

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique (MESRS)
Centre National de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle



Etude du lien potentiel entre usage problématique de drogues et VIH/SIDA en Algérie

Coordination
Badra Moutassem-Mimouni
Nouria Benghabrit-Remaoun

Avec le soutien des experts ONUSIDA/ONU DC :
Toufik Abdalla
Mathew Warner-Smith



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONU DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



UNITED NATIONS
Office on Drugs and Crime

Juin 2006

*Etude du lien potentiel entre usage
problématique de drogues et
VIH/SIDA en Algérie*

Remerciements

Initiée par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS), cette étude a été réalisée par le Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle (CRASC), avec le soutien d'ONUSIDA, d'UNODC et du PNUD.

Nous remercions M. Djemai (MESRS) et S.Lounnas (ONUSIDA Algérie), tous nos partenaires, toutes les institutions, associations et personnes ayant contribué de près ou de loin à la réussite de l'enquête :

- Le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (programme national de lutte contre le SIDA, programme national de lutte contre la toxicomanie, et autres institutions).
- Le Ministère de la Justice.
- Le Ministère de l'intérieur : la gendarmerie nationale et la sûreté nationale.
- L'office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie (ONLCDT).
- Pr. Bouziane Mohamed, chef de service clinique de chirurgie dentaire,
- Les agences internationales officielles (UNODC, ONUSIDA, GTO Algérie, ONUSIDA Genève et Caire, UNICEF, FNUAP, OMS, BIT, PNUD).
- Les ONG de lutte contre la toxicomanie.
- L'association AIDS Algérie (Alger).
- L'association el-Hayet (Alger).
- L'association Info-com.jeunes (Alger).
- L'association de prévention contre le SIDA (APCS Oran).
- Le service des maladies infectieuses CHU-Oran.

- Le centre de soins pour toxicomanes Oran.
- L'ORS Oran.
- Le CIST Annaba et le professeur Boudef.

- Tous les enquêteurs : F. Zohra Sebâa (chercheur CRASC et universitaire) ; A. Benayad (assistante sociale) ; H. Arrar (médecin), Manceur (sociologue) ; A. Belhabib (psychologue) ; Ch Djebbar (psychologue clinicienne (CISM)) ; R. Bekaddour (étudiant 4^{ème} année de psychologie) ; M. Medjehdi (sociologue) ; A. Bekkal (psychologue) ; Kh. Mokadem (psychologue) ; A. Abderrahman (médecin (enquêteurs pour le site Oran)). Tous les enquêteurs du site Annaba : I. Khérébot (psychologue enseignant universitaire) ; S. Layachi (sociologue) ; S. Hamadi (infirmière) ; F. Hamadi (éducateur de rue) ; M. Djebrouni (psychologue) ; Dr Defaïri (médecin), ainsi que ceux d'Alger : A. Zeddami (psychologue (AIDS Algérie)) M. Faouci ; A. Bourouba ; S. Saadna (A. Info com.jeunes) ; N. Lahwel (association El-Amel) ; M. Mihoubi (psychologue) ; N. Takreite (psychologue) ; N. Beredjal.
- M. Labaci (ONS).
- Nous prions les personnes que nous avons omises de nous en excuser et qu'elles trouvent ici l'expression de notre considération.

Table des matières

Remerciements	4
Table des matières	7
Avant propos.....	8
Introduction	12
Première Partie	19
1. Présentation de L'étude : « le lien potentiel entre usage problématique de drogue et VIH/SIDA »	20
1.1. Termes de références et méthodologie	20
1.2. Contraintes et difficultés de l'enquête	23
2. Données générales sur le VIH/SIDA et les toxicomanies en Algérie	26
2.1. Données secondaires	26
2.2. Données émanant des recherches sur le SIDA et la toxicomanie en Algérie	32
Deuxième Partie	41
1. Résultats de l'enquête	42
1.1. Données sociodémographiques des usagers	43
1.2. Prévalence de consommation des produits psycho- actifs	47
1.3. Pratique d'injection et partage de matériels d'injection	53
1.4. Pratiques sexuelles et comportements à risques de transmission du VIH/SIDA	77
1.5. VIH/SIDA et hépatites : Transmission, connaissance et perception	81
1.6. Mobilité des usagers de drogues et la diffusion de drogues et le VIH en Algérie	87
1.7. Thèmes spécifiques	95
Conclusion.....	113
Bibliographie.....	123
Annexes	130

Avant propos

Cet ouvrage présente l'étude réalisée en 2004-2005 par le CRASC* pour le MESRS avec le soutien des organismes internationaux : ONUSIDA, PNUD, UNICEF, United Nations Office on Drugs and Crime

L'ouvrage comporte deux volets : le premier est consacré au travail précédent l'enquête et qui avait pour objectif de réunir des données permettant de connaître le contexte algérien sur la consommation de drogues et la situation du VIH/SIDA. Les données secondaires permettent d'obtenir des informations sur les saisies de drogues ainsi que les personnes impliquées. L'objectif est de réaliser une évaluation rapide de situation (ERS). La deuxième partie consiste en l'enquête proprement dite sur les usagers problématiques de drogues. Pour la

* Badra Mimouni, Nouria Remaoun, Toufik Abdalla, Warner-Smith M. Etude du lien potentiel entre usage problématique de drogue et VIH/SIDA en Algérie. Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle (CRASC), Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS), Octobre 2005

Représentant MESRS : Mohamed Djemai

ONUSIDA : Samia Lounnas

Sites de l'enquête : Alger, Oran, Annaba

Espaces d'enquête : trois (03) par site

Espace 'rue'

Espace 'Prison'

Espace 'centres de soins'

Echantillon : 285 usagers problématiques

Durée réelle du projet : 18 mois

Contrat : six mois

Nombre de personnes impliquées dans la réalisation du projet :

CRASC : 02

Experts nommés par ONUSIDA : 02

Enquêteurs et superviseurs : 29

Total 33 personnes ainsi que le représentant d'ONUSIDA, le représentant du Ministère de l'enseignement supérieur

Méthodologie :

- Evaluation rapide de situation et étude des données secondaires
- Questionnaire adressé aux usagers problématiques (285)
- Entretiens avec 9 usagers

Personnel d'enquête : Psychologues, médecins et personnel de soins ; psychiatres, éducateurs de rue et membres d'associations.

Contraintes et difficultés de l'enquête

- la période d'enquête était inappropriée compte tenu du ramadan
- difficultés liées à la longueur et à la complexité du questionnaire
- difficultés liées à la nature des questions abordées et aux particularités de la population d'enquête (population difficile d'accès).

publication, nous avons fait une mise à jour des chiffres jusqu'à la fin de l'année 2005.

L'étude entre dans le cadre de l'exploration des problèmes liés à la prévalence et modes de consommation des drogues et le lien avec le VIH/SIDA dans la région MENA (Moyen Orient/Afrique du Nord). La même étude a été réalisée en Egypte, ensuite en Libye puis en Algérie et enfin au Maroc et va être étendue à la Tunisie et à la Mauritanie.

Ces régions sont considérées comme étant à faible prévalence de VIH/SIDA, mais aussi de drogues par injection. Contrairement à cette croyance, les résultats de ces études indiquent qu'il existe bien plus de consommateurs de drogues par injections et que ces usagers prennent des risques importants (par l'injection mais aussi les risques sexuels). La drogue commence à devenir un mode de transmission du VIH/SIDA dans ces pays, ce qui nécessite une politique globale de prise en charge de ce problème pour la région (avec l'aide des organismes internationaux de l'ONU : ONUSIDA, UNODOC, OMS, etc.) en installant des systèmes de surveillance, de suivi, de prévention et de prise en charge.

Principaux résultats de l'enquête

285 usagers ont été enquêtés dans les trois sites (Alger, Oran, Annaba) et trois espaces (rue, centre de soins et prisons). Les femmes constituent 11% de l'échantillon, les hommes 89%.

Il s'agit d'une population globalement jeune (29 ans de moyenne d'âge) et donc active sexuellement. Dans leurs majorités célibataires, ils logent chez les parents ou chez d'autres membres de la famille.

La majorité des enquêtés reconnaissent avoir des rapports sexuels. Ces derniers ne sont pas dénués de risques puisque près de la moitié reconnaissent avoir des rapports sexuels pour de l'argent ou autres avantages (avec une personne qu'ils ont payée ou qui les a payé(e)s). Les deux tiers disent avoir des rapports sexuels non protégés. A ce propos deux faits sont à relever : le préservatif n'est pas utilisé par méconnaissance mais par rejet manifeste car disent-ils « il réduit le plaisir », le « partenaire ne veut pas » ou « on n'ose pas demander au partenaire ».

A cela s'ajoute la méconnaissance du SIDA puisque près de la moitié (40%) ne savent pas qu'il « ne guérit pas ».

Les cinq personnes VIH positifs sont d'Alger et ont des comportements à risques importants puisqu'elles multiplient les partenaires sexuels et n'usent pas de préservatif.

Compte tenu du petit nombre de personnes ayant fait le dépistage (16% de l'ensemble de l'échantillon), il est probable que le nombre de personnes séropositives au VIH soit bien plus important.

La mobilité (séjours à l'étranger) est importante puisque près de la moitié des usagers ont voyagé et la majorité d'entre eux ont entretenu des rapports sexuels durant leur séjour à l'étranger et ont consommé de la drogue. Ceux qui ont voyagé ont peut-être joué un rôle dans la diffusion de la consommation des drogues par injection et du VIH/SIDA puisque quatre personnes sur cinq contaminées par le VIH/SIDA sont du groupe qui a voyagé dans les pays à forte prévalence de VIH et de drogues par injection (Europe du sud).

L'injection concerne près de la moitié des usagers : L'injecteur apparaît comme un homme d'environ trente ans, il est légèrement plus âgé que le non injecteur et les deux sont majoritairement sans emploi. Si le premier habite plus chez les grands-parents et dans la rue, le second loge plus chez ses parents. L'injecteur consomme deux fois plus d'héroïne, de cocaïne et trois fois plus de temgésic/subutex que le non injecteur (sous tous les modes d'administration) L'injecteur est majoritairement de l'espace « rue » il est poly consommateur et poly injecteur, il partage la seringue et le matériel d'injection surtout avec l'ami et il désinfecte rarement la seringue et quand il le fait c'est avec des moyens inappropriés.

Partageurs non partageurs de seringues : les non partageurs sont, dans l'ensemble, plus âgés que les partageurs. Ils partagent seringue et matériel d'injection (58/82) et ont des connaissances erronées sur les modes de désinfection et sont plus de 50% à désinfecter avec (eau, vinaigre, coton) et 16% seulement désinfectent à chaque fois.

Les injecteurs et les non injecteurs sont polyconsommateurs de psychotropes, kif, alcool et cigarettes. Ces produits constituent la base de consommation commune à tous les usagers auxquels vont s'ajouter à des degrés divers, d'abord le temgésic/subutex, héroïne, cocaïne, opium et une faible proportion consomme des amphétamines.

Les femmes consomment tout autant que les hommes et injectent plus que les hommes.

En résumé, nous pouvons dire que les comportements à risques, qu'ils soient liés aux rapports sexuels ou à l'injection, sont élevés et mettent en danger de contamination par le VIH/SIDA et autres maladies transmissibles par le sexe et par le sang les usagers eux-mêmes mais aussi la population en général.

Les recommandations portent sur l'information/éducation des usagers ainsi que sur l'entourage social et familial. La formation des personnels de santé et des associations pour une prise en charge optimale des problèmes spécifiques à cette population qui est dans sa majorité souterraine (underground) et en situation de précarité.

Introduction

A l'image des grandes épidémies des siècles derniers, le SIDA s'étend inexorablement. En 1981, quand les premiers cas ont été découverts, le monde ne s'attendait pas à une telle pandémie. La découverte du virus HIV a permis de déterminer les modes de transmission et par voie de conséquence les modes de prévention. Le développement du préservatif semblait une méthode simple, efficace, à la portée de presque tous et donc en mesure d'enrayer le problème sans trop de difficultés.

Vingt ans plus tard, les quelques centaines de cas se sont transformés en dizaines de millions de personnes infectés à travers le monde entier. Aucun pays, aucune culture si conservatrice soit-elle, pauvre ou riche n'a été préservée, tous les pays sont touchés.

Les facteurs qui facilitent la transmission du VIH sont bien circonscrits depuis la fin des années quatre-vingt. Pourtant des survivances persistent et bien des gens continuent à croire que ce ne sont que les populations à risques : prostituées, homosexuels et drogués qui en sont (ou risquent) d'en être atteints. Que se passe-t-il dans l'esprit des humains qui sont toujours à chercher des échappatoires pour ne pas voir la réalité ? Les mécanismes de méconnaissances sont d'abord :

- Le déni : « il n'y a rien, c'est juste les laboratoires pharmaceutiques qui veulent se faire de l'argent sur le dos des pauvres gens »
- La projection ou le rejet du mal sur l'autre « ce sont les occidentaux dépravés qui nous apportent les maladies que Dieu leur envoie pour les punir de leur impiété »
- L'idéalisation ou mythification « nous sommes des musulmans, nous sommes purs, cela ne nous concerne pas »

Par ces mécanismes, l'on voit qu'il ne suffit pas de dire « voilà ce qu'il faut faire » pour que tout le monde s'y conforme et le problème est maîtrisé. Dans ce sens, l'on peut donner l'exemple de la

communauté Gay en France¹. Ce sont les homosexuels qui ont fait les frais dès le début de l'épidémie. Ensuite la prévention par l'utilisation du préservatif a grandement réduit l'apparition de nouveaux cas, mais les résultats publiés en juin 2003 par l'Institut de veille sanitaire montrent que « 27% des personnes ayant découvert leur séropositivité sont des homosexuels dont la contamination a eu lieu dans les six derniers mois pour 58% d'entre eux ». L'enquête souligne la persistance du relâchement de la prévention : 53% des personnes interrogées disent avoir eu plus de dix partenaires au cours des douze derniers mois. Le président d'Act Up relève la fausse sécurité de moindre urgence produit par les trithérapies ainsi que le « phénomène d'échappement thérapeutique (les combinaisons de médicaments sont inefficaces) concerne 10% des personnes traitées.

Ainsi, malgré les efforts déployés par l'ONU qui a créé des organismes spéciaux pour lutter contre la pandémie dont « ONUSIDA », tout reste à faire ou presque.

En juillet 2004, s'est tenue la 15^{ème} Conférence Internationale sur le SIDA » à Bangkok. On peut résumer la situation² comme suit :

- Depuis 1981, 20 millions de personnes sont mortes du SIDA, ce qui fait dire à Peter Piot directeur exécutif de l'ONUSIDA que « c'est la plus grande épidémie de l'histoire de l'humanité ».
- L'organisation Internationale du Travail (OIT) estime que d'ici 2010, 48 millions d'actifs pourraient décéder et 75 millions d'ici 2015 avec ce que cela implique comme souffrances, augmentation du nombre d'orphelins, de veuves, de misère, etc.
- L'Afrique subsaharienne est sinistrée
- L'Europe de l'Est et l'Asie suscitent l'inquiétude
- Il faut « 20 milliards de dollars pour lutter contre la pandémie en 2007 » selon le secrétaire général des Nations Unies.

Plus de vingt ans après la découverte du SIDA (ARTE, 15/7/04) :

- 8000 morts par jour
- Une contamination par minute
- 2/3 des malades du SIDA en Afrique sub-saharienne

¹ Quinze ans de lutte pour Act Up, qui se mobilise contre la reprise du SIDA. Le Monde / 27-28 juin 2004.

² Le SIDA, ses 20 milliards de dollars et des inégalités. Pascale Trouillaud, AFP, in le Quotidien d'Oran, 12 juillet 2004.

Tel est le constat amer de plus de vingt ans de lutte !

Ce qui est important à souligner, c'est que vu l'absence de traitement curatif du SIDA, il est difficile d'en venir à bout, il ne reste donc que le traitement qui retarde la maladie et donc la mort, d'autant que les firmes pharmaceutiques ne veulent pas lâcher une telle aubaine pour accroître leur richesse. Seule la prévention est en mesure d'enrayer la progression, mais pour cela il faut vaincre les tabous (les tabous du SIDA ont fait que l'espérance de vie est ramenée à 40 ans dans certains pays d'Afrique gravement touchés par la pandémie)

Qu'en est-il du SIDA en Algérie ?

- Selon les estimations, l'Algérie est un pays à faible prévalence du VIH/SIDA, mais jusqu'à quand ?

- Est-il réellement à faible prévalence ou cette dernière serait-elle plus élevée que ne le laissent entendre les chiffres ? ONUSIDA³, lors d'une conférence de presse (le 6 juillet 2004) au Centre d'accueil de la presse étrangère à Paris, a estimé à 9100 le nombre de personnes touchées par le SIDA en Algérie. Bien sûr c'est moins que l'Egypte et le Maroc (15.000 chacun) et la Libye (10.000), mais bien plus que la Tunisie (1.000)

- Les particularités socioculturelles sont en faveur d'une faible prévalence. Mais un certain nombre d'éléments indiquent des changements importants liés à la mondialisation, à l'entrée des médias internationaux dans les foyers de tous les niveaux socio-économiques et culturels (la parabole étant gratuite ou presque, il suffit d'un téléviseur et d'un démo « Taiwan ») pour accéder à toutes les chaînes occidentales, orientales et asiatiques sans préparation ou information. Chacun, en fonction de ses préférences, se tourne vers l'Est, l'Ouest ou le Nord ou même les trois à la fois.

- Dix ans de terrorisme ont laissé des traces indélébiles qu'il est difficile d'effacer avant plusieurs décennies. Parmi les effets de cette décennie noire, nous pouvons citer :

1. La destruction des infrastructures et le déplacement de populations entières vers les villes qui n'ont nullement les moyens de faire face à un tel afflux de populations
2. la paupérisation de ces dernières

³ 9100 Algériens sont touchés par le SIDA, Sarah Raouf, Le Quotidien d'Oran, 7 juillet 2004. p. 5.

3. la crise de l'emploi, du logement, etc.
4. l'ouverture du marché algérien aux produits étrangers tue les entreprises locales, mais aussi la contrebande (trabendo) qui faisait vivre des centaines de milliers, voire des millions de personnes
5. Enfin, il est signalé que les réseaux de contrebande sont en train de se convertir au trafic de drogues selon l'Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie, ce qui complique la lutte contre le trafic des stupéfiants.

Tous ces éléments vont générer des effets dont on perçoit déjà certains résultats :

- Augmentation des pathologies sociales : suicide, délinquances, consommation de drogues, trafic de drogues illicites et licites
- La pauvreté qui s'étend à des pans de plus en plus larges de la société amène certaines mères de familles à compléter les fins de mois par la prostitution clandestine.
- Ces situations seraient ordinaires si elles n'étaient renforcées par le peu d'information, d'éducation et de prévention sur le SIDA.
- Le SIDA, reste tabou malgré les efforts de quelques associations disparates et des programmes sporadiques d'information lors de la journée mondiale de lutte contre le SIDA ou la journée de la population

Tous ces éléments constituent des indicateurs du danger que court la société algérienne et des risques d'augmentation du taux de transmission.

Parmi les modes de transmission les plus graves, il y a la toxicomanie par injection. L'étude sur le lien potentiel entre usage problématique de drogue et VIH/SIDA est une étude bien modeste et ne touche qu'une petite population vulnérable que constituent les usagers problématiques de drogues, ces derniers sont méconnus et maintenus dans le silence le plus complet. Les injecteurs existent mais constituent une population souterraine qui nécessite une recherche sérieuse qui mette à jour les particularités tant sociodémographiques, que de consommation et des modes d'administration des drogues avec les comportements à risque aux plans du partage de seringue, du matériel d'injection, des comportements à risques sexuels, ainsi que les différents produits consommés en Algérie.

Cette étude constitue un des maillons du programme de lutte contre le VIH/SIDA en Algérie. Le programme est la résultante d'un long processus dont l'historique qui suit, permet de replacer l'étude dans son contexte historique et stratégique⁴ :

- En 1988, le premier programme à court terme a été élaboré en collaboration avec L'OMS et portant sur les mesures d'urgence (en formation, sécurité transfusionnelle et de surveillance épidémiologique)
- 1989, création du Laboratoire National de Référence (LNR) et d'un comité de lutte contre les IST/VIH/SIDA (CNLS)
- 1990, programmes à moyen terme (PMT1) de lutte contre les MST/SIDA en collaboration avec l'OMS
- 1991, ont été instaurés les contrôles du sang et des dons d'organes
- 1994, programmes à moyen terme (PMT 2) de lutte contre les MST/SIDA couvrant la période 1995-1999 et qui sera prolongée au 31 décembre 2001
- 1996, naissance du groupe thématique ONUSIDA Algérie ayant pour membres : l'OMS, l'UNICEF, le PNUD et le FNUAP qui seront rejoints par le BIT en septembre 2000.
- 2000, évaluation finale du PMT II par Les autorités nationales et ONUSIDA par deux experts nationaux et deux internationaux. C'est cette évaluation qui va mettre en exergue des lacunes et insuffisances et va mener à l'élaboration du Processus de Planification stratégique en mars 2001 qui sera entériné par l'atelier national de validation et de consensus du plan stratégique national de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2002-2006, en collaboration avec ONUSIDA, qui s'est tenu à l'INSP Alger, le 17-18 mars 2002.

Place du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS) dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA : Le MESRS a toujours participé directement et indirectement à la lutte contre les IST/VIH/SIDA, mais sans entreprendre d'actions nationales concertées et organisées dans le

⁴ Rapport de l'atelier national de validation et de consensus sur le plan stratégique national de lutte contre les IST/VIH/SIDA, INSP, Alger, le 17-18 mars 2002 MSP, direction de la prévention avec ONUSIDA.

cadre d'un programme stratégique. Différentes actions de formation, d'information, des émissions radiophoniques, des conférences, des dépliants etc. ont été entrepris. Toutefois aucune évaluation structurée de ces actions plutôt sporadiques et souvent ponctuelles (journée internationale du SIDA, journée de la population, etc.) n'a été effectuée. C'est en 2003, que le MESRS décide de procéder à une évaluation de ces actions, relevant des lacunes et surtout leur insuffisance compte tenu de l'importance des potentialités de formation, de recherche et d'évaluation du secteur d'une part (nombre d'enseignants de haut niveau, nombre de chercheurs, etc.). D'autre part, les étudiants qui sont eux aussi une population à risque vu leur âge, les difficultés et parfois les mauvaises conditions de vie dans les cités universitaires, la diversité des milieux socio-économiques et culturels de ces derniers, mais également des milliers de travailleurs jeunes et moins jeunes. Tous ces facteurs ont amené le MESRS à élaborer un plan opérationnel de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2003-2006⁵ dont les objectifs et stratégies sont définis comme suit :

- Réaliser des projets de recherche visant à connaître la situation épidémiologique et comportementale de la population universitaire
- Mener à un changement positif de comportement face aux IST/VIH/SIDA
- Renforcer les capacités (humaines, matérielles, financières) du secteur dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA / par l'IEC (la Formation, élaboration d'outils pédagogiques, etc.).

Cette « Etude du lien potentiel entre usage problématique de drogues et VIH/SIDA » constitue une étape dans la réalisation du plan opérationnel de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

⁵ Plan opérationnel de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2003-2006, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique. Version du 13 avril 2003.

Première Partie

1. Présentation de L'étude : « le lien potentiel entre usage problématique de drogue et VIH/SIDA »

Cette étude du lien entre toxicomanie et VIH/SIDA est de nature exploratoire et ne touche qu'une partie des populations vulnérables. L'étude est nécessaire dans la mesure où la consommation de drogues, en Algérie, devient de plus en plus visible. Ce fait cumulé avec le peu d'informations sur les modes de contamination du VIH/SIDA, en plus des facteurs de risques (pauvreté, crise économique, mal vie, déstructuration des liens familiaux et des liens de solidarité, le mythe du musulman fidèle et respectueux des règles sociales et des préceptes religieux, etc.), peuvent induire une certaine fragilité de la société.

1.1 Termes de références et méthodologie

Lors du workshop du 25-26 mai 2004 au MESRS (Alger), présidé par le coordonnateur de l'étude représentant du MESRS, en présence des représentants d'ONUSIDA, des experts désignés par cet organisme, des partenaires, des représentantes du CRASC, un consensus s'est dégagé : cette étude est considérée comme exploratoire et raisonnée en rapport avec les moyens financiers proposés. L'étude sera basée sur la méthode suivante :

Objectif principal : Déterminer le (s) lien(s) potentiel (s) entre usage problématique de drogues et VIH/SIDA.

Objectifs spécifiques :

1. Identifier les caractéristiques sociodémographiques des consommateurs problématiques de drogue(s)
2. Identifier la population des injecteurs et des injecteurs potentiels et les modalités de consommation
3. Décrire les pratiques à risque (partage de seringue, risques sexuels, etc.).
4. Déterminer la mobilité des usagers et trafiquants expulsés, en fuite, en visite et venant d'Europe (quel devenir ?)
5. Rechercher les modalités d'accès aux soins et aux services de ces populations.

6. Etablir les besoins des usagers en matière de prise en charge et leur représentation des services existants

Méthodologie :

- 1-Produire une synthèse des données secondaires existantes (police, gendarmerie, douanes, etc.).
- 2-Collecter et analyser les informations disponibles sur les usagers problématiques de drogues et le VIH/SIDA en Algérie.
- 3-Elaborer un questionnaire en s'appuyant sur celui déjà mené en Egypte et en Libye en vue de permettre la comparabilité des résultats.
- 4-Construire un guide d'entretien en vue de sa passation, dans un cadre individualisé, aux injecteurs et injecteurs potentiels (histoire et modalité de consommation) 15 cas environ.
- 5- Organiser des focus groupes homogènes et hétérogènes avec : des spécialistes de la répression ; des spécialistes de soins connaissant le terrain.

Définition de la population : L'usager problématique de drogue est celui qui par l'usage de drogue(s) pose des problèmes de santé publique. C'est moins la substance consommée qui est importante, que le mode de consommation, notamment l'injection qui, avec le risque d'une contamination certaine, pose un problème de santé publique. Concrètement, l'usager problématique de drogue est d'abord celui qui consomme par voie intraveineuse de la cocaïne, de l'héroïne, des amphétamines ainsi que les poly toxicomanes et ceux qui utilisent des psychotropes à des fins non médicales et susceptibles d'être injectés.

Le questionnaire : Afin de permettre la comparabilité des résultats d'études similaires, déjà menées dans le monde arabe, nous avons adopté le questionnaire appliqué en Egypte et en Libye. Nous l'avons traduit en français et en arabe algérien. Ensuite, nous avons ajouté les questions qui nous paraissaient nécessaires en fonction du terrain et des objectifs spécifiques (tels ceux sur l'émigration, les expulsions

d'Europe, les voyages à l'étranger et un nombre plus important de questions relatives à la consommation de psychotropes)

Sites de l'enquête : *Oran, Alger, Annaba.*

Le choix de ces sites a été établi sur la base d'un certain nombre de critères :

- les trois villes abritent des centres de soins pour toxicomanes et des services de prise en charge pour sidéens
- Grandes villes, elles sont les lieux privilégiés de l'exode rural
- Espaces de vacances, de transit des étrangers (port, aéroport) et de provinces.
- Villes portuaires (port, aéroport) donc potentiellement de transit de drogues venant de l'Ouest (Maroc*, Maghnia, Ghazaouet, etc.) mais aussi du Sud et de l'Est et des pays limitrophes tels que les pays du Maghreb, de l'Afrique, mais aussi d'Europe.

Lieux de l'enquête :

• Les centres de soins pour toxicomanes : est enquêté tout demandeur de soins (sauf les consommateurs de cannabis seul, alcool seul ou les deux) usager injecteur de cocaïne, de crack, de psychotropes et poly consommateurs.

- Les centres de détention : prisons
- La rue

Echantillon : Trois cent (300) dont 50% pris dans les espaces institutionnels (prisons et centres de soins) et 50% dans la rue.

Personnel d'enquête :

- Psychologues/médecins et personnel de soins
- Psychologues et psychiatres dans les prisons
- Educateurs de rue et associations
- Anciens consommateurs, à condition qu'il n'y ait pas de risque de rechute pour la personne !

* Selon le représentant de l'Union Africaine, le Maroc est le 3^{ème} producteur mondial de cannabis.

- Médecins, psychologues du ministère de la jeunesse et des sports.

Collecte des données bibliographiques et autres : Nous avons passé plusieurs mois à collecter les données écrites et orales :

- Articles de journaux, documents Internet, documents ONUSIDA, PNUSID, documents du ministère de la Santé et de la Population, de la gendarmerie Nationale, de la DGSN, de l'ONCDT, articles scientifiques, etc. (voir bibliographie)
- Entretiens avec des personnes sources
- Ateliers de travail avec les partenaires et les représentants des institutions de répression, de prise en charge.
- Anciens toxicomanes
- Travailleurs de la santé et spécialistes de la prise en charge : psychiatres, psychologues, éducateurs de rue, SOEMO, etc.

Il faut dire que toutes les personnes et les institutions contactées ont répondu avec beaucoup de célérité et de bonne volonté.

1.2. Contraintes et difficultés de l'enquête

Le choix des enquêteurs pour les trois sites : Alger, Oran, Annaba, s'est fait sur la base de la proximité professionnelle vis à vis de la population cible. Pour chaque site nous avons fait appel à des personnes sources : psychologues, universitaires, responsables d'associations qui nous ont aidé à trouver les personnes en mesure d'assurer une passation des questionnaires dans des conditions optimales d'une part, et d'autre part ces personnes, connaissant le terrain, seraient en mesure de prendre les décisions adaptées selon les particularités de chaque cas et des difficultés qui ne manqueront pas de se poser.

La formation des enquêteurs a été organisée dans chaque site compte tenu des problèmes rencontrés pour réunir toutes les personnes pressenties pendant cette période de vacances :

- Oran 29 et 30 août ; Annaba 13 septembre et Alger 29 octobre*.
- 10 enquêteurs ont été retenus pour Oran

* Pour plus de détails voir rapport préliminaire

- 7 pour Annaba
- 10 pour Alger

Quatre superviseurs ont été désignés dont :

- Un pour Alger
- Un pour Annaba
- Un pour Oran
- Un pour les prisons des trois sites.

Dispositions relatives au recrutement des enquêtés : Suite à la formation des enquêteurs, organisée dans le cadre de l'étude « usage problématique de drogue et VIH/SIDA », les 29 et 30 août 2004 au CRASC Oran, en présence de Monsieur Toufik Abdallah expert désigné par ONUSIDA, de Mesdames Mimouni Badra et Remaoun Nouria, nous avons apporté quelques précisions sur le mode de recrutement des enquêtés injecteurs. En effet, l'exploration menée au niveau d'Oran par les enquêteurs pressentis pour l'étude durant les deux derniers mois, a confirmé l'invisibilité des usagers par IV. Ce qui nous a permis de déterminer trois catégories à enquêter selon le mode de recrutement :

- 1^{ère} catégorie : Les usagers en institutions (centres de soins et prisons)
- 2^{ème} catégorie (ground) : les usagers dans la rue et dont le repérage est relativement accessible
- 3^{ème} catégorie (underground): les usagers injecteurs (ils sont extrêmement difficiles d'accès.

Les débats portant sur les modalités de recrutement des usagers de drogue ont abouti à la nécessité d'accorder une contrepartie financière pour leur collaboration, notamment les enquêtés de la rue et les informateurs privilégiés. Mais compte tenu des particularités du centre de soins de Annaba qui assure un suivi en ambulatoire, les enquêteurs ont été amenés à verser cette somme aux enquêtés pour les faire venir.

Contraintes et problèmes rencontrés :

- Recrutement des enquêteurs : Pour l'espace rue, les enquêteurs ont été choisis soit dans les associations, soit dans les cellules de proximité et il s'agit pour la plupart de psychologues, sociologues et éducateurs de rue. Les enquêteurs pour les centres de soins d'Oran et

d'Annaba sont les psychologues des services. Les enquêteurs pour les prisons, constitués de psychologues et de médecins, ont été désignés par leur ministère.

• Lancement de l'enquête : L'enquête a été lancée le 20 septembre pour les sites d'Annaba et d'Oran, le 1^{er} octobre pour celui d'Alger. Il faut signaler que l'arrivée du ramadhan a grandement freiné les progrès de l'enquête. Pour des raisons objectives, les toxicomanes sont peu visibles pendant ce mois et les enquêteurs sont moins disponibles, etc. Mais ce sont surtout les centres qui ont très peu de personnes en soins, ce qui a nécessité la prolongation de l'enquête au-delà de novembre. Celle-ci a été clôturée le 31 décembre pour tous les sites et espaces.

Procédure : Pour chaque site a été désigné un superviseur qui suivait régulièrement les enquêteurs, répondait à leurs questionnements relatifs aux difficultés rencontrées sur le terrain, vérifiait les questionnaires et veillait à ce qu'il n'y ait pas d'incohérences ou d'oublis. Ensuite, les questionnaires étaient également vérifiés par l'équipe du CRASC et enfin par le statisticien chargé des saisies et du traitement des données. C'est ainsi que cinq questionnaires ont été rejetés pour incohérences. Chaque superviseur a fait un rapport concernant le site qu'il contrôlait. Des contacts réguliers entre l'équipe du CRASC et les superviseurs tentaient d'aplanir les difficultés au fur et à mesure qu'elles surgissaient.

Déroulement de l'enquête : Les superviseurs nous rendaient régulièrement compte du terrain, des difficultés rencontrées avec les enquêtés. Tous relèvent la difficulté de passer le questionnaire en une seule fois, car trop long. Certains enquêteurs ont fait deux ou trois séances pour finir l'ensemble du questionnaire.

Certains usagers ont refusé ce mode de relation : pour une fois qu'une personne les écoutait, ils voulaient profiter de la situation pour s'exprimer, certains l'ont dit clairement : « *Je veux parler, je veux vider* », *pour une fois que j'en ai l'occasion, ne m'étouffez pas avec vos questions !* »

Devant cette difficulté nous avons conseillé aux enquêteurs de s'adapter à chaque cas. Quand l'usager accepte de répondre aux questions, lui passer le questionnaire, quand l'usager est réticent et

qu'il veut s'exprimer librement, nous avons conseillé de faire un entretien semi directif et d'orienter sagement le débat autour des questions qui nous préoccupent. Cette pratique est plus intéressante car elle apporte plus d'informations d'une part, et d'autre part, elle soulage l'enquêté qui désire exprimer ses sentiments, ses difficultés, ses vécus. Cela nécessite de l'enquêteur plus de travail, puisqu'il doit prendre des notes, les reporter ensuite sur le questionnaire. Cette méthode exige plus de rigueur de l'enquêteur, plus d'attention et surtout plus de souplesse. Certains l'ont adoptée spontanément, d'autres ont attendu nos orientations.

