



Projet ALCS / OSF de plaidoyer pour les droits humains des usagers de drogues
Volet enquête de terrain

**Violations des droits humains des usagers de drogues
dans trois villes au Nord du Maroc
(Tanger, Tétouan, Nador)**

RAPPORT D'ENQUETE

2011

Olivier Maguet & Christine Caldéron

Remerciements

Les consultants tiennent à remercier très chaleureusement les dix enquêteurs qui ont permis la réalisation de cette enquête : Mustapha BENABDESLEM, Hussein OUTALEB, Amal GHNIMI, Hicham ZIANI et Jaouad DORHI pour le site de Tanger ; Amine ELKHLIA, Abdelamid ZNIBER et Mohamed NAJI pour le site de Tétouan ; Hakim SBAI et Khalid LAMHIYAOUI pour le site de Nador.

La bonne réalisation du recueil de données sur le terrain n'aurait pu se faire sans le soutien et l'investissement personnel du Dr Mohammed ESSALHI, directeur du CMP de Tanger et président de l'association RDR Maroc.

Les consultants remercient les deux autres associations opératrices de programmes de RDR de proximité qui ont, avec l'ALCS, accepté de mettre à disposition leurs intervenants pour réaliser le recueil de données : l'ASCMPH à Tanger et RDR Maroc à Nador.

Mademoiselle Imane ZAGHLOUL, chargée de projet à l'ALCS, a assuré la diffusion des outils aux enquêteurs entre la formation et le démarrage de l'enquête, puis la centralisation des questionnaires et des fiches de description de situations ; elle a en outre saisi les réponses des questionnaires et le verbatim des fiches de description.

Enfin, les consultants tiennent à remercier le Pr Hakima HIMMICH, présidente de l'ALCS, pour la confiance qu'elle leur a accordée dans la mise en œuvre de ce projet.

Plan du rapport

Résumé exécutif	page 7
1. Contexte et objectif de l'enquête	page 9
1.1. Le contexte marocain des usages de drogues en lien avec l'épidémie de sida au Maroc	page 9
1.2. Le contexte international	page 13
1.3. L'origine de l'enquête	page 14
2. Méthodologie	page 17
2.1. Outils de recueil de données	page 17
2.2. Constitution de l'échantillon	page 19
2.3. Analyse des données	page 20
3. Résultats	page 21
3.1. Profil sociodémographique	page 21
3.2. Consommation de produits psychoactifs	page 35
3.3. Prison	page 42
3.4. Violation des droits humains	page 47
4. Discussion-Conclusion	page 60
Références bibliographiques	page 63
Annexe : questionnaire utilisé	page 64

Liste des figures et tableaux

Fig 1 : répartition de l'échantillon selon les sites de recrutement	19
Tab 1 : distribution par sexe et par site	21
Fig 2 : distribution par sexe et par site	21
Fig 3 : âge des répondants	22
Tab 2 : distribution par modalité de logement	23
Fig 4 : distribution en fonction du type de logement selon les sites	23
Tab 3 : distribution par modalité de situation familiale	24
Fig 5 : distribution en fonction du type de situation familiale et par site	25
Fig 6 : distribution de l'échantillon total par nature de l'activité principale	26
Tab 4 : distribution par nature de l'activité principale par site	27
Fig 7 : répartition selon le degré de risque police/justice associé à l'activité et par site	27
Fig 8 : distribution des métiers dans le secteur informel	29
Fig 9 : distribution des hommes et des femmes déclarant une activité illégale selon la modalité	30
Tab 5 : fréquence des items témoignant d'une activité prostitutionnelle	31
Fig 10 : fréquence des activités générales au sein de la population étudiée	32
Tab 6 : situations procurant les revenus les plus fréquemment rencontrés	32
Fig 11 : répartition des répondants selon leur niveau d'instruction	33
Fig 12 : distribution des PUD selon leur auto-perception de l'état de santé personnel	34
Fig 13 : catégorisation des PUD selon leur auto-perception de l'état de santé personnel	34
Tab 7 : produits consommés par les répondants et comparaison avec d'autres sources	36
Fig 14 : produits consommés selon les sites	36
Fig 15 : structure de la consommation d'alcool par sexe et par site	37
Fig 16 : distribution des PUD en fonction du nombre de produits consommés	37
Fig 17 : distribution par site des consommations comportant 1 à 4 produits	38
Tab 8 : associations de produits les plus fréquentes chez les PUD	38
Tab 9 : part du cannabis dans les polyconsommations	39
Fig 18 : distribution des PUD en fonction du nombre de produits consommés sans et avec association de cannabis	39
Fig 19 : part du cannabis dans les groupes d'association de produits	40
Fig 20 : prévalence de l'injection parmi les PUD	40
Tab 10 : prévalence des modes de consommation selon les produits	41
Tab 11 : fréquence des consommations de produits	42
Fig 21 : classement des produits en fonction de leur niveau d'usage fréquent	42
Tab 12 : taux d'incarcération des PUD par sexe	43
Tab 13 : distribution des PUD selon le motif d'incarcération en fonction du sexe et du site	43
Fig 22 : répartition des PUD selon le motif d'incarcération	44
Fig 23 : répartition des PUD par site selon le motif d'incarcération	44
Tab 14 : fréquence des différents motifs d'incarcération pour ILS en fonction du sexe et du site	45
Fig 24 : part des motifs d'incarcération impliquant uniquement l'usage dans le total des motifs d'incarcération pour ILS	45
Tab 15 : fréquence des différents motifs d'incarcération autres que ILS en fonction du sexe et du site	46
Fig 25 : distribution des PUD par site selon le nombre de situations de violations des droits humains émises par l'appareil policier et judiciaire	48
Fig 26 : distribution des PUD par site selon le nombre de situations de violations des droits humains émises par le système de santé	48

Fig 27 : distribution des PUD par site selon le nombre de situations de violations des droits humains émises par l'environnement proche	49
Fig 28 : distribution des PUD selon les situations de violations des droits humains	50
Fig 29 : distribution des PUD par site selon les situations de violations des droits humains par l'appareil policier et judiciaire	51
Fig 30 : distribution par site et par sexe des PUD ayant vécu des violations des droits humains par l'appareil policier et judiciaire	52
Fig 31 : distribution des PUD par site selon les situations de violations des droits humains par le système de santé	54
Fig 32 : distribution par site et par sexe des PUD ayant vécu des violations des droits humains par le système de santé	54
Fig 33 : distribution des PUD par site selon les situations de violations des droits humains par l'environnement	56
Fig 34 : distribution par site et par sexe des PUD ayant vécu des violations des droits humains par l'environnement	58
Fig 35 : distribution des PUD en fonction du score global de violation des droits humains et par site	59
Fig 36 : structure par sexe des PUD distribués en fonction du score global de violation des droits humains	59

Liste des abréviations utilisées dans le rapport

ALCS	Association de Lutte Contre le Sida
ASCMPH	Association de Soutien au CMP Hasnouna
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNTPRA	Centre National de Traitement, de Prévention et de Recherche en Addictions
ILS	Infraction à la Législation sur les Stupéfiants
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes
MRE	Marocains Résidant à l'Étranger
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUDC	Office des Nations Unies de lutte contre les Drogues et la Criminalité
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSF	Open Society Foundation
PES	Programme d'Échange de Seringues
PA-RDR	Plan d'Action de RDR
PSP	Personnes Se Prostituant
PUD	Personnes Utilisant des Drogues (People Using Drugs)
RDR	Réduction Des Risques
TMM	Traitement de Maintenance avec Méthadone
TSO	Traitements de Substitution aux Opiacés

Résumé exécutif

Contexte

Depuis 2008, les personnes utilisant des drogues (PUD) au Maroc constituent une des cibles des programmes de lutte contre le sida. L'ALCS, association de lutte contre le sida au Maroc créée en 1988, a mené une enquête visant à documenter les violations des droits humains des PUD. Cette enquête a été réalisée dans le cadre d'une action de plaidoyer national en faveur du respect des droits humains des PUD au Maroc, avec le soutien de l'Open Society Foundation. Cette action vise à contribuer à définir une politique relative aux usages de drogues et aux PUD au Maroc à partir d'une approche fondée sur la santé publique et les droits humains. Elle répond ainsi à une préoccupation de l'ALCS : mener des interventions de lutte contre le sida ne saurait ignorer le contexte légal et social générant répression, stigmatisation et discrimination que vivent certains groupes cibles de ces actions.

