hydrophile à l'intérieur de la seringue.

Il semble que l'injection de méthadone ait été entreprise de façon anecdotique par ces usagers à l'aide de seringues de 30cc, cependant les tentatives ne seraient pas concluantes. Selon un observateur, *« la dilution nécessaire ne permettant pas l'injection d'une dose suffisante pour obtenir un effet, cette pratique a rapidement disparu »*.

Il faut également souligner la faible proportion des usagers originaires d'Europe de l'Est qui ont recours à l'Artane® en polyconsommation quotidienne ou occasionnelle. Il s'agit d'un constat fait par l'ensemble des intervenants interrogés, mais aucune explication ne l'accompagne.
D'ailleurs, à ce stade de l'analyse, toute interprétation concernant ces « spécificités d'usage» pourrait bien être accusée de culturalisme. Il s'agit d'éviter ce biais, qui donne cours aux stéréotypes et limite la compréhension.
Notons surtout qu'en consommation quotidienne, c'est le Subutex® ou la méthadone qui remplacent l'opiacé local ; la bière (8,6°) remplace l'alcool fort.

7. Situation sanitaire des usagers originaires d'Europe de l'Est

Le VIH comme le VHC font souvent partie des maladies « honteuses » dans les représentations sociales car elles renvoient à une trajectoire longue de toxicomane. Cette idée est d'autant plus vive dans les pays d'Europe de l'Est où le statut sérologique, quand il est connu, est secrètement préservé par le malade comme par la famille.
Il est possible que l'arrivée en France de ce public soit consécutive à un objectif de traitement et de substitution, mais ce n'est qu'une hypothèse.
Dans tous les cas, la prise en charge des dépendances et des infections en France semble représenter une alternative (inespérée dans leur pays) à la dégradation de leur situation sanitaire. De fait, ces usagers semblent accepter relativement bien le dépistage et, si nécessaire, les traitements.

Si les intervenants ont du mal à évoquer avec les jeunes usagers les contextes des prises de risques en termes de temporalité, leur état immunitaire en donne une indication. *« Ils sont très jeunes, c'est une toxicomanie récente, ils ont un bon état immunitaire donc ils ont peut-être été contaminés il y a moins de 5 ans »* observe un intervenant.

À Marseille, les professionnels font état d'une proportion importante de séropositifs pour le VHC parmi les usagers immigrés depuis peu d'Europe de l'Est. Il n'est toutefois pas possible de quantifier ce constat.
Certains intervenants parlent de 50% à 70% de personnes infectées par le VHC dans ce public, mais il ne s'agit que d'une évaluation approximative. *« Pour une grande majorité, ils ont au moins l'hépatite C et la plupart l'ont contractée là-bas à cause du partage de matériel »* exprime un intervenant .

Quant au VIH : « *La moitié sont séropositifs, mais ils découvrent souvent leur séropositivité ici. Plusieurs séropositifs niaient le fait qu'ils l'étaient, c'est très mal vu chez eux, c'est presque une tare »* analyse un professionnel.

En effet, les pays d'Europe de l'Est ne sont pas les plus volontaires en matière de politique de réduction des risques et la prise en charge des usagers de drogues, tout comme les programmes d'échange de seringue, y sont quasiment inexistants. Il semble également que

la sanction sociale à l'égard des usagers de drogue soit telle que les structures spécialisées, lorsqu'elles existent, restent très peu fréquentées.
Elisabeth Avril et Karine Elias confirment au sujet de la Géorgie que s'il existe bien des centres de désintoxication payants (où est prescrit du Tramadol® pour atténuer les symptômes du sevrage), *« peu d'usagers y vont par peur de la stigmatisation »*. Elles ajoutent : *« les seringues sont en vente libre, mais la répression policière est tellement forte que les usagers préfèrent réutiliser et partager leur matériel d'injection »*.

En France, le VIH et le VHC font partie des pathologies liées à la clause d'inexpulsabilité des étrangers contaminés dont les modalités de prise en charge font défaut dans le pays d'origine. Le statut de toxicomane n'entre pas dans cette clause, cependant, exceptionnellement, un usager en demande de substitution a pu être régularisé à Aix par MdM.
S'il s'agit d'une exception assez historique pour être signalée, c'est que l'obtention d'un titre de séjour pour raisons médicales n'est pas aussi « idéale » et « automatique » qu'on pourrait le croire. Car si le fait d'être séropositif pour le VIH entraîne une régularisation à moyen ou à long terme, les étrangers atteins de l'hépatite C ne peuvent qu'obtenir un titre de séjour d'une durée équivalente à celle du traitement, c'est-à-dire de six mois à un an. De plus, pour obtenir ce titre, la personne qui le demande doit avoir résidé en France depuis au moins trois mois. Rappelons que durant ces trois mois, aucune aide ni autorisation de travail ne peut être accordée aux primo arrivants qui, de fait, sont doublement exposés à la précarité et aux risques sanitaires. Sorte de cercle vicieux au cours duquel l'usage de drogue sert de puissant compensateur.