Les enquêteurs d'Oran ont, en plus de la passation du questionnaire et des entretiens, orienté ceux qui le désiraient vers des services où se trouvent des psychologues pour un soutien psychologique.

Les usagers répondent plus facilement aux enquêteurs qui sont connus pour leur action auprès des démunis et des personnes en difficulté. Ceux qui ne sont pas connus dans le quartier de par leur fonction (éducateurs de rue, psychologue dans un service) ont eu plus de difficultés à être acceptés.

2. Données générales sur le VIH/SIDA et les toxicomanies en Algérie

2.1. Données secondaires

Un atelier de travail organisé par le MESRS le 12 juillet 2004 sous la présidence de M Djemai représentant du MESRS et coordinateur de l'étude, a réuni les représentantes du CRASC, un représentant de la DGSN, un représentant de la Gendarmerie Nationale, le directeur et le secrétaire de l'Office National pour la Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie (ONLCDT) ainsi que le représentant du Ministère de la Justice. Toutes les personnes présentes ont pleinement adhéré au projet et ont, non seulement, apporté des documents comportant les chiffres et bilan de leurs activités, mais ont également contribué à la discussion qui s'est révélée d'une extrême richesse.

Des entretiens ont été organisés avec des personnes sources, focus group, et des informateurs clés : anciens toxicomanes, partenaires de la santé, psychologues, psychiatres, etc. Les résultats de ces

consultations et de ces entretiens seront au fur et à mesure injectés dans nos commentaires pour clarifier, approfondir, argumenter, enrichir les données du terrain et nos analyses.

Evolution des volumes et saisies de drogues : La DGSN a fourni le tableau suivant dont l'analyse détaillée a été réalisée et suivie d'une comparaison entre les chiffres produits par les différents organismes de répression.

- Le cannabis

Les chiffres de la DGSN montrent une fluctuation anarchique des saisies de résine de cannabis et de grains de cannabis, certaines années elles baissent, d'autres années elles augmentent, mais sans que l'on puisse déterminer une progression régulière. Ainsi par exemple les saisies de résine de cannabis sont de 2117 kg en 1990, elles passent à 6039 Kg en 1992, puis à 712,160 kg en 1996 pour continuer à osciller entre 1200Kg et 2250 Kg entre les années 1998 et 2003 et font un bond au premier semestre 2004 : 5595,610 Kg et pour le premier semestre 2005, les saisies augmentent de 15% puisqu'elles passent à 6480,282 Kg

- Les drogues dures

Les saisies d'opium, héroïne, cocaïne ne semblent obéir à aucune loi non plus : il y a des années où pas un gramme n'est saisi, et d'autres années, où la saisie dépasse le kilogramme. Ainsi (T. 1) durant les quatre dernières années, la saisie la plus importante est celle de 2003, soit 1457gr d'héroïne et 9508,6gr de cocaïne. Ce chiffre peut indiquer une augmentation du trafic de ces produits, mais en même temps, il faut relativiser puisqu'en 1991 1800 gr d'héroïne ont été saisis et en 1994 la saisie d'héroïne était de 1646 gr.

Tableau 1 : Statistiques des saisies de drogues de 1990 au 1^{er} semestre 2004

Année	Résine de cannabis (Kg)	Grains de cannabis (Kg)	Plants de cannabis (Kg)	Huile de cannabis (Kg)	Opium (gr)	Héroïne (gr)	Cocaïne (gr)	Psych Comp.
1990	2117,07	12,14	59,28	6,96	480	--	--	24016
1991	1832,22	3,89	93,83	--	--	18000	--	28381
1992	6039	0,741	147,12	0,08	650	--	03	27029
1993	1022,07	15,91	397	0,35	140	28	500	31365
1994	1121,31	0,63	49,07	0,05	360	1646	--	31764
1995	1810,61	4,88	120,46	074	08	105	03	48181
1996	712,16	0,036	09	--	--	222	--	43211
1997	1591,718	--	19,965	--	--	475	--	40221
1998	1217,179	0,930	58,300	--	--	9,2	--	72212
1999	2452,158	0,008	3,050	--	--	2,2	4,26	110786
2000	1694,127	2,588	4,757	--	430	01	08	100555
2001	1728,258	0,033	38,795	--	102	5,9	0,2288	69277
2002	2148,379	--	1500plants	--	--	24,6	268,6	244214
2003	2252,101	0,127	1,127	--	--	1457	9508,6	244115
2004	3088,480	0,014	6,959	--	02	13,4	--	68920

Sources : DGSN, juillet 2004

Les psychotropes :

Les saisies des psychotropes par contre connaissent une progression très régulière et passent de 24.016 comprimés en 1990 à plus de 244.000 en 2003, la quantité a été multipliée par dix (10) en dix ans. Cette augmentation des saisies est significative de l'augmentation du trafic et peut-être de la consommation. Elle est également confirmée par les informateurs clés et les professionnels de terrain qui soulignent l'augmentation de la consommation de psychotropes par des sujets de plus en plus jeunes.

Le détournement des psychotropes de leur usage médical se fait plus important. Les chiffres cités précédemment montrent que

l'augmentation la plus spectaculaire des saisies concerne les comprimés psychotropes.

1.2. Comparaison des chiffres de la DGSN et de la Gendarmerie Nationale

Cette étude serait incomplète sans les chiffres des deux autres organismes de contrôle que sont la Gendarmerie Nationale (GN) et la Douane⁶ (D). Il serait fastidieux de comparer les saisies sur dix ans, comme nous l'avons fait pour les chiffres de la DGSN, mais il nous semble nécessaire de tenir compte des saisies depuis le début du vingt et unième siècle, soit les années 2000 à 2004 (tableau 2).

La comparaison des saisies de résine de cannabis, d'opium, de cocaïne, d'héroïne et de psychotropes (pour ne pas surcharger le tableau, nous n'avons pas intégré les saisies de plants de cannabis, d'huile de cannabis et de grains de cannabis qui sont très minimes) en fonction des organismes de répression montre le même phénomène noté plus haut. La fluctuation des saisies ne semble pas répondre à une logique d'augmentation comme nous l'avons remarqué dans l'étude des saisies de la DGSN (tableau 1). Le tableau 2 montre que les saisies faites par la GN étaient très importantes en 2000 (4567 kg environ). Elles enregistrent une baisse notable en 2001 pour remonter à 3962 kg en 2002 et 2003.

C'est la Gendarmerie Nationale qui fait l'essentiel des saisies. Quant aux douanes, nous n'avons pas eu de chiffres sur les autres années –selon le rapport de l'ONLCDT, les saisies de la douane sont capitalisées soit par la GN, soit par la DGSN- mais uniquement pour l'année 2003 elles sont de 1912 kg.

⁶ Nous n'avons pas eu les chiffres de la douane et selon l'ONLCDT, les saisies sont intégrées soit dans les chiffres de la police ou ceux de la gendarmerie.

Tableau 2 : Comparaison des chiffres de la DGSN, GN et Douane 2000-2004

2000	R. Cannabis (kg)	Opium (gr)	Héroïne (gr)	Cocaïne (gr)	Psychotropes (comprimés)
DGSN	1694,127	430	1	08	100555
GN	4567,914				10579
Total (2000)	6262,041				111134
DGSN	1728,258	102	5,9	0,2288	69577
GN	3098,183				14615
Total (2001)	4826,441				84192
DGSN	2148,379	--	24,6	268,6	244214
GN	3961,308	8100	--	4,09	207872
Total (2002)	6109,687	8100	24,6	272,69	452086
DGSN	2252,101	--	1454,2	9508,6	244115
GN	3904,64	--	05gr	02gr	286723
Douanes	1912	--	--	--	40300
Total (2003)	8068,741		1459,2	9510,6	571138
Variation	1959,054 (32%)	-100%	1434,6 (5832%)	9237,91 (3388%)	+26,33
Total 2004	12732,993	3016,1	26,8 et 10comp.	151,9	227701
Variation	4304,252 (+53,35%)	3016,1soit (+100%)	-1432,4 soit (-98,16%)	-9358,7 soit (-98,4%)	-343437 soit (-60,13%)
1 ^{er} semestre 2005	6480,282				341264

Les saisies de résine de cannabis, pour l'année 2002 et 2003 voient une augmentation de 32%, alors que les saisies d'opium sont nulles. Par contre, les saisies d'héroïne et de cocaïne battent tous les records avec une augmentation respective de l'ordre de 5832% et 3388%. Nous ne savons pas si ces quantités étaient destinées à l'étranger ou à la consommation locale. L'année 2004 semble en voie de battre des records de saisie puisqu'il a été enregistré 5,595 tonnes de résine de

cannabis durant le premier semestre pour atteindre 12732,993kg à la fin de l'année. Les saisies ont augmenté de +53,35% par rapport à l'année 2003 (8068,741kg)*, mais grâce aux chiffres qui nous ont été fournis par l'ONLCDT à la fin de cette étude, nous avons constaté que les saisies de tous les autres produits, en dehors de celles de l'opium, ont baissé de 40 à 100% (voir tableau n°2 plus haut). Même les saisies de psychotropes ont baissé de 60%.

Tableau 3 : Affaires traitées

	Année 2000	Année 2001	Année 2002	Année 2003	2004
DGSN	3387	2228	2617	3310 3329	3798
GN	1574	1257	1583	1810	
Douanes	-----	-----	27	22	
Total	4961	3485	4227	5161	
Variation	- 1476 soit - 42,35%		+934 soit +22,10%		

Une baisse substantielle est enregistrée en 2001 que ce soit au niveau des saisies ou des affaires traitées.

Evolution du nombre d'arrestations liées aux drogues : L'étude des chiffres de la DGSN (tableau.2) indiquent une hausse sensible des individus arrêtés, les extrêmes sont de 2.876 en 1990 à 5.526 en 2000 avec une baisse en 2001, soit 3546 puis une remontée en 2002 (4.014) et 2003 (4.650) De 1997 à 2003 on constate une relative stabilité du nombre de personnes arrêtées pour affaires de drogues (consommation, port, vente) oscillant entre 4000 et 5000. La police note une augmentation de 69% des arrestations pour affaires de drogues durant l'année 2004 par rapport à l'année 2002. 44% des personnes interpellées sont âgées entre 15 et 25 ans.

La grande majorité des personnes arrêtées pour affaires de drogues sont des nationaux.

* Données ONLCDT, nous remercions le directeur, M Kacemi qui a pleinement collaboré à cette étude et nous a permis de mettre à jour ces chiffres.

Les étrangers sont 35 en 1999 soit 1,2% et en 2003 ils sont 45 soit 1%.

Les Maghrébins au nombre de 75 représentent 2,6% des personnes arrêtées en 1999, alors qu'ils ne sont que 24, soit 0,51% en 2003. Le nombre d'étrangers et de Maghrébins n'a pas cessé de baisser depuis 1994. On peut supposer que cette date coïncidant avec l'intensification du terrorisme a peut-être dissuadé les étrangers y compris les Maghrébins.

Mais il faut noter, qu'actuellement on parle beaucoup des africains, qui sont peu représentés pour le trafic de drogues : sont-ils réellement aussi nombreux à faire le trafic ou est-ce une simple rumeur qui relève plus de la projection (c'est l'image de « l'étranger, malveillant qui corrompt notre jeunesse innocente ! ») que de faits réels ? ! En fait, les Africains sont nombreux dans le trafic de devises, de fausses monnaies et d'escroqueries en tout genre.

2.2. Données émanant des recherches sur le SIDA et la toxicomanie en Algérie

Données mondiales sur le SIDA et les toxicomanies : Le lien entre toxicomanies par voie intraveineuse et transmission du VIH/SIDA est établi depuis 1981 dans les pays où la consommation de drogues I.V. est courante⁷ (Economic and Social Council, 10 janvier 2002). En 1999, près de 114 Etats sont touchés par le VIH/SIDA par voie de drogues injectables contre 52 Etats en 1992 et 135 en 2002.

Dans le monde et selon les données UNCPD, le narcotrafic est un phénomène mondial qui touche 170 pays ou territoires. Depuis 1990, le trafic des amphétamines augmente dans le monde entier. Il est relevé une dominance du trafic de cocaïne et la marijuana dans les Amériques, les opiacés en Asie et en Europe et les stimulants de type amphétamine surtout en Asie et en Europe. 134 Etats ont fait état de l'abus de drogue depuis 1990. La convention des Nations Unis contre la criminalité transnationale organisée, signée en 1998, vise la réduction de la consommation des drogues et se fixe comme échéance 2008.

⁷ Economic and Social Council, 10 janvier 2002)

Constats des recherches et données sur l'Algérie

Données sur le SIDA en Algérie : En Algérie, les données du Ministère de la Santé Publique et de la population sur le VIH/SIDA font référence à l'existence en 2003 de 605 cas de SIDA et 1373 séropositifs. De 1987 à juin 2003, 94 cas ont été contaminés par voie de toxicomanie I.V., soit 15,53% des malades du SIDA (94 /605) contaminés pour leur majorité en Europe. Dans le monde, ce mode de transmission occupe la deuxième place selon les données de l'OMS.

Les données de l'année 2004 en Algérie signalent 28 nouveaux cas de SIDA et 266 séropositifs. Au total de 1985 au 31 Mars 2004, on dénombre 648 cas de SIDA et 1784 séropositifs⁸

Ouverture des premiers centres de dépistages des IST/SIDA : Le premier décembre 2004 a été ouvert à la polyclinique de Tipaza le premier centre de dépistage des IST/VIH/SIDA, anonyme et gratuit (ce centre sera dirigé par le Dr Mehsas Mahmud⁹). La même date, un autre centre de dépistage du VIH/SIDA a ouvert ses portes à Tiaret. Ces centres entrent dans le cadre du programme National de lutte contre le VIH/SIDA¹⁰. L'ouverture de ces deux centres dans des wilayas sensibles est un peu tardive, mais appréciable. Il est grand temps que l'Algérie agisse activement pour le dépistage car jusqu'à ce jour, la majorité des cas dépistés sont des donneurs de sang (et c'est de là que naît la fausse sécurité de la faible prévalence). Le grand risque c'est non seulement le non dépistage des séropositifs, mais aussi leur non suivi, car si aucun suivi n'est assuré, les séropositifs pourraient continuer leur vie en faisant comme si de rien n'était¹¹. Certains continuent d'ailleurs à avoir des rapports sexuels non protégés.

En attendant, un espoir semble naître à l'annonce des premières publications sur le « vaccin thérapeutique qui, administré aux personnes séropositives, a donné des résultats qui se maintiennent

⁸ Pr. El Ghalia Farès, Surveillance épidémiologique du VIH/SIDA en Algérie, Comité national de lutte contre le SIDA, CLAT III, Barcelone, Juin 2005.

⁹ La Voix de l'Oranie, 2/12/2004

¹⁰ Le Quotidien d'Oran, 6/12/2004

¹¹ Hammal Khatou, Vivre avec le SIDA : approche anthropologique des personnes vivant avec le VIH/SIDA, mémoire de magistère, département de sociologie. Université d'Oran, 2004, p. 117.

« un an après son inoculation » par une équipe de l'hôpital européen « Georges Pompidou à Paris.¹²

En Algérie, toutes les recherches, que ce soit sur le SIDA ou la toxicomanie, ont porté soit sur des populations en institution (centres de soins, infectieux, CSR), soit dans des lycées (Alger). Quels que soient les résultats, ils sont parcellaires et ne reflètent en aucune manière l'ampleur du problème.

Les données sur le VIH/SIDA en Oranie : Nous avons choisi de présenter la situation de l'infection à VIH/SIDA en Oranie de 1991 à 2003, grâce au D. Razik¹³ et son équipe qui nous ont fourni des données détaillées, ensuite Oran nous sert d'exemple pour montrer la complexité et les particularités de la situation en Algérie.

Selon les auteurs : Jusqu'à 1997 le nombre de cas ne dépassait pas 9 par an. En 1998, 18 cas et 1999, 13 cas sont enregistrés. Mais depuis 2000, le nombre semble doubler chaque année : ainsi 26 (2001), 48 (2002) et 92 en 2003. La tranche d'âge la plus touchée est celle des 20 à 50 ans, c'est à dire la tranche des actifs sexuels, sur un total de 258 cas :

- 217 sont âgés de 20 à 50 ans, représentant 84%

- Les plus de 50 ans sont 29, soit 11,24%,

- Les moins de 20 ans sont 11, soit 4,26% (dont 7 nourrissons)

La situation de l'infection à VIH/SIDA en Oranie de 1991 à 2003 selon le sexe nous donne 134 femmes pour 124 hommes, ce qui indique que les femmes pourraient être plus nombreuses que les hommes, le sexe ratio est donc de 0,92 sur les dix années. Ainsi, alors que de 1991-97, il y avait une femme pour cinq hommes, de 2001 à 2003 ce ratio passe à 0,73 ! L'entretien que nous avons eu avec le Dr Razik montre l'inquiétude des médecins qui constatent que les femmes développent la maladie plus rapidement que les hommes. Il reste bien sûr à vérifier cette observation.

L'étude du D. Razik et coll. note que sur les dix ans il y a 8,14% de cas liés à la toxicomanie par I.V., il s'agit pour la plupart des toxicomanes venus d'Europe dans un état de délabrement très avancé

¹² SIDA, peut-être un espoir ... in le Quotidien d'Oran, 30 novembre 2004, p.15.

¹³ Service infectieux – C.H.U.Oran

(début des années 90) et dont la plupart sont décédés. Les auteurs mettent l'accent essentiellement sur la sexualité et sont d'accord avec les autres personnes sources que nous avons contactées : pour l'instant la toxicomanie n'est pas un mode de contamination important, car la majorité des usagers fument ou usent de neuroleptiques. Les usagers par voie intraveineuse seraient quasi inexistantes dans la mesure où le gramme d'héroïne coûte aux environs de 10.000 D.A. (dix mille dinars correspond au SMIG) et selon les entretiens, cette forme serait présente dans les quartiers huppés qui vont certainement se soigner à l'étranger. Mais ce que nos interlocuteurs semblent ignorer c'est la toxicomanie par injection de temgésic/subutex et de subutex qui paraît bien plus importante - selon nos premières estimations à partir des entretiens avec les personnes sources - à Annaba en particulier.

Mode de contamination : Dans la très grande majorité des cas, la transmission se fait par voie sexuelle, soit 216 dont la majorité écrasante sont des hétérosexuels : 196 (91%). Les homosexuels sont 14 et les bisexuels 6.

Lieu de contamination : Algérie 227 (88%) ; Etranger 26 émigrés et 5 cas de soins, soit 12%

Circonstances de contamination : Mariage : 27% dont 52 femmes et 6 hommes - Prostitution : 29%, soit 58 femmes et 4 hommes - Rapports sexuels non protégés 44%, soit 14 femmes et 82 hommes

Comportement des séropositifs : 8 cas continuent à se prostituer et 7 cas se sont mariés.

En guise de conclusion, à partir de cette étude, nous notons que pour l'instant, si risque il y a (en terme de santé publique) lié à la drogue, il viendrait bien plus des comportements à risque des usagers (manque de discernement, rapports sexuels non protégés, viol, etc.) que du mode de consommation des drogues.

Le risque de propagation du virus viendrait plus des cas déjà contaminés (signalés plus haut) qui continuent à se prostituer ou se marient.

Données sur la consommation de drogues en Algérie : Nous avons lu et synthétisé différentes enquêtes (voir annexe I « recherches

sur les toxicomanies en Algérie) qui, bien que parcellaires, donnent globalement les résultats suivants :

Données générales : Une projection faite dans le cadre d'un doctorat en médecine¹⁴ des différents types de toxicomanies dans la population algérienne en 1997, relève un changement radical par rapport aux années 1970/1980 : l'alcoolisme occupait la première place à cette période, suivi par le cannabis et enfin les psychotropes. Depuis 1990, la consommation de cannabis, seul ou associé est prépondérante dans une population estimée en 1997 à 85.000/100.000 usagers avec une conduite toxicomaniaque de plus en plus précoce (12-15 ans), prédominance du sexe masculin (5/1). Les rituels de consommation se sont diversifiés : d'une consommation en solitaire dans la rue, à l'école ou à la maison, on est passé à une consommation en bande de copains.

Caractéristiques des usagers : Les usagers commencent de plus en plus tôt soit à 12-14 ans et débutent généralement par les drogues « de la débrouille » : colle, essence, solvants et les différentes variantes rapportées par Soulimane B. (Oran, 1997), vient ensuite le cannabis et les psychotropes. Il y a souvent une poly-toxicomanie (alcool, cannabis, psychotropes). La quasi-absence de toxico par I.V. qui existe essentiellement par la morphine ou ses dérivés tel le temgésic/subutex (sorti des hôpitaux et détourné de son usage thérapeutique pour le temgésic, par contre le subutex n'étant pas importé par l'Algérie implique qu'il y a un trafic venant des pays d'Europe du Sud), c'est ainsi que les cas connus à Oran étaient ravitaillés par un homme travaillant à l'hôpital lui-même consommateur et qui a fini par décompenser. Il y a également le phénergan et parfois le phénergan mélangé au procalmadiol et à de l'alcool (informations fournies par une ex toxicomane au temgésic/subutex par IV et qui a touché à toutes les drogues).

Les types de drogues consommées : selon une étude sur le centre de soins de Blida indique : 994 cas sur 3 ans, les poly toxicomanes représentent 40% ; le cannabis 30% ; drogues dures 5% ; divers (éther, colle) 5% ; alcool 20%.

¹⁴ Ouled Taleb, la prévention de la toxicomanie en milieu scolaire.

Les personnes qui ont suivi une cure de désintoxication à Blida sur trois années sont des poly toxicomanes. D'abord, viennent en 2^{ème} position les consommateurs de cannabis, les drogues dures ne représentent que 5% de l'ensemble.

Les personnes sources considèrent Alger comme le site où se trouverait le plus grand nombre de toxicomanes par IV et qui consomment les drogues dures : cocaïne et héroïne.

Catégories d'usagers : Il ressort de l'étude des enquêtes et des entretiens avec les personnes sources deux catégories de toxicomanes :

Les « paumés » issus de milieux socio-économiques défavorisés, sans perspectives d'avenir, exclus ou en passe de l'être du système scolaire, sans travail (les données émanant des institutions de répression notent que 65% des personnes appréhendées pour trafic ou consommation sont sans travail) ; existence de violences parentales, famille désunie ou chaotique. Cette population use, à ces débuts de consommation, des drogues de la « débrouille : colle, essence, gaz butane, gaz d'échappement, ongle, cheveu mélangés au tabac, parfums et l'incontournable haschisch etc. En dehors du haschich, ces drogues sont méprisées, et considérées selon le qualificatif d'un consommateur de « drogues des gosses ». Les drogues « des grands » sont donc avant tout le haschich et les psychotropes.

Les toxicomanes venant de milieux huppés : la « tchi-tchi » des quartiers riches et qui serait susceptible d'user de drogues dures comme l'héroïne, la cocaïne et les hallucinogènes (Ecstasy, LSD)

Les entretiens à Annaba font ressortir une augmentation sensible de la consommation intraveineuse au Temgésic/subutex.

Il faut signaler la prolixité des personnes (y compris les ex toxicomanes et toxicomanes actuels) au cours des entretiens, quand il s'agit des drogues courantes telles les psychotropes, le haschich et les alcools, et l'absence d'informations dès qu'il s'agit des drogues par injection. Les personnes sources ne semblent pas être au courant de ce type de consommation ou si peu. Même les personnes qui sont dans les associations, sans oublier les consommateurs ainsi que les personnels des centres de soins, tous semblent peu au courant de ce type de pratique. Tous relèvent le peu d'incidence ou plutôt le peu de

visibilité des drogues par IV, que ce soit à Oran ou à Alger, alors qu'à Annaba, les injecteurs sont le plus visibles et ils présentent une particularité de consommation touchant essentiellement au Temgésic / subutex.

L'approvisionnement : Les entretiens et les recherches indiquent que :

La rue constitue le principal lieu d'approvisionnement en particulier pour le hachisch : selon les entretiens « chaque quartier a son revendeur ».

La prescription médicale et les services de santé (pharmacies, travailleurs de la santé, sans prescription bien sûr) sont à la base de l'approvisionnement pour les psychotropes, la morphine et ses dérivés.

Les entretiens avec des psychiatres et médecins mettent en avant le laxisme de certains médecins et psychiatres qui continuent à prescrire des psychotropes tout en sachant que la personne en est dépendante. Plusieurs toxicomanes qui viennent demander des soins dans les poly cliniques se voient prescrire « des médicaments » auxquels ils sont dépendants et le disent aux psychologues.

Tous les avis concordent pour considérer les centres de détentions (prisons) comme espaces privilégiés pour rencontrer les toxicomanes. Selon le professeur Benhamed, depuis 2000, le constat d'une toxicomanie intraveineuse¹⁵ autochtone est établi au niveau d'Alger.

Demandes de soins liées à la drogue : Constat sur la prise en charge :

1. En Algérie, la possession ou consommation de drogue constitue un délit : avoir un gramme ou dix kilos mène à une condamnation d'un minimum de 3 mois. Cette loi est en cours de modification, puisque le 26 octobre 2004, le ministre de la justice a présenté une nouvelle loi visant :

- à adapter le cadre juridique aux obligations découlant des conventions internationales signées par l'Algérie

¹⁵ Cf. Benhamed (R.), la toxicomanie intraveineuse : co-infection, VIH, hépatite, in Santé plus, N° 72, Nov. Déc. 2003.

- à aggraver les peines pour les trafiquants, l'introduction de peines complémentaires et prolongation de la garde à vue
- quant aux consommateurs, soumission à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale, etc. Ce nouveau texte se veut souple et ferme en même temps puisqu'il allie répression, prévention et traitement¹⁶.

2. La drogue est souvent vécue comme une honte ce qui rend le milieu familial et social réticent à demander de l'aide, « *les usagers ne sont ramenés que lorsqu'ils deviennent violents et dangereux* » (propos des psychiatres et psychologues). Beaucoup de parents ramènent leur fils en désintoxication comme dernier recours. « *Ils espèrent qu'il s'en sorte, sinon, ils lui souhaitent la mort !* ». A Oran, il existe une association de parents de toxicomanes, mais qui est peu active.

3. Les psychiatres constatent un assouplissement dans la « perception du drogué » qui est de plus en plus perçu comme « malade ».

4. Tous les entretiens avec les personnes sources mettent l'accent sur les problèmes que pose un centre de soins pour les toxicomanes dans l'enceinte d'un hôpital psychiatrique : l'usager (et parfois sa famille) refuse d'être soigné dans un tel lieu. Par ailleurs, une structure aussi dispersée qu'un hôpital psychiatrique ne permet pas un contrôle ferme des pensionnaires (certains parlent de la circulation de la drogue dans les services de désintoxication).

Les centres de soins sont relativement peu fréquentés dans la mesure où les personnes, même quand elles désirent se faire désintoxiquer, refusent la stigmatisation de la psychiatrisation. Beaucoup de psychologues qui travaillent dans différents services (CISM, CIAJ, poly cliniques, etc.) nous ont informé que lorsqu'ils orientent les jeunes usagers vers le centre de soins, ces derniers entrent dans une grande colère et refusent catégoriquement de se faire « interner », « *je suis drogué, mais pas fou* » ; « *si je rentre là dedans, je serai taxé et mon avenir est fini. Je ne pourrai plus rien faire, ni travail, ni vie...* ». Le plus grave, c'est que la proposition de soins dans

¹⁶ Le Quotidien d'Oran, 27 octobre 2004. Et compte rendu de l'ENTV.

ces centres peut être à l'origine de la rupture thérapeutique ce qui amène les usagers à se terrer et se taire et à ne fréquenter aucun autre service.

Etude de cas : un jeune (vu dans le cadre du projet sur le suicide des jeunes) après maintes tentatives de suicide, est pris en entretien par l'une de nos enquêtrices, il lui apprend qu'il se drogue et qu'il voudrait décrocher, mais ses parents ne veulent surtout pas qu'il aille en hôpital psychiatrique, alors que lui était prêt à y entrer ». Il était à sa 3^{ème} tentative de suicide !*

D'où la nécessité de réfléchir à des centres autonomes ou à la limite dans les CHU, pour éviter la stigmatisation.

« Le suicide des jeunes dans la Wilaya d'Oran » c'est un projet de recherche sur deux années que dirige Mme Mimouni au sein du CRASC avec FZ Sebaa, K. Kebdani, M. Mimouni.

Deuxième Partie

1. Résultats de l'enquête

L'enquête s'est déroulée de septembre à décembre 2004 dans les trois sites choisis en méthodologie : Alger, Oran, Annaba. Trois espaces ont été déterminés pour chaque site : l'espace 'rue' concerne les enquêtés recrutés en dehors de toute institution ; l'espace 'prison' concerne les usagers incarcérés et enfin l'espace 'centre' regroupe les enquêtés recrutés dans les centres de soins pour toxicomanes.

Tableau 4 : Distribution des populations enquêtées selon les trois sites n = 285

	Prison	Centres de soins	Rue	Total	%
Oran	26	15	61	102	35,8
Alger	29	01	59	89	31,2
Annaba	36	22	36	94	33,0
Total	91	38	156	285	100,0
Global	32 %	13 %	55 %	100	

Source : Données et traitement CRASC 2005

Ainsi 285 usagers ont été enquêtés dont 31 femmes¹⁷ et 254 hommes. C'est dans la rue que le nombre d'enquêtés a dépassé nos prévisions.

Et c'est dans les centres de soins que nous avons eu le plus de difficultés, en particulier à Alger, d'où le nombre restreint d'enquêtés, mais le fait qu'il y ait autant d'usagers problématiques dans la rue* et

¹⁷ Selon les entretiens avec les personnes sources, il semble que les femmes algériennes sont beaucoup moins nombreuses à consommer que les hommes. Par ailleurs consommer des drogues illicites dans des conditions sociales intolérantes envers les femmes, et encore plus contre celles qui transgressent les tabous, fait que la toxicomanie féminine en Algérie demeure pour ainsi dire invisible.

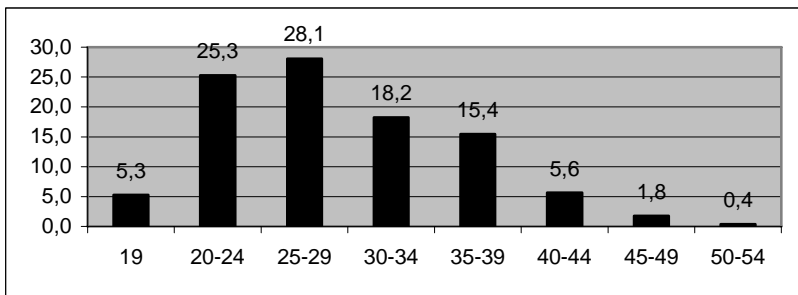
* L'espace « rue » ne veut pas dire que les usagers sont 'SDF', cela indique seulement qu'ils ont été pris hors institutions.

si peu dans les centres de soins implique peut être que les centres sont, soit peu connus, soit évités ou fuis par les usagers.

1.1. Données sociodémographiques des usagers

L'âge des enquêtés varie de 19 à 54ans (La consigne limitait l'âge des usagers à 18ans et plus). La moyenne d'âge de l'échantillon est de 28.8 ans. Les hommes sont légèrement plus âgés que les femmes (29 ans versus 28.2 respectivement). Neuf usagers sur dix se trouvent dans la catégorie d'âge 20-39 ans (248/285) soit 87% de l'ensemble de l'échantillon.

Graphe 1 : Répartition des enquêtés selon le groupe d'âge



Source : données et traitement CRASC 2005

La comparaison de la moyenne d'âge des enquêtés, selon le site et selon l'espace ne révèle pas de différences notables en dehors de l'espace prison à Oran et à Annaba. A Oran les enquêtés de l'espace prison sont plus âgés que ceux des deux autres espaces (32 ans contre 28 ans de moyenne d'âge) alors qu'à Annaba, les enquêtés de l'espace prison sont, au contraire, plus jeunes que ceux des deux autres espaces (27,6 ans contre 28,4 ans dans l'espace « centre » et 29,2 ans dans l'espace « rue »).

Le niveau scolaire de la population enquêtée : Deux tiers de la population* de l'enquête ont fréquenté le collège (65%) et se répartissent entre le niveau de la sixième (34%) et celui du BEF (31%). Ceux qui n'ont aucun diplôme mais savent lire et écrire sont 15%. Plus d'un usager sur dix (13%) est analphabète. Moins de 6%

* le niveau scolaire des femmes est détaillé dans le chapitre 'femmes'

ont le bac et moins de 2% ont une licence de l'enseignement supérieur (4). La comparaison du niveau scolaire entre les hommes et les femmes montre que ces dernières ont un niveau scolaire plus élevé.

Situation familiale : Trois usagers sur quatre sont célibataires (209/285) 73%). Mais les hommes sont plus souvent célibataires (76%) que les femmes (56%) (cf. chap. femmes). Plus d'un usager sur 10 sont mariés (14,4%, 38 hommes et 3 femmes). Le concubinage, bien que rarement usité, existe dans 13 cas (8 hommes et 5 femmes) soit près de 5%. Les divorcés sont (14 hommes et 5 femmes) 6,6%.

Près d'un usager sur trois (30%) déclare avoir au moins un enfant. Moins d'un tiers élèvent en couple leurs enfants, les autres vivent avec l'un des parents (37%) ou chez les grands-parents, c'est le cas pour un enfant sur cinq.

Situation professionnelle : Sur les 285 personnes faisant partie de l'étude, seuls 40% ont un travail, dont 17% à temps plein et 23% à temps partiel. Les sans travail par contre sont majoritaires (56%). Ceux qui sont en formation professionnelle (3) ou étudiants (7), ne représentent que 4% de l'ensemble de l'échantillon. Comparé à la population générale, ce taux de chômage des usagers est extrêmement élevé puisqu'il constitue presque le double de celui des mêmes tranches d'âge : les 16-29ans sont aux environs de 30%. Les 30-40 ans dans la pop générale ont un taux de chômage encore plus faible, soit 12,3% (voir tableau n° 59. ONS. en annexe).

