



ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE



Centre collaborateur de l'OMS

**Neuvième Cours de Maîtrise en Administration Sanitaire
et Santé Publique
Promotion (2006-2008)**

**FACTEURS DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME
DE REDUCTION DES RISQUES LIES A L'USAGE DE
DROGUES INJECTABLES A TANGER**

**Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de maîtrise
en Administration Sanitaire et Santé Publique**

Option : Santé publique

Elaboré par : Dr Fadoua RAHHAOUI

Juillet 2008

RESUME

Le Ministère de la Santé a élaboré et mis en œuvre, fin 2007, à la ville de Tanger un programme pilote de réduction des risques (RDR) infectieux liés à l'usage de drogues injectables. Ce programme s'inscrit dans la stratégie nationale de lutte contre les toxicomanies et le plan stratégique national de lutte contre le Sida 2006-2011. Le principal objectif de ce programme est d'entrer en contact et attirer les usagers actifs de drogues vers le système de soins et de prévention sans que l'arrêt de la consommation de drogues constitue une condition préalable.

Vu l'importance et la pertinence de cette intervention originale et innovante, et étant donné qu'elle est appelée à jouer un rôle expérimental pendant une année, et que l'extension de son implantation dans d'autres sites du Royaume dépendra étroitement de sa réussite dans cette ville, notre étude visait à apprécier sa faisabilité telle qu'elle est mise en œuvre à Tanger, en identifiant les facteurs pouvant freiner ou favoriser sa mise en œuvre.

Notre étude est descriptive et reposait sur une approche qualitative, rassemblant trois niveaux d'analyse (stratégique, opérationnel et communautaire), résultant de l'interaction du programme avec son environnement interne et externe. La collecte des données a été réalisée à travers l'utilisation de trois outils : l'analyse documentaire, les entretiens auprès des acteurs concernés par le processus d'élaboration et de mise en œuvre du programme, ainsi que les autres acteurs pouvant avoir des relations avec le programme et deux focus groupes avec les usagers de drogues bénéficiaires des activités du programme.

Les résultats de notre étude ont montré que la motivation de l'équipe locale, la bonne atmosphère de l'unité fixe et mobile et le soutien de la délégation préfectorale de la santé de Tanger, en particulier le centre médico-psychologique (CMP), sont tous des éléments favorables à l'implantation du programme de RDR à Tanger. Cependant, l'insuffisance en terme de formation, l'effectif limité des intervenants de terrain, l'inaccessibilité géographique du centre de RDR, l'insuffisance de sa superficie, l'interdiction d'accès des

mineurs et la faible participation des femmes aux activités du programme se sont révélés comme facteurs pouvant freiner la mise en œuvre du programme dans la ville de Tanger.

Toutefois, la garantie d'un financement suffisant et durable et le développement de partenariats officiels, aussi bien avec les organismes d'application de la loi qu'avec la communauté locale, les structures sanitaires et les associations locales restent la clé du succès de la mise en œuvre du programme de RDR.

Nous pensons ainsi, que le programme de RDR est encore à un stade embryonnaire et qu'il est trop tôt pour se prononcer sur ses effets. Ce qui laisserait le champ libre à d'autres chercheurs pour se pencher sur la question de l'évaluation de son implantation et son efficacité.

Mots clés : Réduction des risques – Réduction des méfaits - Echange seringue - Toxicomanie - Drogue – VIH - Sida – Méthadone.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : PROBLEME ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	3
I. Formulation de la problématique	3
II. Objectifs de l'étude	6
1. Objectif général.....	6
2. Objectifs spécifiques	6
3. Retombées attendues de l'étude.....	6
CHAPITRE II : ETAT DES CONNAISSANCES	7
I. Description du programme de RDR	7
II. Revue de la littérature.....	9
1. Les constats	9
1.1. Une société sans drogues n'existe pas.....	9
1.2. Le risque zéro n'existe pas.....	9
1.3. La notion de risque est relative.....	9
1.4. La prohibition des drogues maximalise les risques.....	10
1.5. "Informer" ne veut pas dire "inciter".....	10
2. Les risques auxquels sont exposés les UDI.....	10
2.1. Les risques sanitaires.....	10
2.2. Les risques sociaux.....	11
3. Le concept de réduction des risques.....	12
3.1. Principes, valeurs et caractéristiques.....	13
3.2. Distinction entre l'approche de réduction des risques et l'approche traditionnelle.....	14
4. L'historique de la réduction des risques.....	15
5. Les types d'actions des programmes de RDR.....	16
5.1. Offrir aux UDI la possibilité d'accès au matériel d'injection stérile, ou à des moyens de désinfection de ce matériel.....	16
5.2. Développer les traitements de substitution.....	17
5.3. Offrir aux usagers de drogues les plus marginalisés des lieux d'accueil dits « à bas seuil ».....	17
5.4. Développer des messages de prévention adaptés en direction des toxicomanes, en particulier par le biais de groupes d'autosupport.....	17
5.5. Développer le travail de proximité.....	17
6. Les facteurs de mise en œuvre des programmes de RDR.....	18
6.1. Facteurs internes.....	18
6.2. Facteurs externes.....	21
III. Cadre d'analyse de l'étude.....	22

CHAPITRE III : METHODOLOGIE.....	24
I. Devis de l'étude.....	24
II. Validité de l'étude.....	25
1. Validité interne.....	25
2. Validité externe.....	25
III. Population à l'étude.....	26
IV. Méthodes de collecte des données.....	26
1. L'analyse documentaire.....	26
2. Les entretiens.....	26
3. Les focus groupes.....	28
V. Analyse des données.....	29
VI. Considérations éthiques.....	29
VII. Site de l'étude.....	29
1. Quelques caractéristiques de la préfecture de Tangerang- Assilah.....	30
1.1. Données générales.....	30
1.2. Données socio-économiques.....	30
1.3. Offre de soins dans le domaine de la toxicomanie.....	30
3. Description du Centre de RDR de Tangerang.....	31
CHAPITRE V : RESULTATS.....	33
I. Processus d'élaboration et de mise en œuvre du programme de RDR.....	33
1. Les étapes d'élaboration du programme de RDR.....	33
1.1. Exploration et analyse de la situation.....	33
1.2. Validation des résultats de l'évaluation rapide.....	34
1.3. Restructuration de la stratégie nationale de lutte contre les toxicomanies.....	35
1.4. Identification et contractualisation avec des experts internationaux.....	36
1.5. Mobilisation de fonds.....	36
2. La mise en œuvre du programme de RDR.....	37
2.1. Contacts avec les responsables régionaux du MS à Tangerang.....	37
2.2. Contacts avec les partenaires potentiels du programme à Tangerang.....	37
2.3. Construction du centre de RDR et acquisition du véhicule de l'équipe mobile... ..	37
2.4. Formation des intervenants du terrain.....	38
2.5. Le traitement de substitution.....	38
II. Les facteurs de mise en œuvre du programme de RDR à Tangerang.....	39
1. Les facteurs internes.....	40
1.1. Facteurs liés aux ressources humaines.....	40
1.2. Les facteurs organisationnels.....	41
2. Les facteurs externes.....	45
1.1. Le financement du programme.....	45
1.2. Les facteurs liés aux relations du programme avec son entourage.....	46
1.3. Les facteurs liés aux relations du programme avec le secteur répressif.....	47
1.4. Les facteurs liés aux relations du programme avec les structures sociales et sanitaires.....	49

CHAPITRE VI : DISCUSSION.....	52
I. Synthèse des principaux résultats.....	52
II. Discussion des résultats.....	53
III. Forces et limites de l'étude.....	60
IV. Recommandations.....	61
1. Au niveau stratégique.....	61
2. Au niveau opérationnel	61
CONCLUSION.....	64
REFERENCES	
GLOSSAIRE	
ANNEXES	

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Objets de l'intervention primaire, secondaire et tertiaire, selon deux approches.

Tableau II : Répartition des entretiens par site, par acteur et par effectif.

Tableau III : Présentation sommaire des résultats de notre étude.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Le «coût social» des drogues dans les études «Cost of illness» (COI).

Annexe 2 : Présentation des différentes formes de réduction des risques selon la classe et la nature des risques.

Annexe 3 : Conception de Pierre BRISSON (1997) pour : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Annexe 4 : Typologies des actions en réduction des méfaits.

Annexe 5 : Grille des entretiens.

Annexe 6 : Préparation des focus groupes.

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché
DELM :	Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies
EU :	Union Européenne
FM :	Fonds Mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le Sida
GTZ :	Coopération technique allemande pour le développement
INAS :	Institut National d'Administration Sanitaire
MedNet :	Réseau méditerranéen de coopération sur les drogues et les addictions
MENA :	Moyen Orient et Afrique du Nord
MENAHRA:	Association de Réduction des Risques du Moyen Orient et Afrique du Nord
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONU DC :	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
ONUSIDA :	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PADRES :	Projet de décentralisation et de régionalisation des services de santé en santé reproductive
PES :	Programme d'Echange de Seringues
RDR :	Réduction Des Risques
RH :	Ressources Humaines
SDF :	Sans Domicile Fixe
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
UDI :	Usagers ou usage de Drogues Injectables
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VHB :	Virus de l'Hépatite B
VHC :	Virus de l'Hépatite C
VIH :	Virus Humain d'Immunodéficience

INTRODUCTION

L'usage des drogues injectable est en augmentation continue dans le monde. L'ONUDC a estimé en 2004 le nombre des consommateurs de drogues à problème à 25 millions de personnes dans le monde, soit 0,6 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans (36). Le nombre de personnes qui s'injectent des drogues dans le monde est estimé à plus de 13 millions à la fin de l'année 2005 (53).

Parmi les conséquences sanitaires de l'usage des drogues, la transmission de maladies infectieuses, particulièrement le VIH et les hépatites B et C, par l'intermédiaire de l'échange des instruments d'injection. Ainsi, l'épidémie de VIH dans la population des usagers de drogues injectables représente un véritable fléau. En effet, 10 % de l'ensemble des séropositifs du monde sont des usagers de drogues par voie intraveineuse, et on estime qu'une nouvelle contamination VIH sur 3 en dehors de l'Afrique subsaharienne est due à l'usage de drogues injectables (53). On estime aussi que moins de 5% des utilisateurs de drogues injectables au niveau mondial ont accès à des services efficaces de prévention, de traitement et de soins de l'infection par le VIH (5).

Face à cette situation, plusieurs gouvernements ont soutenu, au milieu des années 80, des actions dites de réduction des risques (RDR) ou de réduction des dommages, principalement portées par les sociétés civiles. Ces actions sont progressivement encouragées par les instances internationales convaincues de l'importance de telle urgence sanitaire.

La réduction des risques est une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de drogues. Cette approche s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé physique, mentale et sociale.

Au Maroc, les données les plus récentes, relatives à l'Enquête Nationale de Prévalence des Troubles Mentaux et Toxicomanies réalisée en 2003 et celle de l'Evaluation Rapide des Risques VIH/Sida en rapport avec l'usage des drogues injectables réalisée en 2005, montrent que l'usage des produits psychoactifs, tels que l'héroïne et la cocaïne, semble être en augmentation depuis quelques années, avec une recrudescence des risques encourus par cette consommation: overdoses et transmission du VIH et hépatites.

Compte tenu des résultats de ces enquêtes, le Ministère de la Santé a élaboré et mis en place, fin 2007 dans la ville de Tanger, le programme de RDR infectieux liés à l'usage de drogues injectables, qui s'inscrit dans la stratégie nationale de lutte contre les toxicomanies et aussi dans le plan stratégique national de lutte contre le Sida 2006-2011.

Conscients de l'importance et de la pertinence de cette intervention originale et innovante, notre étude visait à documenter le processus d'élaboration et de mise en œuvre du programme de RDR liés à l'usage de drogues injectables et apprécier sa faisabilité tel qu'il est mis en œuvre à Tanger en identifiant les facteurs pouvant freiner ou favoriser sa mise en œuvre, et enfin, proposer des recommandations visant à réussir ce projet pilote dans la ville de Tanger et encourager son extension dans d'autres sites du Royaume où le problème d'usage de drogues injectables commence à prendre de l'ampleur.

CHAPITRE I : PROBLEME ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

I. Formulation de la problématique :

A la fin de l'année 2006, on estimait que 39,5 millions de personnes vivaient avec le VIH au niveau mondial (35). La consommation de drogues injectables constitue le mode prédominant de la transmission du VIH dans de nombreuses régions du monde, comme l'Europe orientale et l'Asie centrale où elle représente plus de 70% de toutes les transmissions de VIH (5). En fait, c'est la consommation de drogues injectables qui en quelque sorte a déclenché l'épidémie du VIH/Sida dans certaines régions du monde. Ce fut le cas en Thaïlande où pendant les neuf premiers mois de l'année 1988, la prévalence du VIH chez les usagers de drogues injectables (UDI) à Bangkok est passée de pratiquement zéro à près de 40% (7).

Le Directeur régional de l'ONUSIDA pour l'Asie et le Pacifique a déclaré, lors de l'ouverture de la 18^{ème} conférence sur la RDR liés aux drogues, que près de 10% de toutes les nouvelles infections à VIH à travers le monde sont attribuables à la consommation de drogues injectables, chiffre qui dépasse les 30% compte non tenu de l'Afrique subsaharienne. De même, le nombre de pays rapportant des cas de VIH/Sida dans la population des UDI a pratiquement doublé entre 1992 et 2003, en passant de 52 à 114 (24).

La gravité des conséquences de la transmission du VIH chez les UDI, plus susceptibles de propager le virus au sein de la population générale, ainsi que les coûts sociaux et économiques élevés qui en découlent (voir annexe1) a incité les gouvernements, au début des années 80, à adopter l'approche de RDR qui deviendra, par la suite, une philosophie, un modèle et même une politique d'intervention publique dans le domaine des drogues. Le premier objectif de cette approche était de limiter les risques d'infection à VIH encourus par les UDI, et ce terme a cependant rapidement englobé l'idée d'une prise en charge sanitaire et sociale globale.

Au Maroc, les résultats de l'Enquête Nationale de Prévalence des Troubles Mentaux et Toxicomanies ont montré que l'abus de substances psychoactives est de 3%, alors que la dépendance à celles-ci est de 2,8% dans notre population, soit un usage problématique de drogues illicites et un mésusage de substances détournées de leur usage médical (psychotropes) (32).

La proximité géographique du Maroc à l'Europe, et les interactions multiples de la société marocaine avec certains de ses ressortissants toxicomanes et/ou dealers, contribuent sans doute, non seulement à la diffusion de la consommation de l'héroïne et de la cocaïne au Maroc mais aussi à la diversification des modalités de consommation (drogues injectables). Au cours des dernières années, l'héroïne et la cocaïne sont devenues disponibles, le prix de la dose d'héroïne a baissé à environ 30 dirhams (3 euros) à Tanger et 20 dirhams (2 euros) à Tétouan. Prix modérés même en prenant en compte les différentiels de pouvoir d'achat existant entre l'Europe et le Maroc (1).

Ainsi, on estime la proportion des cas de Sida attribuables à l'UDI à 4% environ du nombre total des cas au niveau national, mais dans certaines régions du Royaume cette proportion atteint jusqu'à 15% (région du nord). Cette proportion reste faible par rapport à celle de la transmission hétérosexuelle (78%) (31). Mais, un faible taux de séroprévalence chez une population particulièrement vulnérable et marginalisée ne devrait pas être considérée comme une situation stable, car le partage du matériel d'injection est un mode de transmission particulièrement efficace et sûr. En effet, le risque de transmission du VIH par une seringue préalablement infectée par le VIH est estimé au triple de celui encouru au cours d'un rapport hétérosexuel avec un partenaire contaminé (52). Aussi, lorsque le VIH se répand principalement dans un petit groupe de la population, comme les injecteurs de drogues, le nombre de personnes exposées n'est que temporairement limité. Ce groupe fait une passerelle pour le virus vers la population générale par le biais des relations sexuelles ou à travers la transmission mère-enfant.

Par ailleurs, une évaluation rapide des risques VIH/Sida en rapport avec l'usage des drogues injectables a été réalisée en 2005, sur la base d'un échantillon de 495 usagers dans quatre sites (Casablanca, Rabat-Salé, Tanger et Tétouan). Les résultats de cette évaluation montrent que sept personnes sur dix déclarent avoir consommé de l'héroïne et six sur dix de la cocaïne au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. La moitié des usagers d'héroïne et un tiers des usagers de cocaïne déclarent avoir recours à l'injection intraveineuse. Parmi ces injecteurs, presque une personne sur deux déclare avoir partagée la seringue avec un autre usager. La connaissance des modes de contamination et de protection du VIH et du VHC en liens avec les modes d'administration intraveineux, nasale et pulmonaire s'est avérée, le plus souvent, insuffisante ou confuse (33).

A partir de tous ces constats et à fin de répondre aux besoins des UDI quant à la prévention de VIH/Sida et des hépatites virales, le Ministère de la Santé a élaboré et mis en œuvre un programme pilote de RDR liés à l'UDI dans la ville de Tanger. Ce programme a comme objectif principal d'entrer en contact et d'attirer les usagers actifs, c'est-à-dire ceux qui continuent à consommer de l'héroïne, de la cocaïne et des médicaments psychotropes, vers le système de soins et de prévention sans que l'arrêt de la consommation de drogues (sevrage) constitue une condition préalable. Le but ultime visé par ce programme est d'éviter ou de retarder des épidémies probables de Sida parmi les UDI généralement exclus, stigmatisés et difficilement atteints par le système de santé.

Vu l'importance et la pertinence de cette intervention et étant donné qu'elle est appelée à jouer un rôle expérimental, pendant une année, comme projet pilote à Tanger. Sachant aussi que l'extension de l'implantation du programme dans d'autres sites du Royaume dépendra étroitement de sa réussite à Tanger, notre étude tentait d'identifier les facteurs pouvant freiner ou favoriser le succès et la réussite de sa mise en œuvre afin que les responsables du programme puissent renforcer les conditions de réussite, mettre des garde-fous et anticiper les conditions d'échec potentiel le plutôt possible.

II. Objectifs de l'étude :

1. Objectif général

Apprécier la faisabilité du programme de RDR liés à l'usage de drogues injectables tel qu'il est mis en œuvre à Tanger.