Méthode

Cette enquête s'est déroulée en avril, mai et juin 2011 dans les villes de Tanger, Tétouan et Nador. 300 PUD recrutés avec la méthode « boule de neige » par les équipes de proximité en RDR ont répondu à un questionnaire comportant 21 items, structurés en 4 rubriques (profil sociodémographique, consommation de produits psychoactifs, prison, violations des droits humains). Les questionnaires ont été complétés par 408 fiches de description de situations de violation des droits humains, dont les PUD avaient le souvenir et qui les avait le plus marquées, ainsi que par trois groupes focaux.

Résultats

▪ Profil sociodémographique

Le sex ratio (91 % d'hommes et 9 % de femmes) est semblable à celui généralement retrouvé pour les PUD au Maroc, mais avec une population plus âgée (moyenne d'âge de 37,1 ans). La population enquêtée est caractérisée par un logement stable pour 71 %, mais une extrême solitude (83 % vivent seuls). Les deux tiers ont comme source principale de revenus une activité relevant du secteur informel (aide sur les marchés, gardiennage de véhicules, etc.). Toutefois, les femmes sont proportionnellement beaucoup plus concernées que les hommes par les activités illégales comme source du revenu principal, en raison de la forte proportion d'entre elles (68 %) déclarant être travailleuse du sexe. En cumulant activités illégales et informelles ainsi que mendicité, ce sont 89 % des PUD qui sont potentiellement exposés à un risque fort ou moyen d'être exposés à une interpellation par les forces de police et à une éventuelle condamnation en raison de leurs activités. En écho à une situation précaire en matière d'insertion professionnelle, le niveau global d'instruction est faible (près des deux tiers ont un niveau maximum égal à celui du primaire).

▪ Consommations de produits

L'héroïne est le produit principalement consommé (97 %), quotidiennement et par voie injectable pour les deux tiers ; mais 81 % ont injecté au moins une fois au cours de leur vie.

En dehors du cannabis, les 3 produits les plus fréquemment consommés (au moins plusieurs fois par semaine) après l'héroïne sont : les benzodiazépines (68 %), le crack (47 %) et la cocaïne (35 %). Les PUD sont quasiment tous (94 %) poly-consommateurs.

▪ Prison

Plus des quatre cinquièmes des PUD (81,7 %) ont été incarcérés, avec un nombre moyen d'incarcération de 4,1. Mais près de la moitié (41 %) des motifs d'incarcération constatés ne sont pas des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS), ce qui renforce l'hypothèse que les PUD sont particulièrement exposés au risque d'un séjour en prison (un quart ont été incarcérés uniquement pour ILS et un tiers à la fois pour ILS et pour une autre infraction). Quand ils sont incarcérés pour ILS, les PUD le sont majoritairement (65 %) suite à une condamnation sanctionnant simplement l'usage.

▪ Violation des droits humains

La quasi-totalité des PUD interrogés au cours de cette enquête (99,8 %) ont subi au moins une situation témoignant de violation des droits humains (à partir d'une liste de neuf situations qui leur était soumise). En général, les PUD voient leurs droits humains plus souvent violés par l'appareil policier et judiciaire (87 %) que par le système de santé (49 %), ce dernier résultat pouvant aussi traduire une auto-exclusion des PUD face aux services de santé. Pour la police, il s'agit souvent d'interpellations à répétition sur la voie publique, motivées ou non, suivies de rétention en garde-à-vue dans des conditions parfois inhumaines. Pour la santé, il s'agit le plus souvent d'obstacles dans l'accès aux urgences des hôpitaux et de refus de vente de matériel stérile d'injection de la part des pharmacies d'officine. Enseignement important : l'enquête a permis d'identifier une certaine forme de violence exercée par le milieu familial, vraisemblablement en réponse à un sentiment d'impuissance face à la dépendance (cela conduit à relativiser les autres résultats qui témoignent d'un apparent soutien quand la famille procure le logement – 47 % des PUD habitent chez leurs parents – ou les ressources – 7 % des PUD vivent grâce au soutien familial).

Enfin, 60 % des PUD sont victimes de réseaux mafieux et 14 % ont déjà eu des relations sexuelles en échange de drogues. Ces deux situations traduisent une vulnérabilité particulière aux PUD en matière de droits humains, à l'instar de ce qui peut être retrouvé dans d'autres populations dont le statut légal les expose à ce type d'exploitation relevant du trafic des êtres humains.

Discussion-Conclusion

Malgré ses limites méthodologiques (recrutement), cette enquête valide l'hypothèse que les PUD connaissent un niveau élevé de violation de leurs droits humains. Alors que les PUD constituent depuis 2008 une cible majeure de la lutte contre le sida au Maroc (stratégie nationale de RDR), cette enquête offre une opportunité de considérer la question des droits humains comme un des contenus de cette stratégie ; elle constitue un argument supplémentaire pour demander une mise à l'échelle de l'accès aux services de RDR, qui pourraient aussi soulager la situation des familles. Enfin, elle contribue à plaider pour la définition d'une nouvelle approche des usages de drogues et des PUD fondée à la fois sur la santé publique et sur les droits humains.

1. Contexte et objectif de l'enquête

L'enquête visant à documenter les violations des droits humains des personnes utilisant des drogues (PUD) au Maroc trouve son origine dans le croisement de deux tendances de fond, la première spécifique au Maroc, la seconde au niveau mondial.

Concernant le niveau marocain, deux phénomènes sont à prendre en compte : d'une part, une préoccupation grandissante concernant la part des PUD dans la dynamique de l'infection à VIH au Maroc, conduisant à définir une stratégie d'intervention ciblant cette population ; d'autre part, la volonté d'une des organisations majeures de la société civile marocaine engagée dans la lutte contre le sida, l'ALCS (Association de Lutte Contre Le Sida) de veiller à ce que cette stratégie prenne en compte les acquis obtenus dans la lutte contre le sida en matière de lutte contre les discriminations et pour le respect des droits humains. *Ces éléments sont analysés dans la partie 1.1.*

Concernant le niveau mondial, une évolution en deux temps a poussé à inscrire à l'agenda international la question des droits humains chez les PUD. Tout d'abord, les vingt premières années de la lutte contre le sida ont conduit à la reconnaissance officielle et institutionnelle par les Etats et le système des Nations unies des politiques dites de « réduction des risques » (RDR) ; les acteurs ayant œuvré à cette reconnaissance ont ensuite milité pour que, au-delà de l'accès à des services de prévention et de prise en charge limitant l'infection à VIH et garantissant un bon état de santé physique et moral (d'ailleurs lui-même constitutif des droits humains), les politiques de lutte contre les drogues sortent du paradigme de la répression et de la criminalisation. *Ces éléments sont analysés dans la partie 1.2.*

Ce double mouvement, auquel se sont ajoutés des éléments plus conjoncturels, a permis de concevoir un projet global de plaidoyer pour le respect des droits humains des PUD au Maroc, dont une enquête de terrain visant à documenter la nature et l'intensité de ces violations constituait la première étape. *Ce projet est présenté dans la partie 1.3.*

1.1. Le contexte marocain des usages de drogues en lien avec l'épidémie de sida au Maroc

1.1.1. Contexte général de l'épidémie de sida au Maroc

Le premier cas de sida au Maroc a été diagnostiqué en 1986 et le pays a très rapidement mis en place une réponse nationale, dans laquelle la société civile a joué un rôle majeur. La rapidité et la nature de cette réponse, incluant un accès aux trithérapies dès 1999, ont permis de maintenir la prévalence du VIH à un niveau faible, avec un total cumulé de 5 700 cas de sida déclarés à la fin de l'année 2010, sur 32 millions d'habitants [1]. Cette réponse, définie depuis 1988 dans le cadre du Programme national de lutte contre le sida, puis depuis 2002 dans le cadre d'un Plan stratégique national, a été conçue dans l'optique d'une approche généraliste. En effet, la structure de l'épidémie de sida au Maroc est proche de celle prévalant en Afrique du Nord et en Afrique subsaharienne, avec un poids important de la voie sexuelle pour la transmission du VIH, dans le cadre de relations hétérosexuelles.