Le rapport TREND 2004 évoquait la possibilité que « les structures spécialisées fassent l'objet d'une pratique ayant pour finalité l'accès à une régularisation ou à une prise en charge qui ne serait pas garanties en dehors d'elles ». D'autres sources pensent entrevoir l'opportunité pour des personnes non usagères d'utiliser le statut de toxicomane à des fins de revente, de consommation abusive ou d'amélioration de leur situation socio-sanitaire. Cependant, il semble que les incidences de ces pratiques ne soient pas si importantes dans la réalité. Les intervenants s'accordent à reconnaître qu'il est très difficile de se faire passer pour un usager régulier ou de mentir sur sa consommation face à des acteurs spécialisés.
« Ici c'est un observatoire, on voit quand les gens vont mal et quand ils vont bien. S'il y a un doute, mais c'est rare, on se donne quelques jours pour l'observer et on sait, on sait toujours ».
De même, « faire durer son hépatite C » ou la contracter volontairement pour bénéficier d'une régularisation plus longue est un recours qui a pu être tenté, mais qui est inefficace à moyen terme.
« Pour le gouvernement, ça sert d'épouvantail et pour les gens eux-mêmes, certains ne suivent pas leur traitement pour guérir moins vite. Mais ce n'est pas si facile que ça, ce sont des pathologies qui craignent et qui mettent très mal, la proportion de profiteur est très faible » note un intervenant.
Rappelons également que la réussite du traitement tient en partie aux conditions sanitaires dans lesquelles il s'effectue. De fait, les patients les plus précarisés ont souvent une trajectoire de soin plus longue, voire plus douloureuse, bien que cette situation ne résulte pas nécessairement de leur propre volonté.

Aussi, « l'utilisation de l'hépatite C ou du statut de toxicomane comme moyen d'accéder à une situation meilleure» est un phénomène bien trop marginal pour que l'on puisse parler de tendance.
Dans les méandres de la précarité, imaginer de telles « issues » semble davantage correspondre à des stratégies profanes de survie « en dernier recours » qu'à des moyens concrets d'existence.

8. Accès aux dispositifs spécifiques de prise en charge (première ligne et CSST)

8.1. Du clivage au sein des structures…

Parmi les structures spécialisées présentes dans le centre urbain marseillais, un cloisonnement est observé et certains centres ne rencontrent jamais ce public.

Le Sleep'In est le centre d'hébergement le plus fréquenté par ce groupe d'usagers « *ici, ça a bonne réputation, ils préfèrent venir ici que dans les structures d'urgence où les violences sont plus fréquentes»* explique un intervenant.
À ASUD par contre, ce public n'est jamais rencontré : *« c'est historique, il y a une sorte de frontière, ils vont tous au Sleep'In. Dans la rue, c'est pareil, certains se sont sédentarisés, mais ils ont des réseaux particuliers, des squats particuliers »* témoigne un intervenant.

Selon l'ORS PACA : *« Ce public est globalement plus présent dans le secteur non spécialisé, en particulier dans les structures d'accueil, les hôpitaux et les unités d'hébergement d'urgence. Cependant, les jeunes immigrés des pays de l'Est apparaissent également dans le dispositif spécialisé (CSST, associations impliquées dans la RdR) où ils peuvent représenter (bien que très rarement) une part importante des Usagers de Substances Psychoactives Précarisés (USPP) rencontrés ».* À ce titre, l'ORS rapporte que ce public représente environ la moitié des USPP au sein des files actives de deux structures seulement.

Il semble que la présence d'un service de soin relayant l'accueil de nuit dans le dispositif du Sleep'In soit une des raisons à leur choix préférentiel. Une autre est la crainte de l'isolement, donc le regroupement communautaire au sein des structures.
« C'est une sorte de médicalisation en réseau, ils se sédentarisent de façon médicale » exprime un intervenant.
Précisions également que l'existence des services et des structures disponibles à Marseille se transmet par le bouche-à-oreille, donc en Russe, ce qui conditionne une connaissance limitée et souvent uniforme de l'offre de prise en charge.
Enfin, la présence, même occasionnelle, d'un intervenant parlant russe dans les structures en lien avec ce public semble là aussi être une explication possible au cloisonnement ici observé.