2. Objectifs spécifiques

- Décrire le processus d'élaboration et de mise en œuvre du programme de RDR liés à l'usage de drogues injectables dans la ville de Tanger ;
- Identifier les facteurs pouvant freiner ou favoriser la mise en œuvre de cette intervention selon la perception des différents acteurs ;
- Proposer des recommandations visant à renforcer les facteurs de réussite et anticiper les facteurs d'échec potentiel, afin de mener à bien et réussir ce projet pilote dans la ville de Tanger.

3. Retombées attendues de l'étude

Cette étude ne prétend pas constituer une évaluation de l'implantation du programme ou de son efficacité, du fait que le programme de RDR vient d'être implanté il y a à peine six mois, nous pouvons néanmoins considérer qu'elle en présente une étape préalable dont les évaluateurs et les chercheurs pourront se saisir.

Cette étude pourrait constituer également une opportunité pour les responsables du programme de RDR, au niveau stratégique et aussi au niveau opérationnel, pour renforcer les conditions de réussite et anticiper les contraintes d'échec potentiel, afin de réussir ce projet pilote de Tanger et encourager sa mise en œuvre dans d'autres régions du Royaume où le problème d'UDI se pose.

CHAPITRE II : ETAT DES CONNAISSANCES

Dans ce chapitre nous allons commencer d'abord par la description du programme de RDR liés à l'usage de drogues injectables implanté comme projet pilote dans la ville de Tanger. Nous présenterons ensuite la revue de littérature sur la RDR liés à l'UDI. Enfin, nous allons présenter le cadre d'analyse de notre étude issu directement de cette revue de la littérature.

I. Description du programme de RDR (1) (39) (41)

Le programme de RDR infectieux liés à l'UDI s'inscrit dans la stratégie nationale de lutte contre les toxicomanies et dans le plan stratégique national de lutte contre le Sida 2006-2011. Il a été élaboré par le Ministère de la Santé (DELM), sur la base de données épidémiologiques recueillies à la suite de l'enquête « Evaluation Rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectées et injectables et à problème au Maroc ». Cette enquête a été réalisée avec l'appui de l'ONUSIDA et de l'ONU DC.

Le principal objectif du programme de RDR liés à l'UDI est d'entrer en contact et attirer les usagers actifs, c'est-à-dire ceux qui continuent à consommer de l'héroïne, de la cocaïne et des médicaments psychotropes, vers le système de soins et de prévention sans que l'arrêt de la consommation de drogues (sevrage) constitue une condition préalable. Il assure ainsi un double rôle :

- Celui de la prévention des maladies infectieuses dans le segment le plus difficile à atteindre, celui des injecteurs marginalisés ;
- Et celui de « passerelle » vers une prise en charge de la toxicomanie débouchant éventuellement vers une sortie de celle-ci.

Les objectifs spécifiques de ce programme visent à :

- Renforcer les activités de prévention de qualité répondant aux besoins des UDI, les plus vulnérables au VIH/Sida et VHC ;
- Assurer à tous les UDI un accès au dépistage du VIH, VHC et VHB, une vaccination contre le VHB, ainsi qu'un traitement et une prise en charge pour les UDI vivants avec le VIH/Sida ;
- Stimuler et renforcer les réponses communautaires des usagers de drogues en tant qu'acteur central de la lutte contre le VIH/Sida et VHC ;
- Garantir aux UDI incarcérés les mêmes droits que ceux qui sont en dehors des prisons en matière de prévention, de prise en charge des addictions, de soins et de traitements du VIH;
- Renforcer le pilotage national du dispositif de RDR et son évaluation.

Ainsi, les actions déterminées pour atteindre ces objectifs englobent :

- La construction d'un centre de RDR « centre à bas seuil » ou « centre d'accueil » ;
- L'échange et distribution de seringues et préservatifs dans ce centre ;
- Le travail de proximité par une équipe mobile ;
- Le traitement de substitution à la Méthadone ;
- L'établissement des liens fonctionnels avec les centres d'accueil en Europe ;
- La dynamisation du partenariat et des échanges avec les pays d'Europe (échange d'expériences).

Parler d'un programme œuvrant dans le domaine de la toxicomanie ne peut se faire sans évoquer les dispositions réglementaires et législatives de la toxicomanie. Au Maroc, la prévention et le traitement de la toxicomanie fait partie du domaine de la santé mentale. Ainsi, le premier Dahir qui a promu la mise en place d'un système sanitaire moderne capable de répondre d'une manière appropriée aux besoins de la population en matière de santé mentale, est celui promulgué le 30 Avril 1959. Cependant, ce dernier n'a pas exposé avec précision l'offre de soins en matière de la toxicomanie.

Le Dahir relatif à « la répression et à la prévention des toxicomanies » n'a été promulgué qu'au 21 Mai 1974. Cette loi d'avant-garde en matière de lutte et de prévention de l'usage des drogues fait la distinction entre trafiquants et usagers, et donne à ces derniers le choix de subir une sanction pénale ou bien de se soumettre pendant la durée nécessaire à leur traitement à une cure de désintoxication dans un établissement thérapeutique (30).

II. Revue de la littérature

1. Les constats (6)

1.1. Une société sans drogues n'existe pas

On ne connaît pas d'exemple d'une seule société humaine qui n'ait pas eu recours à une drogue ou un psychotrope quelconque. Il y a eu et il y aura toujours des personnes qui expérimentent, usent, voire abusent de drogues. Néanmoins, l'usage abusif de masse et certains modes de consommation doivent attirer l'attention des experts en santé publique. Ainsi, l'abus et la dépendance aux drogues, bien que pouvant être prévenus et contrôlés dans une certaine mesure, ne peuvent être complètement évités.

1.2. Le risque zéro n'existe pas

Toutes les activités humaines comportent des risques qu'il est possible de réduire mais impossible de supprimer. La prise de risque fait partie intégrante de l'existence. De ce fait, une vie sans risques est impossible. Cependant, certains comportements induisent des prises de risques très importantes qui peuvent se révéler extrêmement préjudiciables pour la personne elle-même et son entourage. L'usage de drogues fait ainsi partie de cette logique de prise de risque.

1.3. La notion de risque est relative

Même s'ils adoptent certains comportements à risque, les usagers de drogues ne sont pas prêts à tout risquer. La plupart d'entre eux témoignent d'un intérêt pour les modes de consommation à moindre risque.

1.4. La prohibition des drogues maximalise les risques

La prohibition contraint l'utilisateur de drogues à la clandestinité, incitant ainsi à des comportements plus à risques et n'arrêtant pas la diffusion de ce fléau. En effet, la littérature scientifique internationale a largement montrée que plus la politique de la toxicomanie est répressive, plus la transmission du VIH augmente chez les usagers de drogues (10, 19,40).

1.5. "Informer" ne veut pas dire "inciter"

Une information claire, crédible, objective et accessible sur les risques associés à l'usage de drogues n'a pas d'effet d'incitation à l'usage de drogues. Il en va de même pour la mise à la disposition des usagers de drogues des moyens pour une consommation à moindre risque.

2. Les risques auxquels sont exposés les UDI (22)

Les UDI ont leur propre hiérarchie des risques, différente de celle des professionnels de santé ou des épidémiologistes. Les risques immédiats sont souvent privilégiés : celui du manque, d'overdose, du produit impur ou encore d'être arrêté par la police (37). Outre le danger que peut constituer en lui-même l'absorption d'un produit psychoactif, l'utilisateur s'expose également à des risques de différentes natures, qu'ils soient sanitaires ou sociaux.

2.1. Les risques sanitaires

a- Les risques infectieux

Le partage du matériel d'injection induit un risque majeur de transmission des maladies d'origine virale, tels que le VIH et les hépatites virales B (VHB) et C (VHC). Les infections d'origine bactérienne ou fongique constituent également une autre source de risques liés à l'injection dans un contexte ne réunissant pas toutes les conditions d'asepsie.

Toutefois, ces risques infectieux auxquels sont exposés les UDI constituent également un risque de contamination pour leur entourage (partenaires d'injection, partenaires sexuels et dans le cadre de la transmission mère-enfant).

b- Les risques somatiques non infectieux

Cette catégorie de risque est liée à la nature et à la quantité du (des) produit(s) consommé(s). Elle concerne tous les types de consommation de drogues (injectable ou non) :

- Les surdoses ou overdoses ;
- Les chocs anaphylactiques ;
- La morbidité liée à l'activité spécifique des produits (décompensations psychiatriques, troubles cardiovasculaires ...) ;
- La morbidité liée aux pratiques d'injection (abcès aseptique, veinite, phlébite, sclérose veineuse, hématomes récidivants,...).

2.2. Les risques sociaux

Par risques sociaux, on entend les risques autres que sanitaires :

- que la drogue fasse encourir aux usagers de drogues et parfois à l'ordre public ;
- qui renforcent les risques sanitaires du fait de la marginalisation et de la stigmatisation qu'ils peuvent engendrer.

a- Les risques de type affectif

Ces risques caractérisent l'altération ou la distorsion des relations de confiance entre les usagers, leurs familles et leurs amis non toxicomanes, du fait de la recherche effrénée des produits psychoactifs, plus ou moins combinée à l'effet de certains traits psychologiques retrouvés chez de nombreux usagers.

b- Les risques professionnels

Ils désignent dans leur ensemble les effets de l'usage de drogues et de la dépendance sur la capacité d'insertion et de maintien de l'utilisateur dans le monde du travail.

c- Les risques institutionnels

Sont les plus importants dans la mesure où l'institution, sanitaire ou sociale, représente pour l'utilisateur en voie de marginalisation (ruptures professionnelle, familiale, conjugale) un

tiers neutre entre lui et son produit, sans le soutien duquel il risque de sombrer progressivement dans la grande exclusion. Ce risque peut s'apparenter à la rupture des relations avec le corps médical. Mais l'incarcération, très fréquente dans la trajectoire des UDI, constitue sans doute la manifestation à la fois la plus visible et la plus violente de la rupture institutionnelle.

Ainsi, pour chaque classe de risque citée ci-dessus, existe une forme particulière de réduction des risques, qui essaie de limiter les conséquences sur le plan sanitaire et social (Voir annexe 2).

3. Le concept de réduction des risques

Il existe de grandes variétés de définition du concept « *réduction des risques* », et l'unanimité est loin d'être acquise. Ainsi, une vingtaine de définitions de ce concept sont fournies par des experts et des praticiens de toutes provenances (Canada, États-Unis, Europe).

Contrairement aux francophones d'Europe qui utilisent davantage l'appellation « *réduction des risques* », les francophones d'Amérique, au Québec, recourent au vocable « *réduction des méfaits* » qui apparaît comme une traduction plus fidèle du terme de base « *harm* », utilisé dans le monde anglo-saxon.

La RDR est une approche relativement nouvelle qui constitue une alternative aux approches fondées sur l'abstinence de drogues, elle part du constat évident que l'abstinence n'est pas un but réaliste pour certains usagers de drogues, ni à court terme, ni à long terme et que l'éradication de la plupart des maladies et des comportements à risque chez ces utilisateurs est illusoire.

Par conséquent, la RDR est une stratégie de santé publique qui s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé physique, mentale et sociale, et qui vise à *prévenir* les dommages que la consommation de drogues cause à la santé des utilisateurs, de leurs

familles et de leurs collectivités. Elle permet ainsi d'améliorer la situation économique et sociale des usagers, et de là, réduire les coûts en matière de santé, de justice et d'application de la loi (27).

Brisson en intégrant toutes les strates de définition a proposé une définition « maximale » du concept « réduction des risques » : *une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou «addictifs»), à ce que les principaux intéressés puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements et aux effets pervers des contrôles sur ces comportements, pour eux-mêmes, leur entourage et la société, aux plans sanitaire, économique et social.*(38)

Mino ajoute à cette définition la notion de contexte juridique et culturel : « *Les stratégies de réduction des risques peuvent être définies comme toutes les actions individuelles et collectives, médicales, sociales, visant à minimiser les effets négatifs liés à la consommation des drogues dans les conditions juridiques et culturelles actuelles* ». Cet ajout est destiné à rassurer ceux qui, à tort ou à raison, redoutent que la notion de RDR ne cache, sous couvert de traiter des problèmes de santé publique, une volonté d'agir pour modifier la loi ou la culture dominantes (52).

3.1. Principes, valeurs et caractéristiques (38)

L'approche de RDR est animée de deux grands principes qui en dégagent les principales caractéristiques. Ces deux principes qui paraissent rencontrer une large part des expériences et intérêts des acteurs sont le pragmatisme et l'humanisme :

- ***Le pragmatisme*** : défini comme «*doctrine qui donne la valeur pratique comme critère de la vérité*» (HACHETTE. Le dictionnaire essentiel, 1993). Il s'agit du principe dont à peu près tous les partisans de la RDR se réclament. Les sources sociosanitaires du pragmatisme véhiculent des valeurs, tels l'accès universel aux soins et services de santé, la protection de la santé et de la sécurité publiques, la

promotion de la santé, au plan individuel et collectif. Plusieurs caractéristiques de la RDR découlent d'une vision pragmatique du phénomène de drogue:

- *Reconnaître la réalité de l'usage des drogues ;*
 - *Intervenir dans une perspective coûts/bénéfices ;*
 - *Intervenir à partir d'une hiérarchie d'objectifs.*
- **L'humanisme:** pouvant être défini comme « *doctrine, système qui affirme la valeur de la personne humaine et vise à l'épanouissement de celle-ci*» (HACHETTE. Le dictionnaire essentiel, 1993). La devise en serait: «*l'usager de drogues est une personne à part entière, digne de respect, possédant des droits et un pouvoir d'agir en tant que citoyen*» et aucun jugement moraliste n'est porté, que ce soit pour condamner ou pour appuyer la consommation de substances, sans égard au niveau ou au mode de consommation. C'est précisément des valeurs d'équité sociale, de défense des droits du citoyen et de participation à la vie en société qui sont défendues dans une perspective humaniste. Les caractéristiques importantes de la RDR découlant de l'humanisme, en opposition au paternalisme et à la discrimination sociale, sont:
- *Aller à la rencontre des usagers là où ils sont (outreach) ;*
 - *Offrir aux usagers une variété de ressources ;*
 - *Favoriser l'implication des usagers et le respect de leurs droits et libertés.*

Ces principes et leurs caractéristiques délimitent les contours de l'approche de RDR et en constituent, en quelque sorte, le tronc commun. (Voir annexe 3)

3.2. Distinction entre l'approche de RDR et l'approche traditionnelle

L'approche de RDR et l'approche traditionnelle ont comme but ultime la réduction des conséquences négatives associées à l'usage de substances psychoactives. Toutefois, les moyens diffèrent. Ainsi, en RDR, on s'attaque aux conséquences de l'usage, et non à

l'usage, et on vise un changement n'impliquant pas immédiatement ou nécessairement l'arrêt de la consommation (38).

Toutefois, prévenir l'usage, réduire les risques et soigner la dépendance sont des logiques complémentaires que l'on doit articuler dans le cadre d'une approche intégrée afin de tendre à un maximum d'efficacité. Dans le tableau suivant sont représentées les caractéristiques des deux approches.

Tableau I : Objets de l'intervention primaire, secondaire et tertiaire, selon les deux approches (38)

Approche de réduction des risques (réduction des risques et des conséquences)		Approche traditionnelle (réduction de l'offre et de la demande)	
<i>diminuer les effets négatifs de l'usage</i>		<i>diminuer l'incidence et la prévalence de l'usage</i>	
Réduire les risques de conséquences négatives liées à l'usage	Réduire les conséquences négatives de l'usage	Réduire/Éliminer les risques d'usage	Réduire /Éliminer l'usage existant
Primaire	Secondaire/Tertiaire	Primaire	Secondaire/Tertiaire

4. L'historique de la réduction des risques

La réduction des risques est apparue au cours des années quatre-vingt, notamment en Europe du Nord. En Hollande, la réforme de la santé de 1981 s'inspirait déjà de la RDR et les premiers programmes d'échange de seringues (PES) sont introduits dès 1981 à Rotterdam et en 1984 à Amsterdam, afin de prévenir les épidémies d'hépatite et de VIH. En Angleterre, le terme est employé dès 1984, et les premiers PES ont eu lieu dès 1986. Depuis, la RDR s'est considérablement élargie.

En France, c'est à la fin de l'année 1988 que l'association « Médecins du Monde » s'engage seule dans le premier PES à Paris, mais ce dernier a fonctionné dans la

clandestinité pendant six ans. Ce n'est qu'en 1995 que les actions de RDR sont autorisées. En 1986, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) exprime l'avis que les politiques traditionnelles fondées sur la réduction de l'usage ne doivent pas nuire aux mesures destinées à prévenir la propagation du Sida. En 1988, l'organisme désigne les usagers de drogues, tout particulièrement les UDI, population prioritaire à cibler dans les interventions sociosanitaires. A l'automne 1992, le comité d'expert de l'OMS sur la toxicomanie recommande, explicitement, l'inclusion de la RDR dans les politiques sur les drogues, recommandation cautionnée par le Conseil exécutif de l'organisme international, début 1993 (38).

Ainsi, depuis le début des années 1990, d'autres pays comme la Suisse, l'Allemagne, et l'Australie poursuivent la recherche d'un modèle intégré et efficace d'intervention en RDR. En décembre 2000, il y avait au moins 46 régions, pays et territoires qui ont déclaré avoir au moins un programme de RDR. L'Europe de l'Ouest, l'Amérique du Nord, l'Amérique du Sud et l'Océanie, ainsi que l'Europe de l'Est, l'Afrique et l'Asie sont, à l'heure actuelle, fort bien représentés (38).

Dans la région MENA, l'expérience du Maroc dans ce domaine est la deuxième après celle de l'Iran où les drogues injectables et le partage des seringues sont responsables de 62% des transmissions VIH/Sida (48).

5. Les types d'actions des programmes de RDR

Classiquement, quand on évoque la RDR, il s'agit de la réduction des risques sanitaires liés à la toxicomanie, principalement la contamination des UDI par le VIH et les virus des hépatites. Toutefois, aujourd'hui, le spectre d'actions couvert par cette approche est assez large :

- 5.1. Offrir aux UDI la possibilité d'accès au matériel d'injection stérile, ou à des moyens de désinfection de ce matériel

Depuis que la relation entre UDI et infection par le VIH fut mise en évidence, en 1981, la question d'offrir aux UDI un matériel d'injection stérile se pose. Ainsi, les PES sont

généralement perçus comme des programmes de prévention destinés aux UDI et visant à agir sur les déterminants biologiques (séroconversions VIH et VHC), comportementaux (partage et réutilisation du matériel d'injection) et sociaux (conditions de vie précaires) de l'infection par le VIH et les hépatites (23).