Pourtant, au Maroc comme ailleurs, des groupes plus vulnérables à l'infection à VIH existent, comme les personnes se prostituant (PSP) ou les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). L'existence de ces groupes a d'ailleurs conduit la société civile, dont l'ALCS, à concevoir des interventions de proximité ciblant ces populations, à la fois en matière de mise à disposition d'outils d'information-prévention (dont les préservatifs) et de counseling-dépistage. Ces actions ont d'ailleurs été intégrées au Plan stratégique national de 2002, dont la stratégie générale prévoyait l'augmentation de la couverture des groupes vulnérables au VIH.

Toutefois, même si une préoccupation portait sur la situation spécifique des PUD dans le cadre de la formulation de ce plan, aucun service approprié de lutte contre le sida dans un contexte d'injection de drogues n'a alors été programmé. Les PUD furent ainsi les « oubliés » de la réponse nationale du Maroc à l'épidémie de sida, malgré des tentatives portées auparavant par la société civile ou bien les appels lancés par des professionnels spécialisés dans la prise en charge des addictions. Ainsi, l'ALCS avait d'une part mené une première enquête en 1994-1995, destinée à connaître les comportements et les pratiques des PUD à Casablanca, Tanger et Tétouan (*voir ci-dessous*), d'autre part envisagé un programme ciblant les PUD sur la ville de Tanger dès 1996. Le Pr Jallal Toufiq, psychiatre spécialisé dans la prise en charge des addictions et aujourd'hui responsable du Centre national de traitement, de prévention et de recherche en addictions (CNTPRA) de l'hôpital psychiatrique Ar-razi à Salé, avait réclamé l'introduction de la méthadone au Maroc dès 1997 [2].

1.1.2. Contexte spécifique en matière de personnes utilisant des drogues

Toutefois, une montée progressive de la préoccupation des pouvoirs publics, des professionnels de santé et des organisations de la société civile a conduit à une évolution majeure de la politique de lutte contre le sida au Maroc en lien avec les phénomènes de consommation de drogues. En 2003, le ministère de la Santé a réalisé la première enquête nationale sur la santé mentale en population générale (données recueillies auprès d'un échantillon de 5 600 personnes représentatives) ; cette enquête, dont les résultats ont été communiqués en 2006-2007, comportait un volet addiction cherchant à mesurer la prévalence de l'usage, de l'abus et de la dépendance aux substances chez les Marocains de plus de 15 ans [3]. Les résultats ont permis de disposer d'une première base nationale de connaissance sur le volume et la nature des phénomènes de consommations de substances psychoactives. Ainsi, 4,8 % des personnes enquêtées déclaraient un usage de substances psychoactives au cours des 12 derniers mois ; 3 % et 2,8 % étaient respectivement dans une situation d'abus et de dépendance à ces substances. Ces résultats ont conduit les pouvoirs publics à investiguer plus précisément l'ampleur des usages de drogues au Maroc, cette fois-ci dans le cadre du programme de lutte contre la toxicomanie et du programme de lutte contre les IST/Sida. C'est ainsi que la première enquête publique nationale, entièrement consacrée à la thématique des PUD, a été conçue¹ : une « évaluation rapide de la situation

¹ Nous parlons bien d'enquête publique nationale concernant tous les consommateurs adultes ; car une enquête spécifique portant sur les prévalences d'usage de produits psychotropes en milieu lycéen à Rabat-Salé avait été menée en parallèle par l'équipe de J. Toufiq à partir de 2006 dans le cadre du dispositif MedSPAD (Mediterranean School Survey Project on Alcohol and other Drugs), enquête transversale en milieu scolaire basée sur un questionnaire centré sur les usages, attitudes et opinions relatifs aux substances psychoactives et

sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectées et injectables et à problème au Maroc », enquête conduite en 2005 et publiée en 2006 [5]. Il s'agissait aussi d'inscrire la question des PUD dans une logique de lutte contre le sida. C'est pourquoi la population enquêtée était celle présentant les plus grandes vulnérabilités à l'infection par le VIH et le VHC (drogues injectables).

Cette étude a porté sur quatre sites (Tanger, Tétouan, Casablanca et Rabat-Salé), choisis en raison d'un faisceau d'informations (dont la proportion de cas de sida en lien avec l'injection). Elle a permis de dresser un tableau précis du profil de ces PUD et de leurs consommations (que n'avaient pas fourni l'enquête santé mentale, dont ce n'était pas l'objet). La nature et les pratiques de consommations de « substances psychoactives », ainsi que les risques associés, ont été bien décrits en matière d'héroïne, de cocaïne et de crack par exemple. La voie injectable a aussi été documentée, ce qui était un des objectifs de cette enquête : 3 PUD sur 4 avaient consommé des drogues par voie injectable et la moitié avaient réutilisé des seringues. Le Maroc disposait ainsi d'une première base de connaissance pour les PUD et les consommations (produits, modes d'administration) potentiellement concernés par des approches de type RDR.

Cette première base a ouvert la voie à la conception d'un plan d'action national de RDR (PA-RDR), qui a été effectivement élaboré pour la période 2008-2011 et ciblait les personnes utilisant des drogues injectables. [6] Le PA-RDR comportait plusieurs axes d'intervention, dont la mise en place de programmes de proximité de RDR en partenariat avec des ONG (avec accès au matériel stérile d'injection) et l'introduction des traitements de substitution aux opiacés (TSO). Le premier dispositif de RDR de proximité au Maroc, avec un programme d'Echange de Seringues (PES), fut initié à Tanger par l'Association de Soutien au CMP Hasnouna (ASCMPH), association dédiée à la RDR et créée sur la base du CMP Hasnouna (ce site est devenu ultérieurement, en juin 2010, un des trois premiers sites pilotes pour le programme de traitement de maintenance avec de la méthadone). L'ALCS a ensuite ouvert le second programme en 2009 dans la ville de Tétouan et les environs. Puis l'équipe de RDR Maroc a ouvert le troisième en 2010 dans la ville de Nador et les environs.