Les professions des enquêtés sont très modestes puisque le taux le plus récurrent (27%) concerne « les artisans et ouvriers de type artisanal » suivi (17%) « des personnels de service et vendeurs de marché » mais il faut signaler que presque 16% sont des directeurs ; commerçants, gérants ou entrepreneurs etc.**

Situation du logement : Plus de trois usagers sur cinq (64%) ne disposent pas d'un habitat autonome. Ils habitent généralement chez les parents ou chez les grands-parents et autres membres de la famille.

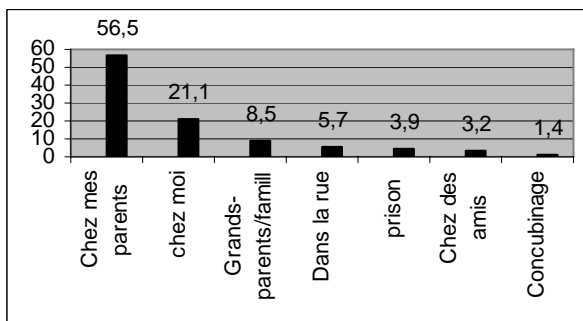
** Cette rubrique comprend :

I- Directeurs et cadres de directions spécialisés public et non public, y compris directeur général - Cadre = 1 ; - Directeur = 2 (dont 1 féminin)

I- Dirigeants et gérants : Commerçant = 13 (dont 1 F) ; - Entrepreneur = 1 ; - Editeur =

Seuls 21% des enquêtés ont un logement autonome. A noter que près de 6% de l'échantillon déclarent vivre dans la rue ou dans des caves. Le fait que la majorité vivent chez les parents ou chez d'autres membres de la famille implique en partie la précarité de la population enquêtée et sa dépendance d'une part, mais il faut relativiser dans la mesure où les problèmes de chômage et la crise de logement ne facilitent l'indépendance ni des jeunes ni des couples et enfin dans beaucoup de pays musulmans, la famille a beaucoup changé, mais reste omniprésente (ce qui n'est pas toujours apprécié par les jeunes couples, en particulier l'épouse) mais cela a aussi des avantages car cela maintient les liens de solidarité ce qui constitue une protection contre la marginalisation et l'exclusion des personnes en difficultés. Ces résultats montrent que les usagers de drogues ne sont pas marginalisés mais intégrés dans leur famille et donc dans la société, ce qui n'a pas que des avantages.

Graph 2 : Répartition des enquêtés en fonction du lieu d'habitation



Source : données et traitement CRASC 2005

Les antécédents familiaux des usagers enquêtés

Ce point est important puisqu'il nous permet de déterminer les conditions socio-affectives dans lesquelles les usagers ont grandi.

Près d'un usager sur quatre a perdu ses parents avant l'âge de 19ans. Nous avons vu dans les caractéristiques des usagers de drogues, à partir des recherches sur les toxicomanies en Algérie* que

* voir chapitre I « contexte de l'étude »

souvent les usagers enquêtés ont vécu ou vivent dans des familles chaotiques, dissociées, etc. Ces résultats sont confirmés par le fait que plus de 53% de l'ensemble de notre échantillon n'ont pas vécu avec le couple parental réuni et plus d'un enquêté sur cinq ont vécu avec la mère seule, 2/3 avec les grands-parents et autres membres de la famille (sœur, tante..). Les conditions socio-économiques dans lesquelles les enquêtés ont été élevés ne sont pas des plus favorables non plus.

« Les entretiens montrent des histoires familiales douloureuses pour la majorité des personnes : divorce, décès, inceste, violences conjugales et parentales, carences en tous genres. Le cas de Jamila constitue le prototype de ces situations chaotiques : le père (cadre dans une entreprise) la droguait et abusait sexuellement d'elle alors qu'elle était âgée de 12ans. Quand le fils aîné a découvert la chose, il a poursuivi son père en justice. Mais le mal était fait, Jamila était dépendante de psychotropes. Elle sera également rendue responsable de la débâcle familiale. Le père en prison, la mère seule sans ressources avec huit enfants. Jamila finit par quitter la maison familiale et se trouve dans la rue à la merci de tous les danger, c'est l'escalade : prostitution, haschich, comprimés et passe au bout de quelques années à l'injection, fait des tentatives de suicide. Ce n'est que dix sept ans plus tard qu'une association l'aide peu à peu à sortir de la drogue, à suivre une cure de désintoxication et lui offre un emploi. Jamila va participer à des campagnes d'information et témoigne à visage découvert auprès des jeunes ».

Les antécédents familiaux sont des facteurs de risque dont il faut tenir compte dans toute action de prévention et surtout pour adapter la prise en charge psychologique dans les centres de soins.

Interpellations et incarcérations : Un enquêté sur trois (92 hommes et 6 femmes, soit 34%) a été interpellé au cours de sa vie pour un problème en lien avec la drogue. Et 44% d'entre eux ont été arrêtés au cours de l'année passée. Plus de 4/5 ont été arrêtés essentiellement à Alger, Oran et Annaba. Sur les 98 arrêtés, 76 (77%) ont été condamnés et incarcérés (26 soit 25% d'Oran, 30 soit 34% d'Alger et 20 soit 21% de Annaba). C'est donc Alger qui enregistre le plus fort taux de personnes incarcérées pour drogue. Sur les 76 incarcérés, la majorité, soit 51/76 ont consommé de la drogue en

prison ce qui représente 67%. Et 7 ont injecté en prison (1 d'Oran, 4 d'Alger et 2 de Annaba). **Les chefs d'accusation** sont d'abord « consommation de drogues » (70%), « port de drogue » 43% et « vente de drogue » 21%. On note que des personnes ont été arrêtées pour au moins deux chefs d'accusation. **Quant aux drogues** pour lesquelles ils ont été arrêtés, c'est le kif (66%) qui tient la première place surtout à Alger avec 78%, ensuite Oran avec 61% et Annaba avec 54%. Les cachets sont en 2^{ème} position (33%) toujours à Alger en tête avec 36% des arrestations, Annaba 31% et Oran 29%. L'héroïne et la cocaïne sont en 3^{ème} position avec 12% des arrestations dont la majorité à Oran 19% contre 12% d'Alger et seulement 4% de Annaba.

Conclusion : La population qui constitue l'échantillon de cette étude est relativement jeune, dont l'écrasante majorité a moins de 30 ans. Le profil type de l'utilisateur participant à l'étude est un homme (dans 9 cas sur 10) âgé d'environ trente ans, souvent célibataire ; ne disposant pas d'un logement autonome ; de niveau d'instruction moyen, sous qualifié et souvent sans emploi. On peut également noter que les enquêtés ont souvent (1/3) des démêlés avec la justice pour affaire de drogue et qu'ils consomment en prison. L'espace prison semble donc constituer un espace de risque de contamination par le VIH d'autant plus que les personnes incarcérées disposent de peu de moyens pour s'en prémunir.

1.2. Prévalence de consommation des produits psychoactifs

Avant d'aborder l'injection, Ce chapitre vise à inventorier brièvement* la prévalence de consommation des différents produits qu'ils soient injectables ou non.

Consommation de tabac, alcool, cannabis

Tabac : La presque totalité de l'échantillon (96,5%) fument des cigarettes. Ils ont commencé, pour la plupart, très jeunes puisque 1/3 ont commencé avant l'âge de 19 ans. Il faut noter que 1/4 des enquêtés sont de gros consommateurs puisque la fréquence peut aller jusqu'à 70

* La consommation des produits injectables sera détaillée selon le site et l'espace dans le chapitre suivant.

cigarettes par jour. 94 % de femmes (29) fument. Le nombre moyen de cigarettes consommées par jour est de 22.

Alcools : La majorité des enquêtés, tous sites confondus, 260/285 (91%) ont consommé ou consomment vin/alcools/bière, dont 84% de femmes (26/31).

Et 60% de l'échantillon ont consommé durant le dernier mois selon une fréquence qui va de 12 à 30 fois et près de 6% ont une consommation quotidienne. La comparaison entre les sites indique une différence notable concernant les enquêtés d'Alger qui ont un taux de consommation plus élevé 96% que celui d'Oran (90%) et d'Annaba 87%.

Cannabis : Tout comme pour le tabac et l'alcool, la grande majorité des enquêtés consomment ou ont consommé du kif/cannabis 264/285 (93%), et 77% des femmes sont concernées. Il ne s'agit pas d'anciennes pratiques, puisque durant le dernier mois, ils sont 76% à avoir fumé du kif et durant l'année, ils sont 77,4%.

Le kif est un produit de consommation courante, il est souvent pris comme complément aux autres produits. Si certains fument à l'occasion, dans une soirée, pour « plus de convivialité », d'autres, par contre, le font plus systématiquement puisque 82/ 264 (dont 7 femmes) ont une consommation quotidienne dont la fréquence va de 1 à 24 fois/jour.

Consommation des opiacés

L'Héroïne est consommée par plus du tiers 104 (36%) de l'échantillon (dont 93 hommes et 11 femmes). Ce sont les personnes recrutées à Alger qui en consomment le plus (voir tableau sur la consommation des opiacées en annexes).

Temgésic/subutex : Durant la vie, 43,5% de l'ensemble de l'échantillon (113 hommes et 11 femmes) disent avoir consommé ou consomment du Temgésic/subutex et ce sont les enquêtés d'Alger qui sont les plus nombreux (52 soit 58% de la population du site), suivis de très près par ceux de Annaba (52 ce qui représente 55%), Oran avec seulement 20 (environ 20%) usagers.

Consommation d'opium : près d'une personne sur quatre, soit 23,5% (67/285) des enquêtés (tous sites confondus) ont consommé de l'opium dont 3 femmes et 64 hommes.

Durant le mois, 12 à Oran (tous modes d'administration), 13 à Alger et 14 à Annaba. Durant l'année 14 personnes, dont une femme, ont pris de l'opium à Oran, 15 à Alger et 19 à Annaba dont une seule femme.

Sirop codéine/périactine : Durant la vie, près de la moitié des enquêtés, soit 48,4 % (138/285) ont consommé ou consomment du sirop. Dont 79/138 (52%) durant le mois parmi lesquels 10 le font quotidiennement. Selon le site, les consommateurs de sirop sont 18 dont une femme à Oran, 13 à Alger et 24 dont 4 femmes à Annaba à avoir consommé du sirop durant le mois. Durant l'année : les personnes ayant consommé du sirop sont 28 dont deux femmes à Oran, 21 à Alger et 37 dont 4 femmes à Annaba. Le sirop codéine/périactine (et autres sirops) constitue souvent un produit de remplacement en particulier pour les prisonniers ou de jeunes désargentés. C'est également un produit qui se vend sans ordonnance médicale et qui est disponible toute l'année.

« A défaut de psychotropes, je prends un flacon de sirop d'un coup, je suis assommé pendant 24 heures ce qui me permet d'oublier ma situation et le manque, dira un prisonnier. Parfois, quand je n'ai rien j'écrase de l'aspirine et je la sniffe ».

Consommation des stimulants* : Amphétamines : plus d'un usager sur dix (11,5%) a consommé ou consomme des amphétamines soit 33/285 au cours de la vie. Durant l'année, 20 personnes ont avalé des amphétamines. Durant le dernier mois, 11 ont injecté (9 à Oran, 2 à Annaba) et 12 ont injecté au cours de l'année, et c'est à Oran que se trouve la presque totalité des injecteurs.

Consommation de cocaïne : plus d'un tiers des enquêtés, soit 35% de l'ensemble de l'échantillon ont consommé de la cocaïne (99/285). Les usagers recrutés à Alger sont les plus nombreux viennent ensuite ceux de Annaba et enfin ceux d'Oran. Les femmes sont moins représentées que pour l'héroïne puisqu'elles ne sont que 3 (2 à Alger et 1 à Annaba).

Consommation de colle : Plus d'un enquêté sur 3 dit avoir consommé de la colle 104/285 (36,5%), dont sept femmes. Durant le

* Voir tableau « consommation des stimulants en annexes

dernier mois, ils sont 30/104 (29%). Pour la fréquence, il faut noter que 5 ont inhalé tous les jours de 1 à 3 fois, ce sont donc des consommateurs réguliers et quotidiens. Durant l'année, ils sont 34/104 (32,6%) à inhaler.

Tableau 5 : Inhalation de colle selon les 3 sites de l'enquête

Inhalé colle	Oran		Alger		Annaba		Global
	n	%	n	%	n	%	
Hommes	29	28	39	44	29	31	97
Femmes	01		04		02		07
Total	30	29	43	48	31	33	104

Source : Données et traitement CRASC 2005

Comme pour l'héroïne, la cocaïne et le temgésic/subutex, c'est toujours Alger qui domine, suivie de Annaba et Oran en dernier.

Consommation de psychotropes : La presque totalité des enquêtés ont consommé ou consomment des psychotropes : 276/285 (97%) dont 29/31 femmes ce qui représentent 93,5% de l'échantillon**. **Le nombre moyen de comprimés par jour :** Près de la moitié des usagers consomment moins de 5 comprimés/jour. La grande majorité des usagers consomment de 1 à 14 comprimés. Les extrêmes sont 1 et 80 :

Tableau 6 : Nombre moyen de comprimés/jour par site et espace

Site//espace	Prison	Centre soins	Rue	Moyenne
Oran	9,5	9,6	5,4	7
Alger	11,6	-	6	8
Annaba	6,5	5,4	5,6	6

Source : Données et traitement CRASC 2005

C'est en prison que les enquêtés consomment le plus grand nombre de cachets par jour surtout à Alger (11,6) à Oran 9,5. Pour l'espace 'centre' de soins, c'est à d'Oran que se trouve le plus fort taux de

** Voir chapitre suivant la consommation en détail, les modes de consommation et les fréquences.

consommation, avec 9,6 cp/j. La consommation moyenne est plus élevée à Alger (8 cp/j, Oran 7 cp/j et enfin Annaba avec 6 cp/j). **Les psychotropes les plus consommés sont les tranquillisants :** benzodiazépines (en premier le valium, le rivotril, procalmadiol, suivis de loin par le témesta, tranxène, lysanxia, etc.), **les neuroleptiques** (haldol, dogmatil, largactil, nozinan,...) et les **antiépileptiques** et antiparkinsoniens comme le tégrétol et parkinane. Les produits sont souvent associés ou pris séparément en fonction des pénuries ou simplement pour tester de nouveaux produits et expérimenter de nouveaux effets. Le Rivotril est appelé « mère courage » car nous dit un usager « *il désinhibe, donne du courage pour affronter le monde et ses difficultés* ».

Prix des comprimés consommés :

Tableau 7 : Prix moyen d'un cachet et prix moyen de la boîte de comprimés

Prix moyen (en dinar algérien)	Oran	Prison	Centre soins	Rue	Moyenne par site
Oran- Prix moyen d'un cachet	62,0	50,0	52,3	69,6	62,0
Oran- Prix moyen d'une boîte	955,0	788,6	581,8	1158,2	955,0
Alger- Prix moyen d'un cachet	81,0	68,1	-	86,7	81,0
Alger- Prix moyen d'une boîte	1495,7	1040,4	-	1668,5	1495,7
Annaba- Prix moyen d'un cachet	163,0	179,5	146,3	151,7	163,0
Annaba- Prix moyen d'une boîte	1558,7	1485,0	1360,0	1463	1558,7

Source : Données et traitement CRASC 2005

Comme le montre le tableau précédent, les prix diffèrent selon les sites : les plus élevés semblent être pratiqués à Annaba, ensuite Alger et enfin à Oran. Cette différence est peut-être liée au type de produits consommés : le temgésic/subutex et le subutex, qui sont plus chers,

sont plus consommés dans les sites d'Alger et d'Annaba, alors que le Diazépam, Phénergan et Procaldiol (qui sont beaucoup moins chers) sont plus consommés à Oran. Selon l'espace : c'est dans l'espace 'prison' que les prix sont les plus élevés surtout à Annaba. Les prix élevés en prison doivent être dus à la difficulté de passer ces produits et à la surveillance à laquelle sont soumis les prisonniers.

La consommation de psychotropes selon les sites : La consommation de psychotropes est très élevée dans les trois sites, Oran 96/102 (94%), Alger 87/89 (98%), Annaba 93/94 (99%) (NB : *taux sur le nombre d'enquêtes par site*). En résumé : la presque totalité des enquêtés (tous sites confondus : Oran 94%, Alger 98%, Annaba 99%) consomment des psychotropes. L'accessibilité des produits dépend de la nature du produit (cherté et ou rareté) : globalement les prix sont plus élevés à Annaba ensuite Alger par rapport à Oran.

Les lieux d'approvisionnement : C'est la rue qui occupe la première place (83,5%) ; les copains viennent en 2^{ème} position avec (48%) ; la pharmacie (43) l'ordonnance médicale (41), le personnel de santé (32) ce qui fait un total de 126 (41%) ; la famille vient en dernier avec 5 (2%). Ces résultats impliquent que près de 41% des usagers s'approvisionnent (régulièrement ou à l'occasion) auprès des services de santé (ordonnance, pharmacie, personnel de santé) ! Ce point a déjà été relevé par les recherches citées dans la première partie de ce rapport. Des personnes sources ont également signalé un certain laxisme de quelques psychiatres et médecins qui renouvellent des ordonnances sans trop se préoccuper des problèmes que cela peut engendrer. Il faut surtout souligner que certains travailleurs dans les centres hospitaliers détournent certains médicaments de leur usage thérapeutique pour les revendre au marché noir, c'est le cas du temgésic/subutex et du valium injectable ou en comprimé, mais aussi des neuroleptiques et tranquillisants.

Conclusion : Les produits les plus consommés, en général et selon le site, peuvent être classés selon l'ordre suivant :

Tableau 8 : Taux de consommation de drogues selon le site

produits les + consommés	Cachets	Kif	Alcools	Temgésic /subutex	Héroïne	Colle	Cocaïne	Opium	Amph
Oran (102)	94	95	90	20	26	29	25	21	24
Alger (89)	98	96	96	58	51	48	42	23	2
Annaba (94)	99	87	87	52	32	33	37	25	7
Taux global (n=285)	97	93	91	44	36	36	35	23,5	12

Source : Données et traitement CRASC 2005

Le tableau montre que les personnes qui ont participé à l'enquête consomment plusieurs produits en même temps. Les psychotropes occupent la première place, suivis par le cannabis, les alcools/vins. Ces produits semblent constituer la consommation de base commune à presque tous les usagers. Quant aux opiacées et aux stimulants, c'est l'héroïne et la cocaïne qui sont les plus consommées et ensuite l'opium et les amphétamines. La rareté et la cherté de ces produits (prix moyen d'une dose de cocaïne 5000 D.A. et 7000 D.A. pour une dose d'héroïne) ne doivent pas en faciliter l'accès.

1.3. Pratique d'injection et partage de matériels d'injection

Nous avons vu dans le chapitre précédent la prévalence des produits consommés globalement par l'échantillon enquêté. Ce chapitre tend à étudier les modes d'administration des produits injectables et les caractéristiques en fonction des trois sites de l'enquête (Oran, Alger et Annaba) et des trois espaces déterminés par sites : 'rue', 'prison' et 'centre de soins'. Un sous chapitre abordera la comparaison entre injecteurs et non injecteurs pour déterminer, en plus des différences sociodémographiques, les différences de consommation et de comportement, pour cerner le profil de l'injecteur. Enfin nous nous intéresserons aux conduites à risque chez les injecteurs qui partagent la seringue et le matériel d'injection. L'injection est pratiquée par 142 personnes, ce qui représente près de la moitié de l'échantillon dont 128 hommes (50%) et 14 femmes (45%). Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les

produits les plus injectés sont en premier le temgésic/subutex puis l'héroïne, la cocaïne et en dernier les amphétamines et psychotropes.

Produits consommés et modes d'administration

• **Consommation des opiacées** : Nous avons vu plus haut que les usagers d'héroïne sont 104/285 ce qui représente plus de 36% de l'ensemble de l'échantillon. La consommation d'héroïne selon le site, comme le montre le tableau suivant, indique une grande prédominance à Alger 50%, Annaba 34% et en dernier Oran 26%. Ce sont les enquêtés d'Alger qui sont les plus nombreux à consommer et à injecter durant l'année.

Tableau 9 : Consommateurs d'héroïne tous modes et injection dernier mois selon le site

Héroïne	Oran n=102		Alger n=89		Annaba n=94		Global	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tous modes d'administration	27	26%	45	50%	32	34%	104	100%
Injecté dernier mois	4	4%	25	28%	6	6,5%	35	34%
Injecté durant année	3	3%	25	28%	12	13%	40	38%

Source : Données et traitement CRASC 2005

Il faut noter que les injecteurs d'héroïne à Alger sont au même nombre durant le mois et durant l'année, il s'agit donc de consommateurs au long court, alors que le nombre de ceux de Annaba passe de 6 à douze usagers. Selon l'espace, c'est la rue qui regroupe la majorité des consommateurs d'héroïne en particulier à Alger.

Caractéristiques des injecteurs d'héroïne selon : âge, sexe, site et espace : C'est dans l'espace « rue » que se trouvent 82% (33/40) des injecteurs d'héroïne. Et plus de la moitié (23/40) sont d'Alger, 7 d'Annaba et 3 d'Oran. Les 7 autres sont de l'espace « prison » (1 Alger, 2 Annaba) et l'espace « centre » (1 Alger ; 3 Annaba). L'âge moyen est plus élevé à Alger (35 ans), Oran (31,7 ans) alors que les enquêtés de Annaba sont bien plus jeunes (environ 26,5 ans). L'âge des injecteurs est plus élevé que celui des consommateurs tous modes d'administration. Cette différence d'âge à Annaba pourrait indiquer que l'injection d'héroïne est plus récente que dans les autres sites.

Sniffé de l'héroïne : Durant le dernier mois : 25% (26/104) des consommateurs d'héroïne disent l'avoir sniffé. Le nombre de fois varie comme suit : 11 ont sniffé de 1 à 10 fois ; 11 de 15 à 30 fois ; 2 de 55 à 60 et deux n'ont pas précisé. Les chiffres montrent que sept sont des consommateurs réguliers puisqu'ils sniffent chaque jour dont deux sniffent près de deux fois par jour. Durant l'année : plus d'un tiers (35%) des personnes qui consomment de l'héroïne ont sniffé 36/104 (34,6%) selon les fréquences suivantes : 16/36 ont sniffé de l'héroïne de 1 à 20 fois ; 11 entre 90 à 200 fois et 5 entre 300 et 3120 fois (soit plus de huit fois par jour pour ce dernier) et 4 n'ont pas spécifié. A Oran, seules 5 personnes ont sniffé durant le dernier mois et 10 durant l'année alors que 12 et 14 ont sniffé à Alger contre 3 et 9 à Annaba. C'est encore Alger qui a le plus grand nombre de personnes qui ont sniffé durant le mois et durant l'année. Alors qu'aucune femme n'a sniffé à Oran et Annaba, à Alger 3 femmes ont sniffé durant le mois et trois durant l'année. La majorité des personnes qui sniffent sont de l'espace « rue ».

• Fumé de l'héroïne : Durant le dernier mois : 10 ont fumé de l'héroïne dont 4/10 ont fumé de 1 à 3 fois et 4 personnes ont fumé de 15 à 90 fois ; deux n'ont pas précisé. Durant l'année : 14 dont 3 ont fumé selon une fréquence de 1 à 3 fois, 4 de 10 à 36 fois et 4 personnes de 100 à 360 fois. Trois n'ont pas spécifié. Selon le site : à Oran, une seule personne a fumé de l'héroïne durant l'année, alors qu'à Alger 7 personnes (dont 1 femme) ont fumé de l'héroïne durant le mois et 8 (1 femme) durant l'année contre 2 durant le mois à Annaba et 3 durant l'année. Là encore ce sont les enquêtés d'Alger qui sont les plus nombreux à fumer de l'héroïne.

Consommation d'opium : Près d'une personne sur quatre, soit 24% (67/285) des enquêtées disent avoir consommé de l'opium dont 3 femmes et 64 hommes. Selon le site, c'est Annaba (25%) qui a un taux un peu plus élevé que Alger (23%) et Oran (21%).

Fumé de l'opium : Durant le dernier mois : parmi les personnes qui ont consommé de l'opium, 28/67 (42%, une seule femme) ont fumé dont 15/28 ont fumé selon une fréquence de 1 à 7 fois ; 6 personnes de 15 à 30 fois et 2 personnes entre 60 et 90 fois. 5 n'ont pas spécifié. Selon le site, 8 personnes ont fumé à Oran, 9 à Alger, et 11 personnes

à Annaba. Durant l'année : 31/67 (46,2%) ont fumé durant l'année dont 3 femmes. La fréquence de la consommation va de 1 à 7 fois pour 9/31 usagers, de 12 à 55 fois pour 8 usagers et de 90 à 1180 fois pour 7 usagers et 5 n'ont pas spécifié. Selon le site 8 à Oran, 8 à Alger, 15 (1F) à Annaba. C'est donc à Annaba que se trouve le plus fort taux de personnes fumant de l'opium.

Avalé de l'opium : Durant le dernier mois : 13/67 (19,4%) disent avoir avalé de l'opium dont la majorité, soit 11/13 l'ont fait de 1 à 7 fois et 1 seul 30 fois, le dernier n' a pas spécifié le nombre de fois. Selon le site 5 (dont 1 femme) personnes ont avalé à Oran, 4 à Alger, 4 à Annaba. Durant l'année : 18/67 (27%) dont une seule femme. La majorité d'entre eux (13) ont avalé de l'opium selon une fréquence de 1 à 20 fois, 3 entre 30 à 240 fois et 2 n'ont pas précisé. Selon le site : 6 (dont 1 femme) Oran, 7 Alger et 5 Annaba. Vu le nombre restreint d'usagers d'opium, nous n'allons pas détailler la consommation selon les modes d'administration par espace. Plus de la moitié des personnes qui consomment de l'opium viennent de l'espace 'rue' 38/67, sans différence notable entre les trois sites (Oran 13 hommes, Alger 14 hommes et Annaba 10 hommes et une femme). L'espace prison regroupe 20 personnes (Oran 6, Alger 7 dont une seule femme et Annaba 7). Dans l'espace 'centre' trois sont d'Oran et 6 de Annaba).

On peut conclure que les consommateurs d'opium se concentrent dans l'espace 'rue' et ensuite dans l'espace 'prison' sans différences particulières entre les trois sites. Les femmes sont peu représentées puisqu'elles ne sont que trois : une dans chaque espace. Les consommateurs les plus âgées se rencontrent dans l'espace rue, en particuliers ceux d'Alger (34,7 ans de moyenne d'âge) et ceux de Annaba (âge moyen 32ans contre 27,7 seulement à Oran). Dans les deux autres espaces, par contre, les usagers sont moins âgés, environ 28ans de moyenne d'âge tous sites confondus.

Consommation de temgésic/subutex : Les personnes qui ont consommé, durant la vie, le temgésic/subutex représentent 44% de l'échantillon, soit 124/285 dont 113 hommes (44%) et 11 femmes (35%).

Avalé Temgésic/subutex : Durant le dernier mois : 50/124 (40,3%) ont avalé du Temgésic/subutex dont la moitié 25/50 de 1 à 10 fois ; 14 ont avalé de 12 à 30 fois ; 8 de 40 à 120 fois. Ainsi 11 consomment

du Temgésic/subutex quotidiennement (dernier mois) de 1 à 3 fois jour. Durant l'année : plus de la moitié (52%) des consommateurs de temgésic/subutex (63/124) ont ingéré ces produits. Là également, le rythme des consommations est très dispersé puisqu'il varie de 1 fois à 2000 fois (5 à 6 fois par jour). Et 22 personnes ont avalé selon une fréquence allant de 1 fois à 55 fois durant l'année et sont donc consommateurs occasionnels ; 17 de 60 à 150 fois ; 17 de 200 à 2000 fois. En fait 12 ont une consommation quotidienne dont six prennent de deux à 6 comprimés jour. Selon le site, à Oran 11 personnes ont avalé temgésic/subutex durant le mois et 9 durant l'année. Les usagers d'Alger sont 19 (en dernier 3 femmes) à avoir avalé durant le dernier mois et 26 (dont 4 femmes) durant l'année. A Annaba, 20 personnes ont avalé durant le dernier mois et 29 durant l'année. Ce sont donc les enquêtés de Annaba qui ingèrent le plus le temgésic/subutex suivis de près par les usagers recrutés à Alger et en dernier ceux d'Oran qui constituent moins de la moitié des deux autres sites.

• Injection de Temgésic/subutex : Durant le dernier mois : n= 47/124 (38%) ont injecté (40 hommes et 7 femmes) selon la fréquence suivante : 17/47 moins de 10 fois durant le mois ; 11 de 10 à 20 fois ; 16 de 30 à 210 fois et trois n'ont pas précisé. On peut noter que 16 personnes ont une consommation quotidienne allant d'une à 7 injections de Temgésic/subutex par jour. Durant l'année : plus de la moitié, soit 51% (54/124) des consommateurs de temgésic/subutex l'ont injecté selon une fréquence variant de 1 fois à 1200 fois par an. 17 ont injecté de 360 à 1200 fois et peuvent être considérés comme des injecteurs réguliers et quotidiens. 15/63 ont injecté de 1 à 30 fois ; 17 personnes ont injecté de 38 à 100 fois ; 6 de 150 à 300 fois ; 17 de 360 à 1200 (et 1 dit 6000 fois ?!) et 8 n'ont pas précisé.

Comme on le voit sur le tableau ci-dessous, le nombre d'injecteurs et de consommateurs ne varie pas beaucoup durant le mois et durant l'année, il s'agit donc de consommateurs réguliers.

Tableau 10 : Consommation et injection du Temgésic/subutex selon le site

Consommation	Oran		Alger		Annaba		Global	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Temgésic / subutex tous modes d'administration	20	20%	52	58,4%	52	55,3%	124	100
Injecté Temgésic / subutex dernier mois	07	7%	21	23,6%	15	16%	43	35%
Injecté temgésic/subutex durant année	06	6%	25	28%	23	24,5%	54	43,5%
Avalé temgésic/subutex durant dernier mois	11	11%	19	21%	20	21	50	40%
Avalé temgésic/subutex durant l'année	09	9%	26	29%	29	31%	64	52%

C'est Alger et Annaba qui totalisent le plus grand nombre de consommateurs et d'injecteurs de Temgésic/subutex. La répartition des consommateurs de temgésic/subutex tous modes d'administration, selon l'espace indique que plus de la moitié (55%) se trouvent dans l'espace 'rue' dont une personne sur deux (34/68) est d'Alger (Oran 17, Annaba 17), l'âge moyen dans cet espace est de 30ans environ sans différences notables entre les trois sites. L'espace 'prison' regroupe 31% des consommateurs de temgésic/subutex dont la majorité de Annaba (20) et Alger (17). Les usagers de temgésic/subutex dans l'espace 'prison' sont moins âgés que ceux de l'espace 'rue' 27ans en moyenne. Les usagers de l'espace 'centre de soins' sont 18 dont la majorité viennent de Annaba (26ans de moyenne d'âge) et 2 d'Oran ont également 26ans.

Caractéristiques des injecteurs de temgésic/subutex par âge, sexe, site et espace : Durant l'année, 54 ont injecté temgésic/subutex : Oran 6 (6% de sa population enquêtée), Annaba 23 (24%) et Alger 25 (28%). Selon l'espace d'enquête, près des deux tiers (63%) des injecteurs de temgésic/subutex sont dans l'espace 'rue' et là encore c'est à Alger que se trouve le plus fort taux de consommateurs 65% (22/34), alors que Annaba n'a que 7 (20%) injecteurs et Oran 3 (9%).

Il n'y a pas de différence particulière pour ce qui est de la moyenne d'âge dans les 3 sites et dans l'espace « rue », si ce n'est celui des femmes qui sont beaucoup plus jeunes (26ans) que les hommes (31ans), surtout à Annaba. C'est dans l'espace « rue » que les femmes sont les plus représentées : 5 dont 4 à Alger et 1 à Annaba.

Dans l'espace « centre », Il n'y a que 4 injecteurs de temgésic/subutex (Annaba 2, Alger 1, Oran 1) dont deux femmes (1 Alger, 1Oran).

Dans l'espace « prison », ils sont 16 injecteurs de temgésic/subutex dont 2 d'Alger et 14 de Annaba et la moyenne d'âge est la même pour les deux sites, mais les injecteurs de la prison (moyenne d'âge 27ans) sont plus jeunes que ceux des autres espaces et en particulier ceux de Annaba.

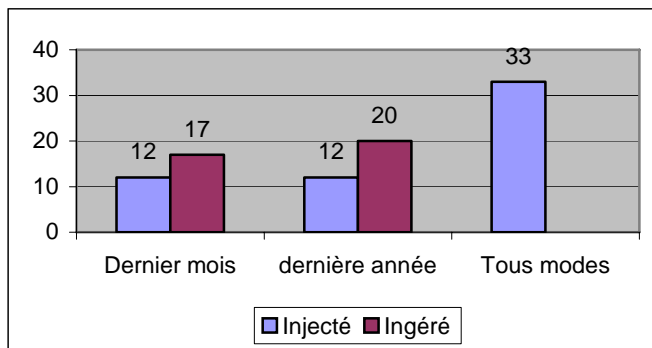
Synthèse sur les opiacées : C'est à Alger que se trouve le plus grand nombre de consommateurs d'héroïne et le grand nombre d'injecteurs d'héroïne durant le dernier mois. C'est encore Alger avec Annaba qui sont les deux gros consommateurs de temgésic/subutex et des injecteurs durant le dernier mois. La majorité des injecteurs d'héroïne et de temgésic/subutex sont dans l'espace rue surtout à Alger. Tandis que Annaba regroupe le plus d'injecteurs dans l'espace « prison ». L'injection du temgésic/subutex selon l'espace et le site montre que c'est Alger et Annaba qui ont le plus injecté durant l'année. C'est l'espace « rue » qui détient le plus grand nombre dont la grande majorité à Alger, Annaba et Oran viennent loin derrière. Quant aux prisons, c'est Annaba qui détient le plus d'injecteurs. Près d'une personne sur quatre consomment de l'opium, il n'y a pas de grandes différences entre les sites, juste une légère dominance à Annaba.