5.2. Développer les traitements de substitution

Les traitements de substitution sont une des options thérapeutiques offertes aux personnes dépendantes aux opiacés. Ils consistent à prescrire des médicaments à base de dérivés morphiniques, qui ont une activité pharmacologique similaire à celle de la substance psychoactive à l'origine de la dépendance.

5.3. Offrir aux usagers de drogues les plus marginalisés des lieux d'accueil dits « à bas seuil »

Devant l'extrême dégradation de la situation sanitaire et sociale de certains toxicomanes, qui pour autant ne souhaitent pas renoncer à l'usage de drogues, des dispositifs d'accueil « bas seuil » se sont développés pour leur offrir des prestations simples telles que petite alimentation, douches, petits soins, consultations sociales, médicales ou psychologiques, distribution et échange de seringues.

5.4. Développer des messages de prévention adaptés en direction des toxicomanes, en particulier par le biais de groupes d'autosupport

Les groupes d'autosupport sont apparus avec l'arrivée du Sida. Il s'agit de réels groupes d'usagers de drogues auto-organisés pour combattre la stigmatisation sociale, améliorer les structures de soin et promouvoir la RDR. Cette participation des usagers aux activités des programmes de RDR s'inscrit dans une perspective d'action communautaire et d'empowerment.

5.5. Développer le travail de proximité

Le « travail de proximité » est une traduction approximative du terme anglais « *outreach work* ». Ainsi, la définition la plus juste du travail de proximité en matière de toxicomanie

pourrait être celle de Mougin Chantal: « *Le travail de proximité dans le domaine des drogues est une méthode active employée par des professionnels, des bénévoles ou des pairs, pour rentrer en contact avec des usagers de drogue. Ses objectifs sont de les informer sur les risques associés à la consommation de drogue, les aider à réduire ou éliminer ces risques et/ou à améliorer leur condition physique ou psychosociale par des moyens individuels ou collectifs* » (14).

Ainsi, le travail de proximité permet d'atteindre et d'aider la population des UDI souvent cachée et stigmatisée (45).

La liste des actions de RDR citées ci-dessus n'est pas exhaustive. Ces actions diffèrent selon le contexte politique, économique et social de chaque pays et aussi selon les particularités des UDI de ces pays (Voir annexe 4). Néanmoins, s'il a été démontré qu'un certain nombre de programmes et d'actions de RDR répondaient efficacement aux problèmes de santé et de société résultant de l'abus de substances psychoactives, il existe de nombreux obstacles qui entravent la réussite de telles mesures.

6. Les facteurs de mise en œuvre des programmes de RDR

Les politiques et les programmes de RDR se heurtent parfois à des défis importants. En fait, dans les 24 pays les plus touchés par l'épidémie d'UDI où 9,2 millions d'UDI sont concentrés, moins d'un demi million d'UDI seulement ont accès aux messages de RDR, moins d'un quart de million ont accès aux PES, et moins de 25 000 ont accès aux programmes de substitution. L'accès aux traitements antirétroviraux demeure aussi très faible (53).

Ainsi, les facteurs de mise en œuvre, qui influencent le succès de ces programmes, peuvent être classés en facteurs internes et externes.

6.1. Facteurs internes

Les programmes de RDR ne sont pas toujours conçus de manière à optimiser leur accessibilité. Bien que relativement peu d'études portent sur des éléments de la conception des programmes de RDR, il a été constaté que l'horaire, l'emplacement, de même que les

restrictions en termes d'âge, peuvent poser des obstacles à l'accès et à la pérennité de ces programmes.

a- Horaire

Les raisons le plus souvent invoquées par les UDI, pour expliquer les difficultés d'accès à des programmes de RDR à site fixe, sont liés aux horaires d'ouvertures de ces derniers. Selon l'étude réalisée en 2002 à Vancouver, Wood et coll. ont constaté que parmi 69 participants, qui se procuraient leurs seringues surtout auprès d'un PES à site fixe et qui ont signalé des difficultés à en obtenir, 49 (71 %) ont relié cette difficulté d'accès aux seringues à la fermeture du PES (15).

Dans une autre étude réalisée à Sydney, Australie, Treloar et Cao ont demandé à des personnes qui consommaient des drogues, mais qui n'avaient jamais ou pas souvent eu recours à des PES, de commenter une liste de 16 obstacles perçus à l'accès à des PES. Les horaires d'ouverture ont été le deuxième facteur le plus cité comme constituant un obstacle, dans cette étude, 57 % des utilisateurs ont signalé que les horaires d'ouverture étaient un obstacle à l'accessibilité (9).

b- Lieu d'implantation

Certains auteurs considèrent le lieu d'implantation comme facteur contribuant à atténuer, voire inverser l'effet des programmes de RDR sur l'incidence du VIH. Ainsi, le lieu d'implantation des programmes de RDR semble jouer un rôle déterminant dans le succès ou la réussite de ces programmes (21).

Rockwell et coll. (1999) et Welton et coll. (2004) signalent que la distance que les UDI sont disposés à franchir pour avoir recours à un PES est le facteur le plus déterminant dans le choix de l'emplacement. Rockwell et coll. (1999) ont noté que les UDI qui vivent à moins de dix minutes de marche d'un PES, dans la ville de New York, sont trois fois plus susceptibles d'y avoir recours que les autres qui vivent plus loin (49).

c- Restrictions fondées sur l'âge

Dans certains cas, des restrictions fondées sur l'âge ont été imposées dans le cadre de politiques de RDR liés à l'UDI. Ainsi, dans ces cas les jeunes de moins de 18 ans ne peuvent pas bénéficier des services de ces programmes. Toutefois, sur le plan de la santé publique, aucun motif ne justifie le refus d'accès à des mesures de prévention de la maladie et à d'autres services de santé à un individu en raison de son âge, d'autant plus que les données indiquent que ces programmes ne contribuent pas à encourager l'usage de drogue chez les adolescents.

d- Situation et atmosphère

Certains usagers de drogues peuvent ne pas avoir recours aux actions d'un programme de RDR s'ils considèrent que la situation et l'atmosphère de l'établissement sont ennuyantes ou stigmatisantes. L'étude réalisée par Treloar et Cao, à Sydney (Australie) en 2003, a montré que les craintes touchant la stigmatisation et le manque d'anonymat ont été signalées comme un obstacle à l'accès aux PES par les deux tiers des participants (9).

e- Limite d'accès des femmes

Moins de femmes que d'hommes ont souvent recours aux services de RDR. Cela peut refléter le fait qu'en général, plus d'hommes que de femmes consomment des drogues ou que les femmes font face à plus d'obstacles dans leur accès aux services de RDR que les hommes (50).

Dans le monde entier, peu de programmes de RDR offrent des services de garde d'enfants ou des services assurant l'hébergement des femmes avec leurs enfants (42). Ce problème empêche les femmes d'accéder à des services de RDR par crainte que les responsables des services sociaux leur enlèvent la garde de leurs enfants. En effet, la majorité des femmes qui accèdent à des services de toxicomanie au Canada vivent cette situation, et particulièrement les femmes enceintes et les femmes autochtones (44).

6.2. Facteurs externes

a- Insuffisance de financement

Le manque de ressources financières peut compliquer la planification, la coordination et le financement de divers services de santé publique, y compris les programmes de RDR. Aux États-Unis, où le financement fédéral aux programmes de RDR demeure illégal, le manque de ressources financières constitue un important obstacle à la fourniture optimale des services. Toutefois, au Canada, où il n'existe pas de telle restriction légale, les programmes de RDR ont atteint leur potentiel d'efficacité et de réussite (44).

b- Opposition au sein de la communauté

Lorsque les intervenants sanitaires et psychosociaux établissent une action de RDR, leur priorité va aux usagers de drogues. Mais, si les usagers sont la priorité, l'environnement ne peut pas être négligé pour autant (6). En effet, certains membres de la communauté peuvent croire, à tort, que ces actions fassent augmenter l'usage de drogue, ou que de tels programmes entraînent une hausse de criminalité locale et de ce fait, ils adhèrent plutôt aux modèles d'abstinence et de prohibition (42).

Ainsi, les craintes d'opposition de la communauté poussent certains programmes de RDR à se faire aussi discrets que possible. Certains responsables de ces programmes ont l'impression qu'une attitude de confrontation risque d'accroître la visibilité de l'organisme et le potentiel d'opposition, et qu'il pourrait leur être impossible de modifier les attitudes des gens de la communauté (13).

c- Application du droit pénal

La production, la distribution, la possession et l'utilisation de drogues sont traitées comme des actes criminels dans la plupart des ressorts à l'échelle planétaire. La gravité des sanctions et la rigueur avec laquelle elles sont appliquées affectent la faisabilité des interventions préventives vis à vis des usagers de drogues. En effet, ces sanctions sont susceptibles d'empêcher les usagers d'accéder à l'information ou aux moyens de se protéger contre l'infection à VIH.

De même, la possession d'une seringue qui contient des traces d'une drogue illégale est considérée comme acte criminel. Ainsi, la réticence de porter du matériel d'injection est souvent associée à un risque accru de partage de matériel d'injection et d'autres pratiques d'injection non sécuritaires. Bluthenthal et coll. ont estimé que les personnes qui utilisent des drogues et qui craignent d'être arrêtées pour possession de seringues, en Californie, sont deux fois plus susceptibles de partager des seringues et plus prédisposées à partager d'autres instruments pour l'injection (4).

III. Cadre d'analyse de l'étude

Notre étude visait à identifier les facteurs pouvant freiner ou favoriser la mise en œuvre du programme de RDR liés à l'usage de drogues injectables dans la ville de Tanger.

Selon la revue de la littérature, ces facteurs peuvent résulter des interactions du programme de RDR avec son environnement interne et externe. La figure ci-dessous présente le cadre d'analyse de notre étude issu directement de cette revue de la littérature.

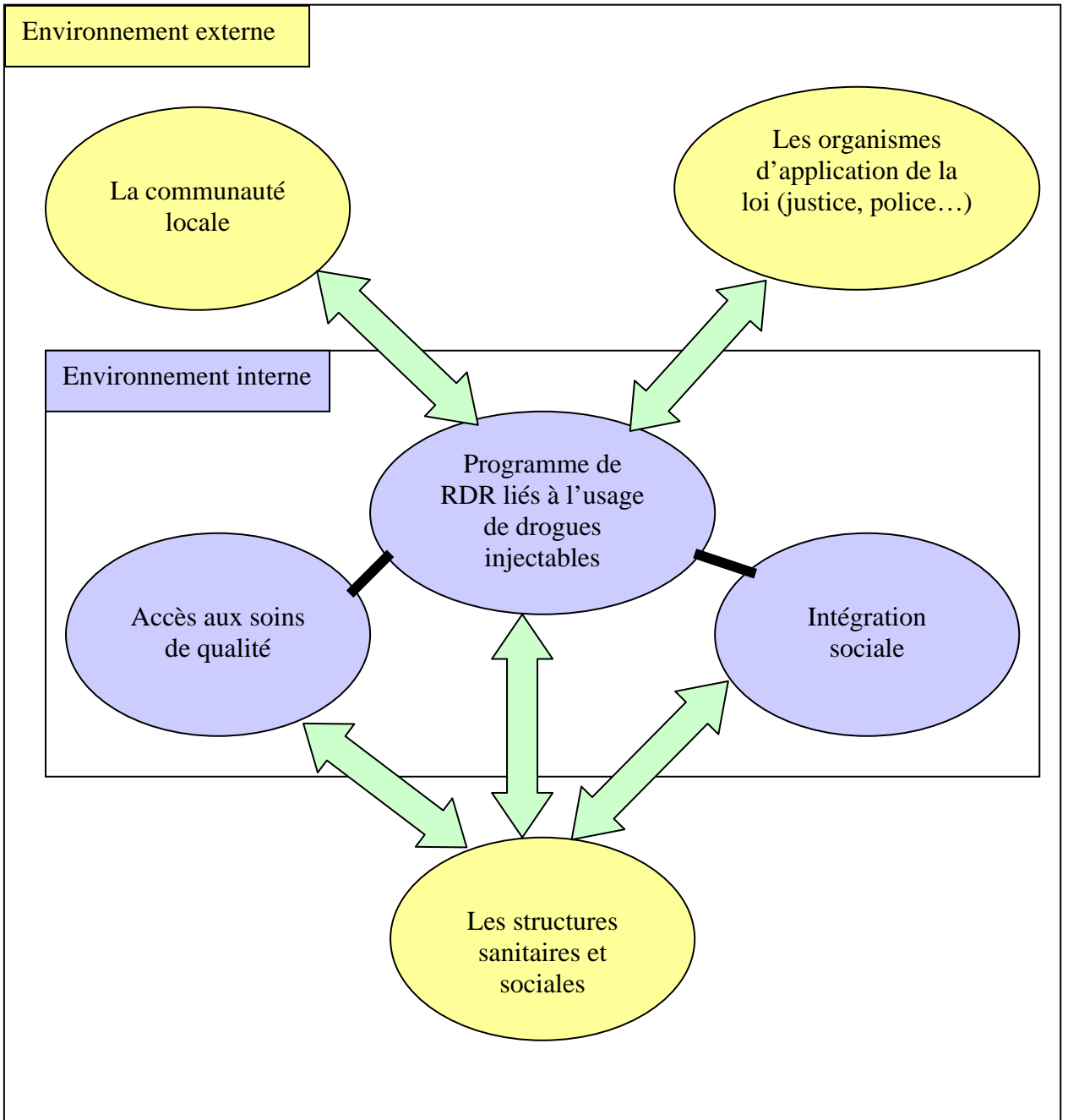


Figure 1 : Cadre d'analyse de l'étude

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

La méthodologie adoptée pour l'élaboration de cette étude est présentée dans ce chapitre, elle s'intéresse au devis de l'étude, la discussion de sa validité, la population à l'étude choisie ainsi que les méthodes de collecte et d'analyse des données. Ensuite sont présentés les considérations éthiques prises en compte dans cette étude et le contexte de son déroulement.

I. Devis de l'étude

Pour répondre aux objectifs de cette étude, concernant la documentation du processus d'élaboration et de mise en œuvre du programme de RDR liés à l'UDI et l'identification des facteurs qui peuvent favoriser ou empêcher sa mise en œuvre dans la ville de Tanger, nous avons opté pour une approche descriptive reposant sur une analyse qualitative. Cette étude se voulait aussi être exploratoire, dans la mesure où c'est la première étude qui a abordé ce thème au Maroc.

Notre étude s'appuyait sur trois niveaux d'analyse imbriqués :

- Un niveau stratégique : représenté par l'ensemble des acteurs impliqués dans le management du programme au niveau du MS et des organismes internationaux financeurs, ainsi que les représentants des organismes d'application de la loi pouvant avoir des relations avec le programme ;
- Un niveau opérationnel : représenté par les prestataires de services au niveau du centre de RDR de Tanger;
- Un niveau communautaire : représenté par les présidents des associations supportant le programme de RDR à Tanger et les usagers de drogues bénéficiaires des activités de ce programme.

II. Validité de l'étude

1. Validité interne :

La validité interne de notre étude repose sur sa capacité à mettre à l'épreuve, de façon simultanée, un ensemble de relations composant notre cadre d'analyse. Ainsi, le cadre d'analyse de notre étude nous semble reposer sur des articulations théoriques assez solides que nous allons mettre à l'épreuve lors de l'analyse, ce qui permet d'accroître la validité interne de cette étude.

Cette validité interne est renforcée par la multiplication des niveaux d'analyse et l'adéquation entre l'appariement choisi comme mode d'analyse dans notre étude et le cadre de référence à mettre à l'épreuve.

2. Validité externe :

La validité externe de notre étude fait référence à la capacité de généralisation de nos résultats à d'autres contextes.

En effet, la validité externe de ce type d'étude s'appuyait sur une généralisation analytique (profondeur de l'analyse), plutôt que statistique (logique de l'échantillonnage) tel est le cas des études expérimentales (11). Cette forme de généralisation opère selon trois principes : la similitude, la robustesse et l'explication (8) :

- *Le principe de similitude* : la capacité de généralisation des résultats de notre étude ne reposait pas sur ce principe, puisque l'environnement et le contexte d'implantation de ce programme vont différer d'une région à l'autre, et ceci même si les dispositions institutionnelles et réglementaires du programme restent constantes.
- *Le principe de la robustesse* : la validité externe de notre étude à partir de ce principe est très limitée, du fait que le programme de RDR est un projet pilote et qu'il n'y a pas réplique de ses effets dans des contextes diversifiés.
- *Le principe d'explication* : des gains de validité externe, résultant d'une compréhension et d'une explication des conditions qui peuvent contribuer à la réussite ou l'échec potentiels de la mise en œuvre du programme de RDR, peuvent être accordés à notre étude.

III. Population à l'étude

La population à l'étude est représentée par l'ensemble des acteurs concernés par le processus d'élaboration et de mise en œuvre du programme de RDR liés à l'UDI dans la ville de Tangerang, ainsi que les autres acteurs pouvant avoir des relations avec le programme.

Ainsi, la population à l'étude comprenait les unités suivantes : les acteurs responsables de la gestion du programme au niveau de l'administration centrale du MS, les représentants des organismes internationaux financeurs, le délégué du MS à Tangerang, les présidents des associations supportant le programme, les représentants des organismes d'application de la loi et les bénéficiaires des activités du programme. Le choix de la population à l'étude n'a pas été fait dans l'optique d'obtenir un échantillon représentatif, mais dans le souci d'avoir un large éventail d'opinions parmi les différents groupes d'acteurs.

IV. Méthodes de collecte des données

La collecte des données a été réalisée à travers l'utilisation de trois outils : l'analyse documentaire, les entretiens et les focus groupes.

1. L'analyse documentaire

Elle concerne la consultation et l'exploitation du cahier des charges du programme et les documents relatifs à sa mise en œuvre. Elle est très utile pour compléter certaines informations recueillies à partir des entretiens.

2. Les entretiens

Le but des entretiens est d'obtenir des informations sur le processus d'élaboration et de mise en œuvre du programme de RDR, ainsi que sur les facteurs pouvant favoriser ou empêcher sa réussite, selon la perception des différents acteurs. Nous avons réalisé des entretiens individuels semi structurés. Ces entretiens se sont déroulés selon une grille préétablie comprenant des thèmes issus directement de notre cadre d'analyse (Voir annexe 5).