En parallèle à la mise en œuvre du PA-RDR, une seconde phase d'évaluation rapide a été menée en novembre et décembre 2008 sur quatre autres sites définis comme prioritaires dans le PA-RDR : Nador, Al Hoceima, Oujda, Fès. [7] A la différence de la première phase menée en 2005, celle-ci incluait aussi un volet biologique (prélèvement de sang capillaire sur buvard) pour contribuer à l'estimation nationale de la séroprévalence du VIH et du VHC dans le groupe des PUD (donnée essentielle à la stratégie nationale de lutte contre le sida et qui manquait jusqu'alors). Ce second volet n'a été réalisé qu'à Nador et Al Hoceima (les conditions techniques n'étant pas réunies sur les deux autres sites). Les deux phases d'évaluation rapide ont été menées selon la technique dite « boule de neige » pour le recrutement des personnes enquêtées. L'héroïne était le produit principalement consommé (77 %), en particulier à Nador (100 %) et à Al Hoceima (97 %). 60 % avaient utilisé au moins une fois la voie injectable au cours de leur vie, avec une amplitude de fréquence variant de 98 % à Nador à 3 % à Fès. Phénomène préoccupant dans une logique de RDR : le taux de partage de seringues parmi les injecteurs était de 73 %, soit un taux plus élevé que celui

adapté de l'enquête européenne ESPAD. Le dispositif MedSPAD a été étendu à l'échelle nationale en 2009-2010. Historiquement, une première étude de prévalence nationale chez les jeunes avait été menée par l'équipe de J. Toufiq en 1993, mais en dehors d'une visée de lutte contre le sida et RDR [4].

constaté dans la première phase. Si le risque de transmission du VIH par le partage de seringue était bien identifié par neuf répondants sur dix, il n'en allait pas de même pour le partage du petit matériel, et surtout le niveau de connaissance du risque de transmission du VHC était bien plus confus et faible. Les conséquences de ces pratiques de consommation à risques associées à de faibles niveaux de connaissance sont traduites par les résultats du volet biologique : 38% de séropositivité au VIH chez les PUD testés à Nador (aucune séropositivité au VIH détectée à Al Hoceima) ; respectivement 89 % et 9 % de séropositivité au VHC chez les PUD testés à Nador et Al Hoceima.

Cette seconde phase de l'évaluation rapide des risques infectieux VIH chez les PUD au Maroc a clairement permis d'établir le lien entre les consommations de drogues injectables et la stratégie de lutte contre le sida, malgré les limites méthodologiques de ces enquêtes (liées au recrutement des PUD). C'est pourquoi les acteurs marocains de la lutte contre le sida et de la RDR ont souhaité, dans le cadre du pilotage national du PA-RDR, approfondir les connaissances sur les phénomènes associés à la consommation de drogues injectables : une série d'enquêtes utilisant la méthode d'échantillonnage RDS (Respondant Driven Sampling) a été décidée pour cinq sites prioritaires, dont Tanger, Nador et Tétouan². Cette nouvelle série, qui cible les injecteurs, doit permettre de :

- déterminer l'ampleur de l'usage des drogues par injection et estimer la taille de cette population ;
- décrire les caractéristiques sociodémographiques des injecteurs ainsi que leurs pratiques à risques infectieux ;
- contribuer à l'estimation nationale de la séoprévalence du VIH et du VHC dans le groupe des usagers de drogues ;
- identifier les besoins des usagers en matière de prévention du VIH et du VHC et du soin en addiction.

Le site de Tanger a été choisi pour tester cette méthode, et l'enquête y a été réalisée entre octobre 2010 et février 2011. [8] L'enquête sur le site de Nador était en cours en novembre et décembre 2011, au moment de la rédaction de ce rapport.

En moins de 10 ans, le Maroc a ainsi pu affiner les connaissances sur les phénomènes liés aux consommations de drogues et, surtout, préciser progressivement la nature des interactions entre ces consommations et la dynamique du VIH/sida, ouvrant ainsi la voie à une forte préoccupation quant aux interventions ciblant les PUD dans les stratégies de lutte contre le VIH/sida. Dit autrement, le Maroc a pu et a su passer d'une vision relevant uniquement de l'addictologie et de la santé mentale (illustrée par les toutes premières enquêtes sur le sujet), et qui a bien sûr toute sa légitimité et son importance dans la compréhension des phénomènes liés aux consommations de drogues, à une vision plus large intégrant la question du risque infectieux. Dans le cadre de cette évolution, il était dès lors naturel que les associations de lutte contre le sida s'investissent pleinement dans ces interventions et, plus généralement, dans les actions concernant les PUD au Maroc.

² Il s'agissait de pallier aux critiques méthodologiques pesant sur le recrutement utilisé dans les enquêtes « évaluation rapide », en utilisant une méthodologie d'échantillonnage permettant de rendre l'échantillon constitué représentatif de la population étudiée, autorisant ainsi à la généralisation des résultats à cette population.

1.2. Le contexte international

En parallèle à cette évolution au Maroc au cours des années deux-mille, une double évolution voit le jour au niveau mondial. Tout d'abord, la politique dite de « réduction des risques » (RDR), initiée de façon expérimentale par la société civile dans de rares pays européens dès 1984 (date du premier PES dans la ville d'Amsterdam), c'est-à-dire aux débuts de l'épidémie de VIH, a vu son statut changer. Après plus de vingt années d'évidences scientifiques sur l'efficacité des interventions de RDR (comme l'accès à des seringues stériles et à des traitements méthadone) pour lutter contre le sida chez les injecteurs de drogues, cette politique a été reconnue et endossée par le système des Nations unies et les principaux bailleurs de fond³. L'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUDC ont récemment formalisé et explicité la nature de cette politique qui doit être mise en œuvre par les pays confrontés à une épidémie de VIH chez les PUD ; ces agences du système des Nations unies ont ainsi publié ensemble un guide technique définissant un paquet de neuf interventions de RDR : PES ; traitements de substitution aux opiacés (TSO) ; counselling et dépistage du VIH ; traitements antirétroviraux ; prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles ; mise à disposition de préservatifs pour les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) et leurs partenaires sexuels ; actions ciblées d'information, d'éducation et de communication pour les UDVI et leurs partenaires sexuels ; vaccination, diagnostic et traitement des hépatites virales ; prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose [9]. Cette reconnaissance officielle, qui se traduit par un nombre croissant d'Etats membres de l'ONU à reconnaître la politique de RDR dans leurs stratégies nationales, voire dans leur législation nationale⁴, est le fruit de l'action de la société civile engagée dans la lutte contre le sida et la prise en charge des PUD ainsi que de professionnels et de scientifiques qui ont développé des travaux dans ce domaine. Alors que la pertinence et l'acceptabilité politique de la politique de RDR sont désormais largement reconnues, ces acteurs clés ont considérablement œuvré, dans les années récentes, à inscrire leur engagement au service d'une réforme des politiques de répression et de criminalisation des usages simples de drogues, et de respect des droits humains des PUD.

En premier lieu, un groupe d'experts internationaux du VIH et des politiques des drogues a rédigé, à l'occasion de la XVIII^e conférence internationale sur le sida qui s'est tenue à Vienne en juillet 2010 et dont le thème était consacré à « *Des droits ici et maintenant* », une déclaration appelant à changer de logique dans les politiques de lutte contre les drogues. Considérant que la criminalisation des usages de drogues est contreproductive sur le plan sanitaire et social, cette déclaration recommande que ces politiques recherchent un objectif de santé publique plus que de répression en matière de consommation de drogues, en s'appuyant sur les évidences scientifiques [10].

Puis, le 6 août 2010, le Secrétaire général des Nations unies a transmis aux Etats membres une note de Anand Grover, rapporteur spécial des Nations unies sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. [11] Cette note appelle clairement les Etats membres à fonder leurs politiques de lutte contre les drogues

³ Y compris le Plan d'urgence de lutte contre le sida du Président américain (PEPFAR), qui a intégré une révision de son cadre logique d'intervention en incluant, en juillet 2010, un volet RDR (alors que le plan américain n'acceptait pas le financement de programmes de RDR sous la présidence de G. W. Bush).

⁴ 93 pays en 2010 (source : Global State of Harm Reduction, IHRA).

sur le droit à la santé, recommandation incluant la décriminalisation de l'usage simple de drogue.