Consommation des stimulants

• **Amphétamines :** Les usagers qui ont consommé des amphétamines sont 33/285 (11,5%) au cours de la vie. Durant le dernier mois 12 personnes ont injecté (9 Oran, 2 Annaba) et durant l'année, 12 ont injecté, et c'est à Oran que se trouve la presque totalité des injecteurs (11) et Annaba (1). L'étude de la fréquence durant l'année montre que les 12 personnes ont injecté de 8 à 15 fois. Il s'agit donc d'injecteurs occasionnels. Ceux qui ont avalé des amphétamines, le dernier mois sont 17/33 selon une fréquence allant de 1 à 15 fois

pour plus de la moitié d'entre eux (9). Durant l'année, ils sont 20 dont 3 semblent avoir une ingestion quotidienne, les autres ont avalé de 1 à 60 fois par an. La moyenne d'âge des consommateurs d'amphétamines est de 28,3ans.

Graphe 3 : Nombre de consommateurs d'amphétamines



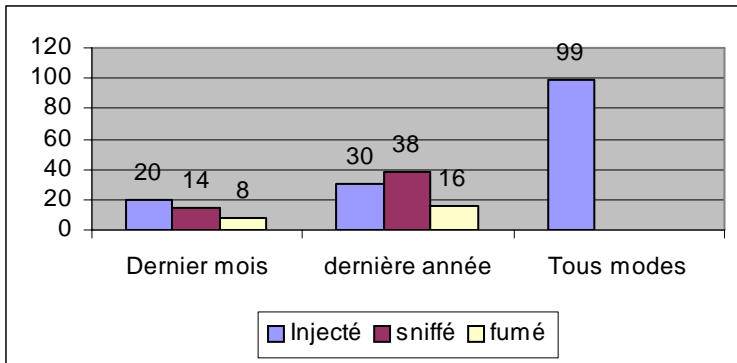
Source : Données et traitement CRASC 2005

Consommation de cocaïne : plus d'un usager sur trois (35%) ont consommé ou consomment de la cocaïne (99/285) sous tous les modes d'administration.

- **Injection de cocaïne** : Durant le dernier mois, ils ne sont que 19 à avoir injecté de la cocaïne, dont la majorité ont injecté de 1 à dix fois et seuls 5 ont injecté plus de 20 fois par mois dont 2 prennent plus d'une fois par jour. Selon le site, deux personnes sont d'Oran, 11 d'Alger et 6 de Annaba. Durant l'année, 25 personnes sur 99 (25% ont injecté de la cocaïne). La fréquence des injections varie de 1 fois à 1000. 14 personnes ont injecté de 1 à 15 fois ; 7 de 25 à 150 fois ; 2 de 300 à 1000 fois les autres n'ont pas précisé. Selon le site, trois usagers sont d'Oran, 11 d'Alger et 11 de Annaba. b) **Sniffé cocaïne** : plus d'un usager sur cinq (21%) a sniffé (21/99). Durant le dernier mois : 14 ont sniffé selon une fréquence de 1 à 10 fois ; 6 de 20 à 60 fois ; un n'a pas précisé. Durant l'année, 38 personnes (38,4%) ont sniffé. La fréquence se répartit comme suit : 22/38 ont sniffé de 1 à 22 fois ; 7 personnes de 55 à 101 fois ; 4 de 240 à 660 et 5 n'ont pas précisé. On peut considérer que 4/38 sniffent de façon régulière.

• Fumé de la cocaïne : 13/99 (13,13%) ont fumé (dont deux femmes). Durant le dernier mois, 8 personnes ont fumé de 1 à 5 fois, 5 personnes de 30 à 35 fois. Ces dernières sont donc des consommateurs quotidiens. Durant l'année : 16/99 (16,16%) dont 9 personnes l'ont fait de 1 à 30 fois ; 5 de 60 à 360 fois et 2 n'ont pas précisé.

Graphe 4 : Consommation de cocaïne



Consommation de cocaïne : comparaison par âge, sexe, site et par espace

Tableau 11: Cocaïne : tous modes d'administration et injection dernier mois et année par site

Cocaïne	Oran n=102		Alger n=89		Annaba n=94		Global	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tous modes	25	25%	37	41%	37	39%	99/285	36%
Injecté dernier mois	02	2%	11	12%	6	6%	19/285	7%
Injecté durant l'année	03	3%	11	12%	11	12%	25	9%

Comme on le voit sur le tableau, la consommation générale de cocaïne est très importante à Alger (41%) puis Annaba (39%) et enfin Oran (25%). La moyenne d'âge : dans l'ensemble, ce sont les injecteurs d'Alger (35 ans de moyenne d'âge) et d'Oran (34 ans) qui

sont les plus âgés (ils sont tous de l'espace « rue », alors que ceux de Annaba sont beaucoup plus jeunes (25 ans) et se trouvent dans les trois espaces d'enquête. Les femmes sont moins représentées que pour l'héroïne puisqu'elles ne sont que 3 (2 d'Alger et 1 d'Annaba). Selon l'espace d'enquête, durant l'année, c'est la « rue » qui regroupe la majorité des injecteurs de cocaïne (19/25) et c'est toujours Alger qui domine. Une seule personne vient de l'espace « prison » de Annaba et elle est âgée de 25ans. L'espace « centre » ne compte que 3 usagers dont une femme d'Alger âgée de 40 ans et 2 femmes de Annaba âgées respectivement de 19 ans et 25 ans. Il faut noter que les femmes sont présentes pour tous les modes de consommation (sniffent, fument, injectent) mais en nombre très restreint. La consommation générale de cocaïne est presque au même niveau à Alger (37) et Annaba (37). Par contre, l'injection durant le dernier mois est presque de moitié à Annaba par rapport à Alger, et seuls 2 ont injecté à Oran.

Comprimés psychotropes : Durant le dernier mois, c'est l'ingestion (78%) qui domine. Le taux d'usagers ayant sniffé (12%), fumé (11%), injecté (6%). La presque totalité des enquêtés ont consommé des psychotropes : 276/285 (97%).

Modes d'administration et fréquence de consommation des psychotropes

- Avalé des comprimés : Durant le dernier mois : 214/276 (78%) dont 38/214 ont avalé de 1 à 10 fois ; 38 de 12 à 25 fois ; 100 ont pris entre 1 et 8 comprimés par jour. Et 38 n'ont pas précisé. Durant l'année : 227 personnes (82,2%) ont avalé des comprimés. La fréquence va de moins cinquante à six mille fois, nous avons donc préféré donner la moyenne de consommation : le nombre moyen de comprimés/jour est de 7 pour Oran, 8 pour Alger et 6 pour Annaba. Ce sont les personnes en prison, en particulier à Oran et Alger, qui ingèrent le plus grand nombre de comprimés/jour. La consommation de psychotropes est donc considérable puisqu'elle est de 7 comprimés/jour dans les trois sites de l'enquête.

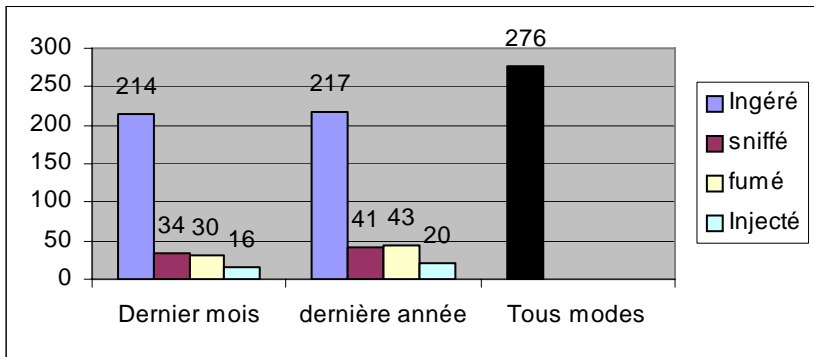
- Sniffé des comprimés : Durant le dernier mois : 34/276 (12,3%) dont 2 femmes, selon une fréquence : 21/34 ont sniffé de 3 à 10 fois ; 3 ont sniffé de 15 à 20 fois et 5 de 30 à 360 ; 5 n'ont pas précisé. Ainsi, 5 ont une consommation quotidienne allant d'un sniff à 12 par

jour (durant le mois). Durant l'année : 41/276 (15%) dont 20/41 ont sniffé de 1 à 40 fois ; 10 de 90 à 360 fois et 11 n'ont pas précisé.

- Fumé des comprimés : Durant le dernier mois : 30/276 (11%) ont fumé des comprimés, dont la majorité (18/30) de 1 à 10 fois ; 6 de 12 à 30 fois ; et 6 n'ont pas précisé. Durant l'année : 43/276 (15,6%) personnes ont fumé des comprimés, dont 20/43 de 1 à 30 fois ; 13 de 45 à 150 fois ; 3 (200, 360, 2000 fois) et 7 n'ont pas précisé.

- Injecté des comprimés : Durant le dernier mois : 16/276 (5,8%) dont 6/16 ont injecté de 1 à 10 fois ; 9 de 15 à 70 fois ; et un n'a pas spécifié. Durant l'année : 20/276 (7,2%) ont injecté selon une fréquence allant de 20 à 800 fois. 6 sont des injecteurs quotidiens.

Graph 5 : Consommation de psychotropes



Le graphe montre clairement que le mode de consommation des psychotropes le plus usité est l'ingestion.

Tableau 12: Consommation de psychotropes selon les sites

Psychotrope	Oran	Alger	Annaba	Global
Avalé cachets	96	87	93	276
Injecté cachets der. mois	01	09	05	15

La consommation de psychotropes est très élevée dans les trois sites.

Psychotropes injectés : Le tableau suivant regroupe les réponses des enquêtés leur demandant « quel psychotrope vous avez injecté » :

Tableau 13 : Répartition de la population selon le psychotrope injecté

Psychotrope injecté	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Le phénergan	34	3	37
Procalmadiol	15	1	16
Buprénorphines (Temgésic/subutex)	104	7	111
Valium (Roche, Diaz)	76	9	85
Sulfate de morphine (Moscontin/Skenan)	8		8
Rivotril	56	5	61
Temesta	1		1
Méthadone	1		1

Source : Données et traitement CRASC 2005

Les buprénorphines (temgésic/subutex) occupent la première place, suivis du valium et du rivotril et enfin phénergan et procalmadiol. La plupart de ces produits sont sous forme injectable et de comprimés.

Profil sociodémographique des injecteurs (versus non injecteurs)

Pour mieux cerner le profil des injecteurs, nous avons scindé la population de l'enquête en deux groupes distincts : le premier groupe concerne les injecteurs durant l'année* et est constitué de 82 sujets :

- Oran 10
- Alger 35 (dont 6 femmes)
- Annaba 37 (dont 4 femmes)

Le 2^{ème} groupe est celui des non-injecteurs soit 203 personnes dont

- Oran 92 (dont 2 femmes) ;
- Alger 54 (dont 8 femmes)

* Ne sont pris en compte que les injecteurs durant l'année passée, ceux qui n'ont pas injecté depuis au moins une année sont intégrés dans le groupe non injecteurs.

- Annaba 57 (dont 6 femmes)

• Distribution des deux groupes selon le site, le sexe et la moyenne d'âge :

• La moyenne d'âge des hommes, dans le groupe injecteur, est de 29ans (Oran, 30 ans ; Alger 30,8 ; Annaba 27,6 ans) alors que les femmes sont en moyenne plus âgées.

• Dans le groupe non injecteur, la moyenne d'âge est d'environ 28 ans : les plus jeunes, dans ce groupe, sont les enquêtés d'Alger (27,7 ans de moyenne d'âge), ceux de Annaba 28,8 ans et Oran 29 ans.

• Emploi :

Tableau 14: Taux d'emploi du groupe injecteur

Emploi injecteur	Oran %	Alger %	Annaba %	Total %
Travail à plein temps	40	28,6	2,7	18,3
Occupé à temps partiel	40	31,4	10,8	23,2
Sans travail	20	34,3	81,1	53,7
Etudiant	0	5,7	5,4	4,9
Total	100	100	100	100

Tableau 15 : Taux d'emploi du groupe non injecteur

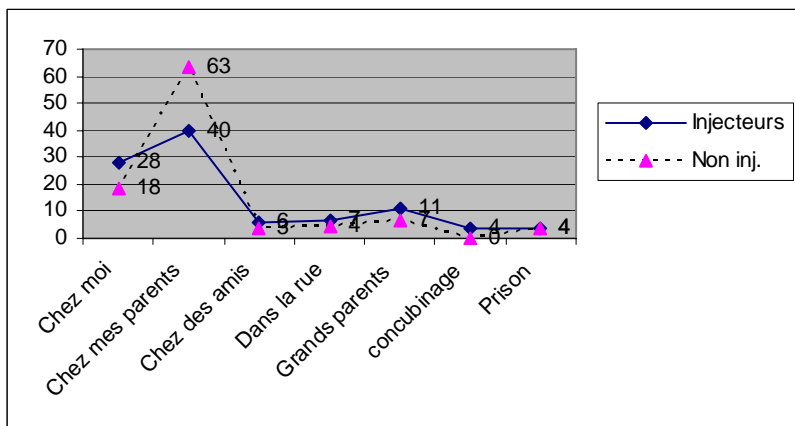
Emploi Non injecteur (%)	Oran n=92	Alger n=54	Annaba n=57	Total (n=203)%
Travail à plein temps	17,4	18,5	14,0	16,7
Occupé à temps partiel	23,9	25,9	17,5	22,7
Sans travail	56,5	51,0	64,9	57,6
Etudiant	2,2	3,7	3,5	3,0
Formation professionnelle	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100	100	100	100

Source : Données et traitement CRASC 2005

La comparaison des deux tableaux montre que, quel que soit le site, les sans emploi sont majoritaires dans les deux groupes et en particulier les non injecteurs, mais ce sont les usagers de Annaba dont la quasi-totalité des deux groupes sont sans travail.

- Logement : La figure ci-dessous indique clairement que la seule différence notable concerne l’habitat chez les parents. Les injecteurs sont nettement moins nombreux à résider chez les parents, contrairement au non injecteurs. Peut-être que le fait d’habiter chez les parents constitue pour les non injecteurs un facteur limitant ou freinant l’usage de l’injection ? Tandis que les injecteurs sont plus nombreux à résider chez les grands-parents et autres membres de la famille ou dans la rue, ce qui peut faciliter ce mode d’administration.

Graph 6 : Répartition des injecteurs versus non injecteur selon le lieu d’habitat



Consommation de produits psychoactifs, injecteurs versus non injecteurs

- Consommation de l’héroïne : Nous avons vu plus haut que ceux qui ont injecté durant l’année passée sont 82, c’est ce que nous avons appelé « groupe injecteur » (ou inj. pour abrégé). Les injecteurs sont 40/sur 82 soit (49%) à avoir injecté de l’héroïne durant l’année et la majorité viennent d’Alger. Le groupe non injecteur (Nj) se compose de 90 personnes d’Oran, 54 personnes d’Alger et 55 d’Annaba. Le

tableau suivant montre le nombre de consommateurs et le taux de consommation de l'héroïne (tous modes d'administration) dans les deux groupes (NB : les taux par site sont calculés sur la population de chaque groupe).

Tableau 16 : consommation d'héroïne tous modes d'administration : injecteurs et non injecteurs

Consommation de l'héroïne Tous modes d'administration	Oran n=10		Alger n=35		Annaba n=37		Total n=82	% Global
Injecteurs (inj.) (n=82)	3	30%	28	80%	21	57%	52/82	63%
Non injecteurs (Nj) (n=203)	27	29%	17	31%	11	20%	55/203	27%
Total Non injecteurs par site	92		54		57		203	

Les injecteurs sont plus nombreux à consommer de l'héroïne sous toutes les formes d'administration (injecteurs 63% contre 27% non injecteurs) et la majorité se trouvent à Alger (80% contre 31%). Dans le groupe injecteur d'Oran, seuls les trois qui injectent consomment de l'héroïne, alors que dans le groupe Nj, ils sont 27. Plus de trois sur cinq injecteurs consomment de l'héroïne sous tous les modes d'administration contre une personne sur quatre chez les non injecteurs.

Consommation de cocaïne

- Injection de cocaïne : les injecteurs sont 25/82 soit (30%) à avoir injecté de la cocaïne durant l'année passée : 11 d'Alger (31%), 11 (30%) d'Annaba et d'Oran 3 (30%). Les trois sites ont, proportionnellement, le même taux d'injection de cocaïne. Mais ils sont 45, ce qui représente 55% de l'ensemble du groupe injecteur, à avoir consommé de la cocaïne tout mode d'administration ce qui représente plus du double du groupe des non injecteurs (27%).

Tableau 17 : Consommation de cocaïne tous modes d'administration : injecteurs / non injecteurs

Consommation de cocaïne	Oran		Alger		Annaba		Total	Total
	n=10	%	n=35	%	n=37	%	n=82	%
Injecteurs N=82	3	30	16	46	26	70	45	55
Non injecteurs n=203	22	24	21	39	11	20%	54	27
Total Non injecteurs par site	92		54		57		203	

Selon le site, c'est dans le groupe injecteur de Annaba que près de deux personnes sur trois (70%) ont consommé de la cocaïne, contre 46% à Alger et 30% à Oran.

Consommation de temgésic/subutex

Plus des deux tiers (67%) du groupe injecteur (55/82) ont injecté du temgésic/subutex durant l'année : Alger (71%), Annaba (65%), Oran (60%). Le plus fort taux, chez les injecteurs, se trouve à Alger. Mais ils sont 80% à avoir consommé du temgésic/subutex tous modes d'administration contre seulement 28,5% des non injecteurs, comme l'indique le tableau suivant.

Tableau 18 : consommation tous modes de temgésic/subutex : injecteurs/non injecteurs

Consommation du Subutex	Oran		Alger		Annaba		Total
	N=10	%	N=35	%	N=37	%	N=82
Injecteurs	06	60	25	71	24	65	66
non injecteurs	15	16	21	39	22	39	58
Total Non injecteurs par site	92		54		57		203

Selon le site, c'est Alger (71%) qui regroupe le plus de consommateurs tous modes d'administration de temgésic/subutex dans le groupe injecteur contre 65% à Annaba et 60% à Oran. Par contre dans le 2^{ème} groupe, Alger et Annaba enregistrent le même taux (39% et 39%) contre seulement 16% à Oran. Globalement, les

consommateurs de temgésic/subutex pour les deux groupes, sont d'Alger et de Annaba, et enfin Oran qui vient loin derrière. La différence est très nette entre les deux groupes puisque quatre personnes sur cinq consomment du subutex dans le groupe injecteur contre moins d'une personne sur trois dans le groupe non injecteur.

Consommation de médicaments psychotropes.

La presque totalité des injecteurs 96% (79/82) ont consommé des psychotropes, il est inutile de préciser selon le site. Les non injecteurs sont 96,5% (196/203) ce qui implique que les deux groupes consomment des psychotropes dans les mêmes proportions, et ils ont les caractéristiques de l'ensemble de l'échantillon.

- Poly-injection : Les personnes qui ont injecté de l'héroïne/cocaïne durant l'année sont 18 hommes (âge moyen 30,3 ans) et 1 femme de 40ans. Les personnes qui ont injecté héroïne/médicament durant l'année sont 8 hommes (moyenne d'âge 32,6 ans). L'injection de cocaïne/médicament durant l'année concerne 4 personnes de sexe masculin (moyenne d'âge 31,3ans). Les poly injecteurs constituent 38% (31/82) des injecteurs durant l'année. La poly consommation et injection des drogues dures est plus le fait des hommes (1 seule femme) et par ordre dégressif : c'est l'héroïne/cocaïne qui domine, vient l'héroïne/médicaments, et en dernier la cocaïne/médicaments ne concerne que peu de personnes dans les 3 sites. Le cas suivant illustre bien les cas de poly consommation :

Homme d'affaires (Annaba) 35 ans, très bon niveau socioéconomique. Il a été recruté dans l'espace 'rue'. Il a voyagé dans les pays du Maghreb (Tunisie, Maroc), en Syrie, en France où il a vécu 5ans, et en Italie. Il a injecté à l'étranger héroïne et subutex. Poly consommateur d'abord d'héroïne et subutex, il injecte parfois des comprimés (phénergan) et prend de 4 à 10 cachets par jour. Il boit de l'alcool et fume du kif à l'occasion (dans des soirées). Il lui est arrivé de partager la seringue (quelques fois) et il s'est injecté dans un cabaret lors de la dernière fois. Il n'utilise pas toujours le préservatif parce qu'il « n'aime pas le préservatif ». Il lui arrive d'avoir des rapports sexuels sous l'effet d'alcool ou de drogue. Interrogé « s'il désire faire l'analyse pour dépister le VIH ? »

« Laissez-nous dans notre aveuglement ('mana), c'est mieux » a-t-il dit à l'enquêteur. Il ne s'est jamais soigné.

- Première drogue injectée : Pour l'ensemble des personnes (142) qui ont injecté au moins une fois dans leur vie, la morphine, le temgésic/subutex et le subutex (32%) qui occupent la première position, suivis de l'héroïne (26%), des comprimés (24%), de la cocaïne (16%), les amphétamines viennent en dernier.

Tableau 19: Répartition des enquêtés selon la première drogue injectée selon les sites de l'enquête

1ère drogue injectée	Oran	Alger	Annaba	Total	%
Temgésic/subutex/morphine	10	14	21	45	32
Cocaïne	5	3	15	23	16
Psychotropes	11	9	14	34	24
Héroïne	6	24	7	37	26
Amphétamines	3			3	2
Total	35	50	57	142	100

Selon le site d'enquête, l'héroïne a été injectée pour la première fois d'abord à Alger, le temgésic/subutex domine à Annaba. Les psychotropes : Annaba 14, Oran 11, Alger 9. Quant à Oran, toutes les drogues ont été injectées avec une légère dominance des psychotropes et du temgésic/subutex.

Âge lors de la première injection

Tableau 20 : Sexe et âge des enquêtés lors de la première injection

Age de la 1 ^{ère} injection	Sexe		Total	%
	Masculin	Féminin		
13-14	3		3	2
15-19	43	5	48	34
20-24	44	4	48	34
25-29	26	5	31	22
30-34	9		9	6
Non déclaré	3		3	2
Total	128	14	142	100

- L'âge des enquêtés lors de la première injection va de 13 à 34 ans. Si plus d'une personne sur trois ont commencé avant l'âge de vingt ans. Il y a quand même près de deux personnes sur trois qui ont commencé l'injection après l'âge de 20 ans. Cet âge tardif de l'injection nécessite une réflexion sérieuse pour une prévention adaptée à chaque âgés.

- L'initiation à l'injection a été faite par 'les copains/amis' qui occupent la première position avec 110 (78%) usagers ; le partenaire sexuel / époux / épouse est en 2^{ème} position avec 15 (10,5%) usagers ; parents/frère/sœur 5 (3,5%) ; tout seul 4(3%) ; l'infirmier 3 (2%), le dealer 4 (3%).

Il s'agit donc de groupes de jeunes qui s'initient à la consommation et à l'injection pour près de quatre personnes sur cinq qui injectent.

Les entretiens montrent chez les sujets le processus d'accoutumance progressif vis à vis de la consommation de drogue notamment Diaz, Rivotril, Cannabis. L'expérience du passage vers la voie injectable de drogue n'a pas été le résultat d'une recherche particulière mais a été le fait d'une rencontre de hasard. Faire plus avec du même ou combiné à de la boisson apparaît comme la pratique privilégiée chez nos enquêtés. Mais la facilité avec laquelle le passage à l'injection s'est fait laisse supposer l'existence d'une demande potentielle non encore exprimée « comme si la personne était enfin 'mûre' pour l'escalade.

Partage du matériel d'injection : contexte et comportements à risque

- Lieux d'injection au cours du dernier mois : Pour l'ensemble de l'échantillon injecteur durant la vie (n=142), le dernier lieu de l'injection a été « chez un ami » 29% (41) ; plus d'un usager sur cinq (22%) a injecté dans « la rue » ; moins d'un usager sur cinq a injecté chez lui 19% (27) ; ensuite viennent différents lieux publics ou privés et même l'hôpital et la prison. Selon le site, les enquêtés d'Alger sont les plus nombreux (34) à injecter chez un « ami » et « chez soi » ; ceux de Annaba c'est « la rue » (18) et différents lieux publics tels que hammam, cabaret, vieille maison, plage etc. Près de 40% des enquêtés d'Alger injectent chez un ami, alors que cette pratique concerne près d'une personne sur trois à Oran et seulement un peu plus d'une

personne sur quatre pour Annaba. Près de 50% des enquêtés, tous sites confondus, s'injectent dans la rue et dans différents lieux publics. Un entretien avec deux usagers injecteurs d'Oran indique que si les injecteurs ne sont pas visibles, c'est parce qu'ils injectent dans des maisons/appartements. A Oran, du moins, il y aurait plusieurs lieux de ce genre détenus par des dealers.

- Injecter et partager des seringues en prison : Les enquêtés ayant injecté des drogues en prison sont sept (7) en tout : 1 à Oran, 4 à Alger, et 2 à Annaba. Et 3 ont partagé la seringue en prison.

- Faire l'injection par une autre personne : Plus de trois personnes sur cinq se laissent faire l'injection par une autre personne (dont 65% des hommes et 50% des femmes). Et c'est « l'ami » 69% (60 hommes et 2 femmes) ; le partenaire sexuel (10%) vient en première place pour les femmes (5=28%) et (4= 3,2%) hommes ; 8% le dealer/revendeur ; et 2,2% l'infirmier. Les hommes sont donc plus nombreux que les femmes à se faire l'injection par une autre personne. Les femmes, par contre, sont plus nombreuses à se faire, faire l'injection par le partenaire sexuel. Les 7 (8%) qui ont répondu que « le dealer » leur a fait l'injection, 3 d'entre eux disent « la seringue était neuve » ; 3 ne savent pas' et 1 seul « elle était utilisée. »

- Fréquence de partage de matériels d'injection : **Lieux de partage des seringues** : Près de 41% des personnes qui injectent ont partagé la seringue (58/142), dont 50/128 hommes et 8/14 femmes (ce qui représente 39% des hommes qui injectent et 57% des femmes). Ils ont utilisé une seringue déjà utilisée en premier « chez un ami » (41%) ; « dans la rue » (35%) ; 9% « chez moi » et 5% à l'étranger. 5% chez le dealer. Terrasse, maison en ruine (4%). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à partager la seringue. Le partage se fait essentiellement chez « l'ami » et dans la rue.

- Fréquence selon les sites : 30 ont répondu à la question sur la fréquence de partage de seringue durant dernier mois et se distribuent comme suit : La majorité des partageurs 22/30, durant le dernier mois, ont utilisé une seringue déjà utilisée par une autre personne « de deux à plus de cinq fois », 5 « une fois » et 3 « ne sait pas ». C'est à Alger qu'ils sont les plus nombreux à avoir utilisé une seringue déjà utilisée et ils sont les plus nombreux à l'avoir fait plus de deux fois. C'est donc les usagers d'Alger qui prennent le plus de risque. La

comparaison entre partageurs et non partageurs nous permettra de mieux cerner le profil des partageurs :

- Profil des usagers ayant partagé la seringue : comparaison par âge, sexe, site et espace : A partir du groupe injecteur durant l'année, **constitué** de 82 personnes, nous avons pris les 37 qui ont partagé la seringue pour constituer le groupe partageur et les 45 restants constituent le groupe non partageur (voir tableau en annexe).

- Injecteurs partageurs de seringues versus non partageurs par sexe et âge selon le site et l'espace

Selon le site et l'espace : Les partageurs se trouvent essentiellement à Annaba (18/37 – 49%) et à Alger (16/35 – 46%) et enfin Oran 3/10 (30%). C'est l'espace « rue » qui regroupe la majorité des partageurs (26/37), alors que l'espace « prison » ne comporte que sept (7) tous d'Annaba et l'espace « centre » comprend 4 (1 Alger, 3 Annaba). Il semble donc que les usagers recrutés dans la rue sont plus à risque de contamination par le VIH/SIDA et les autres maladies transmissibles par voie sanguine que ceux recrutés dans les autres espaces.

Age des partageurs versus non partageurs de seringues : Les partageurs de tous les espaces confondus sont, en moyenne, âgés de 30 ans (sauf 1 femme de 40 ans d'Alger, les partageurs d'Oran sont un peu plus âgés que ceux d'Alger). Les partageurs en prison sont tous de Annaba et sont plus jeunes que ceux des autres sites. Les femmes sont surtout d'Alger et de l'espace rue, Les partageurs sont plus âgés que les non partageurs. L'espace prison regroupe les non partageurs les plus jeunes (26,6ans). La moyenne d'âge des non partageurs dans l'espace rue est par contre très élevée (environ 30ans de moyenne d'âge, sauf deux femmes d'Annaba (21ans). Le partage se fait donc essentiellement dans la rue en particulier à Alger et Annaba. Ceux de l'espace « centre » sont peu nombreux à partager, alors que les seuls à partager en prison sont des personnes d'Annaba. Les femmes qui partagent la seringue sont proportionnellement plus nombreuses (57%) que les hommes (39%) et sont donc en danger de contamination par le VIH et autres maladies.

- Réutilisation de sa propre seringue : 29 personnes ont réutilisé leur propre seringue (21 hommes et 8 femmes) selon les fréquences suivantes : 22 de deux à plus de 5 fois et seuls 7 ont réutilisé une seule fois la seringue.

Les usagers d'Alger (15) ont plus réutilisé leur seringue, Annaba 11 et Oran 3. Là également les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à réutiliser leur propre seringue.

Connaissance, perception et représentations de risques liés à l'injection

Les enquêtés injecteurs sont 88% à reconnaître l'importance d'utilisation d'une seringue neuve à chaque fois. Ils justifient leur choix comme suit : (54%) pour « me protéger » ; (27%) « Hygiène générale » ; (39%) « Éviter le SIDA » ; (45%) « Éviter les maladies » ; (15%) « Éviter l'hépatite » ; 4 « ne sait pas ». Les enquêtés d'Alger semblent les plus conscients de cette nécessité et optent pour la proposition 'protection contre le SIDA'. Les enquêtés de Annaba semblent moins au courant que ceux des autres sites.

- Utilité d'une seringue neuve : Près de 17 personnes qui injectent ne voient pas l'utilité d'une seringue neuve et justifient leur position comme suit : 2 (d'Oran) ne veulent pas être retardé ; 8 (Oran 3, Alger 2 et Annaba 3) pensent que cela n'a pas d'importance ; 3 'ne sait pas'.

- Désinfection des seringues déjà utilisées

Fréquence de désinfection de la seringue : Les enquêtés qui ont répondu à cette question sont 79/142 (56%). Seuls 22/79, ce qui représente 28% désinfectent 'à chaque fois'. 72% (57/79) désinfectent souvent, rarement et parfois, nous avons donc près de trois personnes sur quatre de la population des injecteurs qui sont en danger de contamination.

Tableau 21 : Fréquence de désinfection de la seringue selon site

La fréquence de désinfection de la seringue déjà utilisée	Oran N=12	Alger N=29	Annaba N=38	Total N=79
A chaque fois	50 %	17%	29%	28%
Souvent	-	24%	39%	28%
Parfois	33 %	48%	16%	30%
Rarement	17 %	10%	16%	14%
Total	100 %	100%	100%	100%

Selon le site : ce sont les usagers d’Oran qui désinfectent le plus, et c’est à Alger que les injecteurs désinfectent le moins.

Les moyens pour désinfecter : Les moyens de désinfection sont également peu efficaces : l’eau, le vinaigre, le coton, etc. pour 42 personnes, ce qui représente 53% de ceux qui disent désinfecter ! Les entretiens montrent qu’en fait la nécessité de désinfecter est loin d’être ancrée dans les esprits, l’un des usagers nous a expliqué : « *quand on est en manque, on ne se préoccupe pas de désinfecter, tout ce qu’on veut c’est faire vite* ».

Ils ont donc des connaissances erronées sur les modes de désinfection et sont plus d’une personne sur deux à désinfecter avec des moyens peu efficaces.

- Partage de matériel d’injection (n=58) ; Sur les 58 (20% de l’ensemble de l’échantillon) qui ont répondu à la question : 18/58 (31%) ont partagé le même produit ; le garrot 16 (28%) ; la cuillère 14 (24%) ; l’eau 12 (21%), le filtre 9 (15%). Ainsi, à la non-désinfection systématique de la seringue (ou à une désinfection aléatoire) s’ajoute le risque de partage du matériel d’injection.

- Difficultés d’obtenir des seringues neuves : A la question ‘Vous est-il arrivé de vouloir acheter une seringue neuve et vous n’avez pas pu ? Les 9 enquêtés qui ont répondu par oui donnent les raisons suivantes : trop chère (Alger 1 ; Annaba 1) ; Personne n’a pu m’y

emmener (Alger 2 (1 homme et 1 femme), Annaba 2) ; Pharmacie fermée (Alger 2 hommes ; Annaba 1 homme). Aucun enquêté d'Oran n'a été confronté au problème contre 5 d'Alger et 4 d'Annaba.

• Le pharmacien a refusé de lui vendre une seringue : 27 (9,4% de l'ensemble de l'échantillon) enquêtés pour les trois sites dont 2 hommes d'Oran ; 13 hommes et 1 femme de Annaba et 11 hommes d'Alger, disent oui.

Conclusion

Tous les produits sont consommés à des degrés divers. Les psychotropes sont ingéré par la presque totalité de l'échantillon de l'étude et bien que consommés, sous d'autres modes (sniffé, fumé, injecté), ils le sont dans de faibles proportions. Le temgésic/subutex est ingéré par près de la moitié des enquêtés. Les usagers d'Alger sont près de trois sur cinq à en consommer. Par contre l'injection de temgésic/subutex est plus importante à Annaba. L'héroïne occupe la deuxième place après le temgésic/subutex. Elle est consommée sous tous les modes d'administration dans de faibles proportions. Par contre, l'injection d'héroïne est plus importante en particulier à Alger et dans l'espace « rue ». L'âge de la première injection : les injecteurs ont commencé à injecter en moyenne vers l'âge de vingt ans, et c'est dans la rue d'abord et chez l'ami qu'ils l'ont fait pour la première fois et c'est donc 'l'ami/copain' qui est l'initiateur le plus fréquent.

Constat : Si nous considérons les faits suivants :

1) Que près de la moitié des injecteurs durant l'année ont partagé la seringue, ainsi que le matériel d'injection ;

2) Qu'ils désinfectent rarement et ont des connaissances erronées sur les modes de désinfection ;

3) La difficulté d'avoir une seringue neuve puisque des usagers affirment que « le pharmacien n'a pas voulu leur vendre une seringue neuve » ;

4) et enfin qu'ils sont poly consommateurs et poly injecteurs,

Nous pouvons conclure que près de la moitié de la population de l'échantillon de l'étude sont en danger de contaminer et d'être contaminé par le VIH/SIDA et d'autres virus transmissibles par le sang.