Les entretiens ont été réalisés par la même personne et se sont déroulés sur le lieu d'activité des interviewés, leur durée moyenne était de 35 minutes (20 à 90 minutes). Au total, 19 personnes ont été interviewées. Le tableau suivant résume la répartition des interviews analysées en fonction du site, du profil et de l'effectif des acteurs.

Les entretiens ont été enregistrés sur cassette, puis retranscrits fidèlement, à l'exception de quatre interviewés qui ont refusé d'être enregistrés, leurs réponses étaient recueillies sous forme de notes.

Tableau II : Répartition des entretiens par site, par acteur et par effectif

Sites		Acteurs	Effectif
Administration centrale du MS	DELM	Le directeur	1
		Le chef de service de la santé mentale et des maladies dégénératives	1
	DMP	Le chef de service des IST/Sida	1
		La responsable de la commission des stupéfiants	1
Organismes internationaux financeurs	ONUSIDA	Le conseiller National de l'ONUSIDA	1
	FM	La coordinatrice de l'unité de gestion	1
	GTZ	La conseillère technique du projet PADRES	1
Délégation du MS à Tanger		Le délégué	1
		Le médecin exerçant dans le Centre de RDR	1
		La coordinatrice du programme	1
		Tous les intervenants de terrain	4
		Le médecin responsable du CMP	1
Milieu associatif		Le président de l'association de soutien au CMP	1
		Le président de l'ALCS de Tanger	1
Organismes d'application de la loi		Le directeur de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion	1
		Le chef de service des stupéfiants au niveau de la direction de la police judiciaire	1

3. Les focus groupes

Deux focus groupes avec les usagers de drogues bénéficiaires des activités du programme de RDR liés à l'UDI ont été réalisés. Le recrutement des usagers aux focus groupes a été préparé une semaine avant les dates prévues de leur déroulement, avec l'aide de la coordinatrice du programme et les intervenants du travail de proximité (l'équipe mobile).

Dans ces focus groupes, nous avons essayé d'assurer la parité du sexe et de représenter les différentes catégories d'âge et les différents niveaux socio-économiques des usagers. Ainsi, nous avons participé à une équipe mobile pour convaincre des femmes sur les lieux d'injection d'y participer. Toutefois, trois femmes qui nous ont promis de participer aux focus groupes ont désisté à la dernière minute.

La discussion a été menée en groupe selon une grille préétablie (Voir annexe 6). Le premier focus groupe a inclut douze usagers de drogues et le deuxième dix usagers. Tous les participants sont de sexe masculin, vingt sont des usagers actifs et deux sont en voie de sevrage. L'âge des participants varie entre 26 et 60 ans (l'âge moyen est de 37ans). La majorité est célibataire (16/22), quatre mariés et deux divorcés. La plupart d'entre eux n'ont pas dépassé le niveau primaire de scolarité (18/22), trois usagers ont le niveau du premier cycle et un seul a un niveau d'étude supérieur. Tous les participants aux focus groupes sont des chômeurs.

Les deux focus groupes ont eu lieu dans le salon du centre de RDR de Tanger à des dates différentes. Nous avons joué le rôle d'animateur et un collègue de la 9ème promotion de l'INAS a joué le rôle du rapporteur. La discussion s'est déroulée en arabe dialectal sur une durée de 90 minutes pour chaque focus groupe, elle a été enregistrée sur cassette puis traduite en français et retranscrite intégralement.

Le deuxième focus groupe s'est déroulé en présence de deux experts étrangers (Médecins du Monde) qui étaient en visite au centre. Ces derniers ont assisté à la discussion après consentement des usagers, mais sans y participer. Un animateur de l'équipe mobile s'est chargé de leur traduire la discussion.

V. Analyse des données

Pour analyser les données recueillies lors des entretiens, une analyse verticale a été combinée à une analyse horizontale. Pour l'analyse verticale, une synthèse des réponses apportées a été réalisée pour chaque acteur. Ensuite, compte tenu de la grande quantité d'information contenue dans les entretiens, l'analyse horizontale s'est faite transversalement suivant les thèmes abordés lors des entretiens, pour vérifier la convergence des résultats entre les différents acteurs impliqués aux trois niveaux d'analyse.

Les données qualitatives recueillies lors des deux focus groupes ont été analysées verticalement selon les thèmes abordés, puis comparées aux données recueillies lors des entretiens.

VI. Considérations éthiques

La confidentialité à travers l'anonymat a été garantie à tous les acteurs interviewés, ainsi qu'aux usagers de drogues participants aux focus groupes.

L'enregistrement des entretiens et des discussions des deux focus groupes a été réalisé après consentement des participants.

VII. Site de l'étude

Il s'agit de la préfecture de Tanger-Assilah, choisie par le MS comme site pilote de l'implantation du programme de RDR infectieux liés à l'usage de drogues injectables.

1. Quelques caractéristiques de la préfecture de Tanger-Assilah

1.1. Données générales

La préfecture de Tanger-Assilah se situe à l'extrême Nord du Royaume sur une superficie totale de 895 km² (926 habitants/km²). Elle fait partie de la Wilaya de Tanger qui est composée de deux préfectures (Fahs Anjra et Tanger assilah). Elle est limitée :

- Au nord par le détroit de Gibraltar ;
- Au sud par la province de Larache ;
- A l'est par la province de Tétouan et la Préfecture Fahs Anjra ;
- A l'ouest par l'Atlantique.

Par sa position géographique, Tanger est aux portes de l'Europe (Espagne). Elle est en effet à 63 km de l'enclave espagnole de Ceuta (Sabta) et aussi à quelques miles marins des côtes espagnoles.

1.2. Données socio-économiques

- La population est très dense (926 / km²), avec un taux d'urbanisation de 93 %, et la taille des ménages dépasse les six / ménage ;
- 38% des logements sont de type marocain, 48% de type sommaire ou bidonville, 2% de type villa et 12% des immeubles ;
- 96% des ménages urbains disposent de l'électricité et 80% sont reliés à un réseau d'eau courante ;
- Le taux d'activité est de 35% (dont 50% chez les hommes) ;
- Le taux de scolarisation est de 98% en 2002 ;
- Le taux d'analphabétisation est de 58% ;
- Le secteur du tourisme, de l'entreprise, et de la communication est en pleine expansion.

1.3. Offre de soins dans le domaine de la toxicomanie

- Le Centre Médico-psychologique (CMP) de Hassnouna : géré par un médecin psychiatre spécialiste en addictologie. Ce centre assure la prise en charge ambulatoire des usagers de drogues de tous types ;

- L’hôpital psychiatrique, de 55 lits dont 4 sont réservés au sevrage ;
- Deux espaces santé jeune : dont le rôle dans le domaine de la toxicomanie est purement préventif en assurant l’information et la sensibilisation des jeunes sur les risques liés à l’usage de drogues ;
- L’institut Pasteur : assurant le dépistage gratuit de l’hépatite C pour les usagers de drogues ;
- L’ALCS de Tanger : assurant le dépistage gratuit du VIH/Sida.

2. Description du Centre de RDR de Tanger

Le centre de RDR ou centre à « bas seuil » de Tanger offre aux usagers de drogues marginalisés l’accueil, l’aide et des conseils sanitaires dans le cadre de la prévention du VIH et des hépatites. Il assure également des consultations médicales curatives, la délivrance de kits d’injection stériles, ainsi que d’autres prestations telles que des repas et des douches.

Le centre est bâti sur une surface totale de 67m² et divisé en trois parties inégales :

- Un espace de convivialité : sans cloisons ni séparations, avec un coin télé-musique, un coin ordinateur, un coin palabre et un coin kitchenette/comptoir ;
- Un bloc sanitaire : avec douche et toilette pour usagers, appareils lave et sèche linge et un vestiaire ;
- Un bureau et/ou infirmerie : séparé par des vitres transparentes, munies de stores intérieurs.

Le centre de RDR dispose des ressources humaines suivantes :

- La coordinatrice du programme: membre de l’association de soutien au CMP, travaillant à temps plein, responsable de l’accueil des usagers et de la gestion administrative du centre ;
- Un médecin généraliste affecté par la délégation de la santé de Tanger, travaillant à mi-temps, assurant les consultations médicales curatives et les références des usagers vers les structures sanitaires spécialisées, si leurs états de santé le nécessite.

- Quatre animateurs de l'équipe mobile : travaillant à mi-temps, assurant le travail de proximité, deux parmi eux sont des membres de l'association de soutien au CMP et les deux autres sont des volontaires.

L'unité fixe du programme est ouverte 5j/7, du lundi au vendredi, de 14h30 à 18h. Le travail de proximité est assuré soit le matin, soit l'après-midi (en fonction du planning établi), du lundi au vendredi.

CHAPITRE V : RESULTATS

Ce chapitre commence d'abord par la présentation des résultats relatifs au processus d'élaboration et de mise en œuvre du programme de RDR liés à l'usage de drogues injectables de la ville de Tanger, pour présenter ensuite, les résultats de l'analyse des entretiens avec les acteurs concernés et des discussions en groupe avec les usagers de drogues répondant à l'identification des facteurs de la mise en œuvre de ce programme.

I. Processus d'élaboration et de mise en œuvre du programme de RDR

Les résultats obtenus et qui concernent le processus d'élaboration et de mise en œuvre du programme de RDR liés à l'usage de drogues injectables sont l'aboutissement de l'analyse des différents entretiens menés auprès des acteurs concernés par ce processus, complétée par l'analyse documentaire.

1. Les étapes d'élaboration du programme de RDR

1.1. Exploration et analyse de la situation

Afin d'évaluer les risques d'infection à VIH pouvant résulter de l'usage des drogues injectables, le MS (DELM) a mené une étude en 2005, dans certaines villes marocaines (Tanger, Tétouan, Rabat-salé et Casablanca), et ce, en collaboration avec l'ONUSIDA et l'UNODC. L'étude s'inscrit dans le cadre de la revue du Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 2006-2011 et la Stratégie du Service de Santé Mentale et des Maladies Dégénératives en matière de lutte contre les Toxicomanies.

Cette étude intitulée « Evaluation Rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectées et injectables et à problème au Maroc » a été menée auprès de 494 usagers de drogues, dont 2/3 sont des injecteurs, avec une proportion de 14% de femmes. L'étude avait comme objectifs de:

- Déterminer l'ampleur des drogues injectées et injectables et à problèmes ;
- Définir les risques d'infection à VIH chez les usagers ;

- Estimer la séroprévalence du VIH dans le groupe des usagers de drogues.

Les principaux traits distinctifs de cette épidémie marocaine, tels qu’observés dans cette évaluation, peuvent être résumés brièvement comme suit :

- Concentration géographique du phénomène au nord du pays, à proximité des zones de contact avec l’Espagne et le continent européen plus généralement ;
- Relative jeunesse de l’épidémie de consommation d’héroïne ;
- Taux d’accroissement élevé du nombre d’usagers ;
- Faible diffusion dans le milieu des usagers des informations, connaissances et outils permettant de réduire les risques encourus lors de la consommation des drogues en matière de surdose et de transmission du VIH et des hépatites ;
- Faible prévalence de l’infection VIH dans le groupe cible ;
- Situation à risque majorée pour les femmes.

Les résultats de cette évaluation relatifs à la ville de Tanger ont montré que la quasi-totalité des usagers recrutés (178/180) ont déclaré avoir consommé l’héroïne au cours du dernier mois précédant l’enquête. Une importante partie (65,5 %) faisait état d’un usage de cocaïne. Et 85 % disaient avoir eu recours à l’injection d’une de ces drogues au cours de leur vie. Parmi ces injecteurs, une importante proportion (77,3 %) reconnaissait, à un moment ou un autre, avoir partagé des seringues.

1.2. Validation des résultats de l’évaluation rapide

Le MS a adopté une stratégie de communication pour la validation et la diffusion des résultats de cette étude de l’évaluation rapide, au profit des autres départements ministériels, des partenaires internationaux, des décideurs et de la société civile. Ainsi, un atelier de validation des résultats a été organisé en Mars 2006 à Tanger, où ont été invités : des professionnels de la santé (surtout les psychiatres), des experts européens (de l’Espagne, de la France et de la Belgique), des représentants du Ministère de la Justice, des représentants des organismes internationaux (ONUSIDA et UNICEF) et un groupe d’usagers de drogues.

A la fin de cet atelier, tous les participants étaient unanimes pour l'instauration du programme de la RDR liés à l'usage de drogues injectables au Maroc.

1.3. Restructuration de la stratégie nationale de lutte contre les toxicomanies

Suite à cet atelier sur la validation des résultats, un autre atelier sur la stratégie nationale de lutte contre le Sida a eu lieu en Avril 2006. Dans cet atelier, les UDI ont été considérés pour la première fois comme population cible du programme national de lutte contre le Sida.

En Juillet 2006, un autre atelier sur l'introduction de la substitution au Maroc était organisé en présence des représentants du Ministère de l'Intérieur, du Ministère de la Justice et de la responsable de la Commission Nationale des Stupéfiants. Le but de cet atelier était un plaidoyer politique aux près des différents départements concernés par le domaine de la toxicomanie.

Après toutes ces étapes, la stratégie nationale de lutte contre les toxicomanies a été restructurée et l'axe stratégique « réduction des risques liés aux drogues injectables » a été retenu parmi quatre autres axes, à savoir :

- La réduction de la demande ;
- Le traitement et la prise en charge des usagers de drogues ;
- Le suivi et l'évaluation ;
- Les mesures d'accompagnement au niveau politique et législatif en matière de formation, de partenariat et de mobilisation de fonds.

Cette nouvelle stratégie était validée, puis diffusée lors de la conférence nationale pour la santé mentale et la toxicomanie tenue en Janvier 2007. Cette dernière conférence était présidée par Monsieur le Ministre de la santé et organisée sous le parrainage de sa majesté le roi.

1.4. Identification et contractualisation avec des experts internationaux

Pour promouvoir la coopération, l'échange et le transfert réciproque de connaissances dans le domaine des drogues, plusieurs experts internationaux ont été sollicités pour travailler sur le programme de RDR liés à l'UDI au Maroc :

- Experts de l'Association Médecins du Monde ;
- Experts de l'ONUSIDA ;
- Experts de l'Association Française de RDR ;
- Experts Catalans ;
- Experts Belges du Projet LAMA ;
- Experts du Groupe Pompidou (Conseil de l'Europe).

En outre, les responsables stratégiques du programme ont œuvré aussi pour une coordination internationale de RDR à travers deux réseaux internationaux :

- Le réseau MedNET : qui a pour objectif final l'amélioration de la qualité de la mise en œuvre des politiques de drogues dans les pays participants d'Afrique du Nord et d'Europe.
- Le réseau MENAHRA : mis en œuvre au Maroc par le MS/DELM et son objectif principal est de renforcer les capacités de la société civile, mettre en œuvre, contrôler et évaluer les services de prévention et de traitement du VIH/Sida chez les UDI au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

1.5. Mobilisation de fonds

Les fonds sont mobilisés grâce à un grand travail de plaidoyer auprès des organismes internationaux. Ainsi, une rubrique spécifique « Réduction des Risques », dans le budget du FM de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme a été accordée au programme. Un financement ponctuel par la GTZ a été aussi assuré, ainsi qu'un appui continu de l'ONUSIDA en terme de formation et d'appui technique.

2. La mise en œuvre du programme de RDR

2.1. Contacts avec les responsables régionaux du MS à Tanger

Les responsables du programme ont pris contact avec le délégué du MS à Tanger, pour discuter des modalités de mise en œuvre du programme de RDR. Monsieur le délégué s'est montré très favorable à la mise en œuvre de ce projet dans la ville de Tanger.

« On était très favorable à l'implantation de ce programme à Tanger parce qu'on est conscient de l'ampleur du problème des drogues injectables dans cette ville »

2.2. Contacts avec les partenaires potentiels du programme à Tanger

Après avoir eu l'accord et même le soutien du délégué du MS, les responsables du programme ont pris contact avec le président de l'association de soutien au CMP, qui a déjà participé à des ateliers de formation sur ce programme au Maroc et à l'étranger. Ainsi, l'association de soutien au CMP, créée en Mai 2006, a accepté d'être partenaire officiel du programme.

Selon les interlocuteurs du programme l'implantation du centre de RDR s'est faite sans consultation ni concertation préalable avec les riverains. Cependant, ils reconnaissent que la police, la justice et les autorités locales étaient informées, mais d'une façon officieuse.

« On a informé les autorités locales et les services d'application de la loi, mais à titre personnel et officieusement, rien n'était institutionnalisé »

2.3. Construction du centre de RDR et acquisition du véhicule de l'équipe mobile

Le centre de RDR est construit juste à côté du CMP de Tanger. Il est bâti sur une superficie totale de 67 m², avec un coût de 511 000,00 DH. Le terrain de construction était offert par la délégation du MS de Tanger et le financement de la construction était sous la charge du FM. Les travaux de construction ont été achevés au mois de Septembre 2007. La

GTZ s'est chargée de l'équipement du centre et de l'acquisition du véhicule de l'équipe mobile.

2.4. Formation des intervenants de terrain

Les intervenants de terrain du programme de RDR ont suivi une formation, qui avait pour but d'améliorer leurs connaissances en matière de RDR. Cette formation a duré trois jours, du 26 au 28 Décembre 2007, elle s'est basée sur un modèle interactif et participatif et s'est articulée autour de six modules principaux, dont les thèmes ont couvert l'essentiel des connaissances et compétences indispensables au démarrage du programme :

- *Module A : Situer les projets dans le contexte national ;*
- *Module B : Actions en direction des usagers de drogues difficiles à atteindre : définitions et rationalité ;*
- *Module C : Modalités de fonctionnement du Centre de Réduction de Risques ;*
- *Module D : Modalités de fonctionnement de l'équipe mobile ;*
- *Module E : Comment aborder les pratiques à risques de contamination avec les usagers ;*
- *Module F : Gestion du système d'information et bases de données.*

2.5. Le traitement de substitution

Les activités de l'équipe mobile du programme de RDR ont débuté au mois de Décembre 2007 et les activités de l'unité fixe ont commencé vers la fin du mois de Janvier 2008, mais le traitement de substitution connaît un certain retard dans sa mise en œuvre. Au moment de notre passage au centre de RDR (début Avril 2008), le traitement de substitution n'était pas encore opérationnel.