Enfin, à l'occasion de la réunion de haut niveau des Nations unies consacrée au VIH/sida qui s'est tenue en juin 2011 à New-York, un groupe de personnalités de premier plan a publié un rapport appelant à une réforme fondamentale des politiques de contrôle des drogues. [12] Ce groupe, connu sous le nom de « Commission mondiale pour la politique des drogues », est présidé par Fernando Cardoso, ancien président brésilien ; la commission est composée entre autres de responsables politiques (Carlos Fuentes et César Gaviria, anciens présidents de Colombie et du Mexique ; Georges Papandréou, premier ministre grec à l'époque, George Schultz, ancien secrétaire d'Etat des Etats-Unis, Ruth Dreifuss, ancienne présidente de la Confédération suisse, etc.), de responsables des Nations unies (Kofi Annan, ancien Secrétaire général, Louise Arbour, ancienne Haut commissaire des Nations unies aux droits de l'homme, etc.) et d'autres personnalités telles Michel Kazatchkine, directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida. Le rapport de la Commission, analysant que la guerre mondiale à la drogue a échoué, « avec des conséquences dévastatrices pour les hommes et pour les sociétés du monde entier », appelle clairement à « mettre un terme à la criminalisation, à la marginalisation et à la stigmatisation des consommateurs de drogues » et à une réforme des conventions internationales sur les drogues pour expérimenter une « régulation légale » ; il propose de « remplacer les politiques et les stratégies en matière de drogue, motivées par l'idéologie et l'intérêt politique, par des politiques et des stratégies fiscalement responsables, fondées sur la science, la santé, la sécurité et les droits humains ». Le groupe de référence indépendant des Nations unies sur le VIH et les consommations de drogues par voie injectable a lui aussi profité de cette réunion de haut niveau de juin 2011 pour lancer un appel demandant aux Etats de soutenir, en matière de consommation de drogues, des approches fondées sur la santé publique et les droits humains. [13]

En l'espace de onze mois, ce sont donc quatre appels de haut niveau qui ont inscrit à l'agenda international la question des droits humains des PUD, dans le cadre d'une approche des politiques des drogues fondées sur la santé publique. Ces appels contribuent grandement à établir une période qui semble propice pour mener des actions en matière de droits humains des PUD.

1.3. L'origine de l'enquête

C'est dans ce double contexte (national et international) favorable que l'ALCS s'est engagée dans une action de plaidoyer pour le respect des droits humains des PUD au Maroc, avec le soutien financier de l'Open Society Foundation, (OSF).

1.3.1. La légitimité de l'ALCS

L'ALCS, créée en 1988, est la seule association d'envergure nationale au Maroc investie dans une stratégie globale de lutte contre le VIH/sida, intégrant les volets prévention/information, counseling et dépistage, soutien psychosocial aux personnes infectées et affectées par le VIH, plaidoyer pour un accès à une prise en charge thérapeutique de qualité avec des antirétroviraux et en matière de prévention/traitement des infections opportunistes. L'ALCS a toujours cherché à intégrer une dimension

communautaire dans son projet associatif. De plus, elle a toujours joué un rôle de précurseur quant au diagnostic des besoins en matière de VIH et dans la priorisation des interventions.

C'est dans ce contexte que, dans les premières années de la décennie quatre-vingt-dix, les sections locales de l'ALCS ont vu arriver dans leurs locaux ou à l'hôpital des Marocains séropositifs ou malades du sida et présentant dans le même temps des problématiques de consommations de substances psychoactives, d'héroïne en particulier. Il s'agissait bien souvent de Marocains Résidant à l'Étranger (MRE), qui avaient été expulsés de leur pays de résidence en Europe suite à une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS). Ces MRE subissaient ce que l'on appelle la « double peine » : leur condamnation pour une ILS était assortie d'une interdiction de territoire. Ces personnes pouvaient présenter des profils « difficiles » pour les militants de l'ALCS, en raison du cumul de handicaps qui définissait leur situation : dépendance aux opiacés, infection à VIH, expulsion dans un pays que certains connaissaient d'ailleurs pas ou peu (il est arrivé que quelques patients ne parlent même pas le marocain !), handicaps auxquels s'ajoutaient des comorbidités psychiatriques assez importantes. Mais au-delà de ces difficultés, ces personnes furent vraisemblablement les premiers patients VIH dépendant aux opiacés pris en charge au Maroc (la dépendance aux opiacés ayant été acquise lors du séjour en Europe). Il s'agissait donc là de l'apparition d'un phénomène épidémiologique nouveau, d'un public nouveau pour lequel il n'existait aucune connaissance au Maroc.

C'est pourquoi l'ALCS a décidé de lancer un projet de recherche-action en avril 1994, visant à « recueillir des informations sur le comportement et les modes de vie des usagers de drogues à Tanger, Casablanca et Tétouan ». Sur les trois sites, les équipes ont rencontré 278 personnes consommant des drogues à partir d'une méthode « boule de neige » avec l'aide de relais issus du terrain. Cet échantillon a été majoritairement constitué dans les deux villes du Nord (59 % à Tétouan et 30 % à Tanger), plus marginalement à Casablanca (11 %). Un questionnaire avait été rempli par 100 PUD. Cette première enquête au Maroc sur les PUD, menée par l'ALCS, faisait apparaître que la pratique d'injection était minoritaire (10 %), car en partie stigmatisée par les autres PUD. Elle a donné des premiers éléments de connaissance sur la réalité du phénomène de consommation de drogues au Maroc. L'ALCS avait, à la suite de cette enquête pionnière, envisagé d'ouvrir une permanence spécialisée sur le site de Tanger – mais le projet n'a jamais vu le jour par manque de financement. L'ALCS a ainsi été la première organisation au Maroc à établir un lien entre les PUD et la lutte contre le sida, bien avant la conception du PA-RDR une quinzaine d'années plus tard.

Les populations plus à risques ou plus vulnérables à l'infection à VIH en raison de leurs pratiques (sexuelles ou de consommation de drogues) sont bien souvent des populations qui subissent une relégation sociale et/ou juridique : leurs pratiques font l'objet d'une condamnation morale ou pénale. C'est le cas au Maroc, comme dans beaucoup de pays, en particulier avec l'homosexualité et la prostitution. Ainsi, l'article 489 du code pénal du Maroc criminalise « *les actes licencieux ou contre nature avec un individu du même sexe* », ce qui revient à rendre l'homosexualité illégale dans le pays, où elle est punissable de 6 mois à 3 ans d'emprisonnement et d'une amende de 120 à 1 200 dirhams. Concernant la prostitution, deux dispositions du code pénal peuvent s'appliquer ; la première indirectement, en prévoyant une peine d'emprisonnement d'un mois à un an pour les personnes de sexe différent, qui, n'étant pas unies par les liens du mariage ont, entre elles, des relations

sexuelles [article 490] ; la seconde directement, en prévoyant une peine d'emprisonnement d'un mois à deux ans et une amende de 20 000 à 200 000 dirhams pour « *quiconque tolère l'exercice habituel et clandestin de la débauche par des personnes se livrant à la prostitution dans des locaux ou emplacements non utilisés par le public, dont ils disposent à quelque titre que ce soit (sous réserve que le fait ne constitue pas une infraction plus grave)* » [article 503]. En matière de drogues, le cadre légal est posé par le Dahir du 21 mai 1974, qui prévoit des peines d'emprisonnement de 2 mois à 1 an et une amende de 500 à 5 000 dirhams pour la consommation de drogues illicites.

Dès lors, mener des interventions de lutte contre le sida ciblant ces groupes ne saurait ignorer ce contexte légal et social générant répression, stigmatisation et discrimination. C'est pourquoi il est tout aussi important d'intégrer ces discriminations dans un projet de lutte contre le sida. Là encore, l'ALCS dispose d'une expérience solide au travers des combats qu'elle a menés en matière de lutte contre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et de ses programmes ciblant les PSP et les HSH. A partir de 2009, la section de Tétouan de l'ALCS a développé un programme de proximité de RDR reposant sur une unité mobile. Ce programme s'inscrit dans le PA-RDR 2008-2011.