1.4. Pratiques sexuelles et comportements à risques de transmission du VIH/SIDA

Ce chapitre aborde les pratiques sexuelles des usagers et les différents comportements qui pourraient constituer des risques de transmission de maladies par voie sexuelle.

- Pratiques sexuelles : La majorité de la population enquêtée 242/285 (215 hommes soit 84,5% et 27 femmes soit 87%) ce qui représente 85% de l'ensemble de l'échantillon, disent entretenir des relations sexuelles : Alger 95% des répondants, suivis d'Oran avec 84% et enfin Annaba avec 78%. Hommes ou femmes, ils sont en majorité actifs sexuellement.
- Comportements à risques de transmission du VIH/SIDA :
- Rapports sexuels sans préservatif : Près des deux tiers 175 (61%) de l'ensemble des enquêtés n'utilisent pas de préservatif.

Tableau 22 : Utilisation du préservatif selon le site

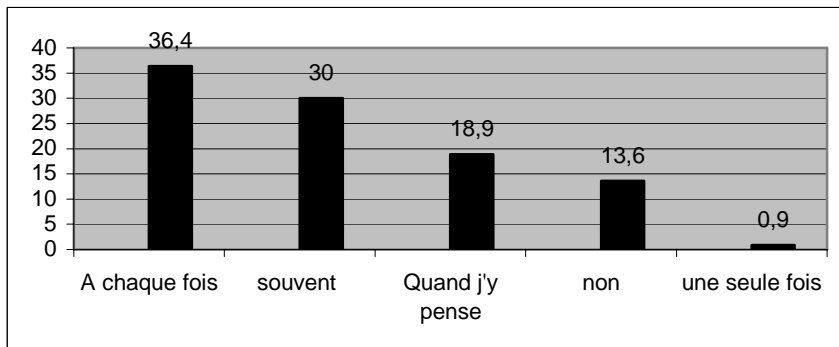
Utilisation du préservatif	Oran	Alger	Annaba	Total
Oui	29	43	38	110
Non	73	46	56	175
Total	102	89	94	285

Source : Données et traitement CRASC 2005

C'est à Alger que le préservatif est le plus usité : 43 soit (48%); Annaba 38 soit (40%) et Oran 29 soit (28%). Interrogés sur la fréquence d'utilisation du préservatif durant l'année passée, les 110 ayant répondu par oui expliquent le mode d'utilisation qui est loin d'être systématique : seuls 40 sur 110 enquêtés soit (36%) l'ont utilisé à chaque fois et 33 personnes (30%) disent l'avoir souvent fait, 20 soit (19%) quand « on y pense », et 1 personne ne l'a utilisé qu'une seule fois (1%). 15 personnes (14%) ne l'ont pas utilisé durant toute l'année.

L'utilisation du préservatif est souvent fantaisiste et même ceux qui disent l'utiliser le font de façon aléatoire. Seul un usager sur trois l'utilise à chaque fois.

Graphe 7 : Fréquence d'utilisation du préservatif durant l'année passée (n=110)



Source : Données et traitement CRASC 2005

Pourtant la grande majorité 224/285 soit (79%) dont 198/254 hommes (78%) et 26/31 femmes (84%) sont d'accord pour dire qu'il est important d'utiliser le préservatif pendant les rapports sexuels. Les enquêtés des trois sites sont conscients de l'importance du préservatif : 83% Alger, 76,5%, pour Oran et Annaba. Les raisons de la non-utilisation du préservatif sont nombreuses mais c'est « la réduction du plaisir » qui vient en 1^{ère} place avec 161 « non » soit (56,5%) des réponses ; 46 (16%) pour ne pas 'gêner' mon partenaire ; 26 (9,2%) mon partenaire 'ne veut pas' ; 25 (8,8%) n'osent pas demander au partenaire ; 22 (7,7%) ne sait pas où en trouver ; 18 (6,3%) trop cher ; 4 (1,4%) 'Ne sait pas' Il faut relever ici qu'un tiers des usagers mettent en avant le « refus », la « gêne » ou la difficulté à demander au partenaire de mettre le préservatif. Il est donc important de mettre l'accent dans les actions de prévention sur les changements de comportements et d'attitude des usagers dans leurs rapports avec leurs partenaires sexuels.

Avoir des rapports sexuels avec des partenaires multiples : La multiplication des partenaires sexuels concerne 30% de l'ensemble de l'échantillon et c'est Alger avec (34%) qui vient en tête avec plus d'un usager sur trois qui dit avoir eu deux à plus de cinq partenaires durant le dernier mois, contre 31% à Annaba et 24% à Oran.

Tableau 23 : Nombre de partenaires sexuels durant le mois passé selon les sites

Nombre de partenaires le mois passé	Oran %	Alger %	Annaba %	Total %
Plus de cinq	8	15	13	12
De trois à cinq	5	9	13	9
Deux personnes	11	10	5	9
Une personne	26	20	17	21
Aucune	50	46	52	49
Total	100	100	100	100

Source : Données et traitement CRASC 2005

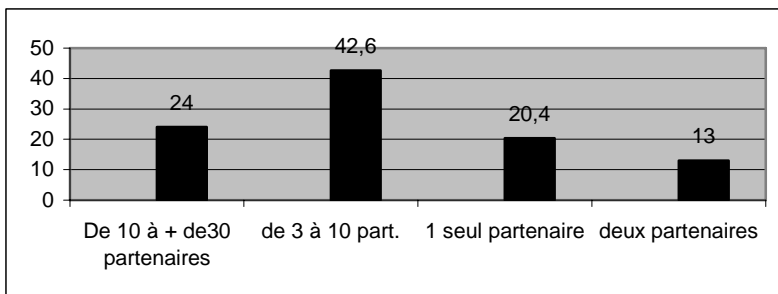
Plus de la moitié 58% (83/144) des personnes ayant entretenu des rapports sexuels durant le dernier mois, ce qui représente près de 30% de l'ensemble de la population enquêtée, ont eu des rapports sexuels avec plus d'une personne. Et durant l'année, près des deux tiers des usagers enquêtés ont eu des rapports sexuels (190) avec un nombre de partenaires allant de un à plus de cinq : 141/190 (74%) ont eu plus de deux partenaires, ce qui représente près de la moitié de l'ensemble de l'échantillon enquêté (49,5%).

Avoir des rapports sexuels sous l'effet de drogues ou alcools : Moins d'une personne sur six, dit « jamais » et plus de quatre personnes sur cinq (83%) ont des rapports sexuels sous l'effet de drogue ou d'alcools, dont 47 le font « toujours », 118 'souvent' et 77 parfois.

Avoir des rapports sexuels non protégés avec une personne VIH positif : 13 /285 (4,5%) dont 10 hommes et 3 femmes disent avoir eu des rapports sexuels avec une personne contaminée par le VIH ; 5 ne savent pas et 267 disent non. Nous avons vu dans le chapitre précédent que ces trois femmes sont elles-mêmes contaminées par le VIH, elles n'utilisent pas le préservatif, et multiplient les partenaires sexuels.

Avoir des rapports sexuels contre de l'argent, de la drogue ou des avantages matériels : Plus de 44% de l'ensemble de l'échantillon ont eu des rapports sexuels pour de l'argent. Selon le site, près de la moitié des usagers de Annaba (49%) disent avoir des rapports sexuels avec une personne qu'ils ont payée ou qui les a payés, vient en 2^{ème} position Alger 43% et enfin Oran 40%. Durant le dernier mois sur les 54 (42 hommes et 12 femmes) personnes qui ont admis avoir eu des rapports sexuels pour de l'argent, 47% d'entre elles sont d'Alger et 41% respectivement d'Oran et de Annaba. Il faut noter que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses 12/31 ce qui représente 38% alors que les hommes ne sont que 16% de l'ensemble de l'échantillon de sexe masculin.

Graph 8 : Nombre de partenaires sexuels pour de l'argent durant le dernier mois (n=54)



Source : Données et traitement CRASC 2005

Le nombre de partenaires sexuels pour de l'argent, durant le dernier mois, se distribue comme suit : près d'une personne sur cinq (13/54) ont eu de 10 à plus de trente partenaires (24%). 23 personnes (43%) ont eu de 3 à 10 partenaires et 7 personnes (13%) ont eu deux partenaires, tandis que 11 (20%) ont eu un seul.

Rapports sexuels avec le même sexe : A la question « vous est-il possible d'avoir des rapports sexuels avec le même sexe » 56/285, soit près d'une personne sur cinq répond 'oui' (20%).

Conclusion sur les pratiques à risques : Les résultats obtenus indiquent une population active sexuellement et qui ne manque pas de comportements à risques :

- multiplication des partenaires sexuels ce qui constitue un facteur de risque important, la gravité est majorée par la non-utilisation du préservatif : les deux tiers des enquêtés n'utilisent pas le préservatif et même ceux qui disent l'utiliser le font de façon aléatoire ;
- presque tous ont des rapports sexuels sous l'effet de drogues ou d'alcool ce qui implique un manque de discernement, une minimisation des dangers ;
- près de 5% ont eu des rapports sexuels avec une personne contaminée par le VIH ;
- près de la moitié ont eu des rapports sexuels pour de l'argent ou des avantages matériels ;
- près d'une personne sur cinq, dit avoir des rapports sexuels avec le même sexe.

Toutes ces conduites sont à risques : transmission de toutes sortes de maladies sexuelles y compris le VIH/SIDA.

1.5. VIH/SIDA et hépatites : Transmission, connaissance et perception

Ce chapitre a deux objectifs principaux : connaître la prévalence des hépatites et VIH parmi les personnes qui ont fait le dépistage ainsi que les profils des personnes qui ont fait/n'ont pas fait le dépistage. Le deuxième objectif vise à explorer les connaissances des usagers quant aux modes de transmission de ces affections et les perceptions des risques de transmission pour soi du VIH et des maladies sexuelles ainsi que les conduites à risque.

Prévalence du VIH et des hépatites : Le dépistage de l'hépatite C a été fait par 17% (48/285) de l'ensemble de l'échantillon. Pour 8/48 (16,6%) d'entre eux, les résultats étaient positifs. Ce taux de près de 17% de positifs nous paraît important eu égard au nombre restreint de personnes ayant fait le dépistage. Beaucoup d'usagers sont dans le déni et la pensée magique, puisqu'ils préfèrent ne pas savoir « *laisse-*

nous dans notre aveuglement ! » dira l'un des enquêtés au cours de l'entretien. Pour l'hépatite B, près de 14% de l'ensemble des enquêtés ont fait le dépistage et pour 20,5% d'entre eux (8/39) les résultats sont positifs. La distribution selon les sites donne 8 à Oran (1 séropositif), 13 à Alger (1 séropositif) et 18 à Annaba (6 séropositifs). Que ce soit pour l'hépatite C ou B, ce sont les personnes enquêtées à Annaba qui représentent la majorité des contaminés (13), 2 à Alger et 1 à Oran). Plus de la moitié (52%) de l'échantillon désirent faire le dépistage : 52 à Oran, 49 à Alger et 48 à Annaba.

Tableau 24 : Dépistage VHC/B, VIH selon le site

	Oran	Alger	Annaba	Global
Hépatite C				
Dépistage	12	18	18	48
Positif	-	1	7	8
Ne sait pas	1	2	-	3
Hépatite B				
Dépistage	8	13	18	39
Positif	1	1	6	8
Désir de faire dépistage	52	49	48	149
VIH/SIDA				
Dépistage	14	16	15	45
Positif	-	5	-	5

Source : Données et traitement CRASC 2005

Quant aux lieux où l'on peut se faire dépister pour l'hépatite : 173 (61%) enquêtés optent pour l'hôpital public ; 99 (35%) pour le laboratoire privé, 52 (18%) pour laboratoire d'Etat et 15 (5,3%) ne savent pas. Pour le dépistage du virus du VIH/SIDA, une personne sur six (45/285) de l'ensemble de l'échantillon a fait le dépistage du VIH (16%). Selon le site, parmi les personnes qui ont fait le dépistage 16 viennent d'Alger ; 15 de Annaba et 14 d'Oran (voir tableau précédent). Ils sont à peu près dans les mêmes proportions que pour le dépistage de l'hépatite C. Et si 8 ont récemment fait le dépistage

« moins d'un mois », 15 l'ont fait, il y a moins d'une année et 22 depuis « 2 ans et plus ». Les résultats sont négatifs pour 84% (38/45) alors que 11% (5 dont 3 femmes et 2 hommes) sont séropositifs et 2 (4,4%) disent « je ne sais pas ». Les 4/5 (2 femmes et 2 hommes) séropositifs au VIH disent qu'il leur est arrivé qu'une personne ait refusé de les soigner et cela s'est passé dans un hôpital public à Alger. Près de la moitié (46%) des enquêtés ne désirent pas faire le dépistage du VIH, est-ce par peur ou par désir suicidaire ?

Profil des personnes ayant fait le test VIH : Les personnes qui ont fait le test du VIH sont 37 hommes et 8 femmes (n=45). La moyenne d'âge est de 36 ans pour les femmes et 33 ans pour les hommes. Les usagers de ce groupe sont bien plus âgés que ceux du groupe qui n'a pas fait de test dont la moyenne d'âge des hommes est de 28,2 et celle des femmes de 25,4 ans (voir tableau en annexes).

En résumé, il faut souligner que les personnes ayant fait le dépistage du VIH sont en majorité, c'est à dire à **75% (34/45 dont 5/8 femmes) issues du groupe qui a voyagé en Europe***. Ils sont en majorité plus âgés (36ans) et viennent d'abord de l'espace 'rue' (20 hommes et 3 femmes) et ensuite des centres de soins (10 hommes et 2 femmes) et de prison (7 hommes et 3 femmes).

- Caractéristiques des personnes à VIH positif : Les personnes contaminées par le virus du SIDA sont toutes d'Alger et de l'espace rue, il s'agit de 2 hommes dont la moyenne d'âge est de 40,3ans et de 3 femmes (moyenne d'âge 36,5 ans). Les trois femmes sont du groupe qui a séjourné en Europe et de l'espace rue.

La consommation : durant l'année, seules les 3 F ont injecté de l'héroïne, du subutex et 1 femme a injecté de la cocaïne. Les hommes n'ont pas injecté durant l'année, mais ont consommé vin/alcool et psychotropes. Il s'agit de personnes relativement âgées (plus de 36ans de moyenne d'âge) par rapport à la moyenne d'âge de l'échantillon 29ans. Les femmes sont poly toxicomanes et injectent héroïne et temgésic/subutex, les hommes n'ont pas injecté durant l'année.

* Voir chapitre « mobilité des usagers »

Pratiques sexuelles : Les 5 ont des rapports sexuels. 1 homme et 2 femmes disent qu'il leur est possible d'avoir des rapports sexuels avec le même sexe. 4 (1 homme et 3 femmes) disent avoir eu des rapports pour de l'argent ou tout autre avantage matériel et durant l'année passée, les trois femmes ont eu entre 20 et plus de 30 partenaires sexuels pour de l'argent. Les 2 hommes disent qu'ils se protègent alors que les 3 femmes n'utilisent pas le préservatif. Tous les 5 ont des rapports sexuels sous l'effet de drogue ou d'alcool. Les 3 femmes disent « avoir maladie par virus » et les trois ont eu des rapports sexuels avec des personnes ayant le VIH/SIDA. On a le sentiment que ces personnes sont au-delà de tout danger, de tout risque, cette notion ne semble pas les concerner.

- Connaissance des modes de transmission du VIH : La presque totalité des enquêtés (98%) ont entendu parler du VIH/SIDA. 5 (2%) ne connaissent pas du tout le VIH/SIDA, dont quatre de Annaba et 1 d'Alger alors que 100% des enquêtés d'Oran en ont entendu parler.

Modes de transmission du VIH/SIDA : La majorité des enquêtés 82% disent par « le sexe » ; 168 (59%) par « le sang » ; 128 (45%) par « une seringue déjà utilisée » ; 29 (10%) de la femme enceinte au fœtus ; 22 (8%) « En touchant » et 4 (1,4%) « Ne sait pas » (voir tableau en annexe). Les différences ne sont pas très importantes selon les 3 sites. Si les enquêtés d'Alger sont plus nombreux à citer « par le sang » (86%), Oran et Annaba sont presque à égalité (80%), mais ces derniers sont plus nombreux à citer « par le sexe » soit 60% et 63% contre 53% seulement à Alger. Les enquêtés d'Oran sont plus nombreux à dire « en touchant.» ce qui implique une méconnaissance. Il ne suffit pas d'avoir entendu parler du SIDA pour savoir ce que c'est !

Les moyens de se protéger : les résultats sont très dispersés (voir tableau en annexe).

- 101 (35,4%) de l'ensemble des enquêtés disent 'ne pas utiliser une seringue usagée' : Alger 40%, Oran 37% et Annaba seulement 28%.
- 100 (35%) de l'ensemble des enquêtés disent utiliser le préservatif : dont 46% à Alger, 31% à Oran et seulement 28% à Annaba.

- 83 (29%) personnes disent « pas de relations sexuelles avant le mariage » le plus fort taux se trouve à Oran avec 38%, 25% à Annaba et 22% à Alger ;
- 80, soit (28%) de l'échantillon disent « ne pas coucher avec des partenaires étrangers » dont 34% à Oran et 33% à Annaba, et seulement 15% à Alger ;
- 61 (21,4%) personnes citent « la fidélité » au partenaire. Là encore c'est à Oran qu'ils sont les plus nombreux avec 29% contre 20% à Annaba et 13% à Alger ;
- 26 (9%) personnes de l'ensemble optent pour 'ne pas coucher pour de l'argent' ; Oran et Annaba sont à égalité avec 10% contre 5,6% à Alger.
- 17 (6%) de l'ensemble disent « ne pas coucher avec le même sexe » ; 5% n'ont pas précisé et 2 ne savent pas.

Les modes de protections les plus récurrents sont pratiquement dans les mêmes proportions, c'est à dire, une personne sur trois pour 'l'utilisation du préservatif, « pas de seringue usagée », et « pas de relations sexuelles avant le mariage ». Les enquêtés de Annaba semblent plus nombreux à ignorer les modes de protection les plus importants (non échange de seringue et préservatif).

• Perception de risques pour soi de transmission du VIH : Nous allons aborder les perceptions des risques de contracter le VIH/SIDA et des maladies transmissibles par le sexe ou par le sang, ce qui va nous permettre de comprendre quels sont les risques pris et s'il y a une prise de conscience du danger lié aux comportements à risque.

• Il est possible d'avoir le VIH/SIDA : Plus du tiers des enquêtés, 107/285 (38%) pensent qu'ils pourraient avoir le VIH/SIDA, dont 18 femmes (58%) et 89 hommes (36%). Les femmes sont presque deux fois plus nombreuses à être conscientes du risque de contamination. Ces personnes justifient leur position par les risques pris : 35% utilisation d'une 'seringue usagée', 31% 'non-utilisation du préservatif' ; 17% 'rapports sexuels pour de l'argent' (11 hommes et 7 femmes) (qu'il a payé ou qui l'a payé) ; 13% le partenaire sexuel a/ou a eu une maladie et 11% l'enquêté a « lui-même eu » une maladie sexuelle. Il faut noter ici le cumul des facteurs de risques que sont le

partage de seringue, la non-utilisation du préservatif et sa propre maladie ou celle du partenaire.

- Ne peut pas avoir le VIH/SIDA : Trois personnes sur cinq, disent qu'elles ne peuvent être contaminées pour les raisons suivantes : 53% « propre, sain » ; 31% « ne partage pas la seringue » ; 21% « le partenaire sexuel propre/sain » ; 12% « pas de rapports sexuels pour de l'argent » ; 3 « je me protège » (?) et 3 « ne sait pas ». La raison essentielle de 'ne pas être contaminé par le VIH' c'est que l'enquêté lui-même est 'propre, sain', mais aussi son partenaire. Mais cette assertion, que cache t-elle ? Propre, sain veut dire que ces personnes prennent les précautions nécessaires (préservatif ou bien la fidélité au partenaire, ou abstinence, etc.) ou bien est-ce encore une illusion ou un déni des risques pris ? Près du tiers disent ne pas partager la seringue.

- Maladies sexuellement transmissibles : Plus de la moitié des enquêtés (55%) pensent ne pas avoir de maladies sexuellement transmissibles et 128 (45%) admettent la possibilité d'en avoir. Par site, ce sont encore les enquêtés d'Alger qui sont les plus nombreux (63%) qui pensent ne pas être concerné, Annaba (38%) et Oran 35%). Les conduites à risque sont plus importantes à Alger et Annaba où les usagers enquêtés usent plus de seringue déjà utilisée (8% et près de 10% respectivement contre 1% à Oran) et non-utilisation du préservatif (Alger 21%, Annaba 14%, Oran 7%). Oran vient en tête pour « avoir eu » des maladies sexuelles avec 12% contre 11% à Alger et 7,4% à Annaba, et « le partenaire ayant eu une maladie sexuelle », c'est Annaba qui vient en tête avec près de 15%, Alger et Oran avec 12% respectivement. Nous avons vu plus haut que les enquêtés de Annaba sont les plus nombreux à être contaminés par le virus de l'hépatite C et B., alors que les 5 VIH positifs sont d'Alger.

- Les raisons de ne pas avoir une maladie sexuelle (n=175) : 76 (43%) « je suis propre sain (dont 69 hommes et 7 femmes) ; 55 (31%) « mon partenaire sain/propre » ; 38 (22%) utilise toujours le préservatif ; 28 (16%) ne partage pas la seringue ; 23 (16%) « pas de rapports sexuels pour de l'argent ». Deux personnes sur trois pensent ne pas avoir de maladies sexuelles parce que lui et/ou son partenaire est 'propre sain' ; un peu plus d'une personne sur cinq utilisent le

préservatif et une personne sur six 'ne partage pas la seringue' et 'n'a pas de rapports sexuels pour de l'argent'.

Conclusions

Un usager sur six a fait le dépistage VHC et un sur cinq celui du VIH dont 5 VIH positif (2 hommes et 3 femmes à Alger). Ceux qui ont fait le dépistage sont bien plus âgés que ceux qui ne l'ont pas fait, ils viennent en majorité de l'espace « rue » et ont voyagé en Europe. Les personnes VIH positif viennent toutes de l'espace rue et d'Alger, elles prennent beaucoup de risques. Les enquêtés ont des lacunes quant à la connaissance du mode de transmission du VIH/SIDA. Si la majorité connaissent le mode de transmission par le sexe, plus du 1/3 ne citent pas « par le sang ». C'est la « transmission de la femme enceinte au fœtus » qui est le mode le plus méconnu surtout à Alger. 1/10 ont des connaissances erronées puisqu'ils disent « par le toucher » ou n'ont aucune connaissance du VIH/SIDA. Près de la moitié des usagers sont conscients des risques d'être contaminé (en particulier à Alger). Mais, malgré la perception du danger, près de la moitié de l'échantillon ne voient pas la nécessité de faire le dépistage. Mais même ceux qui connaissent les modes de transmission ne se protègent pas vraiment. Enfin, plus du tiers (près de 40%) ne savent pas que le SIDA ne guérit pas.

1.6. Mobilité des usagers de drogues et la diffusion de drogues et le VIH en Algérie

Ce chapitre étudie les caractéristiques des personnes qui ont séjourné à l'étranger et en particulier dans les pays d'Europe qui sont à forte prévalence de consommation de drogues par injection et de VIH/SIDA. L'objectif est de déterminer si les usagers ayant voyagé dans ces pays sont susceptibles d'avoir joué un rôle dans la diffusion de l'injection et du VIH/SIDA en Algérie.

Pays de séjours et caractéristiques

Près de la moitié des personnes ayant participé à l'enquête (46%) ont fait des séjours à l'étranger dont 12/31 femmes (39%) et 118 hommes (46%). Plus d'un sur trois (36%) ont fait un seul séjour et 16% deux séjours alors que 46% ont fait entre 3 et 5 séjours. Les

hommes sont plus nombreux à voyager et plus de quatre usagers sur cinq ont fait deux séjours ou plus. La durée de séjour va de moins d'un an pour 41,5% des enquêtés ayant voyagé à l'étranger et près de 51,5% ont fait des séjours de 1 an à 9 ans et 7% des séjours de plus de 10 ans. La durée moyenne de séjour, comme le montre le tableau suivant, la plus importante concerne : l'Allemagne, l'Angleterre et la France, ensuite la Belgique, l'Italie, les Pays-Bas et l'Espagne. Il s'agit des pays d'Europe du Sud qui sont des pays à forte prévalence de VIH/SIDA et de consommation de drogues par injection.

Tableau 25 : Durée de séjour moyenne selon les pays de séjour (en Europe)

Pays de séjour	Moyenne : années de séjour
France	3,2
Espagne	2,1
Italie	2,6
Belgique	2,7
Pays-Bas	2,3
Allemagne	3,5
Angleterre	3,5
Turquie	2.0

Source : Données et traitement CRASC 2005

Les pays où les enquêtés ont effectué des séjours sont les suivants :

- Les pays européens : la France vient en première position que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, ainsi 99 (8 femmes et 91 hommes) soit 76% ; l'Espagne 44 (34%) ; l'Italie 40 (31%). Les Pays Bas (12), l'Allemagne (8), l'Angleterre (8), la Belgique (7) regroupent donc 35 personnes (27%) des enquêtés.
- Les pays du Maghreb : la Tunisie 20 (15%), le Maroc 7 (5%) et la Libye 1, le Maghreb regroupe ainsi 28 usagers (22%).
- Les pays du Moyen-Orient : Turquie 3, Syrie 2 et Liban 1, ce qui fait au total 6 personnes (4,6%).

L'Europe semble être la destination privilégiée par la majorité des enquêtés puisque plus de 64% d'entre eux y ont fait un ou des séjours et parfois des séjours de très longue durée. La durée du séjour selon le site d'enquête présente quelques variations : si près de 40% ont effectué des séjours de moins d'un an pour les trois sites, ceux qui ont

effectué des séjours de 1 à 4 ans sont plus nombreux à Alger et Annaba (plus de 40%) alors qu'à Oran ils ne sont que 24%. En revanche 2 d'Oran ont fait des séjours de plus de 20 ans.

Etude de cas : Farid 37ans (espace « rue », Annaba), niveau scolaire « la 6^{ème} année primaire », célibataire, vit en logement personnel, commerçant a fait des séjours dans des pays arabes dont la Syrie, le Maroc et la Tunisie ainsi qu'en Europe dont plusieurs séjours en Italie et en France. Si certains séjours sont de un mois en moyenne, d'autres sont beaucoup plus longs (une année en Italie, cinq ans en France) et c'est en Italie qu'il a injecté de la cocaïne. Actuellement il n'injecte plus mais consomme des psychotropes et du haschich.

Pour tous les sites, la France occupe la première place. Les Algérois sont plus nombreux à avoir séjourné à l'étranger et les principales destinations sont la France, l'Espagne, l'Italie et les Pays-Bas. Mais en général, si les Oranais vont plus vers l'Espagne et le Maroc, les enquêtés Annabis vont plus vers l'Italie et la Tunisie. On voit le rôle de la proximité géographique pour ces destinations.

Consommation de drogues et comportements à risques

• Consommation de drogues durant les séjours à l'étranger : La majorité des personnes qui ont séjourné à l'étranger (106 hommes et 10 femmes) des deux sexes, ont consommé au moins une drogue durant leurs séjours ce qui représente près de 90% de la population ayant voyagé. Les drogues consommées vont des boissons alcoolisées à la cocaïne et à l'héroïne. L'étude de la consommation de drogues injectables comme l'héroïne, la cocaïne, le temgésic/subutex et les psychotropes pendant le séjour et selon les sites fait ressortir quelques nuances : L'héroïne, la cocaïne les psychotropes et l'ecstasy sont les drogues dominantes ayant été consommées durant le séjour à l'étranger (tableau ci-après). Durant les séjours, l'héroïne est la drogue injectable la plus consommée par les usagers ayant séjourné à l'étranger dans les trois sites avec une dominance d'Alger, par contre à Annaba les consommateurs d'héroïne sont aussi nombreux que ceux de la cocaïne.

Tableau 26 : Répartition des usagers par site selon les drogues consommées lors du séjour à l'étranger

Drogues	Oran		Alger		Annaba		Global	Global %
	n	%	n	%	n	%		
Heroïne	10	55,5	25	73,5	13	43,3	48	58,5
Cocaine/crack	6	33,3	8	23,5	13	43,3	27	33
Psychotropes	2	11,1	1	3	3	10	6	7,3
Ecstasy					1	3,3	1	1,2
Total par site	18	100	34	100	30	100	82	100

Source : Données et traitement CRASC 2005

L'injection de drogue durant les séjours à l'étranger. Les enquêtés qui ont injecté de la drogue, durant leur séjour à l'étranger, représentent plus de la moitié des personnes 76/130 (58%) ayant séjourné à l'étranger. Les femmes sont 5/12 à avoir injecté, ce qui représente 42% alors que les hommes sont 55%.

Tableau 27 : nombre de personnes ayant injecté à l'étranger selon le site

Injecté. étranger	Oran n=41	Alger n=45	Annaba =44	Global n=130
Hommes	13	26	32	71
Femmes	1	3	1	5
Total injecté	14 (34%)	29 (64%)	33 (75%)	76 (58%)

Source : Données et traitement CRASC 2005

NB : pour plus de précision, le taux est calculé sur le nombre de personnes ayant voyagé et non sur le nombre de celles qui ont consommé

La majorité (75%) des enquêtés de Annaba qui ont voyagé ont injecté (1 femme et 32 hommes) suivis de ceux d'Alger 64% (26 hommes et 3 femmes) et enfin Oran avec 34% (13 hommes et 1 femme).

Pour l'injection, les enquêtés de Annaba viennent en tête, en 2^{ème} position Alger et enfin Oran. Pour l'ensemble des trois sites près de trois personnes sur cinq ont injecté.

- Les rapports sexuels durant les séjours à l'étranger : Presque tous ont entretenu des rapports sexuels durant les séjours à l'étranger puisqu'ils sont 102 sur 130 soit 78,5% (10 femmes sur 12 = 83% et 92 hommes /118 = 78%). Selon le site, ils sont 41 à Oran (40%), Alger 45 (50%) et 44 à Annaba (47%). Et si 82% ont eu des rapports sexuels

avec le sexe opposé, 18% ont eu des rapports soit homosexuels soit avec les deux sexes : les enquêtés d'Alger (9) Annaba (7), Oran (2).

- Poursuites judiciaires durant séjours à l'étranger : Près de 30% des enquêtés ayant fait des séjours à l'étranger (38/130) ont été poursuivis pour affaire de drogue dont 10 hommes d'Oran, 10 d'Alger (9 hommes et 1 femme) et 18 hommes de Annaba. Parmi les personnes arrêtées, 15% ont été expulsées pour affaire de drogues (19 hommes et 1 femmes) dont 4 hommes d'Oran, 4 d'Alger (3 hommes et 1 femme) et 12 d'Annaba, ces derniers sont donc trois fois plus nombreux que ceux des deux autres sites.

Tableau 28 : Nombre de personnes arrêtées et/ou expulsées selon les 3 sites

Affaire de drogue	Oran n=41		Alger n= 45		Annaba n=44		Global 130	%
Nombre arrêté	10	24%	10	22%	18	41%	38	29%
Nombre expulsé	4	10%	4	9%	12	27%	20	15%

Source : Données et traitement CRASC 2005

Le taux le plus élevé de personnes arrêtées et/ou expulsées se situe à Annaba.

- Caractéristiques des expulsés : Les expulsés sont majoritairement célibataires (13/20), 4 mariés et 3 divorcés. Ils sont beaucoup plus âgés (35ans) que la moyenne de la population enquêtée (29ans). Leur niveau scolaire est très dispersé, ceux qui n'ont « pas de diplômes, ne savent ni lire ni écrire » représentent 40%, et ceux qui savent juste « lire et écrire » sont 15% ; 35% ont le niveau de la sixième et du BEF et 10% ont le BAC. Ils sont globalement moins instruits que l'ensemble de l'échantillon. Les expulsés sont majoritairement (70%) sans emploi. En résumé, il s'agit d'hommes âgés de 35ans en moyenne, célibataires, de niveau scolaire très moyen ou sans niveau et majoritairement sans emploi.

- Caractéristiques des personnes ayant séjourné en Europe : Pour savoir si les personnes qui ont voyagé en Europe (notamment dans les pays du sud de l'Europe ayant une forte prévalence du VIH/SIDA) ont joué un rôle dans la diffusion du VIH SIDA et de l'injection, nous avons partagé la population de chaque site en deux groupes, le VE1 est constitué des personnes qui ont voyagé en Europe (n=112) et le NV2 celles qui n'ont pas voyagé ou pas séjourné en Europe (n=173) :

Tableau 29 : Distribution des groupes: voyage Europe (VE1) non voyage (NV2)

	Oran	Alger	Annaba	Total
VE1	35 (1 femme)	43 (5 femmes)	34 (3 femmes)	112
NV2	67 (6 femmes)	46 (9 femmes)	60 (7 femmes)	173
Total	102	89	94	285

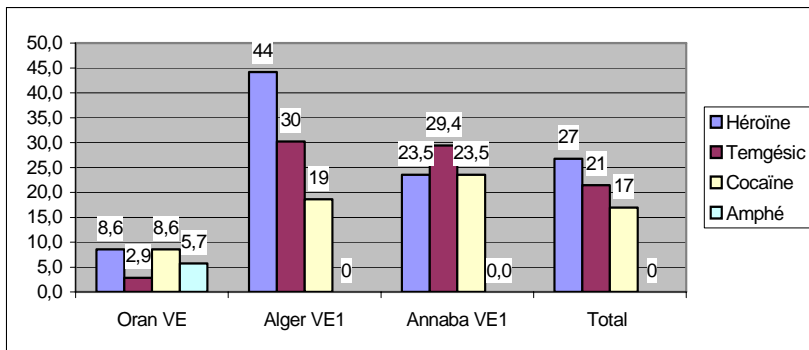
Source : Données et traitement CRASC 2005

Age et sexe : Les femmes qui ont voyagé en Europe sont 9 (1 femme d’Oran, 5 femmes d’Alger et 3 femmes de Annaba). Les femmes qui n’ont pas voyagé sont 22 (6 à Oran, 9 à Alger, 7 à Annaba). Les hommes qui ont voyagé sont en moyenne âgés de 32 ans dans les trois sites, contre 27 ans pour ceux qui n’ont pas voyagé. Les femmes qui ont voyagé, elles aussi, sont plus âgées : 30ans pour les trois sites contre 27 ans.