Le traitement de substitution choisi est la méthadone sous forme sirop. Un laboratoire pharmaceutique national a déjà importé la matière première pour les premiers essais de fabrication. Les premiers échantillons de fabrication de la méthadone vont être étudiés par le laboratoire national de contrôle des médicaments. Une fois la validation des premiers

échantillons est obtenue, le laboratoire national de contrôle des médicaments accorde l'AMM pour la méthadone.

« La thérapie de substitution est un traitement prometteur et il est en cours d'acquisition par les services du Ministère de la Santé et ce en coordination entre la DMP et la DELM »

La responsable de la commission nationale des stupéfiants a suggéré certaines étapes préliminaires avant la mise en œuvre de cette thérapie de substitution :

- Former des pharmaciens au niveau local (conditionnement de la méthadone) ;
- Assurer des lieux appropriés pour le stockage de la méthadone (coffre fort) ;
- Acquérir et mettre en place un préparatoire ;
- Assurer la disponibilité d'un cahier à souche ;
- Former des personnes au niveau local sur les modalités de délivrance de la méthadone ;
- Assurer la sécurité et la traçabilité.

II. Les facteurs de mise en oeuvre du programme de RDR à Tanger

Cette partie présente les résultats de l'analyse de nos entretiens avec : 1) les acteurs responsables du programme au niveau stratégique et au niveau régional, 2) les membres de l'équipe locale du travail, 3) le médecin chef du CMP, 4) les présidents des deux associations supportant le programme, 5) les représentants des organismes financeurs, 6) les deux représentants des organismes d'application de la loi (la police et la justice)

Cette partie présente aussi les résultats de l'analyse des discussions en groupe avec les usagers de drogues bénéficiaires des activités du programme.

1. Les facteurs internes

1.1. Facteurs liés aux ressources humaines

a- La formation

Tous les intervenants de terrain ont jugé que la formation reçue dans le cadre de ce programme était insuffisante.

« La formation était bénéfique, mais reste insuffisante, car la toxicomanie est un thème très vaste : diversité des produits psychoactifs et des modes d'administration »

« On a besoin de stages à l'étranger dans des centres à bas seuil, pour voir leurs méthodes de travail et leurs expériences dans ce domaine »

b- La motivation

Tous les membres de l'équipe du travail du centre de RDR s'accordaient qu'ils sont très motivés pour travailler dans ce domaine. Cette motivation tient au caractère très innovateur et original de ce programme et à leur conviction de la gravité des risques encourus par les UDI. Ainsi, ils ont accordé peu d'intérêt à la motivation pécuniaire.

« Je me trouve dans le travail associatif et j'aime le travail sur le terrain »

« Certes les salaires sont insuffisants par rapport au travail accompli, mais notre objectif est humanitaire et loin du bénéfice financier »

Même les acteurs stratégiques ont reconnu que l'équipe locale est très motivée pour accomplir son travail :

« L'équipe locale est dynamique, volontaire et très motivée »

« Ce programme a la chance d'avoir des acteurs qui y croient »

c- L'effectif

Les entretiens avec les responsables du programme au niveau central ont révélé que le nombre des prestataires de services, au niveau de l'unité fixe et mobile du programme, reste très insuffisant. Les membres de l'équipe locale confirment ce qui a été dit par les responsables au niveau central et parlent d'une surcharge du travail, d'après leurs dires.

« Parfois, je termine l'élaboration des rapports d'activité à la maison, vu la charge du travail au centre due au manque d'effectif du personnel » [Membre de l'équipe locale].

1.2. Les facteurs organisationnels

a- Les horaires d'ouverture du centre de RDR

D'après les responsables du programme au niveau central, les horaires d'ouverture du centre de RDR sont bien étudiés pour s'adapter au rythme de vie des usagers.

« Pour les usagers de drogues, le matin c'est plutôt consacré à la recherche de la drogue et des moyens financiers pour la procurer »

Les responsables du programme avancent aussi que les horaires du centre ont été programmés en concertation avec le médecin chef du CMP du fait que les deux centres (RDR et CMP) se trouvent dans le même endroit. Ainsi, l'horaire choisit permettra d'éviter le contact entre les usagers actifs fréquentant le centre de RDR et les usagers en cours de sevrage fréquentant le CMP.

Pour les membres de l'équipe locale, l'horaire actuel du centre reste convenable pour un programme qui vient d'être implanté. Toutefois, ils souhaitent bien le modifier prochainement, pour augmenter progressivement les heures d'ouverture à cause de la demande qui s'accroît rapidement.

Les usagers en majorité (17/22) ont affirmé, lors des discussions en groupe, que les horaires d'ouverture du centre n'influencent pas leur dotation en kits d'injection, car le travail de proximité est conduit dans les lieux d'injection, et les dotations des week-ends sont remises le vendredi.

« Même si le centre n'est pas ouvert toute la journée, onl nous délivre tous nos besoins en kits » [Un usager de drogue]

Certains usagers (2/22) ont déclaré avoir eu des ruptures de leurs stocks en kits pendant les week-ends, et d'autres (3/22) usagers sans domicile fixe (SDF) ont affirmé avoir trouvé des difficultés pour stoker leur dotation en kits.

« Un jour j'ai caché mes kits près d'une tombe dans un cimetière, et le lendemain je ne les ai pas trouvé » [Un usager SDF].

b- Le lieu d'implantation du centre de RDR

Pour les acteurs stratégiques, certains considèrent l'implantation du centre de RDR juste à côté du CMP comme facteur pouvant freiner la mise en œuvre du programme :

« Le CMP et le centre de RDR n'ont pas les mêmes activités, et cela peut nous créer des problèmes : la proximité des usagers actifs du centre de RDR avec ceux qui sont en cours de sevrage au CMP peut fragiliser ces derniers. C'est pour cette raison qu'on s'est mis d'accord que les horaires d'ouverture du CMP et du centre de RDR ne soient pas les mêmes »

D'autres acteurs stratégiques considèrent cette proximité comme facteur favorisant la mise en œuvre du programme :

« La proximité des deux centres peut ne pas constituer un danger, mais une complémentarité, même les gens qui sont en sevrage dans le CMP peuvent être un exemple pour les usagers actifs du centre de RDR »

« La proximité du CMP pour moi est un point positif, parce que l'équipe du CMP s'investit aussi dans le centre de RDR et les activités des deux centres puissent être intégrées »

Pour les intervenants de terrain, leurs opinions convergent vers une seule l'idée : l'implantation du centre de RDR à proximité du CMP peut constituer un obstacle d'accès des usagers au centre.

« La proximité du centre de RDR au CMP entraîne une confusion chez les usagers quant aux objectifs de chaque centre » [Animatrice de l'équipe mobile]

Néanmoins, pour les usagers, la proximité des deux centres n'était pas révélée comme obstacle. Pour les usagers, l'essentiel est l'accessibilité géographique au centre, jugée bonne par la majorité, sauf pour trois usagers qui ont estimé que le centre de RDR est loin de leur domicile, et qui ont mentionné qu'ils ne trouvent pas souvent les moyens financiers pour se déplacer.

c- La superficie du centre de RDR

Tous les membres de l'équipe du travail du programme ont jugé la superficie du centre comme insuffisante pour répondre aux besoins des usagers. L'espace limité peut retentir sur la qualité des services rendus aux usagers.

« Il y a un seul bureau pour faire, en même temps, les consultations médicales et l'accueil des usagers, ce qui touche à l'intimité des usagers »

« Il y a une seule douche, et parfois, on est obligé de faire un planning pour les usagers »

Les usagers accordent peu d'importance à la superficie du centre. Pour eux le centre est un beau cadre et représente une très bonne structure qui leur offre des moments de repos et la possibilité d'être écouté et conseillé et aussi de s'alimenter et de se prévenir contre les maladies transmises par le sang.

d- Les Restrictions d'accès fondées sur l'âge

Les mineurs de moins de 18 ans ne peuvent pas bénéficier des activités du programme. Tous les interviewés, au niveau stratégique et opérationnel, se sont accordés sur le fait que cette restriction d'accès des mineurs constitue une limite à la réussite du programme. Ils ont justifié cette restriction d'accès des mineurs par les contraintes juridiques et réglementaires.

« Les usagers mineurs auront plus besoin de notre aide pour protéger leur santé, parce que généralement ils sont nouveaux dans la consommation des drogues, et les risques sont énormes à ce stade » [Acteur au niveau de l'administration centrale du MS]

« On risque d'être poursuivi en justice, si on reçoit des mineurs dans le centre ou si on leur donne les kits d'injection lors du travail de proximité » [Intervenante de terrain].

e- L'atmosphère générale des unités mobile et fixe

Tous les participants aux focus groupes s'entendaient que leurs relations avec les membres de l'équipe locale sont très favorables. Cette appréciation vaut autant pour la qualité de l'accueil, la qualité de l'information que la confidentialité et l'anonymat.

« On est comme une seule famille, ils m'ont même rendu visite à l'hôpital quand j'étais hospitalisé »

« Nos relations sont basées sur le respect réciproque et la confiance »

« Ils sont vraiment très gentils, nous n'avons jamais senti que nous sommes stigmatisés ».

f- L'accès des femmes au centre

L'accès des femmes au centre est très limité. Trois femmes ont accédé au centre depuis son ouverture. Cet accès était régulier pour une seule femme, alors que les deux autres n'ont visité le centre qu'une seule fois.

Ce faible niveau de participation des femmes aux activités du programme de RDR peut constituer une limite de l'efficacité de ce dernier, d'après les responsables du programme et les intervenants de terrain.

« Ce programme ne peut pas réussir sans répondre aux besoins des femmes, surtout que cette population est doublement vulnérable aux VIH (drogue et sexe) » [Acteur au niveau de l'administration centrale du MS].

2. Les facteurs externes

1.1. Le financement du programme

Les deux tiers du financement du programme sont à la charge du FM, avec un appui ponctuel de la GTZ. L'appui continu sur le volet formation et évaluation est assuré par l'ONUSIDA. Le financement du FM sera maintenu jusqu'à fin 2011. Après cette date, les perspectives du financement vont dépendre des résultats de l'évaluation du programme prévue à la fin de sa première année de fonctionnement.

Les représentants des bailleurs de fonds sont conscients des problèmes de financement futur du programme et du risque d'interruption des services du programme dans l'avenir à cause de la pénurie du financement.

« Il s'est avéré que ce programme lorsqu'il a été conçu, on ne pensait pas qu'il va prendre cette ampleur assez importante. Certainement, les fonds qui ont été mis dans ce projet par le FM vont être insuffisants pour répondre aux besoins de tout le programme surtout s'il est étendu à d'autres sites »

« Il faut absolument rajouter des fonds pour le programme dans le futur »

Les responsables du programme reconnaissent que ce dernier est porteur et mobilisateur de fonds sur le plan international, mais ne nient pas que cette spécificité internationale du financement puisse constituer une limite sur le plan de pérennité financière.

« On a déjà des propositions pour le financement de ce programme par l'ONUDC et par les Catalans, mais pour assurer la pérennité financière de ce programme il faut mobiliser des fonds nationaux » [Acteur au niveau de l'administration centrale du MS].

1.2. Les facteurs liés aux relations du programme avec son entourage

Tous les acteurs impliqués dans la gestion du programme ont affirmé que le centre de RDR était implanté sans consultation ni concertation préalable avec les habitants du voisinage. Cette discrétion de l'implantation du programme est due aux craintes des acteurs relatives à la réticence et à l'hostilité de la population vis-à-vis de la proximité et de la visibilité des usagers de drogues. Pour ces acteurs, la réticence de la population peut confronter le programme à de gros problèmes dès le départ et risque de l'arrêter complètement.

« Peu être même pour l'avenir du programme, il ne faut pas le rendre trop vulgarisé »

« L'acceptabilité sociale de ce programme, qui touche à des pratiques illégales, n'est pas facile à atteindre surtout dans un pays comme le notre, pays musulman, où la drogue est toujours considérée comme un tabou »

Les intervenants de terrain sont conscients de la gravité de l'opposition de l'entourage, et exigent aux usagers de drogues, qui accèdent au centre, le respect de la charte interne qui

interdit aux usagers de se réunir ou d'utiliser la drogue aux alentours du centre, pour ne pas nuire à l'entourage. D'après ces intervenants, aucun incident impliquant les usagers n'a jamais été signalé.

Les usagers eux mêmes sont conscients du risque de l'opposition des habitants du voisinage sur la mise en œuvre du programme.

« S'il arrive qu'on aura des problèmes avec le voisinage du centre, cela peut créer des problèmes pour l'association qui peuvent aller jusqu'à l'arrêt de ses activités » [Un usager de drogues].

1.3. Les facteurs liés aux relations du programme avec les organismes d'application de la loi

Les représentants des organismes d'application de la loi au niveau central (la police et la justice) ont été invités à assister à l'atelier de consensus sur l'introduction de la substitution au Maroc. Cependant, aucune convention, aucun document officiel n'a été signé à la fin de cet atelier entre le MS et ces services. De même, au niveau local, les autorités et les services d'application de la loi ont été informés officieusement sur l'implantation de ce programme à Tanger par le délégué du MS.

D'après tous les acteurs impliqués dans la gestion du programme, l'absence de cadre légal et le manque de vrais partenariats officiels avec le secteur répressif peuvent exposer le programme à de gros problèmes :

« Il y a toujours cette crainte que la stratégie mobile ou l'unité fixe soit bloquée si jamais les autorités s'opposent au programme »

« Il n'y a aucune garantie, aucune sécurité pour les intervenants de terrain s'il y a une rafle policière »

« L'interpellation par la police d'un membre de l'équipe pourrait aboutir à la mise en cause de l'ensemble du projet »

Le directeur de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion a affirmé qu'il était informé sur le programme, mais à titre personnel et non officiel. Il considère le programme de RDR liés à l'usage de drogues injectables comme étant une bonne initiative de la part du MS. Aussi, il n'a pas nié sa crainte de la gravité des problèmes des drogues dans les prisons et de l'absence de stratégie anti-drogue qui fait de la prison un milieu à risque élevé de propagation du sida et des hépatites virales.

Ce responsable a rappelé que la direction de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion est entrain de mener une étude sur les conduites à risque liées aux drogues en milieu carcéral, sur un échantillon de 700 détenus, dans six prisons au Maroc. Cette étude a pour objectif de faire un diagnostic de la situation des drogues dans les prisons, afin d'élaborer une stratégie anti-drogue adaptée.

« Nous sommes conscient que les toxicomanes incarcérés doivent bénéficier des mêmes services préventifs offerts aux usagers qui ne sont pas en prison, c'est seulement question de temps »

Le chef de service des stupéfiants au niveau de la direction de la police judiciaire, lui aussi, était informé sur le programme à titre personnel. Il a affirmé qu'il n'y a aucune convention ou partenariat officiel entre sa direction et le MS. Ce responsable est conscient du fait que les arrestations suivies d'incarcérations des usagers ne font qu'aggraver leur situation et n'ont pas d'effet dissuasif. Il a signalé que leur mission réside dans la répression qui vise davantage le commerce et le trafic de drogues que la consommation. Mais, il n'a pas nié que l'absence d'une formation, aux profits des agents de la police de la préfecture de Tanger, sur les objectifs et les activités du programme risque d'entraver le travail de proximité.

Quant aux usagers participants aux deux focus groupes, ils ont tous affirmé qu'ils n'ont jamais rencontré de problèmes avec la police à proximité du centre. Par contre, sur les lieux d'injection ou d'achat de l'héroïne ou de la cocaïne ils sont couramment arrêtés. Ils ont avoué que leur arrestation est due soit à l'usage de drogues soit à la simple possession de drogues ou du matériel d'injection (aiguilles et seringues même sans trace de drogue). Ils ont déclaré aussi que la crainte d'être arrêtés par la police les pousse à cacher leurs matériels d'injection dans des endroits insalubres et aussi à ne pas respecter les règles hygiéniques d'injection.

« Moi j'ai passé 3 mois en prison à cause d'une seringue vide sans drogue » [Un usager de drogues]

« Parfois, on est obligé de cacher nos seringues dans des poubelles par crainte d'être arrêtés par la police » [Un deuxième usager]

« Le plus souvent, on injecte notre drogue le plus rapidement possible sans respect des règles sanitaires qu'on a appris dans le centre de RDR, par crainte d'être surpris par la police » [Un troisième usager]

1.4. Les facteurs liés aux relations du programme avec les structures sociales et sanitaires

Le seul partenariat officiel qui existe entre le programme et la société civile au niveau local est celui signé avec l'association de soutien au CMP. Cette association est devenue par la suite porteuse du projet au niveau local et elle a alloué des ressources humaines pour la gestion du programme (une coordinatrice du programme et deux animateurs de l'équipe mobile). Elle offre aussi un soutien juridique aux usagers par l'intermédiaire d'un avocat bénévole travaillant avec l'association.

Les relations de l'ALCS de Tanger avec le programme de RDR sont assez limitées. D'après le président de cette association, cela est dû au manque de communication et de collaboration entre les deux entités.

La seule structure sanitaire qui a des liens étroits avec le centre de RDR est le CMP, du fait que le médecin chef et le major du CMP sont membres de l'association du soutien au CMP. Le médecin chef du CMP est psychiatre spécialiste en addictologie, donc, il vient souvent à l'appui de l'équipe locale du centre de RDR quant au volet de formation et d'expertise dans le domaine des drogues.

Le médecin du centre de RDR a affirmé que la bonne relation entre le CMP et le centre de RDR facilite la référence des usagers, qui souhaitent arrêter la consommation de drogues, au CMP pour entamer la procédure de sevrage. Cependant, le médecin chef du CMP a signalé que les quatre lits réservés au sevrage dans l'hôpital psychiatrique de Tanger sont nettement insuffisants, ce qui prolonge les rendez-vous et risque de compromettre le succès du programme de RDR, dont le but ultime est de faire sortir les usagers de leur toxicomanie.

Le médecin du centre de RDR n'est pas content des liens avec les autres structures sanitaires basés principalement sur les relations personnelles, plutôt que sur des procédures systématiquement organisées, ce qui peut retentir sur la qualité de prise en charge des usagers de drogues au niveau de ces structures.

Néanmoins, cinq usagers participants aux focus groupes, ayant été référés auparavant par le médecin du centre de RDR pour des consultations spécialisées, ont déclaré être bien accueillis et avoir une bonne prise en charge au niveau de l'hôpital.