8.2. … au clivage au sein du public : le cas des usagers clandestins et des usagers les plus en difficulté

Les usagers ayant obtenu une autorisation de séjour pour raison médicale sont, semble-t-il, en contact régulier avec les CSST. Bien que leur parcours de soin soit parfois chaotique, les intervenants considèrent globalement ce public comme *« très observant ».*

Par contre, les usagers qui ne disposent pas ou plus de titre de séjour valide vivent dans la clandestinité la plus stricte et ne consultent souvent qu'en dernier recours (d'où leur présence signalée dans les hôpitaux publics lors des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et dans les services d'urgence). C'est aussi le cas des usagers en grande difficulté sociale et sanitaire, c'est-à-dire ceux chez qui le renoncement paraît le plus marqué.
Selon un observateur, la plupart d'entre eux n'a pas accès à l'AME (perte de papier, présence de moins de trois mois) et fréquente donc davantage les dispensaires de soins gratuits que les CSST. L'accès aux structures de soins spécialisés, quand il est effectif, paraît alors souvent s'effectuer dans une logique de consommation plus que de traitement. *« Cette réalité oblige à mettre en place une délivrance journalière de méthadone, ce qui ne manque pas de provoquer des tensions »* note un observateur.

Les structures de première ligne sont elles aussi en contact avec ces usagers, mais les relations qu'ils entretiennent semblent se limiter à la distribution de matériel d'injection. Dans ce contexte, les interactions avec les intervenants sont, selon ces derniers, assez succinctes et le mutisme ou la crainte des usagers difficiles à surmonter.
Un observateur illustre ce constat par l'exemple d'une usagère de 26 ans arrivée en 2004 avec son compagnon : *« Si son contact est plus facile qu'avec les hommes, il est extrêmement limité par son manque total de connaissance du français, même après deux années. Elle vit en couple, mais son compagnon reste en retrait, c'est toujours elle qui vient faire les demandes de matériel pour son ami et parfois pour les autres usagers du groupe. Les consignes semblent établies sur le matériel qu'elle doit prendre et il est très difficile de lui faire envisager que d'autres outils peuvent être utiles ».*

De manière générale, il semble que pour ce public particulier les conséquences de l'usage et l'état de santé soient des préoccupations secondaires.
Selon un observateur, *« Ces usagers semblent témoigner d'un faible intérêt pour leur santé et donnent l'impression de se laisser dériver (…) Ceux qui sont porteurs du VHC sont peu dans une démarche de soin et de responsabilisation : il y a une fréquence importante de partage de matériel annexe mais aussi parfois de seringues».* Citant un intervenant, il ajoute : « *ils s'exposent et acceptent un niveau de risque que les Français n'ont pas, à part le SIDA peut-être, mais sur l'hépatite on ne sent pas de prise en compte ».*

8.3. Facteurs limitant l'accès des usagers originaires d'Europe de l'Est aux structures spécialisées et difficultés rencontrées par les intervenants

Si certaines structures sont davantage fréquentées par les usagers originaires d'Europe de l'Est, ils demeurent tout de même faiblement représentés dans l'ensemble des dispositifs spécialisés.
Il semble en effet que certaines caractéristiques significatives énumérées précédemment chez ce public induisent en elles-mêmes ce constat. La barrière de la langue, la crainte de la dénonciation et le repli communautaire sont autant de facteurs qui limitent l'accès de ces usagers aux dispositifs d'aide et de prise en charge. L'isolement linguistique et la difficulté à établir un climat de confiance représentent également les principales difficultés rencontrées par les intervenants dans l'exercice de leurs fonctions respectives.

En effet, l'incapacité à s'exprimer dans une langue commune rend hasardeuse une interaction thérapeutique basée entre autres sur l'écoute. De manière générale, les obstacles

linguistiques se dressent à toutes les étapes du parcours des migrants qui ne parlent ni français ni anglais. *« Ce sont des gens qui ont été rejetés et pas suffisamment écoutés car c'est trop difficile de les comprendre. Mais les instruments nous manquent, le temps d'écoute par exemple. Il faut qu'il y ait un accrochage, mais ils sont très secrets et vivent dans l'immédiateté »* explique un professionnel.