Les hommes sont plus âgés que les femmes dans les deux groupes. Ceux qui ont voyagé sont nettement plus âgés dans tous les sites quel que soit le sexe.

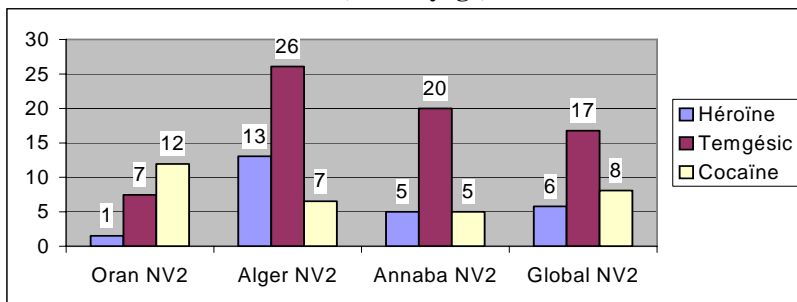
- Consommation de drogue et injection : Les deux graphes suivants permettent de mieux visualiser l’injection des différentes drogues par les deux groupes

Graph 9 : Répartition des drogues injectées par le groupe VE1 (Europe)



Source : Données et traitement CRASC 2005

Graphe10 : Répartition des drogues injectées par le groupe NVE2 (Non voyage)



Source : Données et traitement CRASC 2005

La comparaison des deux graphes montre que le groupe qui a voyagé en Europe injecte plus de produits en particulier l'héroïne, le temgésic/subutex et la cocaïne*, alors que le groupe qui n'a pas voyagé injecte les mêmes produits mais dans une faible proportion allant de la moitié au tiers du taux d'injection par rapport au premier groupe. Cette différence est beaucoup moins flagrante pour le temgésic/subutex dont la consommation est assez importante dans le deuxième groupe, sans pour autant atteindre le même niveau que celui du groupe qui a séjourné en Europe.

Le groupe qui a séjourné en Europe regroupe la presque totalité des personnes qui ont injecté à l'étranger soit 73 sur les 76. Cela implique que trois ont injecté durant leurs séjours dans les pays du Maghreb ou du Moyen-Orient

Le groupe d'Annaba qui a voyagé en Europe injecte plus (76,5%) (Tous produits confondus) contre 72% à Alger et 26% à Oran. Le groupe qui n'a pas voyagé injecte plus à Alger 46%, Annaba 30% et Oran 21%. Pour les autres drogues, les deux groupes ont consommé durant l'année du sirop, du kif (ceci pour la majorité qu'ils aient voyagé ou non) et de la colle.

- Le partage de seringue : Ceux qui ont voyagé partagent plus la seringue, surtout à Annaba 50% en VE1 contre 22% en NV2. Vient en deuxième position Alger 25% en VE1 contre 17% en VE2 et enfin

* Voir graphe synthétique en annexes du chapitre

Oran 11% contre 7%. Généralement, ils partagent, dans les trois sites, avec 'l'ami' et 'le partenaire sexuel'. Les personnes qui ont voyagé désinfectent plus souvent « à chaque fois » dans les trois sites.

• Dépistage du VIH/SIDA : Le séjour à l'étranger semble au moins leur avoir apporté des informations sur la nécessité de désinfecter le matériel et de se préoccuper de dépistage : ainsi, plus d'une personne sur trois, du groupe qui a voyagé en Europe, ont fait le dépistage dans les trois sites contre 7% en moyenne dans le groupe qui n'a pas voyagé. C'est donc à Alger et dans le groupe qui a voyagé que se trouve les quatre VIH positifs contre un seul dans le groupe qui n'a pas voyagé.

Conclusion sur le rôle éventuel de personnes ayant séjourné en Europe, notamment du sud, dans la diffusion de l'injection et le VIH en Algérie.

Ceux qui ont séjourné en Europe sont plus âgés que ceux qui n'ont pas voyagé, ils injectent plus souvent et prennent plus de risques puisqu'ils sont bien plus nombreux à partager la seringue en particulier à Alger et Annaba. Le constat est que les usagers qui ont voyagé font plus attention (désinfectent plus souvent, ont fait le dépistage), et se préoccupent des risques de contamination.

En conclusion : le fait que le groupe qui a voyagé en Europe regroupe 75% des injecteurs d'héroïne et 58% des injecteurs de cocaïne, paraît significatif, d'autant plus que les enquêtés de ce groupe sont bien plus âgés que ceux qui n'ont pas voyagé : auraient-ils été les initiateurs des plus jeunes, en particulier à Alger, pour ce type de drogue ? Ceux qui ont voyagé ont peut-être joué un rôle dans la diffusion de la consommation des drogues par injection et du VIH/SIDA. Mais il est important de signaler qu'actuellement la contamination est bien autochtone et qu'il est trop facile d'accuser les migrants, ceux qui ont voyagé ou les étrangers. Le nombre de personnes contaminées actuellement en Algérie est trop important pour que l'on continue à accuser des « forces maléfiques extérieures » !

1.7. Thèmes spécifiques

1.7.1. Les femmes usagères de drogues

Bien que nous ayons présenté les femmes tout au long du rapport, nous avons décidé de leur consacrer ce chapitre dans le but de mieux les connaître et de mettre en exergue leurs caractéristiques sociodémographiques, les particularités de leur consommation des différents produits ainsi que les modes d'administration et si elles présentent des différences notables par rapport aux hommes. Les femmes constituent 10,8% (31) de l'échantillon de l'étude. Elles sont 14 d'Alger, 10 d'Annaba et 7 d'Oran. 17/31 ont été recrutées dans l'espace 'rue' (Annaba 8, Alger 6 et Oran 3) ; 8 dans l'espace prison dont 7 d'Alger et 1 de Annaba et 6 dans l'espace « centre » (Alger 1, Oran 4, Annaba 1).

• Âge, situation familiale, scolaire, emploi :

Globalement les femmes sont légèrement moins âgées que les hommes avec une moyenne d'âge de 28,2 ans contre 29ans. Les femmes enquêtées à Annaba sont plus jeunes 26,8ans. Alger 28,8ans, Oran 29,1ans.

- Situation familiale : plus de la moitié (52%) des femmes de l'ensemble de l'échantillon sont célibataires (contre 76% des hommes). Elles sont aussi plus souvent divorcées (16%), veuves (6%) ou vivent en concubinage (16% contre 3% hommes).

- Emploi : 45% des femmes contre 40% des hommes travaillent. 1/3 d'entre elles sont cadres dirigeants (1 directrice, 1gérant, 1 commerçant), environ 1/3 sont 'personnels de services' et 1/3 peut entrer dans la catégorie « ouvrier non qualifié »*.

- Le niveau scolaire des femmes : 16% n'ont pas de diplôme (les 2 premiers niveaux) ; elles sont 74% à avoir le niveau du moyen (6ème et BEF) et sont 9% à avoir le BAC ou la licence contre 7% des hommes.

Moins âgées, les femmes sont mariées, mais le plus souvent divorcées ou veuves. Elles ont également un meilleur niveau scolaire

* Il faut noter que près d'une femme sur cinq exerce un travail à risque en tant que prostituée (3) ou entraîneuse/danseuse (3)

qu'eux. Pour ce qui est de l'emploi, il n'y a pas de différence notable si ce n'est le fait qu'elles sont légèrement plus nombreuses à travailler et pour les premières catégories professionnelles, elles sont plus qualifiées (1/3) contre (1/5) pour les hommes

- **Consommation des principaux produits : Consommation des produits non injectables** : Durant l'année, 16% des femmes ont consommé du sirop ; 6% de la colle, 94% fument ou ont fumé des cigarettes. Et 84% d'entre elles consomment des boissons alcoolisées. Pour le cannabis 77% des femmes de l'échantillon en consomment. Les femmes sont 3/31 à avoir consommé de l'opium ce qui représente presque 10% contre 25% des hommes. En résumé, bien qu'elles consomment de tous les produits, les femmes ont un taux de consommation des produits non injectables moins important que celui des hommes.

- **Consommation des autres drogues et injection : Prévalence des différents produits** : **Héroïne** : Plus d'une femme sur trois, soit 35% (Alger 8, Annaba 2, Oran 1) ont consommé ou consomment de l'héroïne. 6 femmes d'Alger ont sniffé de l'héroïne (3 durant le dernier mois et 3 durant l'année) et encore deux femmes d'Alger ont fumé de l'héroïne (1 durant le mois et 1 durant l'année). Ce sont donc les femmes d'Alger qui consomment de l'héroïne sous tous les modes d'administration. **Temgésic/subutex** : Durant la vie, plus d'une femme sur trois (35% de femmes contre 44% des hommes) ont consommé du temgésic/subutex (Oran 2, Alger 7 et Annaba 2). 7 femmes d'Alger ont avalé du temgésic/subutex dont 3 durant le mois et 4 durant l'année contre aucune des deux autres sites (ni durant le mois, ni durant l'année). **Cocaïne** : durant la vie, près d'une femme sur cinq (19%, six personnes) ont consommé de la cocaïne alors que les hommes sont 35%. **Psychotropes** : Durant la vie 94% des femmes ont consommé ou en consomment. **Prévalence de l'injection chez les femmes** : Les femmes de l'échantillon sont 45% (14/31) contre 50% des hommes à injecter durant la vie. Compte tenu du nombre restreint de femmes, l'injection est presque aussi fréquente chez les femmes que chez les hommes. L'injection selon le produit et le site (dernier mois) : (NB les taux sont calculés sur le nombre des injecteurs hommes et femmes : femme n=14 ; homme n=128). **L'injection d'héroïne** : durant la vie, 11/31 (35%) femmes ont injecté de l'héroïne

(8 d'Alger, 1 d'Oran et 2 de Annaba), alors que durant le dernier mois elles ne sont que quatre femmes sur quatorze (28,5% contre 24% d'hommes injecteurs) à injecter et durant l'année 4 femmes d'Alger et une de Annaba (5/14 soit 36%). Les quatre femmes d'Alger sont très âgées puisque leur moyenne d'âge est de plus de 36 ans. Les femmes qui ont injecté du temgésic/subutex durant la vie sont 11 (7 Alger, 2 Oran, 2 Annaba) ce qui représente 79% des femmes qui injectent et 35% de l'ensemble de la population féminine. Durant le dernier mois, celles qui ont injecté du temgésic/subutex sont 50% (7/14) (Alger 5 et Annaba 2) contre 28% des hommes injecteurs. Là également ce sont les femmes d'Alger qui ont injecté (5 durant le mois et 5 durant l'année), Annaba 2 durant le mois et 2 durant l'année, aucune à Oran. L'âge moyen des femmes est très proche de celles d'Oran et celles d'Alger (environ 35ans), par contre les deux femmes de Annaba ont 24ans. Les femmes ne consomment pas d'amphétamines. **L'injection de cocaïne**, durant la vie, touche 6 femmes sur 31, ce qui représente 19%. Plus d'une femme sur cinq (21%) des femmes injecteurs, a injecté de la cocaïne durant le dernier mois et autant durant l'année (Alger 2, Annaba 1) contre 12% des hommes injecteurs. L'âge des femmes qui injectent de la cocaïne est très dispersé : celle de Annaba a 19ans, celle d'Oran a 39ans, 2 à Alger sont âgées de 33ans et de 25ans. **L'injection de psychotropes** est la même durant le dernier mois et durant l'année et concerne 14% de femmes qui injectent (1 Alger, 1 Annaba) contre 10% des hommes.

Elles injectent plus que les hommes, car quel que soit le produit : héroïne, cocaïne, psychotropes, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à injecter. Celles qui injectent le plus sont les femmes d'Alger et d'Annaba et surtout de l'espace « rue ».

Problèmes avec la justice en rapport avec la drogue

Les femmes ayant eu des problèmes juridiques en rapport avec la drogue sont 6/31 (19%) et viennent d'Alger (5), une seule d'Annaba (1) (contre 36% des hommes)

- Les chefs d'inculpation pour lesquels, les enquêtées ont été arrêtées : 5 pour consommation (4 Alger, 1 Annaba) et 3 femmes d'Alger pour « port de drogue ».

- Les drogues pour lesquelles les femmes ont été arrêtées sont l'héroïne (3 d'Alger) et 6 pour le kif (5 Alger et 1 Annaba).

- Les femmes condamnées pour affaire de drogue sont 5 majoritairement d'Alger (4 Alger, 1 Annaba) ce qui représente 16% de l'ensemble de l'échantillon femmes, contre 28% de la population masculine de l'échantillon.

- Le lieu de détention : 5 femmes ont été incarcérées (2 Alger, 2 Maghnia et 1 Annaba). La détention à Maghnia implique que les deux personnes font plus que consommer. Maghnia est une ville de transit entre le Maroc et l'Algérie et c'est là que se passe le gros du trafic de drogues, en particulier pour les petits revendeurs. Les usagers vont s'approvisionner à moindre coût à Maghnia et revendre une partie des quantités achetées pour « rentrer » dans leur frais.

En résumé, une femme sur cinq a eu des problèmes avec la justice en rapport avec la drogue, une femme sur six a été condamnée et incarcérée. Le chef d'accusation c'est port de drogue et consommation.

- Consommation de drogue en prison : Trois femmes sur cinq ont consommé en prison contre 48 hommes. Deux femmes d'Alger ont injecté en prison (contre 5 hommes) dont une a partagé la seringue en prison (contre 2 hommes). **Soins** : les femmes sont deux fois (6 ont tenté de se soigner auparavant et 5 sont en cure actuellement dont 3 d'Oran, 2 d'Alger, une de Annaba) moins nombreuses à se soigner ; elles se soignent pour plusieurs produits : héroïne et kif, puis psychotropes et même alcool. Il n'y a pas de différences notables entre les femmes et les hommes pour ce qui est du produit pour lequel elles/ils se soignent, sauf la cocaïne qui consommée uniquement par les hommes.

Conclusion

Agées de 28 ans, les femmes toxicomanes sont une fois sur deux mariées (mais souvent divorcées, veuves ou en concubinage) contrairement aux hommes dont la grande majorité sont célibataires. Le niveau scolaire est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Elles sont plus qualifiées sur le plan professionnel et leur taux est plus élevé que celui des hommes pour le travail à plein temps. Au niveau de la consommation, en dehors des amphétamines, elles

consomment de tous les produits et sous tous les modes d'administration. Les femmes sont deux fois plus que les hommes à injecter du temgésic/subutex et la cocaïne. Elles sont en majorité d'Alger et d'Annaba. Elles sont poly toxicomanes. Celles qui injectent l'héroïne sont les plus âgées. Les plus jeunes sont d'Annaba particulièrement celles qui injectent du temgésic/subutex. C'est à Alger qu'elles sont les plus nombreuses à injecter, à consommer, à partager la seringue et à injecter en prison. Il ne faut pas oublier que trois femmes sont VIH positif (contre 2 hommes), qu'elles prennent d'énormes risques puisqu'elles partagent la seringue, multiplient les partenaires sexuels et surtout n'utilisent pas de préservatifs. La communauté féminine qui use de drogues est plus à même de contaminer et d'être contaminée par le VIH/SIDA et par les maladies transmissibles par le sang ou par le sexe. La population féminine trop restreinte ne permet pas d'interpréter les résultats de façon plus précise. Mais compte tenu de l'âge de celles qui injectent et dont la plupart ont plus de 32ans on peut conclure que les femmes sont loin d'être nouvellement arrivées à la drogue.

1.7.2. Rapport au système de soins spécialisé en toxicomanie

Dans ce chapitre, nous allons explorer les tentatives de soins faites auparavant ainsi que les soins actuels pour mieux cerner le profil des usagers d'une part et d'autre part tenter de déterminer s'il y a des changements dans les modes de consommation et les produits. Le degré d'isolement pourrait être mesuré par la connaissance qu'ont les usagers des associations, des centres de soins et de leurs perceptions et vécus de ces centres.

- *Caractéristiques des personnes ayant suivi une ou plusieurs cures* : Plus d'un usager sur trois (36%), soit 103 personnes déclarent avoir suivi une ou des cures de désintoxication dont 27% d'Oran (28) ; 28% d'Alger (25) et 53% (50) à Annaba. C'est l'espace rue qui regroupe le plus grand nombre soit 38 personnes ; l'espace centre 32 et l'espace prison 33. Les plus âgés sont dans l'espace rue en particulier à Alger et Annaba (âge moyen 36ans pour les deux sites) ceux d'Oran (32,6ans) sont un peu plus jeunes. Il n'y a pas de femmes dans l'espace rue. Les usagers de l'espace prison et des centres sont relativement plus jeunes (âge moyen 28,5ans) que ceux de la rue

(36ans de moyenne d'âge) et ont à peu près la même moyenne d'âge dans les trois sites et pour les deux sexes. Les femmes ne sont que trois et elles sont toutes des centres de soins. Les produits à l'origine de la prise en charge et la moyenne d'âge par produit (tableau en annexe) : les usagers se sont soignés (auparavant) pour les produits suivants : en premier viennent les psychotropes en particulier à Oran (71%), Annaba (62%) et Alger (52%). Les usagers recrutés à Alger sont plus nombreux (72%) à s'être soignés pour le kif : 53% à Oran et seulement 36% à Annaba. Pour l'héroïne, c'est encore Alger qui domine avec 56%, Annaba 30% et Oran 21%. Les alcools/vins viennent en 4ème position, la cocaïne (3 Oran et 1Annaba); et enfin le temgésic/subutex avec 2 à Oran.

- *Moyenne d'âge par produit*

Tableau 30 : Moyenne d'âge par produit des personnes ayant suivi une cure de sevrage

Produits	Oran n=28		Alger n=25		Annaba = 50		Total	
	Effectif	Moy. Age	Effectif	Moy. Age	Effectif	Moy. Age	Effectif	Moy. Age
Héroïne	6	37,3	14	35,3	15	32,1	35	34,3
Cocaïne	3	39,3	-	-	1	-	4	36,0
Morphine	2	34,5	-	-	-	-	2	34,5
Psychotropes	20	29,3	13	31,5	31	28,2	64	30,0
Vins/alcools	6	28,2	-	-	1	-	7	27,0
Kif	15	30,2	18	34,7	15	27,8	48	31,1
%		33		34		29,6		32,0

Source : Données et traitement CRASC 2005

Comme le montre le tableau précédent, les plus âgés sont les consommateurs de cocaïne dans les trois sites (36 ans) suivis de l'héroïne (34 ans), kif (31 ans), comprimés (30 ans) et en dernier les alcools (27 ans). La moyenne d'âge globale des personnes qui ont tenté (auparavant) de se soigner est de 32 ans, mais c'est Alger (34 ans) qui vient en premier, Oran (33 ans) et Annaba (29,6). Les usagers d'Annaba sont souvent très jeunes par rapport à ceux des deux autres sites. Il faut noter l'absence quasi totale (seulement deux à Oran) de temgésic/subutex, nous allons voir pour ceux qui suivent actuellement

des soins, que le temgésic/subutex va prendre des proportions plus importantes.

• *Caractéristiques de personnes actuellement prises en charge*

La prise en charge actuelle concerne 28% (74 hommes et 7 femmes) de personnes dans les trois sites qui se répartissent comme suit : Oran 22 dont 4 femmes ; Alger 15 dont 2 femmes ; Annaba 44 dont 1 femme.

Ce sont les usagers d'Alger qui sont les plus âgés (34,6ans de moyenne d'âge), suivis de ceux d'Oran (28,3) et ensuite ceux d'Annaba (28,6). Sept (7) femmes se soignent dont 4 d'Oran âgées en moyenne de 27,5ans, deux (2) d'Alger âgées de 42,5ans en moyenne et enfin une (1) seule femme de Annaba âgée de 27ans.

• *Produits à l'origine de la demande de soins*

Tableau 31 : produits à l'origine de la prise en charge et la moyenne d'âge par produit

Produits	Oran n=22		Alger n=15		Annaba = 44		Total (n=81)	
	Effectif	Moy. Age	Effectif	Moy. Age	Effectif	Moy. Age	Effectif	Moy. Age
Heroïne	3	36,3	11	33,8	8	31,6	22	30,6
Cocaïne	3	36,3	5	36,6	11	29,2	19	33,3
morphine	2	30,0	4	39,5	4	27,5	10	31,3
Temgésic/subutex	3	29,7	6	34,2	17	27,6	26	32,5
Psychotropes	11	31,1	1	-	6	32,7	18	29,9
Alcool	5	29,2	7	35,0	22	27,1	34	30,4
Kif	12	28,2	6	33,3	4	26,3	22	28,8

Source : *Données et traitement CRASC 2005*

Ce sont les consommateurs de cocaïne qui sont en moyenne les plus âgés (33,3 ans) ; temgésic/subutex (32,5 ans) ; morphine (31 ans) ; Héroïne (31,3 ans) et alcool (30,4) et enfin psychotropes (30 ans) et kif (28,8). Selon le site, il n'y a pas de différence importante, si ce n'est l'âge des usagers qui se soignent à Annaba (27,7 ans de moyenne d'âge contre 34ans à Alger et 29,7 à Oran).

La plupart se soignent pour plusieurs produits. Ce qui est à noter en comparaison avec le tableau 38 c'est l'augmentation spectaculaire de l'utilisation du temgésic/subutex chez ceux qui se soignent actuellement. L'héroïne et les psychotropes baissent au profit du temgésic / subutex / morphine et Alcools : Annaba illustre bien ce changement, alors qu'il n'y avait aucune personne qui s'était soignée pour le temgésic / subutex, actuellement, 17 personnes de ce site le font pour ce produit.

- Structures de prise en charge actuelle : Les personnes qui ont fait, une cure de sevrage auparavant, l'ont fait dans les CHU qui occupaient la première place avec 44% des structures de soin Les autres se distribuent ainsi : Les centres de soins 27%, (10%) entre le généraliste/psychiatre, (5%) la prison, (2%) à l'étranger, (2%) à domicile, etc. Alors que pour ceux qui se soignent actuellement, tous les dispositifs de soins sont utilisés par les usagers comme les précédents, mais il faut noter l'augmentation du recours aux centres de soins* 38% (11 d'Oran et 20 de Annaba) et la baisse du recours au CHU, mais aussi l'augmentation des soins en prison (28%) et chez les médecins privés (généraliste, neurologue, psychiatre, etc.).

- Associations et centres de soins : Seuls 8% (22/285) de l'ensemble de l'échantillon, déclarent connaître une association. La majorité des associations connues sont à Alger et ses environs. L'explication est soit les usagers évitent les associations ou ne souhaitent pas les rencontrer ; ou bien ces dernières se manifestent peu pour ces catégories.

- Propositions des usagers concernant les centres de soins : Les centres de soins ne sont connus que d'un peu plus de la moitié (53%) de la population enquêtée. Les avis concernant les centres de soins, ont été regroupés en deux appréciations : une positive et l'autre négative. La première « c'est bien » est émise par 49% (avec ou sans réserves) contre 35% qui disent « ce n'est pas bien » ; 9 « ne sait pas » et 16 non déclaré. Nous avons regroupé sous la rubrique « c'est bien » les appréciations positives qui sont souvent complétées par des réserves « *c'est bien, mais on donne trop de médicaments* » par

* Le taux en centres de soins aurait été plus important si nous avions pu avoir à temps des enquêtes en centres de soins d'Alger.

exemple) et sous la rubrique « ce n'est pas bien » les appréciations négatives*. Trois idées essentielles émergent de ces avis :

- Les centres disposent de conditions matérielles limitées : pas d'activité, pas d'espaces de loisirs « *pas même une cafétéria* », la proximité et le manque d'intimité pour les usagers en soins, etc. Certains déplorent le fait que les centres soient fermés (en internat), d'autres par contre déplorent qu'ils soient ouverts (CIST Annaba). Ces différences de point de vue nécessitent réflexion pour diversifier les modes de prise en charge en fonction des particularités des usagers.
- Les répondants déplorent les conditions de prise en charge médicales et psychologiques : surcharge des soignants, pas assez d'écoute, etc.
- L'absence de travail de réinsertion (formation professionnelle, travail) « *j'ai besoin d'avoir un métier, un travail et pas seulement de « médicaments* » ».

Ces résultats présentés succinctement ici nous donnent une idée du vécu des usagers dans les centres de soins pour toxicomanes. Ces réserves sont confirmées, en partie, par les entretiens.

Conclusion sur la prise en charge

Notons l'émergence de nouveaux produits comme le temgésic/subutex, mais aussi la morphine et les alcools (en particulier à Annaba) qui sont beaucoup plus importants dans les soins actuels. Pour les personnes qui se sont soignées auparavant, les soins ont été essentiellement faits en CHU et chez les médecins privés. Les centres de soins étaient moins fréquentés peut-être à cause de leur domiciliation dans les hôpitaux psychiatriques, les usagers ayant peur d'être catalogués de « fous ». Mais on observe une augmentation de la fréquentation des centres de soins pour ceux qui se soignent actuellement, notamment à Annaba. Il faut également noter que 28% sont pris en charge dans les prisons. C'est à Annaba que se trouve le plus fort taux (54%) de personnes ont fait une cure de désintoxication : Annaba a un système de soins particulier, il n'y a pas de centre fermé (en internat) mais il s'agit d'un suivi en ambulatoire.

* Pour plus de détails voir tableau en annexe.

Ce système facilite l'accès aux usagers. Il ressort de l'étude des produits qu'il s'agit de poly toxicomanie puisque certains usagers se soignent pour au moins deux ou trois produits. Les usagers d'Annaba sont poly consommateurs en particulier d'alcools, temgésic/subutex, cocaïne et héroïne dans l'ordre. Ceux d'Alger sont aussi poly consommateurs surtout de l'héroïne d'abord, puis l'alcool et le temgésic/subutex, puis les psychotropes. Les enquêtés d'Oran sont poly consommateurs mais plus de kif, psychotropes ensuite alcools et en dernier héroïne, cocaïne et temgésic/subutex. Nous avons vu tout au long de cette étude que les produits injectés touchent près de la moitié de l'échantillon enquêté, les risques de contamination par le VIH/SIDA sont réels et nécessitent une prise en charge spécialisée tout en concentrant les efforts sur l'information et la prévention des conduites à risques, en particulier le partage de seringue et l'utilisation des préservatifs. Les propositions des usagers, concernant les centres de soins, visent l'amélioration de la prise en charge psychologique surtout, médicale ensuite. Ils laissent entendre qu'il serait judicieux de diversifier les modes de prise en charge en fonction des particularités de chaque usager.

1.7.3. Synthèse générale

285 usagers ont été enquêtés sur 3 sites (Oran, Alger, Annaba) dont 31 femmes soit (11%) et 254 hommes soit (89%). Chaque site a été subdivisé en trois espaces : l'espace 'rue', l'espace 'prison' et l'espace 'centre' de soin.

C'est dans l'ensemble une population jeune, puisque la moyenne d'âge se situe globalement autour de 29ans pour les hommes et les femmes. Donc c'est une population active sexuellement. Plus de la moitié des usagers sont sans travail. Leur niveau scolaire est moyen : 28% sont analphabètes ou savent juste lire et écrire et 65% ont le niveau du collège. Les trois quarts sont célibataires, les femmes sont plus souvent mariées que les hommes, même si elles sont surtout veuves, divorcées ou séparées. La majorité des enquêtés habitent soit chez les parents ou chez les grands-parents, soit chez un autre membre de la famille (sœur, tante, etc.). Ce fait s'explique par plusieurs facteurs : l'omniprésence de la famille, sa solidarité et ses traditions font que même majeur, même drogué, etc. il n'est pas rejeté ou exclu. Et pour le jeune il lui est difficile de s'affranchir du tutorat familial

puisqu'il ne travaille pas ou seulement par intermittence (nous avons vu que la majorité sont sans travail) et il faut ajouter à cela la difficulté et l'inaccessibilité des logements individuels. Il ne s'agit donc pas d'une population marginalisée, mais relativement bien intégrée dans la société puisque seul 6% sont dans la rue.

Les antécédents familiaux : plus de la moitié n'ont pas vécu avec le couple parental (soit mère seule, père seul ou remarié, grands-parents, tantes, sœurs, etc.). Il s'agit donc d'une population marquée par les séparations, les divorces et les décès de l'un ou l'autre des parents ou des deux puisque plus de la moitié ont vécu sans la présence de l'un des parents ou des deux. Les études sur les toxicomanes mettent souvent en avant les carences d'autorités et les carences affectives. Seuls 31 % des usagers mariés vivent avec leurs conjoint et enfants : l'on peut se poser la question sur la transmission intergénérationnelle : ayant vécu séparés de leurs parents, répèteraient-ils ce même schéma ?

La mobilité est assez importante puisque près de la moitié des enquêtés ont fait des séjours à l'étranger et plus de 1/5 ont fait des séjours allant de 5 à 28 ans. La destination la plus fréquentée c'est la France et les pays d'Europe du sud. La majorité des personnes qui ont voyagé ont entretenu des rapports sexuels durant le séjour et ont consommé de la drogue dont près de trois personnes sur cinq (58%) ont injecté. Près du tiers ont eu des problèmes avec la justice et 15% ont été expulsés pour affaire de drogues. Le fait que le groupe qui a voyagé en Europe regroupe 75% des injecteurs d'héroïne et 58% des injecteurs de cocaïne, paraît significatif, d'autant plus que les enquêtés de ce groupe sont bien plus âgés que ceux qui n'ont pas voyagé. La mobilité des usagers a été abordée pour voir si les personnes ayant voyagé ont joué un rôle dans la transmission du VIH et l'émergence des drogues par injection en Algérie. Si ce rôle a été significatif il y a une ou deux décennies, cette explication n'a plus de sens actuellement puisque la contamination par le VIH est bien autochtone et la consommation de drogues par injection aussi.

Quant à la consommation : Il s'agit de poly toxicomanie. Les drogues consommées (tous modes de consommation) par la presque totalité des usagers sont les psychotropes, haschich, les alcools et vins. Ces produits constituent la base de consommation qui est complétée

(en fonction des personnes, de la disponibilité des produits et certainement des moyens matériels et des opportunités) par le temgésic/subutex 44% ; héroïne 36,5% ; cocaïne 35% ; opium 23% et amphétamines 12%. Les drogues, telles que : vins/alcools, psychotropes et haschich, plus disponibles et pas trop chères, ils sont autant consommées par les deux sexes. L'injection concerne 142/285 au total, près de la moitié ont injecté au moins une fois. Durant l'année passée, quatre-vingt deux ont injecté. Alger et Annaba enregistrent le plus grand nombre d'injecteurs. Les injecteurs se concentrent dans l'espace « rue ».

- Pratiques sexuelles et comportements à risque : C'est une population active sexuellement qui a des pratiques à risque important : Près de la moitié des usagers ont plus de deux partenaires sexuels durant l'année passée. 43% ont eu des rapports sexuels pour de l'argent (avec une personne qu'il/elle a payé ou qui l'a payé). Les deux tiers ont des rapports sexuels non protégés puisque seul, une personne sur trois utilise le préservatif à chaque fois). Le préservatif n'est pas utilisé « parce qu'il réduit le plaisir » disent plus de la moitié de l'échantillon et plus d'une personne sur trois « parce que le partenaire ne veut pas » ou « n'ose pas demander au partenaire ». plus de 4/5 ont des rapports sexuels sous l'effet de drogue ou d'alcool (83%).

Les personnes VIH positif (5 à Alger ; 3 femmes et 2 hommes) constituent une population qui prend d'énormes risques : les femmes multiplient le nombre de partenaires sexuels et « ont des rapports sexuels pour de l'argent ou autres avantages). Elles ont eu des rapports sexuels avec des personnes ayant le VIH/SIDA, elles n'utilisent pas de préservatif. Elles sont poly consommateurs : injection d'héroïne, de cocaïne, de temgésic/subutex sans oublier les autres produits non injectables (alcools, cannabis, cigarettes, etc.), alors que les hommes n'ont pas injecté durant l'année, mais consomment vins/alcool et psychotropes.

- Connaissance des modes de transmission : Les usagers enquêtés ont des lacunes importantes dans la connaissance du mode de transmission du VIH/SIDA. Si la majorité connaît le mode de transmission par le sexe, plus de 40% n'évoquent pas la transmission par le sang, alors que la transmission de la femme enceinte au fœtus

reste la moins citée. Près d'une personne sur dix ont des connaissances erronées puisqu'ils pensent qu'on peut « avoir » le SIDA « par le toucher » ou n'ont aucune connaissance du VIH/SIDA.

Près de 10% pensent qu'on peut guérir du SIDA et 29% ne savent pas, autant dire que près de 40% ne savent pas que le SIDA ne guérit pas. Ce résultat nous paraît extrêmement important et nécessite des actions urgentes d'information et de prévention auprès des usagers, mais également auprès de tous les jeunes.

- Perception des risques de contamination pour soi : Près d'une personne sur deux est consciente des risques d'être contaminée et énumère les risques pris : partage de seringue, rapport sexuels pour de l'argent, sa propre maladie (sexuelle) ou celle du partenaire. Pour se protéger : 2/3 d'Oran prônent la fidélité et l'absence de rapports sexuels avant le mariage contre une personne sur trois à Alger et presque une personne sur deux à Annaba. Les enquêtés d'Alger prennent plus de risques. L'étude du profil de l'injecteur/versus non injecteur ainsi que celle des comportements à risque, ont permis de dégager ce qui suit : L'injecteur apparaît comme un homme d'environ trente ans, il est légèrement plus âgé que le non injecteur, les deux sont majoritairement sans emploi. Si le premier habite plus chez les grands-parents et dans la rue, le 2ème loge plus chez ses parents. L'injecteur consomme deux fois plus d'héroïne, de cocaïne et 3 fois plus de temgésic/subutex que le non injecteur (sous tous les modes d'administration). L'injecteur est majoritairement de l'espace 'rue', il est poly consommateur et poly injecteur, il partage la seringue et le matériel d'injection surtout avec « l'ami » et il désinfecte rarement la seringue. Partageurs non partageurs :

- Les non partageurs sont plus âgés (âge moyen : homme 31ans, femme 30ans) que les partageurs (homme 29 ans ; femme 26 ans). Les femmes sont 7 dans le groupe « partageurs » contre 2 dans le 'non partageurs.