Enfin, malgré certains facteurs révélés, par différents acteurs interviewés, qui peuvent perturber ou empêcher la mise en œuvre et le développement du programme. Tous les acteurs du programme, que se soient les acteurs stratégiques ou opérationnels, étaient très

optimistes quant à l'avenir du programme de RDR liés à l'usage de drogues injectables à Tanger et au Maroc en général.

« Le projet a toutes les chances de réussir, et c'est une vraie réussite au départ, la réussite elle tient au fait que le projet est innovateur dans un pays comme le Maroc, elle tient aussi à la mobilisation de l'ensemble des gens qui ont pris ça comme véritable mission à accomplir » [Acteur au niveau de l'administration centrale du MS]

« Ça sera un programme réussi qui aidera énormément cette tranche de la population qui n'est pas couverte, et si on ne l'implante pas j'ai peur qu'il y aura une flambée épidémique du sida rapidement évolutive » [Acteur au niveau de l'administration centrale du MS]

« On peut déjà dire qu'il s'agit d'un programme réussi, étant donné que la demande ne cesse d'augmenter » [Membre de l'équipe locale].

CHAPITRE VI : DISCUSSION

I. Synthèse des principaux résultats

Les résultats que nous avons présenté sont basés sur la perception des acteurs impliqués dans la conception et la mise en oeuvre du programme de RDR liés à l'usage de drogues injectables, et celle des autres acteurs ayant une relation avec ce programme. Ainsi, les facteurs révélés par ces différents acteurs, et qui peuvent favoriser ou empêcher la mise en oeuvre de ce programme dans la ville de Tangerang, représentent une simple perception, fondée sur l'expérience vécue par les différents acteurs, depuis l'implantation du programme. Les principaux résultats obtenus dans cette étude sont résumés dans le tableau III suivant.

Tableau III : Présentation sommaire des résultats de notre étude

		Facteurs pouvant favoriser la mise en oeuvre	Facteurs pouvant freiner la mise en oeuvre
Facteurs internes	Facteurs liés aux RH	- Motivation de l'équipe locale	- Insuffisance de formation des intervenants de terrain - Insuffisance de l'effectif des RH
	Facteurs organisationnels	- Implantation du centre de RDR à proximité du CMP - Bonne atmosphère de l'unité fixe et mobile	- Implantation du centre de RDR à proximité du CMP - Inaccessibilité géographique du centre de RDR - Insuffisance de la superficie du centre - Restrictions d'accès fondées sur l'âge - Limitation d'accès des femmes
Facteurs externes	Financement		- Insuffisance du financement - Spécificité internationale de financement
	Relation avec l'entourage		- Réticence et opposition de l'entourage
	Relation avec les organismes d'application de la loi		- Absence de partenariats officiels avec le secteur répressif - Absence d'une stratégie anti-drogue dans les prisons
	Relation avec les structures socio-sanitaires	- Appui et soutien du CMP au programme	- Limitation du réseau associatif supportant le programme - Absence de relations institutionnelles avec les structures sanitaires - Insuffisance des lits de sevrage dans l'hôpital psychiatrique

II. Discussion des résultats

L'analyse des entretiens des intervenants de terrain a mis en évidence une insuffisance de la formation reçue dans le cadre de ce programme. Ce constat a été révélé aussi par les intervenants des programmes de RDR en Chine (51) et les intervenants de proximité des lieux d'accueil « bas seuil » de la ville de Marseille, en France, ce qui a conduit les associations de cette ville à consolider l'expérience des lieux « bas seuil » en l'inscrivant dans le programme « Nouveaux Services-Nouveaux Emplois » pour soutenir la certification et pour consolider le statut professionnel des intervenants de proximité (17).

Par conséquent, la formation est essentielle pour que les intervenants soient au courant des innovations de l'approche « réduction des risques », des expériences des pays pionniers en RDR, des nouvelles drogues et leurs modes d'administration, ainsi que de l'évolution des tendances de l'usage de drogue.

Or, les compétences sollicitées par ce type d'intervention ne renvoient pas uniquement à une longue formation professionnelle, mais basées surtout sur l'empathie et l'absence de jugement ou de stigmatisation à l'égard des usagers de drogues. Cet état de fait a été rapporté par les usagers de drogues participants aux focus groupes, qui ont beaucoup apprécié les relations d'empathie de l'équipe locale.

Les intervenants de terrain, qui ont déjà travaillé dans le milieu associatif et qui ont développé des compétences sociales, sont très motivés pour travailler dans ce programme. Cette motivation les active, les oriente, et les dynamise à atteindre les objectifs attendus du programme. Mais l'insuffisance de leur effectif, qui se traduit par une surcharge de travail, peut les décourager dans le futur et représenter ainsi une source d'échec du programme.

Les limitations des horaires d'ouverture des sites fixes des PES ont été mentionnées dans deux études comme étant le principal obstacle à l'approvisionnement en seringues stériles pour les usagers (9,15). Cependant, cet obstacle n'était pas révélé par les usagers des deux focus groupes de Tanger. Cela peut être expliqué par le fait que l'équipe mobile distribuée

les kits sur les lieux d'injection, en plus les usagers peuvent recevoir des kits d'injection supplémentaires pour couvrir leurs besoins pendant les week-ends et les jours fériés. Le problème qui se pose pour les usagers de Tanger, c'est plutôt, le stockage des kits pour les SDF et la rupture en stock pour les polyinjecteurs.

L'accessibilité du centre de RDR est déterminée aussi par son emplacement. L'implantation du centre de RDR à proximité du CMP était jugée, par certains acteurs stratégiques, comme un frein à la mise en œuvre du programme et responsable de la limitation des horaires d'ouverture du centre. D'autres acteurs considèrent cette proximité comme un facteur favorisant la mise en œuvre du programme. Toutefois, si les objectifs de chaque centre sont bien clairs dans l'esprit des usagers, leurs activités sont complémentaires et intégrées et donc les deux centres peuvent constituer un dispositif complet de prise en charge des usagers de drogues.

Néanmoins, l'inaccessibilité géographique du centre de RDR était rapportée par certains usagers. Il est bien évident qu'un seul centre de RDR ne peut fournir une couverture adéquate pour tous les usagers, dans une ville où l'UDI est répandu dans tous les quartiers. Donc, il y aurait toujours des usagers qui ne peuvent pas accéder au centre à cause de l'éloignement de leurs quartiers de résidence par rapport au lieu d'implantation du centre de RDR. Cet état de fait a été rapporté dans l'étude de Rockwell et coll (49).

La restriction d'accès fondée sur l'âge est perçue aussi comme un frein de la mise en œuvre du programme à Tanger, par tous des acteurs stratégiques et opérationnels. Le droit à la santé suppose « la mise en place de programmes de prévention et d'éducation pour lutter contre les problèmes de santé liés au comportement, notamment les maladies sexuellement transmissibles, en particulier le VIH/Sida » (26). Ce droit à la santé est universel, et concerne toutes les tranches d'âge. Ainsi, l'interdiction des mineurs à l'accès au programme de RDR liés à l'usage de drogues injectables, qui est une démarche de promotion de la santé physique, mentale et sociale, ne peut jamais être justifiée sur le plan de santé publique et des droits humains.

Quant à l'explication de la limite de participation des femmes aux activités du programme de RDR de Tanger, nous nous sommes inspirés des résultats de l'étude de Katya Burns (25), intitulée « les femmes usagères de drogues injectables au Maroc: Étude sur les vulnérabilités féminines au VIH », réalisée en Décembre 2007. Cette étude est basée sur des entretiens individuels et de groupe avec 52 femmes usagères de drogues à Tanger et à Tétouan. Cette étude a montré que les femmes hésitent plus que les hommes à contacter les services médicaux y compris les services de RDR. Elles ont des difficultés qui leur sont propres : généralement, l'usage de drogues injectables par les femmes est couplé au commerce du sexe et souvent elles ont la responsabilité de la garde de leurs enfants, elles ont moins de soutien familial que les hommes, elles ont moins confiance en elles-mêmes, elles font face à des problèmes de violence et elles ont des problèmes de santé spécifiques surtout pendant la grossesse.

Ainsi, l'absence de services répondant spécifiquement aux besoins des femmes, l'insuffisance de la superficie du centre de RDR qui ne permet pas d'accueillir les femmes séparément des hommes, l'absence de salle réservée à la garde de leurs enfants, sont tous des éléments qui peuvent limiter l'accès des femmes au centre de RDR de Tanger. Rendre, donc les services de RDR accessibles et abordables pour les femmes reste un défi à relever.

L'insuffisance de financement a été fortement révélée comme obstacle potentiel à la réussite de ce programme dans la ville de Tanger. Cet état de fait ne semble pas être isolé au Maroc. Aussi, l'Europe Centrale et de l'Est et l'Asie Centrale ont connu les mêmes défis au succès des politiques de RDR. Par exemple, en 2005, le réseau Russe de RDR a alarmé la communauté internationale sur le problème de déficit financier lorsque les « anciens » donateurs, comme le Département du Royaume-Uni pour le Développement International, ne sont plus intéressés pour appuyer les services des UDI. Le nouveau financement, en provenance du FM de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le Sida est insuffisant même pour le soutien des services existants, et encore moins pour les élargir (46).

Le fait que le financement de ce programme est assuré en totalité par des bailleurs de fonds internationaux n'est pas limité au cas marocain. En Chine la moitié des programmes de RDR sont ou ont été financés par des organisations internationales. Le Département Britannique pour le Développement International a été l'agence clé de financement des PES, après avoir promis son appui pour environ 50 sites dans sept provinces (51).

A Tanger, le programme de RDR liés à l'usage de drogues injectables est implanté avec une certaine confidentialité, pour ne pas attirer l'attention du voisinage, qui d'après les managers et les intervenants de terrain peut s'opposer à cette implantation. Ce même constat a été observé dans certaines villes américaines (13). Mais, cette discrétion de mise en œuvre ne peut pas être source de suspicion pour le projet ? Et ce défaut initial de communication ne se paiera pas par la suite ? Des membres de la communauté, sans compréhension des objectifs du programme, peuvent se plaindre aux autorités locales, qui peuvent alors se sentir obligées de réprimer le projet ou d'empêcher les intervenants de terrain de mener leurs activités.

L'opposition et la résistance des communautés à l'égard des programmes de RDR liés à l'UDI sont connues partout dans le monde, par crainte que ces programmes attirent les usagers de drogues et les délinquants dans leurs quartiers (49) . Mais, le silence et la discrétion n'étaient jamais une solution. En France, au 18^{ème} arrondissement de paris, un dispositif de l'association Coordination est née d'un véritable mouvement de quartier alliant des associations d'habitants et des structures d'accueil et de soins d'usagers de drogues. Ce dispositif avait comme but de mobiliser une importante médiation auprès des commerçants, gardiens d'immeubles et autres riverains et il a contribué à décroquer les structures « bas seuil » engagées dans la prise en charge de la toxicomanie (47).

Au Canada, en Décembre 2004, l'arrondissement Ville-Marie de la ville de Montréal avait adopté un règlement municipal exigeant que des organismes communautaires au service des populations marginalisées doivent suivre un processus d'approbation de la communauté pour pouvoir déménager ou construire un nouveau bâtiment. Même si ce

nouveau règlement a été perçu par les organismes communautaires comme un obstacle, il n'a pas négligé la communauté pour autant (44).

Le soutien des communautés locales est essentiel pour le déroulement des activités de RDR dans les meilleures conditions possibles. Un exemple positif est celui de la région de Xinjiang en Chine (51) et certaines villes des Etats-Unis (13) où les chefs religieux et la communauté en général ont été fortement impliqués dans les activités de RDR, en normalisant ces pratiques et rendant l'atteinte de la population cible plus facile.

En effet, la communauté locale doit être impliquée dès la phase de planification de la mise en œuvre. Elle peut aider à mobiliser des appuis, à atténuer ou éliminer l'opposition. Cette participation peut créer un sentiment d'appropriation et de reconnaissance de l'importance et de la pertinence du programme de RDR.

Outre, la résistance de la communauté, l'absence d'appui solide des organismes d'application de la loi peut exposer le programme de RDR de Tanger à l'échec. Ce constat a été aussi révélé comme obstacle majeur de la mise en œuvre réussie des projets de RDR et la principale cause de la mauvaise qualité de vie des personnes qui utilisent les drogues illicites dans la région de l'Europe Centrale et de l'Est et de l'Asie Centrale (46), en Malaisie (43) et en Vietnam (34).

Aux Etats-Unis, la mise en place d'un programme intensif de répression policière, en Mai 2001, dans la ville de Philadelphie a significativement et durablement entraîné une baisse de recours aux PES, responsable d'un moindre accès au matériel stérile d'injection (17). Ces faits ont été aussi observés en France (18).

Parmi les autres conséquences des opérations policières intensives, le déplacement des personnes qui utilisent des drogues hors de leur milieu habituel d'injection et d'achat de drogue. Ce déplacement peut avoir de nombreux effets qui accroissent les risques pour la

santé individuelle et la santé publique en général. Ces résultats ont été documentés en 2003, lors de l'opération policière à Vancouver au Canada (2), et lors de l'opération « Clean Heart » à Melbourne en Australie (20).

En effet, plusieurs études ont montré un lien entre les politiques punitives, telles que l'augmentation des arrestations liées aux drogues, et l'augmentation de la proportion d'UDI infectés par le VIH (10, 19,40).

Par contre, une meilleure collaboration avec les structures d'application de la loi ne peut qu'améliorer les prestations offertes aux UDI. Les agents de la police de Merseyside, au Royaume-Uni, sont devenus des dirigeants nationaux dans le développement d'une coopérative des stratégies de RDR avec les autorités régionales de la santé, afin d'améliorer la prévention et le traitement des problèmes de drogues, en particulier en ce qui concerne la propagation de l'infection à VIH parmi les UDI (12). De même, Dixon et Coffin ont décrit l'expérience de la ville de Maastricht, aux Pays-Bas, où la police et les intervenants sanitaires et travailleurs sociaux fonctionnent en collaboration systématique, dans le cadre de protocoles développés conjointement. En conséquence, lorsqu'une arrestation est faite, un travailleur social visite le poste de la police, afin d'aider à la gestion du cas et de s'assurer que l'accès à la méthadone ou au matériel d'injection stérile soit préservé (20).

Les prisons marocaines ne sont pas épargnées des problèmes de drogues. Néanmoins, l'absence des activités de RDR dans ces prisons est un important élément d'échec du programme de RDR dans les communautés avoisinantes. En effet, les maladies contractées à l'extérieur de la prison peuvent se propager à l'intérieur de la prison et à l'inverse, des maladies contractées à l'intérieur de la prison peuvent se propager à l'extérieur, étant donné le mouvement des personnes incarcérées.

En effet, une étude à Vancouver a montré que l'incarcération aurait plus que doublé le risque d'infection par le VIH, pour des personnes qui utilisent des drogues illégales (29). Et l'expérience de pays, aussi différents que le Kirghizstan et la Suisse, a démontré que des

programmes de seringues stériles en prison peuvent être efficaces pour réduire la transmission du VIH et du VHC, sans pour autant inciter à l'usage de drogues, ni affecter la sécurité des employés (28). Ces études, ainsi que les lignes directrices émises par l'OMS en 1993, sur la gestion de la propagation du VIH/Sida dans les établissements correctionnels (16), ne peuvent qu'encourager le gouvernement marocain à adopter des programmes de RDR dans ses prisons.

Outre, le risque de VIH/Sida et des hépatites virales, les UDI sont exposés à des risques somatiques non infectieux et à des risques sociaux. Or, la limitation du réseau associatif supportant le programme et l'absence de relations institutionnelles entre le programme et les structures sanitaires à Tanger, peuvent compromettre l'accès des usagers à des prestations sanitaires et sociales adéquates. En effet, le programme de RDR ne peut pas répondre à tous les besoins des UDI, d'où l'intérêt de créer un dispositif complet de prise en charge des usagers, réunissant des activités de prévention primaire, des soins psychiatriques et socio-psychologiques, une unité hospitalière de sevrage et des structures de réhabilitation et de réinsertion professionnelle.

En fin, nous devons mentionner que dans les pays en voie de développement, la méthadone et la buprénorphine restent, en grande partie, non disponibles ou inaccessibles. A partir de 2007, moins de 2% des usagers de drogues par injection dans les pays où l'UDI est le moteur des épidémies de VIH ont accès à la méthadone ou la buprénorphine. La Chine, l'Iran, la Malaisie et l'Ukraine programment tous à augmenter l'étendu des programmes de substitution à la méthadone ou à la buprénorphine dans les années à venir, tandis que d'autres pays y compris le Vietnam, le Kazakhstan et le Tadjikistan ont reçu des subventions des donateurs internationaux et se sont engagés à lancer des projets pilotes (3). Ainsi, le Maroc où l'épidémies de VIH liée à l'UDI est à son début d'évolution et encore concentrée géographiquement au nord du pays, s'il réussie à rendre le traitement de substitution opérationnel, il va réaliser un grand progrès et devient pionnier dans le domaine de la « réduction des risques » dans toute la région MENA.

III. Forces et limites de l'étude

Les résultats obtenus dans cette étude nous semblent valides, étant donné que nous avons multiplié les sources d'information pour contrôler le biais lié à la réticence des acteurs. De même, l'instauration d'un climat de confiance lors des entretiens et des focus groupes en expliquant aux personnes rencontrées les objectifs de notre étude et en assurant la confidentialité et l'anonymat de leurs réponses nous a permis, quand même, de contrôler le biais lié à la fiabilité des données recueillies.

En même temps, l'inclusion des différents partenaires potentiels du programme de RDR liés à l'usage de drogues injectables, dans la population à l'étude, a enrichi notre étude et a augmenté sa validité interne.

Cependant, le déroulement des deux focus groupes dans le salon du centre de RDR peut constituer une source de biais, vu que cet endroit n'est pas neutre et donc les réponses des usagers de drogues peuvent être biaisées.

En plus, notre échec à assurer la participation des femmes aux deux focus groupes constitue une limite pour notre travail. Le temps imparti à l'étude était insuffisant pour faire un bon plaidoyer auprès des femmes usagères de drogues, et les convaincre à participer aux focus groupes. Cependant, l'étude de Katya Burns (2007) nous a été d'un grand apport pour comprendre leur faible accès au centre de RDR.

L'autre limite de cette étude est celle liée à l'exclusion des riverains du centre de RDR et des représentants des organismes d'application de la loi au niveau local (Tanger) de la population à l'étude. Cette exclusion est justifiée par le fait que le programme est implanté avec une certaine discrétion. En effet, nous n'avons pas voulu augmenter sa visibilité auprès des riverains et des autorités locales.