C'est en s'appuyant sur cette légitimité et cette expérience que l'ALCS a conçu une action de plaidoyer pour que la question des droits humains des usagers de drogues soit inscrite à l'agenda national.

1.3.2. Le projet de plaidoyer

Soumis à OSF en début d'année 2011, l'objectif général de ce projet est de mener un plaidoyer national en faveur du respect des droits humains des PUD. Il vise à contribuer à définir les politiques relatives aux usages de drogues et aux PUD sur une approche fondée sur la santé publique et les droits humains. Pour mener ce plaidoyer, il convenait, dans un premier temps, de mieux documenter les violations des droits humains subies par les PUD au Maroc et de collecter toutes les informations nécessaires. Ce préalable était d'autant plus important que cette dimension n'avait pas été abordée dans la littérature existante fournie par les différentes enquêtes décrites ci-dessus, à l'exception d'une description des parcours d'incarcération.

L'ALCS, sur la proposition des consultants à qui elle a fait appel pour mener ce projet, a donc décidé de mener une enquête auprès des PUD pour documenter ces violations. En parallèle à ce travail, une revue juridique a été commandée à un juriste, le Pr Ounir. L'objectif était de constituer le socle de connaissances venant nourrir le contenu du plaidoyer (dont une des réalisations fortes fut l'organisation le 26 octobre 2011 d'une conférence nationale à Rabat, au siège du Conseil National des Droits de l'Homme).

Ce rapport a pour objectif de présenter les résultats de cette enquête, qui s'est déroulée en avril, mai et juin 2011 dans les villes de Tanger, Tétouan et Nador (qui sont aussi des sites prioritaires du PA-RDR 2008-2011).

2. Méthodologie

2.1. Outils de recueil de données

La collecte des informations concernant les violations des droits humains chez les PUD a été réalisée sous forme d'un recueil de données effectué directement auprès des PUD fréquentant les unités mobiles de RDR dans les villes de Tanger, Tétouan et Nador. Ces trois villes ont été justement choisies en raison de l'existence de ces unités mobiles de RDR en contact régulier avec des PUD, les trois seules au Maroc au moment de l'enquête. D'autres personnes appartenant aux réseaux sociaux de ces PUD pouvaient être incluses.

Les consultants ont conçu un processus de recueil de données en deux parties : un questionnaire fermé, complété éventuellement par des fiches de description de situations de violations des droits humains ; des groupes focaux avec des personnes enquêtées.

2.1.1. Le questionnaire et les fiches de description

Le questionnaire comportait 21 items, structurés en 4 rubriques (le questionnaire complet figure en annexe pages 64 et 65).

- profil sociodémographique (6 items) : âge, sexe, logement, activité génératrice de revenu, niveau d'instruction, ressenti par rapport à son état de santé.
- consommation de produits (2 items) : tableau des produits consommés dans le mois précédent, avec fréquence et mode de consommation, injection au cours de la vie.
- prison (3 items) : emprisonnement au cours de la vie, incarcérations en lien avec des ILS, incarcérations pour d'autres motifs.
- discriminations et violations des droits humains (9 items) : 3 items documentant les violations provenant des forces de l'ordre, 3 items documentant les violations provenant du système et des professionnels de santé, 3 items documentant des violations en lien avec des situations fréquemment associées à l'usage de drogues.

A la fin du questionnaire, l'enquêteur invitait le PUD à décrire des situations de violations de ses droits humains dont il avait le souvenir et qui l'avait le plus marqué. Ces fiches étaient toutes structurées selon un même plan en 5 questions :

- Qui ? (quel est l'auteur de l'infraction aux droits humains)
- Quoi ? (quelle est la nature de l'infraction aux droits humains)
- Où ? (dans quel lieu et dans quelles circonstances l'infraction aux droits humains s'est-elle produite)
- Quand ? (à quelle date l'infraction aux droits humains s'est-elle produite)
- Pourquoi ? (De votre point de vue, qu'est-ce qui a conduit l'auteur à perpétrer cette infraction aux droits humains – Rappel de l'objectif de l'enquête : établir un lien entre le fait d'être UD et une infraction aux droits humains)

Chaque questionnaire était identifié à partir d'un code composé du site de recrutement (A = Tanger, B = Tétouan, C = Nador), du numéro d'enquêteur (de 1 à 10) et du numéro d'ordre, pour chaque enquêteur, de l'entretien pour le questionnaire. Le code était reporté sur toutes les fiches de déclaration de situation de violation des droits humains remplies pour la

même personne enquêtée ; ce système de codage a permis de mettre en relation les situations avec le profil de la personne enquêtée, tout en conservant l'anonymat. Les informations contenues dans les fiches de description de situations ont eu un double intérêt pour cette enquête : elles permettent d'illustrer les résultats quantitatifs du questionnaire et ont aidé les consultants à catégoriser la nature des violations. De plus, elles offrent une source intéressante d'informations pour le projet de plaidoyer mené par l'ALCS.

La conception du questionnaire a pris en compte les items et les formulations utilisés dans les outils de recueil de données ciblant les PUD et existant au Maroc (dont celui utilisé pour l'enquête RDS de Tanger qui avait été réalisée quelques mois plus tôt), à la fois parce que les intervenants étaient familiers avec les formulations de ces outils (ils avaient été enquêteurs pour l'étude RDS), mais aussi pour faciliter les comparaisons entre les différentes études et enquêtes existant au Maroc et ciblant les PUD. Cette enquête a d'ailleurs pu bénéficier des compétences acquises par les intervenants de l'équipe de Tanger en matière d'enquête auprès des PUD.

La méthode de recrutement utilisée (bénéficiaires des PES connus des intervenants-enquêteurs et contacts introduits par ces bénéficiaires) ne permettait pas de constituer un échantillon représentatif des PUD. Toutefois, les caractéristiques sociodémographiques et le profil de consommation des enquêtés montrent une proximité avec les données existant dans les enquêtes de type évaluation rapide (phase 1 et phase 2).

Les dix enquêteurs chargés d'administrer le questionnaire ont été recrutés parmi les intervenants des unités mobiles de RDR de Tanger (5 enquêteurs, provenant du programme de RDR piloté par l'ASCMPH), de Tétouan (3 enquêteurs, provenant du programme de RDR piloté par l'ALCS) et de Nador (2 enquêteurs, provenant du programme de RDR piloté par RDR Maroc, en lien avec la section ALCS de la même ville). Ils ont bénéficié d'une formation spécifique à l'enquête et au questionnaire le 30 mars 2011, organisée à Tanger. A l'issue de la formation, chaque enquêteur a reçu un « guide de l'enquêteur » (reprenant les éléments abordés en formation et le plan de travail défini au cours de la formation) ainsi qu'un cahier de liaison, qui avait deux objectifs : codifier les entretiens de façon chronologique ; noter toutes les informations jugées utiles par l'enquêteur qui auraient pu aider à la compréhension des résultats et à l'analyse des données (événements survenus au cours de l'enquête, impressions et idées suscitées par les entretiens, difficultés rencontrées).

Le projet prévoyait une rémunération des enquêteurs (à hauteur de 100 dirhams par questionnaire réalisé) et l'octroi d'une allocation de participation pour les PUD répondant au questionnaire (à hauteur de 25 dirhams). Cette procédure correspond aux usages en vigueur au Maroc pour les enquêtes en direction des PUD.

2.2.2. Les groupes focaux

Il était demandé aux enquêteurs d'identifier, parmi les répondants au questionnaire, les PUD qui étaient volontaires pour participer à un groupe focal. Le projet prévoyait d'organiser trois réunions, une sur chacun des trois sites. Ces réunions ont eu lieu début juin 2011 et ont été animées par les consultants. Elles ont permis de recueillir des informations plus qualitatives permettant de comprendre le contexte dans lequel étaient intervenues les situations de violation des droits humains.