- Les partageurs sont plus nombreux dans la rue sauf pour Annaba où ils sont 7 dans l'espace prison (cela ne veut pas dire qu'ils partagent au sein de la prison, puisque nous avons vu que seuls 3 ont partagé en prison et ils sont d'Alger).

- Ils partagent seringue et matériel d'injection (58/82) et près de 20% ne voient pas la nécessité d'une seringue neuve à chaque fois.

- Ils ont des connaissances erronées sur les modes de désinfection et sont plus de 50% à désinfecter avec (eau, vinaigre, coton) et 16% seulement désinfectent à chaque fois.

- Il faut également noter que près de 10% disent que « *le pharmacien n'a pas voulu leur vendre une seringue* » ! cela nécessite certainement de faire un travail auprès des pharmaciens et services de santé de manière à ce qu'ils ne laissent pas leurs représentations du « drogué » prendre le pas sur l'importance de l'action préventive et l'attitude « réduction de risque » (RDR).

▪ L'âge des personnes au début de l'expérience de la drogue : Si le début de la drogue est très précoce pour le tiers des usagers puisqu'ils ont commencé entre 8 et 19 ans (en particulier la colle, les comprimés et le kif), l'âge de l'injection est beaucoup plus tardif et s'étale de 13 à 34 ans : ainsi les deux tiers des usagers ont commencé l'injection après l'âge de 20 ans. Les entretiens montrent une facilité chez certains usagers à 'expérimenter' de nouveaux produits avec de nouveaux modes d'administration et ce en fonction des rencontres avec d'autres usagers. Il faut noter que sur neuf entretiens, trois usagers avaient des pères toxicomanes, et une jeune fille était droguée par son père pour abuser d'elle. L'usage semble dans ces cas beaucoup plus précoce vu la disponibilité des produits et la présence de modèles parentaux eux-mêmes usagers et/ou revendeurs. Le fait que ce soit les « copains » et « amis » qui sont les initiateurs pour près de quatre personnes sur cinq, devrait attirer l'attention de toute action de prévention ou de prise en charge vis à vis de la communauté des jeunes dans les quartiers. Concernant les psychotropes, l'approvisionnement se fait essentiellement dans la rue (78%) mais également par les circuits officiels de santé (ordonnance, pharmacie, personnel de la santé) avec 44%. Une sensibilisation des psychiatres et plus de contrôle des psychotropes s'imposent si l'on veut réduire la toxicomanie. Comme il n'y a aucune possibilité de contrôle des médicaments psychotropes, les usagers vont se faire des ordonnances auprès de plusieurs médecins et obtiennent ainsi des quantités sans aucun risque d'être appréhendés. Ils peuvent ainsi non seulement consommer mais aussi revendre. Nous avons également eu des

informations concernant les personnes qui vont pour une prise en charge auprès de psychiatres dans certains centres de santé et se voit prescrire les produits auxquels ils sont dépendants.

- Les femmes et la drogue : 31 femmes ont été enquêtées ce qui représente près de 11% de l'échantillon. Elles sont légèrement moins âgées que les hommes. Les plus jeunes viennent d'Annaba, en particulier celles qui injectent du temgésic/subutex. Ce qui laisse penser que ces produits sont d'arrivée récente à Annaba. Ce fait sera confirmé par la comparaison des soins suivis 'auparavant' et des soins 'actuels' : dans le premier cas il n'y avait que deux cas de soins pour temgésic à Oran et aucun à Annaba, alors que chez les personnes en soins actuellement, dix-sept (17) personnes d'Annaba se soignent pour ce produit. Elles consomment de tous les produits et sous tous les modes d'administration. Les femmes sont deux fois plus que les hommes à injecter du temgésic/subutex et l'héroïne. Elles sont toutes d'Alger et de Annaba surtout et de l'espace rue. Elles sont poly toxicomanes. Celles qui injectent l'héroïne sont les plus âgées et viennent en majorité d'Alger. Les femmes sont trois VIH positif (contre 2 hommes) et prennent d'énormes risques puisqu'elles partagent la seringue, multiplient les partenaires sexuels et surtout n'utilisent pas de préservatifs. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à partager la seringue et elles le font essentiellement avec le partenaire sexuel. Les femmes qui usent de drogues semblent plus en danger de contaminer et d'être contaminées par le VIH/SIDA et autres maladies transmissibles par le sang ou par le sexe, d'autant qu'elles sont souvent amenées à entretenir des rapports sexuels avec plusieurs partenaires sans possibilité d'utiliser le préservatif puisque les hommes « *n'aiment pas parce qu'il réduit le plaisir !* » ou « *ne pas gêner le partenaire* » « *peur de demander au partenaire* ». Le nombre de femmes contaminées par le VIH/SIDA augmente de plus en plus, nous avons vu dans l'étude du D. Razik et son équipe qu'au niveau d'Oran, « alors que de 1991-97, il y avait une femme pour cinq hommes, de 2001 à 2003 ce ratio passe à 0,73 ! ».

- Problèmes avec la justice : Plus d'un usager sur trois, soit 98 personnes dont six femmes ont été arrêtés pour affaire de drogue dont 41 d'Alger dont 5 femmes, 31 d'Oran et 26 dont 1 femme d'Annaba. C'est donc Alger qui enregistre le plus grand nombre de personnes

ayant des démêlés avec la justice pour affaire de drogues. Il y a eu 16% de femmes et 28% d'hommes qui ont été condamnés.

- Les personnes qui ont fait des cures de désintoxication sont poly toxicomanes et se soignent pour plusieurs produits : pour les usagers de Annaba, ce sont dans l'ordre : les vins/alcools, le temgésic/subutex, la cocaïne et l'héroïne ; pour ceux d'Alger, l'héroïne vient en premier puis les vins/alcool, le temgésic/subutex, ensuite les psychotropes. Les enquêtés d'Oran sont poly consommateurs mais plus de kif, psychotropes, alcool, héroïne, cocaïne et temgésic/subutex. Il faut signaler la montée de la consommation du temgésic/subutex et des vins/alcools.

La fragilité de la population, les risques de transmission du VIH/SIDA au sein des usagers et même au sein de la population générale sont aggravés par : la multiplicité des partenaires sexuels, les rapports sexuels pour de l'argent, les rapports sexuels sous l'effet de drogues ou d'alcools. Ce fait est majoré par le taux de personnes n'utilisant pas le préservatif ou l'utilisant de façon aléatoire. La plupart n'aiment pas le préservatif car « il réduit le plaisir ».

Connaissances erronées quant à la transmission du SIDA, quant à la sexualité, quant à la protection contre les MST et VIH/SIDA, tout laisse à penser que potentiellement les usagers de drogues sont une population à risques multiples pouvant constituer un problème de santé publique en particulier par la transmission du VIH/SIDA, des MST et du VHC.

Le tabou de la drogue par injection comme étant « une atteinte au corps » non acceptable sur le plan religieux semble tomber de plus en plus. Le Valium, le phénergan, le Temgésic/subutex atténuent la gravité de l'injection, puisqu'ils sont considérés comme « des médicaments » et ce sont les drogues les plus injectées en plus de l'héroïne, cocaïne.

Problèmes méthodologiques

- L'intérêt de l'étude : Est d'avoir permis de mettre à jour cette population que nous avons appelée underground qui ne se trouve pas dans les centres de soins, mais plutôt dans la rue et la plupart logent dans leur famille. Ils sont bien plus nombreux que ne l'imaginaient les

personnes sources (psychologues, sociologues, médecins, etc.) avec lesquelles nous avons mené des entretiens durant la période de préparation de l'enquête. Les injecteurs sont à Alger autant qu'à Annaba et beaucoup moins à Oran. L'autre intérêt de l'étude est que nous avons appris comment mener ce type d'enquête sans faire fuir les usagers. Ces derniers acceptent plus facilement quand les enquêteurs sont des personnes de terrains (associations, psychologues, médecins, éducateurs de rue, etc.) et quand les informateurs privilégiés sont eux-mêmes consommateurs ou ex consommateurs. Les usagers, après une période de méfiance, ont été soulagés de savoir que des chercheurs s'intéressaient à eux. Comme les enquêteurs étaient pour la majorité des personnes de terrain, les usagers ont été rapidement rassurés et ont, pour la plupart, demandé de l'aide, un soutien et même des lieux où ils pourraient se soigner « *à condition que ce ne soit pas un hôpital psychiatrique !* ». Beaucoup aimeraient sortir du cercle vicieux de la drogue, mais les espaces de prise en charge sont rares et selon certains usagers « inadaptés ».

• Problèmes rencontrés :

- Un des problèmes les plus importants signalé par les enquêteurs a été la difficulté d'aborder les usagers dans la 'rue', la majorité des usagers n'ont pas un espace où se regrouper, les injecteurs dans la rue sont très rares, il s'agit d'une population que nous avons qualifiée 'd'underground' (souterraine). Les entretiens indiquent qu'au niveau d'Oran, par exemple, l'injection se fait dans des appartements.
- Difficultés d'aborder les questions relatives à la sexualité : les enquêtés rougissaient, étaient gênés et refusaient parfois de répondre.
- Le choix de la période d'enquête nous a posé d'énormes problèmes : la période du ramadhan n'était pas du tout appropriée. Le ramadhan, mois de jeun et de repentance, réveille culpabilité et crainte ce qui amène les usagers à se terrer, à désertier les centres de soin et à présenter plus de résistance à ce type d'enquête. La période idéale serait le premier semestre de l'année (de janvier à juin)
- Le questionnaire était trop long et nécessitait plus de temps.

- Contents de trouver quelqu'un qui s'intéresse à leur problème, certains usagers ont préféré parler plutôt que de répondre aux questions directes, ce qui a nécessité de l'enquêteur plus d'effort en faisant un entretien semi directif : tout en écoutant l'enquêté, il orientait l'entretien en souplesse vers les questions prévues.

Toute action d'information d'éducation, de communication (IEC) de prévention et de prise en charge doit tenir compte de ces résultats pour que les actions à entreprendre soient le mieux adaptées possible au terrain.

Conclusion

L'accès aux usagers problématiques de drogues est extrêmement difficile mais a été possible et cette enquête, malgré les difficultés l'a démontré, puisque 285 usagers problématiques de drogues ont été enquêtés sur trois sites : Alger, Oran, Annaba. L'accès aux femmes est encore plus difficile et pourtant 31 femmes ont été touchées, ce qui représente près de 11% de la population enquêtée, ce qui est loin d'être négligeable. La réussite de l'enquête tient également à la qualité des enquêteurs : hommes et femmes de terrain, ils ont pris à cœur les objectifs de l'enquête. La polytoxicomanie est prédominante avec les psychotropes, le haschich/kif et alcools/vins. L'existence des drogues dures est significative, et elle ne date pas d'hier : les drogues dominantes sont l'héroïne, le temgésic/subutex et ensuite cocaïne et amphétamines. Les sites présentent quelques différences : c'est Annaba et Alger qui regroupent le plus grand nombre d'injecteurs et en dernier Oran. Ce qu'il faut relever c'est que ces résultats confirment en partie les prévisions des personnes sources et des informateurs privilégiés, exprimées lors des entretiens. Notre sentiment est qu'Annaba représente le site le plus sensible, ses usagers injecteurs sont relativement plus jeunes, et le constat d'une augmentation de la consommation du temgésic/subutex, est établi. Les différences entre les trois sites et les trois espaces sont loin d'être négligeables et montrent une prédominance des drogues telles que l'héroïne suivie du Temgésic/subutex à Alger. A Annaba c'est plutôt le Temgésic/subutex qui vient en premier suivi de la cocaïne. Tandis qu'à Oran il y a un peu de tout, le marché ne semble pas assez structuré ou peut-être s'agit-il de l'influence de longues traditions de consommation du kif qui laissent moins de place aux autres drogues, même si les usagers expérimentent ce qu'ils rencontrent plus ou moins fortuitement. Les consommateurs oranais semblent moins fixés sur un type particulier, cela n'empêche qu'Oran regroupe quand même près de 1/5 des injecteurs.

Il ressort de l'étude préliminaire et de l'enquête qu'un certain nombre de facteurs de risque sont à relever :

L'âge des enquêtés est de 29ans en moyenne, il s'agit de la génération du terrorisme et des crises économique, politique, sociale et culturelle qu'a traversées le pays. Des centaines de milliers de personnes ont été déplacées ce qui a gravement surchargé les villes et en particulier la région d'Alger.

C'est la génération de l'ajustement structurel imposé par le FMI et les banques mondiales d'où : chômage de près de la moitié de la population de jeunes, déstructuration du système de santé, crise aigue du logement, etc. La majorité de notre échantillon est issue de familles déstructurées par le divorce ou les décès des parents, la plus part est sans travail et loge chez les parents ou chez un membre de la famille.

Les facteurs de protection sont l'amélioration notable des conditions de sécurité ainsi que des conditions économiques. L'intégration des jeunes se fait grâce aux crédits et micro crédits pour la création d'entreprise, le redémarrage de l'économie, les programmes de logement, etc. L'Algérie est un des pays qui a le système de santé le plus étoffé mais qui nécessite une réorganisation et une gestion plus rationnelle des moyens disponibles. Le nombre de médecins, de psychologues au chômage ne se compte plus, il serait judicieux d'investir toutes ces potentialités dans la prise en charge des personnes en difficultés : matérielle, sociale, psychologique de manière à prévenir en amont les problèmes de consommation de drogues, de la délinquance etc.

Compte-rendu de l'atelier de validation de l'étude « Lien potentiel entre usage problématique de drogues et VIH/SIDA » Alger, le 20 novembre 2005

Le 20 novembre 2005, s'est tenu au siège du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, l'atelier de validation de l'étude « Lien potentiel entre usage problématique de drogues et VIH/SIDA » réalisée par le CRASC avec le soutien technique et financier d'ONUSIDA /UNODC et avec la collaboration du PNUD et de l'UNICEF.

L'atelier s'est déroulé avec la haute participation du secrétaire général du MESRS, de M. Tarek Elshimi, représentant de l'UNODC MENA basé au Caire, de Mohamed Djemai, coordinateur de l'étude pour le MESRS, de Mme Samia Lounnas pour ONUSIDA, du Pr Abdelouhab Dif, président du comité national de lutte contre le VIH/SIDA, de M. Kasmi de l'office national de lutte contre les drogues et la toxicomanie, de Mmes Nouria Remaoun et Badra Mimouni pour le CRASC ainsi que des représentants des autres ministères impliqués dans la lutte contre le SIDA notamment (Santé, DGSN, Justice, Jeunesse et Sports) ainsi que les acteurs de la société civile dont les associations et groupes de recherche, les associations de lutte contre le SIDA (notamment AIDS Algérie).

Après la cérémonie d'ouverture qui a consisté en des discours prononcés par le représentant de l'ONLCDT, le représentant de UNODC et la représentante de ONUSIDA pour féliciter le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche Scientifique ainsi que le CRASC pour l'excellent travail effectué et pour le double engagement dans la lutte contre le SIDA et contre la toxicomanie. Les travaux ont commencé par la présentation des résultats et des conditions de l'enquête, la matinée, suivie l'après-midi d'un débat portant sur les recommandations et le programme d'action.

Mme Samia Lounnas a restitué l'étude dans le contexte de la région MENA notant que c'est une étude pilote qui avait concerné à la base 5 pays de l'Afrique du Nord et du Moyen Orient, notamment l'Egypte, la Libye, le Maroc, Oman, dans le cadre d'une initiative mondiale développée par UNODC coparrain d'ONUSIDA. Tout comme pour l'étude algérienne, dans les autres pays celle-ci a

confirmé des évidences scientifiques concernant la rapide propagation du VIH parmi les injecteurs de drogues et l'existence même de ce phénomène dans des pays qui jusque là ne considéraient pas l'injection de drogue prévalente et de ce fait ne ciblaient pas les programmes de prévention VIH sur ce groupe de population. Ce fût donc le cas en Algérie. A travers cette enquête les autorités ont pu mesurer l'importance qu'il y aurait à développer des actions de proximité pour la prévention du VIH mais à explorer les moyens de prévention à mettre à disposition pour réduire la propagation du VIH parmi ce groupe de population.

Mme Nouria Remaoun a fait une synthèse sur le déroulement de l'étude où elle a abordé les points suivants :

Prévue pour 6 mois, l'étude a mobilisé l'équipe pendant près de deux années. Une quarantaine de personnes ont intervenu sur des périodes plus ou moins longues, sur trois sites (Oran, Annaba, Alger) et auprès de trois catégories d'usagers : usagers de drogue en institution (centres de soins et prisons) ; Dans la rue (visible) ground ; et injecteurs (underground).

Cette étude s'intègre à un des trois objectifs que notre ministère s'est fixés par rapport à la question qui nous préoccupe aujourd'hui.

- Investigation et recherche sur la situation vis à vis des IST/VIH/SIDA
- Action pour un changement positif du comportement
- Renforcement des capacités humaines, matérielles et financières dans la lutte contre les IST /VIH /SIDA

La complexité et la difficulté d'accès aux usagers hors institutions nous ont amené à prendre certaines dispositions dans les modalités d'accès aux usagers de drogues injectables avec l'appui d'informateurs privilégiés.

Mme Badra Mimouni a présenté les principaux résultats, qui se résument comme suit :

- 285 usagers problématiques de drogues ont été enquêtés.
- Près de 50% de la population a injecté au moins une fois durant la vie. Les produits injectés sont d'abord le Temgésic/subutex, héroïne, cocaïne et comprimés.
- Les comportements à risque de contamination par le VIH/SIDA et les maladies transmissibles par le sang et par le sexe sont réels : les usagers partagent la seringue, désinfectent rarement et

quand ils le font c'est avec des moyens erronés (eau, vinaigre, coton) en plus, ils ont des rapports sexuels à risque (multiplication des partenaires, rapports sexuels non protégés, rapports sexuels sous l'effet de drogues ou d'alcools, etc.).

En résumé, nous pouvons dire que les comportements à risques, qu'ils soient liés aux rapports sexuels ou à l'injection, sont élevés et mettent en danger de contamination par le VIH/SIDA et autres maladies transmissibles par le sexe et par le sang les usagers eux-mêmes mais aussi toute la population en général.

Les débats, en plus des modifications précises proposées pour l'amélioration des recommandations et de l'échéancier présentés par l'équipe, ont mis l'accent sur la nécessité du travail en réseaux. Les participants ont également mis l'accent sur le fait que les résultats des études sont peu visibles et ne servent pas aux chercheurs et aux décideurs d'où la nécessité d'une banque de données sur le problème qui soit à la disposition de tous les partenaires. Développer des relais en incitant les associations à s'occuper de ces populations à risques afin de soutenir l'action des ministères et comités nationaux. Les campagnes d'informations ont peu de résultats parce qu'il n'y a pas de programmation, pas de suivi ni d'évaluation rigoureuse des actions sur le terrain, etc.

L'abord du traitement substitutif des drogues a soulevé des questionnements : ne vaut-t-il pas mieux aider à la désintoxication plutôt qu'à la substitution ? M Toufik Abdalla a mis l'accent sur le fait que les toxicomanes ont du mal à arrêter et cela peut demander dix ans, alors que les programmes de substitution permettent :

- d'entrer en contact avec les usagers ce qui permet de savoir où ils sont et dans quelles conditions ils vivent
- la substitution permet de sortir les usagers de la galère puisqu'ils sont prêt à tout pour avoir leur dose quitte à se mettre et à mettre les autres en danger
- la substitution est une mesure de réduction de risque (RDR) qui a des visées préventives pour l'utilisateur mais aussi pour la santé publique, de protection des droits des usagers, etc.

L'après midi, ont été présentées les propositions de recommandations élaborées par l'équipe : CRASC, ONUSIDA et M. Toufik Abdalla. Les modifications préconisées par les participants ont

été intégrées aux recommandations qui ont été validées et sont intégralement présentées ici :

Recommandations

Les recommandations issues de cette étude s'articulent autour de cinq axes principaux :

1) Information et formation des usagers

• *Elaborer des matériels de prévention en direction des usagers problématiques* : compte tenu du niveau de connaissances des usagers participant à l'enquête, il semble primordial de concevoir des supports d'information spécifiques, détaillés et clairs proposant des solutions et des pistes en matière de risques et de protection et sur les modes de transmission du VIH/SIDA, en adéquation avec les conditions de vie et les contextes de consommation des usagers. L'implication d'usagers ou d'ex-usagers à son élaboration est essentielle afin que le vocabulaire utilisé soit en adéquation avec celui ayant cours chez les usagers auxquels ce matériel est destiné ;

• *Former des acteurs de terrain sur les méthodes d'intervention dans les populations difficiles d'accès* : les acteurs sont essentiellement des professionnels ayant à faire aux usagers problématiques, des usagers, d'ex-usagers et des personnes issues du terrain. Ils seront formés aux modalités de mise en œuvre pratique des actions de réduction des risques de proximité ; sensibilisés à la nature du message à mettre en œuvre et aux moyens adaptés pour le délivrer. Il s'agira d'une formation de base destinée à la mise en œuvre concrète d'une ou plusieurs actions dans des sites à forte concentration d'usagers injecteurs à risques ;

• *Ouvrir des lieux d'accueil à « bas seuil d'exigence »* : compte tenu de la prévalence élevée des pratiques à risque constatées dans le groupe des usagers de rue, et compte tenu de la difficulté à les atteindre, il est recommandé d'ouvrir, dans certains points sensibles, des lieux d'accueil conviviaux à « bas seuil d'exigences », (sans aucune obligation de demande de soins ou de sevrage). Les missions de ces lieux peuvent être multiples : attirer et entrer en contact avec la population « cachée » des usagers problématiques les plus à risques - Mettre à disposition des matériels de prévention (brochures, seringues,

préservatifs) -Orienter vers les centres de soins et les hôpitaux - Orienter vers les lieux de dépistage SIDA et hépatites etc. Les résultats de l'enquête indiquent qu'Alger semble être, parmi les sites prioritaires, le plus approprié pour un tel projet.

• *Introduire les traitements de substitution aux opiacés* : compte tenu de la prévalence élevée de la consommation d'opiacés (essentiellement héroïne et buprénorphines), il est fortement recommandé d'introduire des traitements de substitution aux opiacés pour les usagers en situation d'échec de sevrage et/ou problématiques. L'introduction d'une telle modalité de prise en charge doit être précédée par des débats entre professionnels et décideurs sur son intérêt en termes de santé publique ainsi que sur ses modalités de mise en œuvre dans le contexte algérien.

2) Sensibilisation des décideurs et des professionnels du champ des soins et de la prise en charge des usagers de drogues

• *Organiser une session de sensibilisation sur les options des politiques publiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les hépatites* : pour des décideurs des ministères concernés (Intérieur, Justice et Santé, Jeunesse et Education, Solidarité et Emploi, les élus, etc.).

Cette session peut s'appuyer tant sur les résultats de l'étude que sur l'expérience internationale cumulée au cours de ces vingt dernières années. Celle-ci est en effet riche d'enseignements en matière d'impact des différentes options de prévention des IST /VIH/hépatites dans le groupe à risque concerné.

• *Organiser un séminaire ou une conférence en direction des professionnels du soin et de la prise en charge des usagers de drogues pour débattre des moyens à mettre en œuvre pour prévenir la diffusion de l'épidémie des IST/VIH/SIDA et hépatites*. Le compte rendu des résultats de l'étude pourrait constituer l'occasion pour un tel événement dont l'objectif principal, outre la discussion des résultats, est de sensibiliser les participants aux risques inhérents à la diffusion des pratiques d'injection et les mesures à envisager pour y faire face.

3) Mettre en place des centres de dépistages du VIH/SIDA et des hépatites

• *Etablir un partenariat avec les centres de dépistage* : le faible pourcentage de personnes dépistées doit inciter à trouver les moyens facilitant l'accès de cette population aux lieux de dépistage.

Des partenariats pourraient être établis entre les centres de soins et/ou les lieux d'accueil des usagers et les centres de dépistage gratuits et anonymes, lorsqu'ils existent et permettre ainsi aux usagers d'être mieux accueilli. A l'inverse, les professionnels de ces centres de dépistage viendraient périodiquement assurer une permanence. Là où ces centres n'existent pas, des accords peuvent être envisagés avec les centres hospitaliers les plus proches et techniquement apte à pratiquer ces dépistages.

4) Collaboration internationale

• *Des actions bi et/ou multilatérales avec un ou des pays d'Europe du Sud* : L'étude a mis en exergue une forte mobilité des usagers de drogues injecteurs notamment vers les pays d'Europe du Sud. Nombreux sont les usagers qui ont été probablement initiés aux pratiques d'injection lors de leur séjour à l'étranger.

Compte tenu du rôle que peuvent jouer ces usagers dans la diffusion de ces pratiques en Algérie, il est recommandé d'envisager des actions et des projets bi ou multilatéraux sous l'égide d'ONUSIDA avec les pays européens les plus concernés. Ces projets pourraient s'élaborer et se réaliser avec le Maroc et la Tunisie, pays confrontés à des situations analogues.

5) Etudes complémentaires et recherches

• *Réaliser une étude qualitative (complémentaire de l'enquête quantitative déjà réalisée)* afin de mieux appréhender les attitudes et les comportements des usagers injecteurs vis-à-vis des risques de contamination ; les représentations des risques et le sens que l'utilisateur donne à son acte ; et enfin les stratégies d'évitement individuelle et collective mise en œuvre par les usagers pour y faire face.

• *Réaliser une étude épidémiologique multicentrique couplée avec un prélèvement biologique* : le taux de dépistage VIH, VHC et hépatite B parmi les usagers participant à l'enquête étant très faible, il paraît primordial d'entreprendre une étude épidémiologique combinée avec des prélèvements d'échantillons biologiques « non corrélés »

parmi les usagers injecteurs les plus à risques. Le recours au test salivaire peut à la fois réduire le coût ; faciliter la mise en œuvre et garantir une meilleure acceptation de la part des usagers. Cette étude pourrait être réalisée auprès des usagers injecteurs relevant des trois sites actuels auxquels s'ajouteraient trois autres sites, ce qui garantirait une meilleure couverture géographique.

Calendrier de mise en œuvre des recommandations

Suite aux recommandations précédentes, l'équipe a proposé un calendrier de réalisation des recommandations qui a été validé lors de la réunion, avec les responsables et les partenaires de l'étude au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, qui s'est tenue le dimanche 20 novembre 2005 au siège du MESRS à Alger. Les actions s'étalent de l'année 2006 à l'année 2008 ;

1- Formation des intervenants et information des usagers :

Premier et 2^{ème} semestre 2006

- Formation des acteurs sur les méthodes d'intervention au sein des populations d'usagers de drogues difficiles à atteindre.
- Elaboration des matériels de prévention en direction des usagers problématiques de drogues.

2- Mise en place de lieux d'accueil à « bas seuil d'exigence »

2^{ème} semestre 2006 au 2^{ème} semestre 2008 :

- 1^{er} semestre 2006 : conception et cahier de charges
- 2^{ème} semestre 2006 : structure expérimentale à Alger
- 1^{er} semestre 2007 au 2^{ème} semestre 2008 : extension de ces structures à cinq/six villes.

3- Ouvrir le débat sur l'introduction des traitements de substitution

2^{ème} semestre 2006 au 2^{ème} semestre 2007 :

- Séminaire d'échange ad hoc avec des experts français
- Réglementation, protocole et formation de prescripteurs (cours stages en France)
- Prescriptions et délivrance (sites expérimentaux)

4- Sensibilisation des professionnels et des décideurs :

1^{er} et 2^{ème} semestre 2006 :

- 1^{er} semestre: Séminaire pour décideurs sur les options des politiques publiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les hépatites chez les usagers de drogues

- 2^{ème} semestre : Séminaire pour professionnels du soin pour usagers de drogues sur la prévention du VIH et VHC

5- Mise en place des centres de dépistages IST/VIH et des hépatites

1^{er} semestre 2006 au dernier semestre 2008 :

- 1^{er} semestre 2006 : Recensement des CDAG et des structures susceptibles de l'être dans les grandes villes

- 2^{ème} semestre 2006 : Négociations avec les structures

- 1^{er} semestre 2007 : Elaboration et signature des conventions

- 2007-2008 : Mise en place progressive

6- Projets bi et/ou multilatéraux avec les pays d'Europe du Sud

2^{ème} semestre 2006 à 2008

- 1^{er} semestre 2006 : Repérage de partenaires potentiels et contacts préliminaires

- 1^{er} semestre 2007 : Etablissement des partenariats et recherche du financement

- 2007-2008 : Réalisations des projets

7- Etude qualitative : 2^{ème} semestre 2006-1^{er} semestre 2007 :

2^{ème} semestre 2006-2007

- 2^{ème} semestre 2006 : Conception, protocole et enquête de terrain

- 1^{er} semestre 2007 : Analyse des résultats

8- Etude épidémiologique multicentrique couplée avec un prélèvement biologique

2007-2008 :

- 1^{er} semestre 2007 : phase préparatoire (choix de l'équipe de recherche, laboratoire, protocole, procédures etc.).

- 2^{ème} semestre 2007 : réalisation de l'enquête

- 1^{er} semestre 2008 analyse des résultats

Bibliographie

Recherches sur les toxicomanies en Algérie

- 1990 : Enquête sur la consommation des psychotropes chez les jeunes de 15 à 24 ans à Alger. Dr. Yahi (M.), Dr. Hannan (D), Dr. Selhab (INSP)
- 1997 B. Soulimane : Thèse de magistère sur les mineurs de justice se trouvant au CSR filles et CSR garçons d'Oran (17/89).
- En 2001, le FOREM a mené une enquête sur la consommation de drogues dans les lycées d'Alger auprès d'une population de : 1200 lycéens
- Enquête algérienne sur la santé de la famille 2002. Rapport préliminaire 2003. MSPRH, ONS, Ligue des Etats arabes.
- La 2^o enquête de IPSOFIM (2003) qui a réalisé un sondage sur « le niveau de conscience, la représentation et la perception du phénomène drogue et toxicomanie en Algérie »
- La revue « ACTES » toxicomanie SIDA, N^o 1
- Ouled Taleb, la prévention de la toxicomanie en milieu scolaire
- pF Benhamed (R.), la toxicomanie intraveineuse : co-infection, VIH, hépatite, in Santé plus, N^o 72, Nov. Déc. 2003.
- PF Ridouh (B), Assene (N), Toxicomanie et loi algérienne, Actes n^o 1
- PF Ridouh (B), la poly-toxicomanie en Algérie, in Santé Plus, N^o72, nov. Déc. 2003

Bibliographie générale sur le SIDA et les Toxicomanies

Recherches et enquêtes :

Alaoui, l'usage de drogue et la justice, côté pile côté face. Actes n° 1

Amrane (R), Oulhaci (H) et Gherbi (L) Actes n°1

Benhamed (R.), Dr Guellat (A), Dr Zeddami (A), *La toxicomanie*, in Santé plus, No 72,

Benhamed (R.), *la toxicomanie intraveineuse : co-infection, VIH, hépatite*, in Santé plus, N° 72, Nov. Déc. 2003.

- *Enquête algérienne sur la santé de la famille 2002*, rapport préliminaire. MSP, ONS, Ligue des Etats arabes, juin 2003.
- *Enquête CAP chez les jeunes de 15 à 30 ans sur les questions liées au SIDA*, MSP, Alger. Enquête initiée par le Service de la communication sociale Bureau « Enquêtes », juillet 2002.
- IPSOFIM (2003), *Drogues et toxicomanies : Etude du niveau de conscience, de la représentation et de la perception du phénomène en Algérie*. Déc. 2003.
- La gendarmerie nationale : *Activités de lutte contre le trafic de stupéfiants et substances psychotropes*. Chiffres variés : 92-2003.
- Mimouni (B), Sebaa (FZ), Mimouni (M.), Kebdani (KH) « *Le suicide des jeunes dans la Wilaya d'Oran* » Projet de recherche CRASC, 2002-2004.
- Moutassem-Mimouni (B), Sebaa (FZ), Mimouni (M.), Kebdani (KH) : *Liens entre toxicomanies et suicide*, communication présentée au colloque organisé par la direction de la jeunesse et des sports de Tlemcen sur « la consommation de substance psychoactives : déterminants, prévention et modes de sensibilisation » Tlemcen, le 28 juin 2004.
- Moutassem-Mimouni (B.), *Le SIDA : Résistance à la maladie et résilience*, journée d'étude sur le SIDA, organisée par l'APCS, Oran, décembre, 1999.
- ORS : *Situation épidémiologique des maladies sexuellement transmissibles. Région Ouest, de 1997 à 2001*. Site O.R.S. Oran.
- Ouled Taleb, la prévention de la toxicomanie en milieu scolaire. Thèse en médecine 1997.

Rapport d'activité du FOREM, commission «toxicomanie», *Actualité drogue*, in Santé Plus, n° 72, novembre/décembre. 2003.

- Razik, Dr Moufok, Dr Belmadani, Dr Abidi, Dr Bellal. CHUO, service des maladies infectieuses. *Infection à VIH/SIDA dans l'Oranie* Communication présentée au Centre Culturel Français, document fourni par le Dr Razik.
- Relevé épidémiologique mensuel : 5 décembre 1999, INSP, M.S.P. volume I, II, III.
- Revue Actes : toxicomanie et SIDA ; N° 1
- Ridouh (B), Assene (N), *Toxicomanie et loi algérienne*, Actes n° 1
- Ridouh (B), *la poly-toxicomanie en Algérie*, in Santé Plus, N°72, nov. Déc. 2003
- Soulimane (B), *Etude des milieux de socialisation des mineurs de justice et influence dans l'émergence des conduites marginales et délinquantes*. Oran 1997
- Tadjeddine (A), Mimouni (B), *Young and sexuality: Oran expérience*. », Paris, du 24-28 juin 2001, XV° Word Congress of Sexology, organisé par The Word Association for Sexology
- Tadjeddine (A), Nasri (N), Ladjali (M), et Mokhtari (L), *la santé reproductive des jeunes : l'apport des focus groupe de discussion*, Fédération maghrébine de fertilité et contraception, 1997
- Tadjeddine (A), *Santé reproductive des jeunes : stratégies participatives dans la Wilaya d'oran*. Thèse de doctorat en Sciences médicales, Oran, 1998.
- Yahi M., Hannoun D et Selhab, *Enquête sur la consommation de psychotropes chez les jeunes de 15 à 24 ans dans la Wilaya d'Alger*. Juin 1990. INSP, Partie I et II. In Relevé épidémiologique mensuel, INSP, Alger.