Néanmoins, la généralisation de nos résultats à d'autres contextes nous paraît possible, dans certaines mesures, selon le principe d'explication. Par conséquent, l'extension de

l'implantation de ce programme dans d'autres sites du Royaume peut tenir compte des résultats de notre étude.

IV. Recommandations

A la lumière des résultats obtenus dans notre étude, il nous paraît important de proposer certaines mesures, à l'intention des responsables du programme de RDR liés à l'usage de drogues injectables. Ces mesures visent à réussir cette expérience originale et innovante à Tanger et encourager sa mise en œuvre dans d'autres sites du Royaume où le problème de drogues injectables commence à rendre de l'ampleur. En effet, plusieurs recommandations sont possibles, mais nous nous sommes limités à celles que nous avons estimé prioritaires, pratiques et faisables en même temps :

1. Au niveau stratégique

- Mobiliser des fonds supplémentaires nationaux et internationaux et essayer de générer des fonds propres pour l'association de soutien au CMP, porteuse du projet ;
- Renforcer les liens entre le secteur de la santé et les organismes d'application de la loi, à travers des activités intenses de plaidoyer, afin de veiller à ce qu'ils travaillent de concert pour atteindre des buts communs ;
- Accélérer la mise en place du traitement de substitution.

2. Au niveau opérationnel

- Programmer des sessions de formation et des stages pour les intervenants du terrain, dans des structures d'accueil « bas seuil » à l'étranger, pour améliorer leurs compétences en matière de communication et de comportement avec les UDI ;
- Faire participer des ex-usagers de drogues et des usagers actifs dans le travail de proximité, pour faire passer les messages de sensibilisation et d'éducation, parce que le meilleur langage est celui des pairs ;

- Organiser des séances d'information et de sensibilisation en faveur des familles des usagers et établir des liens constructifs avec elles, en particulier avec les familles des usagers mineurs;
- Etendre la superficie du centre de RDR en ajoutant un étage ;
- Impliquer les associations qui travaillent avec les femmes dans l'orientation des femmes usagères de drogues vers le centre de RDR ;
- Proposer des temps d'accueil pour les femmes séparés de ceux réservés aux hommes ;
- Établir des services de santé féminine dans le centre de RDR et réserver une salle aux enfants des femmes usagères ;
- Mettre en place un système fonctionnel d'orientation recours (réseaux associatif et sanitaire fonctionnels) qui permet aux usagers d'avoir recours aux différentes prestations dont ils ont besoin ;
- Élaborer et employer avec soins des messages culturellement sensibles et acceptables, pour persuader la communauté locale sur l'importance de l'accès à des services de RDR, en tant que composante d'une approche globale de l'arrêt de l'usage de drogues et de réduction de la transmission du VIH/Sida et des hépatites virales ;
- Impliquer les chefs religieux (imams) dans la sensibilisation sur les risques liés à l'UDI et sur la pertinence des activités de RDR ;
- Organiser des séances de formation régulière, sur les objectifs et les activités du programme, au profit des agents de la police locale afin que ces derniers puissent appuyer les intervenants de terrain ;
- Établir et entretenir de bonnes relations institutionnelles avec les établissements de soins de santé locaux et promouvoir et améliorer la formation destinée au personnel des urgences pour qu'ils sachent intervenir dans des situations de crise, comme les overdoses ;

- Créer une unité hospitalière de sevrage, en dehors de l'hôpital psychiatrique, parce que ce dernier ne constitue pas un environnement favorable à la prise en charge des usagers ;

CONCLUSION

La RDR liés à l'usage de drogues injectables représente un axe stratégique essentiel dans la stratégie nationale de lutte contre les toxicomanies et la stratégie nationale de lutte contre le Sida. Le programme de RDR est venu pour répondre au besoin de faire face au danger représenté par la transmission du VIH chez les usagers de drogues par injection.

Notre étude, en appréciant la faisabilité du programme de RDR liés à l'UDI tel qu'il est mis en œuvre à Tanger, comme projet pilote, nous a permis d'identifier les facteurs pouvant favoriser ou freiner sa mise en œuvre, afin que le programme de RDR aura plus de chance de réussir à Tanger et de s'étendre à d'autres sites du Royaume.

A la lumière des résultats de notre étude, nous pouvons conclure que la motivation de l'équipe locale, la bonne atmosphère de l'unité fixe et mobile et le soutien de la délégation préfectorale de la santé de Tanger, en particulier le CMP, sont tous des éléments favorables à l'implantation du programme de RDR à Tanger. Cependant, l'insuffisance en terme de formation, l'effectif limité des intervenants de terrain, l'inaccessibilité géographique du centre de RDR, l'insuffisance de sa superficie, l'interdiction d'accès des mineurs et la faible participation des femmes aux activités du programme se sont révélés comme facteurs pouvant freiner la mise en œuvre du programme dans la ville de Tanger.

En fin, le développement de partenariats officiels reste la clé du succès de la mise en œuvre du programme de RDR. Ces partenariats doivent se développer, aussi bien au niveau international, national et local, avec les organismes financeurs, les départements gouvernementaux, les services d'application de la loi, la société civile, la communauté locale et la communauté des usagers de drogues. A travers ces partenariats, les différentes parties seront en mesure de comprendre les besoins des uns et des autres, faire des compromis pour accommoder, et conclure des accords sur les stratégies de RDR.

Au terme de ce travail, nous pouvons s'accorder à dire que le Maroc est entrain de mener une expérience pionnière et peut devenir un modèle en matière de RDR liés à l'usage de drogues injectables dans la région du Maghreb et même la région MENA. En fait, le succès de la mise en œuvre de ce programme à Tanger reste un challenge pour le MS. Son extension sera possible, si sa mise en œuvre dans d'autres sites du Royaume sera accompagnée par des mesures visant à renforcer les conditions de réussite et anticiper les conditions d'échec potentiel.

Il n'en reste qu'à évaluer l'efficacité du programme de RDR, en particulier son impact sur le changement de comportement des UDI. Ceci pourrait faire l'objet d'une étude ultérieure, qui permettrait par la même occasion de mesurer l'impact du changement du comportement sur l'évolution du VIH, à l'aide d'indicateurs fiables et reproductibles.

REFERENCES

1. Abdalla TOUFIK. DRAFT Cahier des charges : Dispositifs de réduction de risques infectieux liés à l'usage de drogues à Tanger et à Tétouan. Programme national de lutte contre les toxicomanies au Ministère de la Santé (SSMMD/DELM), Mars 2007.
2. Abusing the user: Police misconduct, harm reduction and HIV/AIDS in Vancouver. Human Rights Watch. Vol 15, N° 2 (B), May 2003.
3. Barriers to Access: Medication-Assisted Treatment and Injection-Driven HIV Epidemics. OPEN SOCIETY INSTITUTE, Public Health Program. International Harm Reduction Development Program (IHRD).
4. BC Harm Reduction Supply Services Policy and Guidelines. Communicable Disease Control. BC Centre for disease control, November 2004.
5. Bibliothèque de l'OMS. Vers un accès universel d'ici à 2010 : Activités de l'OMS avec les pays pour étendre la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH, 2006.
6. Charte de la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Assises de la Réduction des Risques liés à l'Usage de Drogues. BRUXELLES SANTÉ, N° spécial 2004 :13-16.
7. Consommation de drogues et VIH/Sida. Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA ; Outils fondamentaux ; Déclaration de l'ONUSIDA lors de l'Assemblée générale des Nations Unies. Session spéciale sur les drogues. Genève, ONUSIDA, 1999.
8. Contandriopoulos A.P et al. Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer. les presses de l'université de Montréal, 1990.
9. C. Treloar, W. Cao. Barriers to use of Needle and Syringe Programmes in a high drug area of Sydney, New South Wales. International Journal of Drug Policy 16 (2005): 308-315.
10. Davis C.S et coll. Effects of an intensive street-level police intervention on syringe exchange program use in Philadelphia .American Journal of Public Health, 2005, 95, 2, 233-236.
11. Denis J.L, Champagne F. L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes. The Canadian Journal of Program Evaluation. Vol 5, n° 2 1990: 47-67.

12. Diane Riley. The Harm Reduction Model: Pragmatic Approaches to Drug Use from the Area between Intolerance and Neglect. Canadian Centre on Substance Abuse, 1993.
13. Downing M et coll. What's community got to do with it? Implementation models of syringe exchange programs. AIDS Education and Prevention, 17(1), 68–78, 2005 Feb.
14. Eric FARGES. Les états face aux drogues : Analyse de la transition des politiques publiques en matière de toxicomanie au modèle de la réduction des risques. Etude comparative entre la France et l'Italie. Université PIERRE MENDES ; Institut d'Etudes Politiques de Grenoble. France. Année universitaire 2001-2002.
15. E. Wood et coll. Needle exchange and difficulty with needle access during an ongoing HIV epidemic. International Journal of Drug Policy. 13 (2002) : 95–102.
16. Gerald Thomas. Politiques et programmes de réduction des méfaits à l'intention des personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénale. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Mai 2005.
17. Gwenola Le Naour. La politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues à Marseille : Développement et ambiguïtés d'une expérience pilote. Sciences humaines et sociales en région PACA. Faire Savoir N° 1. Mars 2002.
18. Halfen Sandrine, Grémy Isabelle. Tendances récentes sur la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2004. Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND), Avril 2005.
19. Injection de drogue, VIH/sida et incarcération : données de la Vancouver Injection Drug Users Study. Réseau juridique canadien VIH/Sida, Revue VIH/Sida, droit et politiques. VOLUME 10, NUMÉRO: 3, Décembre 2005.
20. Interdiction d'accès : les pratiques policières et le risque de VIH pour les personnes qui utilisent des drogues, Réseau juridique canadien VIH/sida, Mars 2007.
21. Isabelle Feroni, Thémis Apostolidis. Drogues et toxicomanies : Politiques de prévention et usages des drogues à Marseille. Dossier Toxicomanie. Sciences humaines et sociales en région PACA. Faire Savoir numéro : 1. Mars 2002.
22. Julien Emmanuelli. Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques. SIAMOIS : Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection et de Substitution. les grandes tendances ; Tome 1. 1999.
23. Julien Emmanuelli. Politique de réduction des risques : programmes d'échange de seringues. MEDECINE/SCIENCES 2004; 20 : 599-603.

24. JVR Prasada Rao. Director Regional Support Team Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Plenary speech at XVII International Harm Reduction Conference Vancouver, Canada, 30th April 2006.
25. Katya Burns. Les femmes usagères de drogues injectables au Maroc: Étude sur les vulnérabilités féminines au VIH. GTZ Maroc. Décembre 2007.
26. Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Le comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU, Observation générale No 14, Art 12/E/C.12/2000/4, 11 Mai 2000.
27. Les Comités : consultatif FPT sur la santé de la population, FPT sur l'alcool et les autres drogues, consultatif FPT sur le sida, et le Groupe de travail FPT des représentants des services correctionnels sur le VIH/sida. Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada. Rencontre des ministres de la Santé, St-John's. Terre-Neuve, Septembre 2001.
28. Les peines minimales obligatoires pour les infractions liés à la drogue : tout le monde y perd et voici pourquoi. Réseau juridique canadien VIH/sida, Avril 2006.
29. Mark W Tyndall et coll. Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV epidemic. AIDS 17, 6 (2003): 887- 893.
30. Mehdi Paes1, Jallal Toufiq, Abderrazzak Ouanass, Fatima El Omari. La psychiatrie au Maroc. PSYCHIATRIE AU MAGHREB, L'Information psychiatrique 2005; 81 : 471-80
31. Ministère de la Santé. Programme National de Lutte contre les IST/SIDA : Situation épidémiologique de l'infection VIH/SIDA 2007.
32. Ministère de la Santé. Programme National de Lutte contre les Toxicomanies : l'Enquête Nationale de Prévalence des Troubles Mentaux et Toxicomanies 2003.
33. Ministère de la Santé. Programme National de Lutte contre les Toxicomanies : Evaluation rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectées et injectables et à problème au Maroc, 2006.
34. Ngo AD, Schmich L, Higgs P, Fischer A. Qualitative evaluation of a peer-based needle syringe programme in Vietnam. International Journal of Drug Policy. 2008.
35. OMS, Bureau régional de la Méditerranée orientale. Rapport ecteur régional : 1er Janvier-31 Décembre 2006.
36. ONUDC, Rapport mondial sur les drogues 2006.

37. Peddro. Abus des drogues et sida, enrayer l'épidémie. Numéro spécial, Décembre 2001.
38. Pierre Brisson. L'approche de réduction des méfaits: Sources, Situation, Pratiques. Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, Décembre 1997.
39. Pierre GOISSET. Recommandations pour la mise en place des programmes Méthadone au Maroc, Septembre 2007.
40. Police, Harm Reduction, and HIV. OPEN SOCIETY INSTITUTE, Public Health Program. International Harm Reduction Development Program (IHRD). Public health fact sheet.
41. Programme pilote de traitement de substitution aux opiacés par la méthadone au Maroc. Fiche technique.
42. Public Health Fact Sheet. Women's Health and Harm Reduction: Communities Working Together to Save Lives.
43. Reid G, Kamarulzaman A, Sran SK. Malaysia and harm reduction: the challenges and responses. *International Journal of Drug Policy*. 2007 Mar; 18(2):136-140.
44. Réseau juridique canadien VIH/sida. Points de friction : obstacles à l'accès aux programmes de seringues au Canada, Avril 2007.
45. Richard H. Needle et coll. Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*, 2005.
46. Sarang A, Stuikyte R, Bykov R. Implementation of harm reduction in Central and Eastern Europe and Central Asia. *International Journal of Drug Policy*. 2007 Mars; 18(2):129-35.
47. Sonia FAYMAN et coll. Médiation et réduction des risques, Evaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris. Septembre 2003.
48. Stratégie de coopération : un aperçu, Iran (République Islamique d'), OMS, Avril 2006.
49. Strike C et coll. Les programmes d'échange de seringues en Ontario : recommandations de pratiques exemplaires. Toronto, Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues, 2006.
50. Substance abuse treatment and care for women. UNODC, Vienna international

centre. Australia, Novembre 2004.

51. Sullivan SG, Wu Z. Rapid scale up of harm reduction in China. *International Journal of Drug Policy*. 2007 Mars; 18(2):118-128.
52. Sylvie Wieviorka, Directeur Médical du Centre Saint-Germain-Pierre-Nicole. La réduction des risques. Croix Rouge Française. Paris.
53. Une action urgente s'impose pour améliorer l'accès des personnes qui s'injectent des drogues aux services de prévention et de traitement du VIH. Communiqué de presse ONUSIDA. Varsovie, Pologne, 14 Mai 2007.

GLOSSAIRE

L'addiction : ce terme est un anglicisme qui est utilisé depuis quelques années comme équivalent du mot dépendance (ou pharmacodépendance) et même de toxicomanie. Le terme français correct serait assuétude. L'addiction est une conduite qui repose sur une envie constante et irrésistible, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour y échapper.

Le groupe Pompidou : est un forum multidisciplinaire de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants, créé en 1971 et intégré au Conseil de l'Europe en 1980. Il a pour objectif d'examiner d'un point de vue pluridisciplinaire, les problèmes de l'abus et du trafic des stupéfiants. Le groupe Pompidou, dont 30 pays sont membres, a pour objectif d'apporter une assistance pratique aux responsables des politiques, aux professionnels et aux personnes oeuvrant dans le domaine de la lutte anti-drogue.

La méthadone : un agoniste opioïde synthétique à action prolongée. Les principales indications d'un traitement à la méthadone sont le soulagement du syndrome de sevrage aux opiacés au cours de la désintoxication et son utilisation à long terme comme traitement de substitution aux opiacés. La méthadone est utilisée depuis 1960 comme substitut des opiacés chez les consommateurs d'héroïne.

Le projet LAMA : Association communautaire oeuvrant dans le domaine de la RDR. Les antennes du projet LAMA dispensent depuis 1983, à l'égard des toxicomanes, des traitements de substitution. Par leur présence dans les quartiers, les antennes entrent en contact avec les familles et les sensibilisent. Elles souhaitent que les patients fassent partie du réseau et sensibilisent d'autres usagers de drogue.

Le risque : Le risque est une perte potentielle, identifiée et quantifiable, inhérente à une situation ou une activité, associée à la probabilité de l'occurrence d'un événement ou d'une série d'événements.

La substance psychoactive : Alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne... sont tous des substances psychoactives qui agissent sur le cerveau. Elles modifient l'activité mentale, les sensations, le comportement. Leur usage expose à des risques et des dangers pour la santé, et peut entraîner des conséquences sociales dans la vie quotidienne, et peut également engendrer une dépendance.

Les surdoses ou overdoses : désignent l'absorption d'une forte dose de drogue, provoquant d'importants désordres physiologiques telle la dépression respiratoire et pouvant entraîner la mort.

La toxicomanie : intoxication chronique ou périodique engendrée par la consommation de médicaments ou de substances toxiques (drogue) et entraînant généralement chez le sujet un état d'accoutumance et de dépendance.

Les opiacés : sont des substances dérivées de l'opium et agissant sur les récepteurs opiacés. La plupart des opiacés entraînent une très forte dépendance physique.

ANNEXES

Annexe 1: Le «coût social» des drogues dans les études «Cost of illness» (COI) (37)

Types de coûts	Consommateurs de drogues	+Non consommateurs	collectivités territoriales	+ Sécurité sociale	= Collectivité
Coût direct	(1) Achat de drogues	(2)	(3) Coût public de programme de prévention et de maintenance (injonction thérapeutique, centres méthadone, etc.)	(4) Coût de la prise en charge médicale (surdoses) et de la substitution (Subutex®)	
Coût des conséquences directes	(5) Coût des soins aux toxicomanes (part non remboursée), frais de justice non pris en charge	(6) Coût des soins des maladies transmises par les toxicomanes (part non remboursée), coût des dommages aux biens et aux personnes privées	(7) Coût des soins sur budget des administrations, coût judiciaire, aide juridictionnelle	(8) Coût des soins aux toxicomanes (part remboursée), coût des soins aux victimes des toxicomanes (part remboursée)	
Coût des conséquences indirectes	(9) Pertes de revenus	(10) Pertes de productivité, pertes de revenus	(11) Pertes d'impôts, aides sociales diverses	(12) Pertes de cotisations sociale	
Coût des conséquences intangibles	(13) Perte de bien-être due à la toxicomanie, aux maladies, aux décès prématurés, à l'emprisonnement	(14) Pertes de bien-être dues à la toxicomanie (famille), aux actes délictueux commis par des toxicomanes, aux décès dus aux maladies transmises par les toxicomanes, etc.			