Les intervenants ont, à ce titre, plusieurs recours plus ou moins efficaces permettant une meilleure communication :

- ✓ Parler en anglais (mais la compréhension est incertaine).
- ✓ Avoir un chargé d'accueil ou un éducateur qui peut s'exprimer en russe (mais ce sont des personnes rares).
- ✓ Faire une demande d'interprète au Conseil Régional (cela peut être long et compliqué car les usagers ont des fréquences de consultation assez variables).
- ✓ Les aiguiller vers des centres d'apprentissage du français (mais c'est plutôt l'urgence qui rythme leur quotidien).

D'autre part, si la connaissance du français n'est pas une condition d'accès aux droits et aux soins, sa faible maîtrise en complique les démarches. De fait, aux dires des intervenants, ces usagers sont globalement peu demandeurs à l'arrivée, car ignorant leurs droits, mais acceptent l'aide juridique et médicale qu'on leur propose une fois la confiance installée.

Cette confiance justement semble être difficilement intelligible par ces usagers, principalement par ceux qui sont en situation irrégulière.

« Ils restent très méfiants envers les équipes : ils ne font jamais part de leurs réelles consommations, de même, ils ne transmettent que les informations essentielles à la constitution du dossier de demande d'autorisation de séjour. Ils ont beaucoup de mal à baisser leur garde et à croire que les travailleurs sociaux auxquels ils ont affaire respecteront la confidentialité et l'anonymat qu'ils leurs promettent et craignent toujours d'être dénoncés et expulsés. Il est très difficile pour les intervenants de proximité d'établir une relation de confiance avec eux» témoigne un observateur.

Précisons ici que le respect de l'anonymat par les acteurs du champ sanitaire et social n'est pas institué en Europe de l'Est. Il est donc compréhensible que la crainte à l'égard des associations soit aussi marquée en France.
À titre d'exemple, l'utilisation de pseudonymes destinés à identifier les usagers tout en respectant leur anonymat n'est pas considérée comme une solution fiable par ce public. Aux dires de certains intervenants, cette crainte perpétuelle engage les usagers à changer de pseudonyme dans les différentes structures qu'ils fréquentent.

De fait, l'entraide communautaire semble représenter pour certains une alternative à l'aide d'Etat et les maintient parfois dans un mode de vie clandestin d'apparence protectrice. Les structures spécialisées comme les dispositifs de RdR sont assimilés à des institutions en lien avec le gouvernement, notamment avec les forces de l'ordre, ce qui ne facilite pas leur accès.

Conclusion

Selon les professionnels, la temporalité est l'un des vecteurs essentiels qui détermine la réussite des interactions entre intervenants et usagers. La distinction entre « le temps professionnel » nécessaire, et le « temps social ou affectif » subsidiaire accordé aux patients est primordiale. La notion du temps et de l'urgence n'est pas perçue de la même façon de part et d'autre. L'incertitude permanente dans laquelle vivent les usagers originaires d'Europe de l'Est les conduit à ne s'occuper d'eux-mêmes que dans l'instant (les situations préoccupantes dans la durée étant leur lot quotidien). Paradoxalement, l'urgence une fois éprouvée ne permet aucun délai, ce qui est en désaccord avec une culture de la prévention et de la discipline dans le traitement. Du coup les incompréhensions sont multiples entre des usagers qui peuvent se sentir parfois délaissés et des professionnels qui les jugent souvent très exigeants.

Cette situation semble particulièrement forte en milieu institutionnel, comme l'hôpital, qui est un vecteur des normes nationales dominantes.
Aussi faut-il connaître les représentations et les difficultés sociales propres aux usagers nouvellement arrivés en France afin d'y faire face efficacement.
Citons pour conclure E. Avril et K. Elias qui, ayant rencontré un nombre important d'usagers originaires d'Europe de l'Est, ont une vision plus rétrospective de ce public. Selon elles, *« Les usagers originaires d'Europe de l'Est ont été mal perçus au départ par les équipes des CSST et souvent rejetés. Ils étaient perçus comme des personnes liées à la mafia, peu compliantes et vécues comme « n'étant pas dans le soin ». En cinq années de prise en charge, nous avons vu émerger des personnalités différentes, des demandes de soins authentiques et des parcours d'insertion positifs. En matière de prise en charge des usagers, il est donc essentiel de se méfier de ces représentations qui peuvent influer négativement le jugement ».*