Rapports et documents :

- L'abus de drogue : évaluation rapide de situation (ERS), Vienne sept 1999 (document fourni par S. Lounnas)
- Plan opérationnel de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2003-2006 (le 13 avril 2003) MESR (fourni par M Djemai MESR)
- Programme national de lutte contre le VIH /SIDA et les infections sexuellement transmissibles : document de 5 pages qui présentent les grandes lignes de la lutte contre le sida en Algérie (santé maghreb.com)

- Rapport de l'atelier national de validation et de consensus sur le plan stratégique national de lutte contre les IST/VIH/SIDA ; INSP Alger, 17 et 18 mars 2002. (document fourni par le Dr Tadjeddine.)

Sites Web

Références sur le SIDA et la toxicomanie en Algérie

- Article in Jeune Afrique / L'intelligent du 5 février 2004 : « le silence qui tue aussi »
- Document : les drogués, décrit les différentes sortes de drogues et leurs effets. DKB, 2002
- Homophobie et SIDA : présente une étude des 3 pays du Maghreb, il parle de l'homophonie qui consiste à lier la maladie à l'homosexualité, oct. 2003, par Hasni
- Projet : Prévention du sida et des toxicomanies auprès des jeunes adolescents scolarisés (1999- 2001) du Dr K. Bereksi (Oran)
- Projet de recherche : La recherche narrative : les schémas de comportement des jeunes au sein de la société algérienne en matière de santé sexuelle et reproductive de Mohamed Mebtoul, Institut de sociologie d'Oran.
- Rapport ONUSIDA 1997, « le sida dans les prisons »
- www.cannabistrot.org/documentation/analyses : Les intervenants en toxicomanie, le SIDA et la réduction des risques en France. Par Anne Coppel : acoppel@club-internet.fr in vivre avec le VIH, 166, 1996.
- www.onlcdt.dz : de l'office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie présente un document de 13 pages avec analyse et des statistiques relatives à la saisie de la drogue durant la période de 1992 à 2002 et des données statistiques sur les personnes condamnées
- www.onlcdt.dz : rapport mondial sur les drogues
- www.onlcdt.dz/apparition : Document intitulé : Apparition, tendance et évolution du phénomène de la drogue en Algérie
- www.onlcdt.dz/guide.htm : présentation de l'office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie
- www.onlcdt.dz/plan: Plan directeur national de prévention et de lutte contre la drogue.

Documents de référence globale :

- Article : Toxicomanie sida, le rapport à la vie à la mort. Patrick Simon.
- Bettelgeuse.bpr.fr/8/sida/ : bibliographie sur le sida les MST et la toxicomanie
- Drogues et toxicomanies document trois parties : les produits, les aspects psychologiques de la toxicomanie ; les traitements de la toxicomanie
- U.N., economic and Social Council, janvier 2002 : World situation with regard to drug abuse, in particular the spread of human immunodeficiency virus/acquired...
- www.injep.fr/publication/dosp/PUBL_docu: Collection les dossiers pédagogiques, « toxicomanie et sida » : introduction aux demandes de prévention à l'usage des formateurs jeunesse et sports.
- www.les-verts-europe.org/alire : Rapport annuel politique européenne des drogues (2p)
- www.multisexualité-et-sida.org: liens prévention sida, France, Europe, migrants, Afrique, International (9p.)
- www.t3a.com/codes_17/générateur : Guide des ressources documentaires et pédagogiques du groupe Info SIDA (93p.)
- www.unodc.org/unodc/fr/wdr_executivesummary-2000 Rapport mondial sur les drogues 2000, résumé analytique

Mémoires de fin de licence en psychologie clinique

- Bouzid (M) et Zorfi (F), *approche clinique de l'angoisse chez quatre personnes contaminées par le VIH/SIDA*, directeur Bouledjraf (B), juin 2002, Oran.
- Senouci (A), Chabane (S), *prise en charge psychologique des personnes contaminées par le VIH/SIDA*, directrice de recherche Melle Kebdani KH. , juin 2003, Oran.

Mémoire de magistère

- Hamel Khatou, *Vivre avec le SIDA, Approche anthropologique*. Département de sociologie, Université d'Oran, décembre 2004.

Liste des graphes

Graphe 1 : Répartition des enquêtés selon le groupe d'âge	46
Graphe 2 : Répartition des enquêtés en fonction du lieu d'habitation	45
Graphe 3 : Nombre de consommateurs d'amphétamines	60
Graphe 4 : Consommation de cocaïne	61
Graphe 5 : Consommation de psychotropes	63
Graphe 6 : Répartition des injecteurs versus non injecteur selon le lieu d'habitat	66
Graphe 7 : Fréquence d'utilisation du préservatif durant l'année passée (n=110)	78
Graphe 8 : Nombre de partenaires sexuels pour de l'argent durant dernier mois (n=54)	80
Graphe 9 : Répartition des drogues injectées par le groupe VE1 (Europe)	92
Graphe10 : Répartition des drogues injectées par le groupe NVE2 (non voyage)	93
Graphe 11: Situation matrimoniale des enquêtés	135
Graphe 12 : Niveau d'instruction des enquêtés	135
Graphe 13 : Répartition de l'échantillon selon la situation professionnelle	136
Graphe 14 : Personne lui ayant fait la dernière injection	140
Graphe 15: Raisons de la non-utilisation du préservatif	144
Graphe 16 : Fréquence de rapports sexuels sous l'effet de drogues ou alcool	144

Liste des tableaux

Tableau 1 : Statistiques des saisies de drogues de 1990 au 1 ^{er} semestre 2004	28
Tableau 2 : Comparaison des chiffres de la DGSN, La GN et la Douane 2000-2004	30
Tableau 3 : Affaires traitées	31
Tableau 4 : Distribution des populations enquêtées selon les trois sites n = 285	42
Tableau 5 : Inhalation de colle selon les 3 sites de l'enquête	50
Tableau 6 : Nombre moyen de comprimés/jour par site et espace	50
Tableau 7 : Prix moyen d'un cachet et prix moyen de la boîte de comprimés	51
Tableau 8 : Taux de consommation de drogues selon le site	53
Tableau 9 : Consommateurs d'héroïne tous modes et injection dernier mois selon le site	54
Tableau 10 : Consommation et injection du Temgésic/subutex selon le site	58
Tableau 11: Cocaïne : tous modes d'administration et injection dernier mois et année par site	61
Tableau 12: Consommation de psychotropes selon les sites	63
Tableau 13 : Répartition de la population selon le psychotrope injecté	64
Tableau 14: Taux d'emploi du groupe injecteur	65
Tableau 15 : Taux d'emploi du groupe non injecteur	65
Tableau 16 : consommation d'héroïne tous modes d'administration : injecteurs et non injecteurs	67
Tableau 17 : Consommation de cocaïne tous modes d'administration : injecteurs / non injecteurs	68
Tableau 18 : consommation tous modes de temgésic/subutex : injecteurs/non injecteurs	68
Tableau 19: Répartition des enquêtés selon la première drogue injectée selon les sites de l'enquête	70

Tableau 20 : Sexe et âge des enquêtés lors de la première injection	70
Tableau 21 : Fréquence de désinfection de la seringue selon site	75
Tableau 22 : Utilisation du préservatif selon le site	77
Tableau 23 : Nombre de partenaires sexuels durant le mois passé selon les sites	79
Tableau 24 : Dépistage VHC/B, VIH selon le site	82
Tableau 25 : Durée de séjour moyenne selon les pays de séjour(en Europe)	88
Tableau 26 : Répartition des usagers par site et selon des drogues consommées lors du séjour à l'étranger	90
Tableau 27 : nombre de personnes ayant injecté à l'étranger selon le site	90
Tableau 28 : Nombre de personnes arrêtées et/ou expulsées selon les 3 sites	91
Tableau 29 : Distribution des groupes: voyage Europe (VE1) non voyage (NV2)	92
Tableau 30 : Moyenne d'âge par produit des personnes ayant suivi une cure de sevrage	100
Tableau 31 : produits à l'origine de la prise en charge et la moyenne d'âge par produit	101
Tableau 32 : Les wilayas les plus touchées par VIH/SIDA en Oranie de 1991 à 2003	134
Tableau 33 : Répartition des enquêtés selon l'espace d'enquête n = 285	134
Tableau 34 : Répartition des usagers travaillant s à temps plein/ temps partiel selon la profession exercées	136
Tableau 35: taux de consommation des opiacées selon le site	137
Tableau 36 : Consommation et injection du Temgésic/subutex selon le site	137
Tableau 37: prévalence de consommation des stimulants	137
Tableau 38 : Récapitulatif de consommation selon le site	138
Tableau 39 : injection d'héroïne selon le site (groupe injecteur)	138
Tableau 40 : Âge actuel et sexe des injecteurs	138
Tableau 41 : Lieu d'habitation des injecteurs	139
Tableau 42 : Lieux d'habitation des injecteurs versus non injecteurs	139

Tableau 43 : Nombre d'enquêtés selon le dernier lieu de l'injection selon le site	140
Tableau 44 : Fréquence d'utilisation d'une seringue déjà utilisée selon le site durant dernier mois	141
Tableau 45 : raisons d'utilisation d'une seringue neuve selon le site	141
Tableau 46 : Moyens de désinfection du matériel d'injection selon le site (N=79)	142
Tableau 47 : Injecteurs partageurs de seringue/non partageurs par site et par espace	142
Tableau 48 : Injecteurs de Temgésic/subutex et héroïne durant le dernier mois et le site	143
Tableau 49: Rapports sex. pour de l'argent dernier mois selon les sites (taux)	143
Tableau 50 : Testés : non testés VIH selon site, espace, sexe et âge	145
Tableau 51 : Modes de transmission du sida	145
Tableau 52 : Moyens de se protéger du sida	146
Tableau 54 : Moyennes d'âges des personnes actuellement prises en charge	147
Tableau 56 : Les associations connues par les enquêtés	148
Tableau 57 : Propositions pour améliorer centres de soins	149
Tableau 58 : Nombre de tentatives de désintoxication selon le site	149

Annexes

Annexes

Annexe 1^{ère} partie : Données secondaires

Tableau 32 : Les wilayas les plus touchées par VIH/SIDA en Oranie de 1991 à 2003¹⁸

Oran	Mascara	S.B. A.	Saïda	Mostaganem	Tiaret	Tlemcen	Témouchent	Relizane	Autre	total
100	30	25	24	22	18	17	8	5	9	258
38%	11.67	9.72	9.33	8.5	7	6.61	1.94	1.94	3.48	100%

Source site Web ORS (Oran)

Annexes chapitre I : Données sociodémographiques

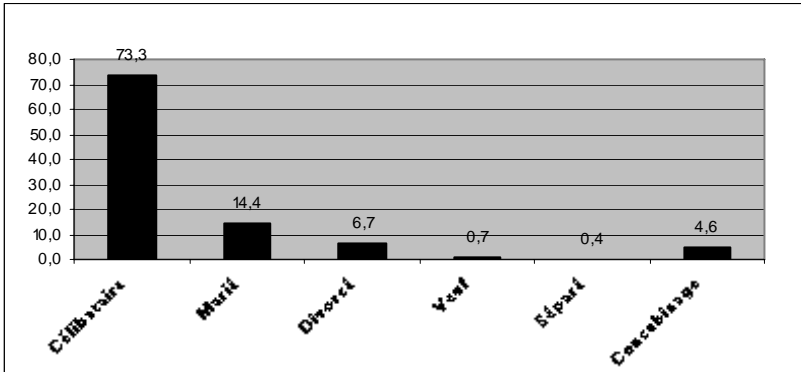
Tableau 33 : Répartition des enquêtés selon l'espace d'enquête n = 285

	Masculin	Féminin	Moyenne d'âge les 2 sexes réunis	Total	%
Prison	83	8	28,7	91	32
Centre de soins	32	6	28,7	38	13,3
Rue	139	17	28,6	156	54,7
Total	254	31	28,8	285	100

Source : Données et traitement CRASC 2005

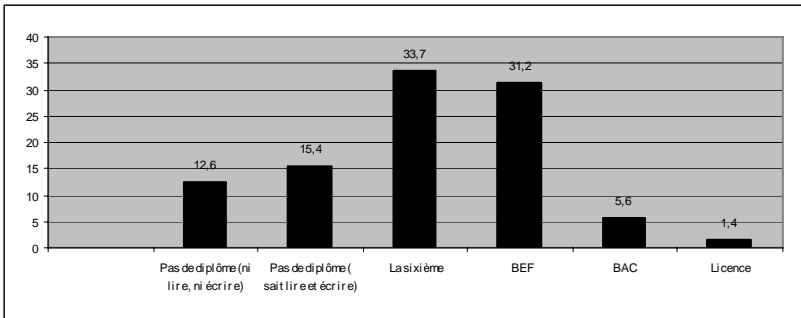
¹⁸ Données ORS Oran.

Graphe 11: Situation matrimoniale des enquêtés



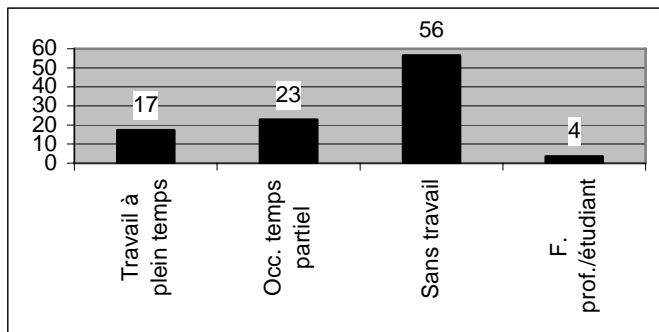
Source : Données et traitement CRASC 2005

Graphe 12 : Niveau d'instruction des enquêtés



Source : Données et traitement CRASC 2005

Graphe 13 : Répartition de l'échantillon selon la situation professionnelle



Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 34 : Répartition des usagers travaillant s à temps plein/ temps partiel selon la profession exercées

Profession	Total	%
Directeur ; commerçant ; entrepreneur.....	18	15.8
Professions intellectuelles et scientifiques	5	4.4
Professions intermédiaires	4	3.5
Employés de type administratif	4	3.5
Personnel des services et vendeur de magasin et de marché	19	16.7
Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture et de la pêche	1	0.9
Artisans et ouvriers des métiers de type artisanal	31	27.2
Conducteur d'installation et de machines et ouvriers de l'assemblage	4	3.5
Ouvriers et employés non qualifiés	15	13.2
Profession non classé ailleurs	10	8.8
Non déclaré	3	2.6
Total	114	100

Source : Données et traitement CRASC 2005

Annexe chapitre III

Tableau 35 : taux de consommation des opiacées selon le site

Taux de consommation des opiacées selon le site				
Drogues consommées %	Oran (n=102)	Alger(=89)	Annaba (n=94)	Total (n=285)
Toute consommation héroïne	26 %	57 %	36 %	13
Temgésic/subutex	19 %	66 %	59 %	15
Opium	22 %	24 %	27 %	24
sirop codéine	43 %	46 %	56 %	48

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 36 : Consommation et injection du Temgésic/subutex selon le site

Consommation et injection dernier mois	Oran		Alger		Annaba		global
	N	%	N	%	N	%	
Temgésic/subutex tous modes d'administration	20	16%	52	42%	52	42%	124
Taux selon la pop du site	20/102	19,6%	52/89	58%	52/94	55%	
Injecté Temgésic/subutex dernier mois	7	7%	21	24%	15	16%	43

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 37: prévalence de consommation des stimulants

Stimulants /sites	Oran (n=102)	Alger (n=89)	Annaba (n=94)	Global (n=285)
Cocaïne	24,5	41,6	39,4	34,7
Amphétamines	23,5	2,2	7,4	11,6

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 38 : Récapitulatif de consommation selon le site

Drogues consommées	Oran	Alger	Annaba	Total
Toute consommation d'héroïne	26,5	50,6	34,0	36,5
Injecté héroïne. Der. Mois	3,9	28,1	6,4	12,3
Temgésic/subutex	19,6	58,4	55,3	43,5
Injecté Temgésic/subutex der mois	6,9	23,6	16,0	15,1
Cocaïne	24,5	41,6	39,4	34,7
Injecté cocaïne. Der mois	2,0	12,4	6,4	6,7
Amphétamines	23,5	2,2	7,4	11,6
Injecté amphé. Der mois	8,8	0,0	2,1	3,9
Cachets	94,1	97,8	98,9	96,8
Injecté cachets der. mois	1,0	10,1	5,3	5,3

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 39 : injection d 'héroïne selon le site (groupe injecteur)

Injection de l'héroïne durant l'année	Oran		Alger		Annaba		Total	
	N=10	%	N=35	%	N=32	%	N=82	%
Oui	3	30	25	71		12	40	49%
Non	7		10		25		42	
Total	10		35		37		82	

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 40 : Âge actuel et sexe des injecteurs

Injecteurs (au cours de durant l'année)	Oran	Alger	Annaba	Total
Oui	H 10	35 H 6 F	37 33H 4F	82
Moyenne d'âge	H 30 ans	H 30,8 ans F 35,5 ans	H 27,6 ans F 24,5 ans	

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 41 : Lieu d'habitation des injecteurs

Lieu d'habitation	Annaba		Alger		Oran	Total	Total %
	Homme	Femme	Homme	Femme			
Chez moi	7	1	10	1	4	23	28
Chez mes parents	14	1	13	1	4	33	40
Chez des amis	1	1		2	1	5	6
Dans la rue	3	-	2		1	6	7
Chez grands-parents/Frère:tante	5		4			9	11
Concubinage	-	1		2		3	4
Prison	3	-				3	4
Total	33	4	29	6	10	82	100

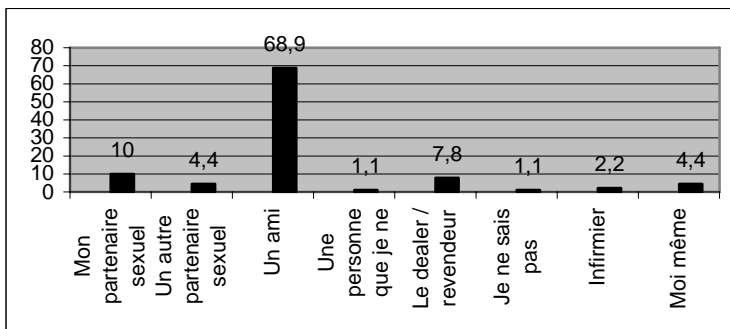
Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 42 : Lieux d'habitation des injecteurs versus non injecteurs

Habitat	Injecteurs (%)	Non injecteurs (%)
Chez moi	28	18
Chez mes parents	40	63
Chez des amis	6	3
Dans la rue	7	4
Grands-parents	11	7
concubinage	4	0
Prison	4	4
Total	100	100

Source : Données et traitement CRASC 2005

Graphe 14 : Personne lui ayant fait la dernière injection



Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau43 : Nombre d'enquêtés selon le dernier lieu de l'injection selon le site

Lieu de la dernière injection	Oran	Alger	Annaba	Total	Total %
Chez moi	7	15	5	27	19
Chez un ami	10	19	12	41	29
Chez le dealer	5			5	4
Dans la rue	7	6	18	31	22
Voit/Hammam/bateau/forêt/plage	2	8	17	27	19
Etranger	2	2	4	8	6
Caserne/prison	2		1	3	2,1
Total	35	50	57	142	100

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 44 : Fréquence d'utilisation d'une seringue déjà utilisée selon le site durant dernier mois

Fréquence d'utilisation d'une seringue usagée	Oran	Alger	Annaba	Total
Plus de cinq fois	2	1	-	3
de trois à cinq	-	5	2	7
Deux fois	1	6	5	12
Une fois	2		3	5
Ne sais pas	1	2		3
Total	6	14	10	30

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 45 : raisons d'utilisation d'une seringue neuve selon le site

Le pourquoi de l'importance de l'utilisation à chaque fois d'une seringue neuve	Oran	Alger	Annaba	Total N=125	%
Pour me protéger	19	25	23	67	54
Hygiène générale	7	6	21	34	27
Pour éviter le sida	12	24	13	49	39
Pour éviter l'hépatite	3	12	4	19	15
Pour éviter les maladies	20	16	20	56	45
Je ne sais pas	1	1	2	4	3,2

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 46 : Moyens de désinfection du matériel d'injection selon le site (N=79)

Le moyen de désinfection de la seringue déjà utilisée	Oran	Alger	Annaba	Total	Total %
eau / coton /vinaigre	6	10	26	42	53
eau de javel	7	14	13	34	43
Bouillir	-	9	7	16	20
Produits chimiques	3	2	-	5	6
Alcool/alcool iodé/ flamme/		4	2	6	8

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 47 : Injecteurs partageurs de seringue/non partageurs par site et par espace

Injecteurs / Injecteurs non partageurs selon l'espace et le site	Oran n=10		Alger n=35		Annaba n=37	
	Injecteur Partageur	Injecteur Non partage	Injecteur Partageur	Injecteur Non part	Injecteur Partageur	Injecteur Non partage
Prison	-	-	-	3	7	9
Centre de soins	-	1	1	-	3	3
Rue	3	6	15	16	8	7
Total	3	7	16	19	18	19

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 48 : Injecteurs de Temgésic/subutex et héroïne durant le dernier mois et le site

Consommation	Oran n=102		Alger n=89		Annaba n=94		Global	
	Héroïne tous modes	27	26%	45	51%	32	31%	104
Injecté héroïne der. mois	4	4%	25	28%	6	6%	35	34 %
Temgésic/subutex tout mode	20	20%	52	58%	52	55%	124	
Injecté Temgésic/subutex der mois	4	4%	25	28%	6	6%	43	35 %

Source : *Données et traitement CRASC 2005*

NB : (en dehors du global, les taux sont calculés sur la population du site)

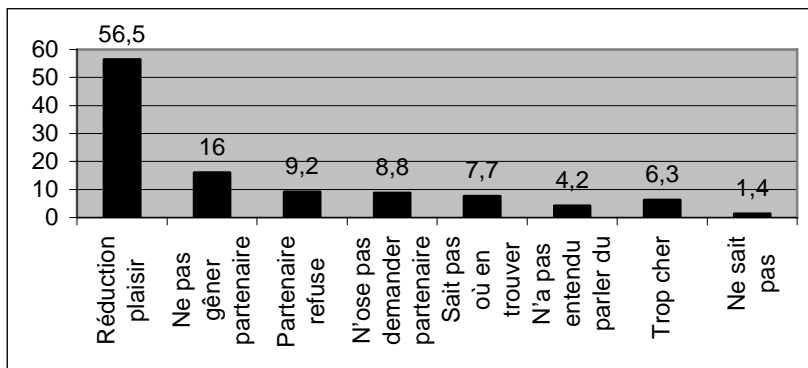
Annexes chapitre IV : chapitre relations sexuelles et conduites à risque

Tableau 49: Rapports sex. pour de l'argent dernier mois selon les sites (taux)

Des rapports sexuels durant le mois passé avec n'importe Quel sexe que vous avez payé ou qui vous a payé en argent....	Oran	Alger	Annaba	Total
Non	59	53	59	57
Total	100	100	100	100

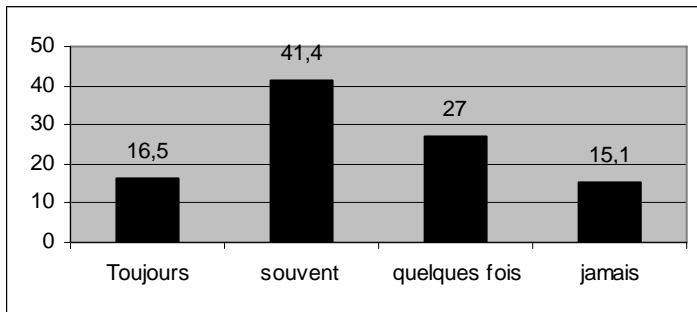
Source : *Données et traitement CRASC 2005*

Graphe 15 : Raisons de la non-utilisation du préservatif



Source : Données et traitement CRASC 2005

Graphe 16 : Fréquence de rapports sexuels sous l'effet de drogues ou alcool



Source : Données et traitement CRASC 2005

Annexes chapitre IV : VHC/ VIH/SIDA

Tableau 50 : Testés : non testés VIH selon site, espace, sexe et âge

Personnes qui non pas fait le test VIH			Test VIH	
Oran	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Rue	50	02	8	1
Moyenne d'âge	26,8 ans	27,5	34,3	35ans
Centre	09	03	2	1
Moyenne d'âge	27,3ans	26	35,5	30 ans
Prison	24	-	2	1
Moyenne d'âge	32ans	-	33	
Total	83	05	12	3
Alger				
Personnes qui n'ont pas fait le test VIH			Fait le test VIH	
Rue	45	4	8	2
Moyenne d'âge	28,8	22,3	33,1	40,5 ans
Centre	-	-	-	1
Moyenne d'âge	-	-	-	40 ans
Prison	18	6	4	1
Moyenne d'âge	29,6	26,2	26,8	30 ans
Total	63	10	12	4
Annaba				
Personnes qui n'ont pas fait le test VIH			Fait le test VIH	
Rue	23	8	5	-
Moyenne d'âge	27,6	25,4	36,4	-
Centre	13	-	8	-
Moyenne d'âge	26,2	-	32,1	
Prison	34	-	1	1
Moyenne d'âge	27,5	-	34	35ans
Total	70	8	14	1

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 51 : Modes de transmission du sida

Modes de transmission du sida	Oran	Alger	Annaba	Total
Par le sang	59,8	53,9	62,8	58,9
Par le sexe	80,4	86,5	80,9	82,5
En touchant	9,8	6,7	6,4	7,7
Par une seringue déjà utilisée	46,1	44,9	43,6	44,9
De la femme enceinte au fœtus	12,7	5,6	11,7	10,2
Je ne sais pas	1,0	1,1	2,1	1,4

Source : Données et traitement CRASC 2005

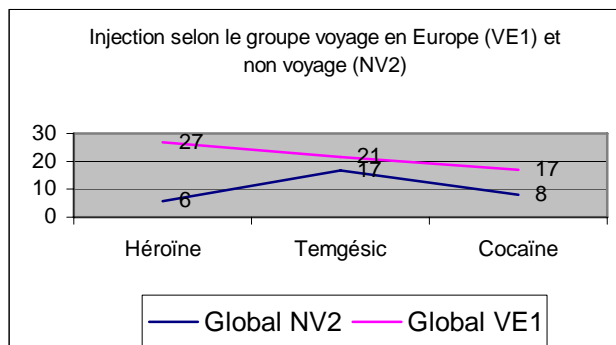
Tableau 52 : Moyens de se protéger du sida

Moyens de se protéger du sida	Oran	Alger	Annaba	Total
Ne pas avoir de relation sexuelle avant le mariage	38,2	22,5	25,5	29,1
La fidélité au partenaire	29,4	13,5	20,2	21,4
Ne pas coucher avec d'autres partenaires étrangers	34,3	15,7	33,0	28,1
Il ne couche pas pour de l'argent	10,8	5,6	10,6	9,1
Il utilise le préservatif	31,4	46,1	28,7	35,1
Il ne couche pas avec le même sexe	9,8	3,4	4,3	6,0
N'utilise pas la seringue déjà utilisée	37,3	40,4	28,7	35,4
Ne sais pas	2,0			0,7
Non déclaré	3,9	1,1		1,8

Source : Données et traitement CRASC 2005

Annexes chapitre « mobilité des usagers »

Graphe 16 : injection selon voyage en Europe (VE1) et non voyage (NV2)



Source : Données et traitement CRASC 2005

Annexes chapitre soins

Tableau 53 : Structures de prise en charge selon le site

Lieu des soins	Oran	Alger	Annaba	Total
Hôpital d'Alger	2	11	1	14
Hôpital d'Oran	17	-	-	17
Hôpital d'Annaba	-	-	12	12
Hôpital de Mila	-	-	2	2
ONG	-	1		1
Généraliste/psychiatre	1	1	3	5
Centre de désintoxication	2	-	26	28
Prison	2	-	2	4
A domicile	1	-	1	2
Etranger	-	-	2	2

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 54 : Moyennes d'âges des personnes actuellement prises en charge

	Oran		Alger		Annaba	
	Masculin	Femme	Masculin	Femme	Masculin	Femme
Moyenne	30,1	27,5	33,4	42,5	28,7	27
Total	28,3		34,6		28,6	

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 55 : Structures de prise en charge

Les lieux de soins actuels	Oran	Alger	Annaba	Total
Dispensaire	1	-	-	1
Centre de désintoxication	11	-	20	31
Neurologue	1	-	-	1
Prison	2	2	19	23
Service psychiatrique	1	3	1	5
Psychiatre	1	2	-	3
CHU Blida	-	3	-	3
Tout seul (à domicile)	-	2	-	2
Généraliste	-	-	1	1
CHU Alger	-	-	1	1
CHU Annaba	-	-	1	1
Non déclaré	-	3	-	3
Total	17	15	43	75

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 56 : Les associations connues par les enquêtés

Nom des associations	Alger	Oran	Annaba
EL GHAIT (Oran)		1	
Association Kouba	1		
Association Bab-El-Oued	1		
Sauvegarde jeune	3		
Info Com Alger	11		
Association de jeunes (maison de jeunes)	7		
AIDS Algérie	6		
Association Ben-Aknoun	1		1
Non déclaré	5		

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 57 : Propositions pour améliorer centres de soins

Amélioration des soins dans les centres	Oran	Alger	Annaba	Total	%
Sécuriser, entourer....	25	7	11	43	15.1
Surveillance médicale continue	5	5	6	16	5.6
Moyens humains et matériels	9	2	7	18	6.3
Sensibilisation- prévention générale	4	7	12	23	8.1
Créer des centres	2	1	2	5	1.8
L'insertion sociale et prof. Activité, loisirs	16	8	6	30	10.5
Délocaliser les centres (hors psychiatrie)	4	2	2	8	2.8
Suivi après cure (post cure)	-	2	4	6	2.1
Respect-valorisation du malade	3	4	2	9	3.2
Déplore non-formation du personnel soignant.	7	9	7	23	8.1
Cherté du traitement	1	-	3	4	1.4
Non déclaré	26	42	32	100	35.1
Total	102	89	94	285	100

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 58 : Nombre de tentatives de désintoxication selon le site

Nombre de tentatives de soins effectuées	Oran	Alger	Annaba	Total
1 à 3	15	13	20	48
4 à 6	5	4	7	16
7 à 10		1	5	6
11 à 12			2	2
20		1		1
Non déclaré	8	6	16	30
Total	28	25	50	103

Source : Données et traitement CRASC 2005

Tableau 59 : Taux de chômage de la population âgée de 16 à 59ans

GP. Ages	Masculin	Féminin	Total
16-29	29,3	32,8	29,9
30-39	12,8	10,4	12,3
40-59	5,2	2,4	4,8
Total	17,5	18,1	17,7

Sources : ONS, collection statistique n° 123, Enquête emploi auprès des ménage 2004. ONS, Alger, juillet, 2005.

Tableau 60 : Consommation moyenne par mois et année des différents produits

Produit	Moyen	Consommation moyenne durant	
		Mois	Année
Héroïne	Injecté	31	273
	Sniffé	17	191
	Fumé	19	67
Opium	Fumé	14	128
	Avalé	4	25
Subutex	Avalé	22	254
	Injecté	27	342
Sirop Amphitamine	Bu	12	79
	Injecté	5	42
	Avalé	14	97
Cocaïne	Injecté	20	106
	Sniffé	13	70
	Fumé	10	75
Comprimés	Avalé	58	587
	Sniffé	22	63
	Fumé	10	111
	Injecté	21	203
Kif / Hachich	Fumé	56	883
	Sniffé	18	120
Vin/Alcool/Biere	Bu	21	336

Produit	Moyenne jour
Cachet	7
Cigarettes	22

Annexe B : Les effets des principales drogues

« Les toxicomanies », Yves Pélicier. in : Encyclopédie « Univers de la psychologie » tome III, p. 349

L'héroïne	Les hallucinogènes (LSD, mescaline, psilocybine)
<p><i>Effets immédiats :</i> myosis, photophobie, prurit, anorexie, nausées ; indifférence, apathie, isolement ; traces de piqûres, négligence corporelle ; périodes de malaise (besoin), avec bâillement, impatience, sueurs, irritations, larmoiement.</p> <p><i>Accidents</i> surdosage : coma plus ou moins rapide avec cyanose (antidote ; natorphine) accidents infectieux, foyers pulmonaires, abcès, phlébites, hépatites à virus.</p> <p><i>Période d'état :</i> déchéance intellectuelle, confusion mentale ; déchéance physique, cachexie, sujet grabataire.</p>	<p><i>Effets immédiats :</i> - nausées pâleur, transpiration, tachycardie - hallucinations ou illusions de la vue ou de l'ouïe; - altérations de l'humeur : angoisse (« le gouffre ») ou euphorie.</p> <p><i>Accidents :</i> - paniques anxieuse, raptus agressif ou suicidaire ; - imprudences (défenestration) ; - réactions prolongées au-delà de 48h ; - réactions récurrentes ; - bouffées délirantes.</p> <p><i>Période d'état :</i> - association constante avec d'autres drogues ; - désocialisation, confusion ; - risque génétique</p>

Le chanvre indien (kif=marijuana=haschisch)	Les amphétamines
<p><i>Effets immédiats :</i> effets somatiques : tachycardie, horripilation, conjonctivite (les lunettes noires), troubles de l'accommodation, crampes épigastriques, céphalées ; effets psychiques : euphorie ou angoisse, ivresse, troubles illusionnels ou hallucinations, visuels et auditifs, désorientation temporo-spatiale.</p> <p><i>Complications :</i> conjonctivites, bronchites ; paniques anxieuse, impulsions suicidaires, agressives ou sexuelles, bouffées délirantes à évolution variable, parfois psychoses cannabiques, intoxication aiguë (collapsus).</p> <p><i>Effets lointains :</i> passivité, aboulie, clochardisation ; confusion mentale chronique ; escalade, association à d'autres drogues, alcoolisme</p>	<p><i>Effets immédiats :</i> effets physiques : tachycardie, vertiges trémulations et tics, parole rapide, bredouillée, crampes musculaires, instabilité de la marche ; effets psychiques : hyperexcitabilité hargneuse, irritabilité, désordres des actes, confusions hallucinations.</p> <p><i>Accidents :</i> impulsions suicidaires ou homicides ; psychoses délirantes aiguës ; hépatites à virus.</p> <p><i>Période d'état :</i> déchéance physique (amaigrissement, insomnie) ; agressivité, confusion mentale, interprétations délirantes ; association avec d'autres drogues.</p>