- Externalités au sens strict = 3+4+6+7+8+10+11+12
- Externalités au sens large = externalités au sens strict + 5+9
- «Coût social» au sens de la théorie économique=1+ (5+9) +externalités au sens strict=1+externalités au sens large
- «Coût social» au sens des études COI=externalités au sens large
- Certaines études incluent également les coûts intangibles: «Coût social»=«Coût social» au sens des études COI+coûts intangibles.

Annexe 2 : Présentation des différentes formes de réduction des risques selon la classe et la nature des risques (22)

Champ de référence	Classe de risque	Nature du risque	Prévention primaire	Prévention secondaire	Commentaires
Risques sanitaires	Risques infectieux liés aux pratiques d'injection et comportements sexuels	Risques épidémiques (Maladies transmissibles)	Informations, seringues stériles, préservatifs, abandon voie IV, substitution, arrêt de la toxicomanie adoption de pratiques d'injection aseptiques	Prise en charge et suivi médical, adoption de comportements de prévention envers l'entourage, dépistage des partenaires	Intérêt des PES, importance du travail de terrain et en réseau, de l'acceptabilité de la population et pouvoirs publics, de la formation et de la "pédagogie" des intervenants de terrain, des pharmaciens et des médecins,...
		Autres infections (Maladies non transmissibles)			
	Autres risques somatiques liés à la nature et à la quantité des produits consommés	Chocs anaphylactiques	Information sur qualité des produits et sur les règles d'hygiène	Soins locaux, médicalisation précoce voire hospitalisation éventuelle	Importance de la formation et du sens pédagogique des relais de prévention (intervenants de terrain, médecins généralistes, pharmaciens d'officine) et de la qualité des liens entre les usagers et les structures de première ligne
		Surdoses	Informations sur la qualité et, les effets des produits et sur les risques d'association des produits entre eux		
		Effets 2ndaires liés à l'activité des produits			
		Effets 2ndaires liés à la voie IV	Informations sur les sites d'injection et les manières d'injecter		
Risques « sociaux »	Espace public	Risques liés aux réseaux sociaux	Intérêt de la substitution, et du soutien psychosocial, articulation entre les services sanitaires, sociaux de la protection de la jeunesse, et pénitentiaires	Importance du travail de terrain et en réseau, intérêt des structures du type boutique	
		Risques institutionnels (dont incarcération)			
	Vie privée	Risque de type affectif			Formation des médecins à l'accueil et la prise en charge des usagers,
		Risques professionnel			

Annexe 3 : Conception de Pierre BRISSON (1997) pour : Comité permanent de lutte à la toxicomanie (38)

PRAGMATISME + HUMANISME

SOURCES

SOCIOSANITAIRE

- * santé publique
- * approche rationnelle, mesurable, scientifique
- * réaction à l'idéalisme et au moralisme

COMMUNAUTAIRE

- * action sociale
- * approche humanitaire, civique, politique
- * réaction au paternalisme et à la discrimination

VALEURS

- * accès universel aux soins
- * protection de la santé et de la sécurité du public
- * promotion de la santé individuelle et collective

- * accès équitable aux ressources collectives
- * défense des droits du citoyen
- * promotion de la participation et de l'intégration sociales

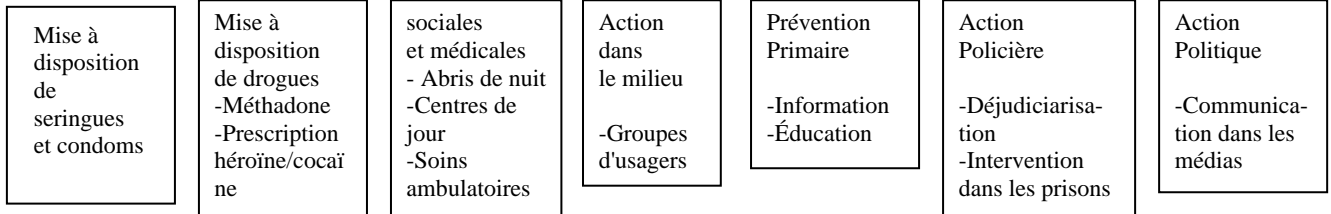
Caractéristiques

- *L'usage des drogues est une réalité avec laquelle il faut composer
- *L'intervention doit tenir compte des coûts et des bénéfices de l'usage et porter sur les conséquences négatives
- *L'intervention doit impliquer une hiérarchie d'objectifs, prioritaires et réalistes

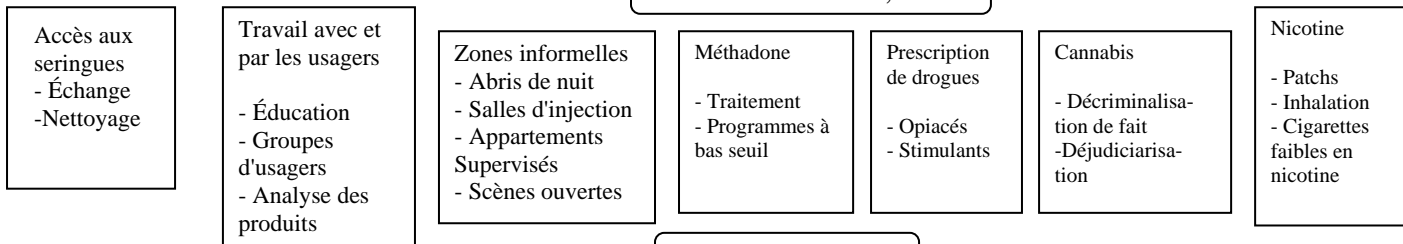
- *Aller à la rencontre des usagers, là où ils se trouvent
- *Offrir aux usagers une variété de moyens, en fonction de leurs besoins
- *Impliquer les usagers en respectant leurs droits et favoriser qu'ils se prennent collectivement en charge

Annexe 4 : Typologies des actions en réduction des méfaits (38)

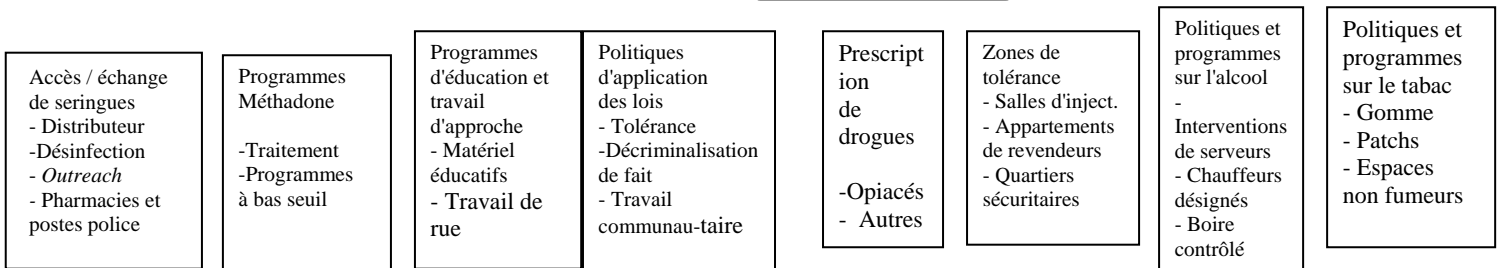
Mino, 1993



Nadelman et coll., 1994

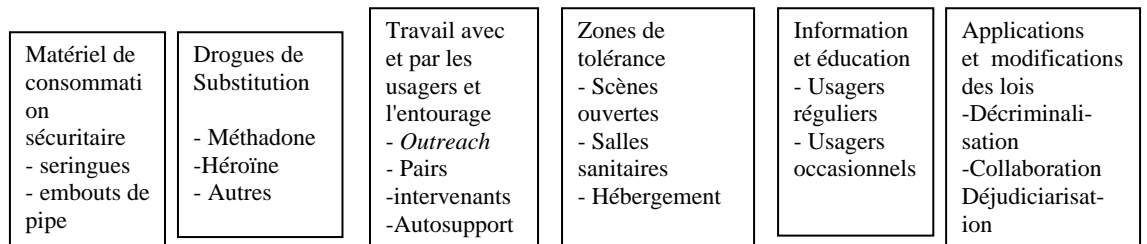


CCLAT, 1996

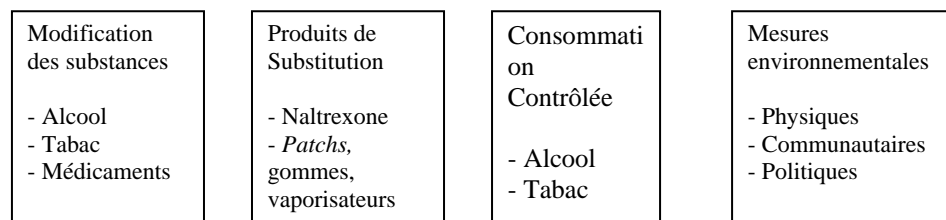


Brisson, 1997

Drogues illicites



Drogues licites



Annexe 5 : Grille des entretiens

Cette grille nous permettra d'avoir des informations sur le processus d'élaboration et de mise en oeuvre du programme de RDR implanté dans la ville de Tanger, ainsi que sur les facteurs pouvant favoriser ou freiner sa mise en œuvre selon la perception des différents acteurs. Cette grille comprend des items issus directement de notre cadre d'analyse. Ces items sont différents selon le profil des personnes à rencontrer. Toutefois, nous signalons que nous n'avons pas pu pré tester ces grilles d'entretien vu que la population à l'étude est limitée.

Grille d'entretien pour les acteurs responsables du programme au niveau stratégique :

Groupe 1: Naissance du programme de RDR

- Comment est né le programme de RDR (quand, comment, quelle a été le département initiateur, pourquoi)?
- Quels sont ses objectifs?
- Y a-t-il une volonté politique à réaliser ce premier programme de RDR au Maroc ? et Comment se manifeste t-elle ?
- Comment le programme est-il formalisé (statuts, conventions de partenariat...)?

Groupe 2 : Processus d'élaboration et de mise en œuvre du programme

- Quelles étaient les étapes de son élaboration ?
- Quelle était la perception des acteurs locaux quant à la mise en œuvre de ce programme dans la ville de Tanger ?
- Y a-t-il une formation pour les acteurs ? Sont ils suffisamment formés ?
- Comment jugez vous le lieu d'implantation du centre ?
- D'après vous la superficie du centre est suffisante pour recevoir les usagers ?
- Y a-t-il disponibilité de l'information ? Y a-t-il un engagement et une motivation des acteurs ?

- Comment est financé le programme? Y a-t-il eu une évolution? Quelles sont les perspectives à ce sujet?
- Quels sont les acteurs à qui vous avez communiqué ce programme ? dans quel but ?
- Quels types de professionnels regroupe ce programme? Quelles sont leurs qualifications?
- Comment ce programme s'insère-t-il au niveau local? Quels sont ses liens avec la justice et la police?
- Quels sont les liens du programme avec la communauté locale et les services sanitaires et sociaux ?
- D'après tout ce qui a été dit, Quelles sont en général les difficultés que vous avez rencontrées lors de la mise en œuvre de ce programme ?
- Qu'est ce que vous suggérez si vous avez à refaire l'expérience?

Groupe 3 : Avenir du programme

- Quels sont vos projets en terme de partenariat avec la communauté locale, le secteur répressif et les structures sanitaires et sociales ?
- Quels sont, à votre avis, les facteurs pouvant favoriser ou freiner la mise en œuvre de ce programme dans la ville de Tanger?
- Est il prévu d'implanter ce programme dans d'autres régions ? Où ? Et sur quels critères ?
- Est ce que la réussite de ce programme dans la ville de Tanger est une condition nécessaire pour une éventuelle implantation ?
- Comment voyez-vous en général l'avenir de ce programme au Maroc?

Grille d'entretien pour les intervenants de terrain

- Avez-vous reçu une formation dans le cadre du programme de RDR ?
- Comment jugez-vous cette formation ?
- Depuis combien de temps exercer vous dans ce centre de RDR ?
- Quelles sont vos motivations pour travailler dans ce centre ?
- Quelles types d'activités menez vous dans le cadre de ce programme ?
- Quels sont les horaires de travail dans l'unité fixe et l'unité mobile ?
- Exigez vous un âge minimum pour l'accès des usagers de drogues dans votre centre ? Si oui quel est l'âge minimum acceptable ?
- Comment jugez vous le lieu d'implantation du centre ?
- D'après vous la superficie du centre est suffisante pour recevoir les usagers ?
- En moyenne, combien d'usagers de drogues recevez-vous par jour ?
- Recevez vous des usagères femmes ? Quelle est leur proportion par rapport aux hommes ? Parmi ceux-là, combien sont des clientes régulières ?
- Comment qualifiez-vous vos relations avec les usagers de drogues fréquentant le centre ou bénéficiaires des activités du travail de proximité ?
- Avez-vous déjà orienté un toxicomane vers une structure de soins ou une association ?
- Quels sont vos liens avec les structures sociales de la ville de Tanger ?
- Quels sont vos liens avec les structures prenant en charge les UDI sur le plan sanitaire ?
- Travaillez-vous en partenariat avec d'autres acteurs? Si oui lesquels ?
- Quels sont vos liens avec la communauté locale ?
- Vous arrive-t- il d'être critiqué par des membres de la communauté ?
- Avez-vous des liens avec la police et la justice ? Si oui comment qualifiez-vous ces liens ?

- Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans votre activité: financières, politiques, matérielles...?
- Globalement, êtes-vous satisfaits de la façon dont fonctionne le programme ?
- A votre avis, quelles sont les conditions à réunir pour qu'une prise en charge d'un UDI soit optimale ?
- Quelles sont vos propositions pour favoriser la réussite de la mise en œuvre du programme ?

Grille d'entretien pour les présidents des associations supportant le programme

- Quels types de partenariats existent-ils entre votre association et le MS dans le cadre du programme de RDR ?
- Depuis combien de temps supportez-vous le programme de RDR ?
- Quelles sont vos motivations pour supporter ce programme ?
- Par quel type de service appuyez vous ce programme ?
- Quel type d'accompagnement proposez-vous aux usagers?
- Comment jugez-vous le dispositif actuel de prise en charge des UDI au niveau du centre de RDR ?
- Quels sont les projets de l'association dans le cadre du programme de RDR ?

Grille d'entretien pour les représentants du secteur répressif

- Êtes-vous informés sur le programme de RDR liés à l'usage de drogues injectables ? Si oui, comment ?
- Cette information était à titre personnel ou institutionnel ?
- Quelle est votre impression sur ce programme ?
- Y a-t-il une signature de partenariats officiels ou de conventions entre votre département et le MS dans le cadre de ce programme ? Si non pourquoi ?

- Les services rattachés à votre département au niveau de la ville de Tanger sont-ils informés sur l'implantation de ce programme dans cette ville ? Si oui comment ?
- Quelles sont les conduites de votre département envers les usagers de drogues ?
- A votre avis quelles seraient les influences de ces conduites sur la mise en œuvre du programme de RDR ?
- Votre département dispose-t-il une stratégie anti-drogue ?
- Si oui, quels sont les axes de cette stratégie ?
- Quelles sont vos perspectives quant aux partenariats avec le MS dans le cadre de ce programme ?
- Comment voyez-vous en général l'avenir de ce programme au Maroc?

Annexe 6 : Préparation des focus groupes

Les focus groupes vont être réalisés avec les usagers de drogues bénéficiaires des activités du programme de RDR. Ces focus groupes ont pour but d'appréhender les facteurs qui peuvent favoriser ou empêcher le succès de la mise en œuvre du programme selon la perception de ces usagers.

Nous garderons le souci d'assurer la parité du sexe dans ces groupes des usagers, et que ces derniers représenteront des catégories d'âge différentes et des niveaux socio-économiques hétérogènes.

Préparation des focus groupes :

- Fixer, avec l'aide de la coordinatrice et les intervenants de terrain du programme, la date, l'heure, le lieu, et le nombre des usagers de drogues (selon leur disponibilité) qui seront invités ;
- Signaler l'objectif de la discussion et la durée de celle-ci, qui ne devrait pas dépasser 2 heures ;
- Préparer le local, la disposition des tables et des chaises ;
- Préparer le mot d'ouverture et de clôture ;
- Choisir une personne qui va prendre notes le jour de la réunion. Nous jouerons le rôle d'animateur.

Déroulement des focus groupes :

- Bien accueillir les participants, les mettre en confiance ;
- Expliquer l'objectif de la discussion ;
- Ouvrir la discussion, donner la parole à tout à chacun ;
- Avoir le consensus ;
- Recueillir des propositions ;
- Remercier les participants.

Script des focus groupes :

- Quels types de services recevez-vous dans le cadre du programme de RDR ?
- Quelles sont les heures où vous avez le plus besoin de ces services ?
- En ces moments est ce que le centre est ouvert ? Quelles seraient vos attitudes en cas de fermeture ?
- Quelles sont les heures du passage de l'équipe mobile ? Est ce que ces heures vous conviennent-elles ?
- Y-t-il des besoins spécifiques aux femmes ? Lesquels ?
- Pensez vous que les services offerts au centre correspondent aux besoins spécifiques des femmes ? Si non est ce que cela retentit sur l'accès des femmes à ce centre ?
- Rencontrez-vous des usagers de drogues mineurs sur les lieux d'injection ?
- Reçoivent-ils des services de l'équipe mobile ? Si non, à votre avis quelles seraient les conséquences de leur privation des activités du programme ?
- Comment qualifiez-vous vos relations avec le personnel exerçant dans le centre ?
- Comment jugez-vous l'atmosphère générale du centre et de l'unité mobile ?
- Comment jugez-vous l'emplacement du centre de RDR ?
- Comment qualifiez-vous vos relations avec le personnel des structures sanitaires et sociales aux quelles vous êtes référéz ?
- Quels sont vos liens avec les associations supportant le programme ? Quel type d'accompagnement proposent-elles pour vous ?
- Quelles sont vos relations avec le voisinage ?
- Vous arrive-t-il d'avoir des problèmes avec la police près du centre de RDR ?
- Globalement, êtes-vous satisfaits des services offerts dans le cadre de ce programme ?
- A votre avis, quelles sont les conditions à réunir pour qu'une prise en charge d'un UDI soit optimale ?