2.2. Constitution de l'échantillon

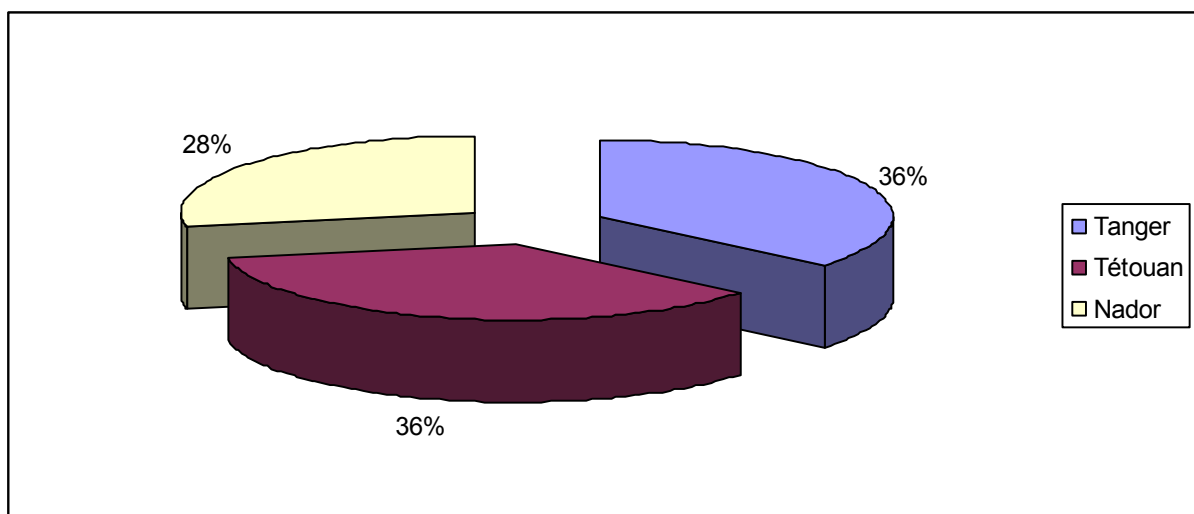
Le projet prévoyait de recruter 300 PUD selon la répartition suivante : 35 % pour chacun des sites de Tanger et Tétouan (soit 105 personnes enquêtées), 30 % pour Nador (soit 90 personnes enquêtées). Le nombre total de 300 avait été retenu pour deux raisons :

- Donner une taille suffisante à l'échantillon, la taille raisonnable étant définie par rapport aux échantillons des enquêtes d'évaluation rapide (424 PUD sur 4 sites dans la phase 1, 508 questionnaires sur 4 sites dans la phase 2).
- Prendre en compte les contraintes budgétaires, qui prévoyaient une rémunération des enquêteurs et une indemnité de participation pour un total de 300 personnes enquêtées.

Si la cible était principalement constituée d'injecteurs en raison des sites de recrutement (les PES), les enquêteurs étaient incités à recruter aussi des non-injecteurs. De fait, l'échantillon était composé de deux tiers d'injecteurs et d'un tiers de non injecteurs.

L'enquête s'est effectivement déroulée entre fin avril et début juin 2011, et la répartition réelle a correspondu à ce qui était prévu. Le Dr Mohammed Essalhi a supervisé le bon déroulement de la passation de l'enquête sur les trois sites.

Fig 1 : répartition de l'échantillon selon les sites de recrutement



Ces 300 personnes ont permis de collecter 408 fiches de description de situations de violation des droits humains, avec la répartition suivante :

- 227 fiches à Tanger
- 83 fiches à Tétouan
- 98 fiches à Nador

2.3. Analyse des données

Deux temps de debriefing ont été organisés avec les enquêteurs afin d'aider les consultants à réaliser l'analyse des données :

- une rencontre avec les équipes de chaque site début juin 2011 (au moment des groupes focaux), au cours de laquelle les enquêteurs ont pu revenir sur les éléments figurant dans leur cahier de liaison ;
- une réunion de restitution des résultats aux enquêteurs le 25 octobre 2011, en amont de la conférence nationale de plaidoyer organisée par l'ALCS à Rabat le lendemain ; cette réunion a permis d'analyser plus finement certains résultats qui pouvaient apparaître comme atypiques. Par exemple, les PUD de Nador apparaissaient comme beaucoup plus souvent dans une situation de logement précaire et moins soutenus par leurs familles ; la raison de cette distorsion avec le reste de l'échantillon a pu être trouvée grâce à cette réunion, les équipes de Nador ayant expliqué que beaucoup de PUD de Nador n'étaient pas originaires de la région (à la différence de ceux de Tanger et Tétouan).

Les données des 300 questionnaires ont été enregistrées sur un tableur Excel, qui a permis de réaliser des tris à plats. Cette enquête constitue ainsi plus une photographie à un moment donné qu'une étude scientifique en tant que telle. Les résultats présentent un tableau descriptif, conçu pour être une contribution au débat.

Dans la mesure du possible, les données fournies par cette « photographie » en matière de profil sociodémographique, de consommation de produits et d'incarcérations sont comparées avec celles produites dans le cadre des enquêtes d'évaluation rapide du risque infectieux VIH chez les PUD (phases 1 et 2).

D'un point de vue méthodologique, il convient de souligner que tous les résultats présentés sous forme de structure par sexe sont à relativiser concernant le site de Nador dans la mesure où l'échantillon recruté sur ce site ne comportait qu'une seule femme.

Toutes les citations mentionnées dans le rapport et illustrant les propos tenus par les PUD sont extraites des fiches descriptives et de la retranscription des groupes focaux.

3. Résultats

3.1. Profil sociodémographique

3.1.1. Genre

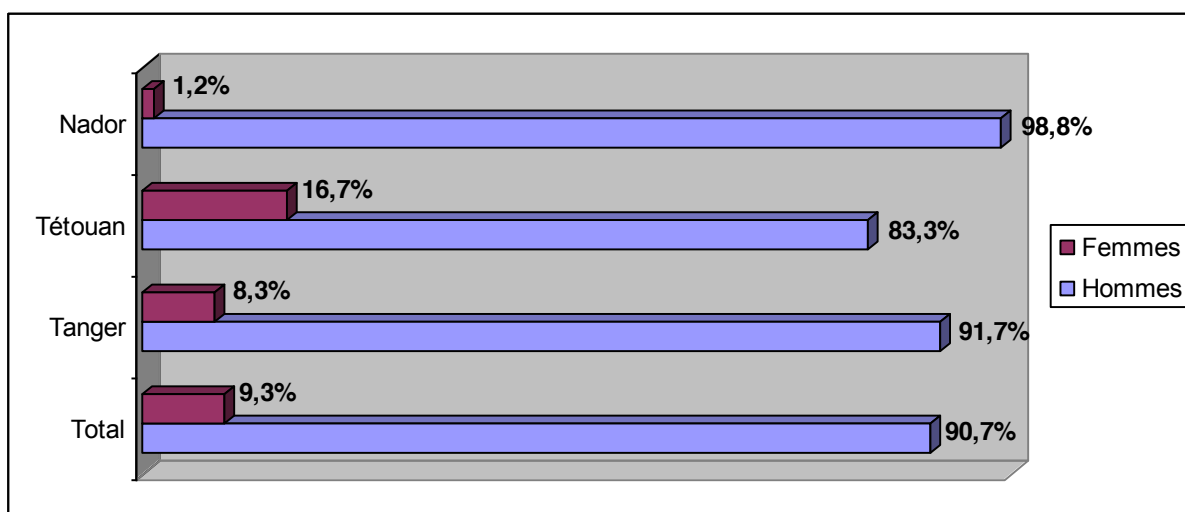
L'échantillon est constitué de 91 % d'hommes et 9 % de femmes. Cette répartition par sexe s'inscrit dans l'intervalle constitué par les évaluations rapides : 84 % et 16 % dans la phase 1 ; 97 % et 3 % pour la phase 2.

Tab 1 : distribution des PUD par sexe et par site

	Tanger		Tétouan		Nador		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Hommes	99	91,7 %	90	83,3 %	83	98,8 %	272	90,7 %
Femmes	9	8,3 %	18	16,7 %	1	1,2 %	28	9,3 %
Total	108	100 %	108	100 %	84	100 %	300	100 %

La distribution par site révèle toutefois un poids plus important des femmes dans le groupe de Tétouan (17 %), les femmes du groupe de Tétouan représentant près des deux tiers de toutes les femmes recrutées pour cette enquête. Cette situation peut vraisemblablement être expliquée par le fait qu'une femme ex usagère de drogues a été particulièrement sollicitée par l'équipe d'enquêteurs de Tétouan pour entrer en contact avec les PUD. Dans une moindre mesure, nous pouvons émettre l'hypothèse que la différence entre les sites de Nador (1 % de femmes) et Tanger (8 % de femmes) peut aussi être expliquée par le fait que l'équipe d'enquêteurs de Tanger était la seule à comprendre une femme.

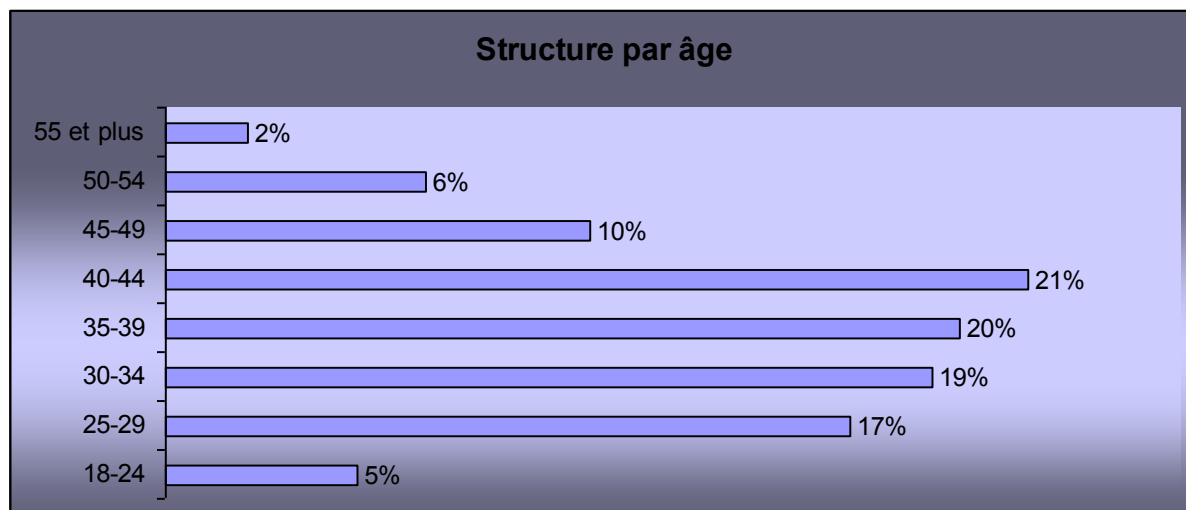
Fig 2 : distribution des PUD par sexe et par site



3.1.2 Age

La moyenne d'âge des PUD est de 37,1 ans [18-60 ; médiane : 38]. Il n'y a pas de différence notable selon les sites.

Fig 3 : âge des répondants (n=99%)⁵



Cet échantillon est plus âgé que ceux des évaluations rapides : dans la phase 1, près des deux tiers se situaient dans la tranche d'âge 25-35 ans (contre 36 % dans notre échantillon) ; dans la phase 2, la moyenne d'âge était de 30,8 ans, soit près de 7 ans moins âgée que dans notre échantillon.

Les femmes sont plus jeunes que les hommes (moyenne : 35,2 *versus* 37,3) et sont surreprésentées dans le groupe des 18-24 ans (21 % alors qu'elles ne représentent globalement que 9 % de l'échantillon).

3.1.3 Logement

La population enquêtée est caractérisée par un logement stable pour 71 %, proportion qui monte jusqu'à 92 % à Tétouan. Le logement stable est défini par les réponses « domicile personnel », « domicile des parents », « domicile de proches et amis ». En revanche, les PUD de Nador se distinguent de l'ensemble du groupe par une forte précarité en matière de logement, qui concerne 57 % d'entre eux, les deux tiers des PUD de Nador en logement précaire vivant en fait dans la rue. Cette situation à Nador est expliquée par le fait que beaucoup de PUD ne sont pas originaires de la région, mais sont arrivés dans la perspective d'un passage dans l'enclave espagnole de Mellila ou attirés par la zone de trafic et de contrebande à proximité de cette enclave ; n'ayant aucune attache familiale ni aucun contact avec des réseaux sociaux à leur arrivée dans la région, ils sont plus souvent sans domicile fixe.

⁵ Les non-réponses (enquêteurs ayant oublié de renseigner l'item) ne sont pas prises en compte dans les résultats. Lorsqu'il existe des non réponses, le taux de couverture des réponses par rapport à la base concernée par l'item est précisé. Dans notre enquête, ce taux de couverture s'échelonne de 100 % (taux le plus fréquent) à 96,7 %. Exemple pour l'âge : cela signifie que nous disposons de l'information pour 297 questionnaires sur 300 (soit un taux de couverture de la réponse de 99 %).

Tab 2 : distribution par modalité de logement (n=98,7 % des répondants)

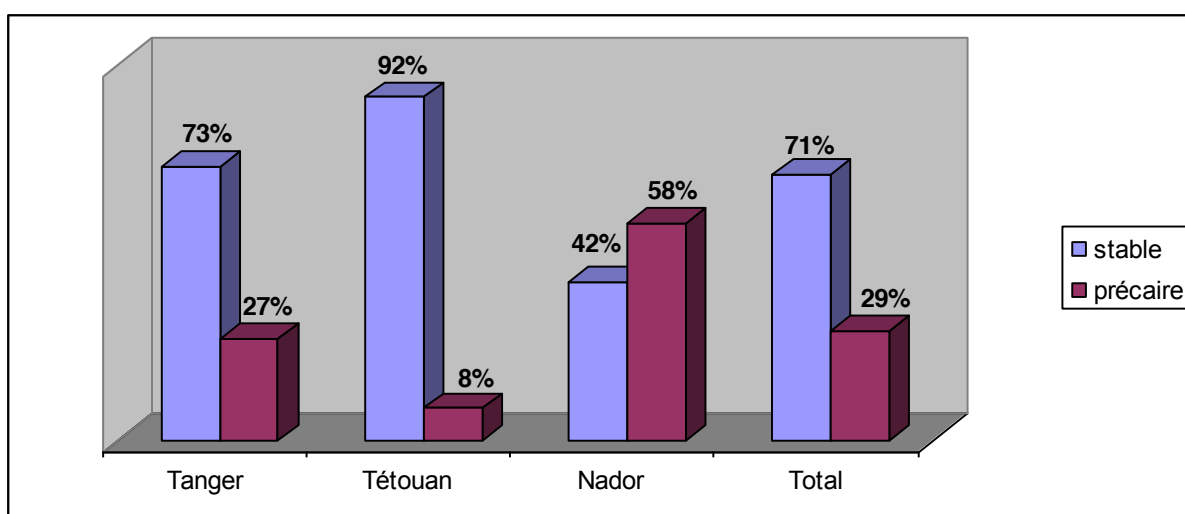
Nature du logement	Total	Hommes	Femmes
Chez moi	20,6 %	18,7 %	39,3 %
Parents	46,6 %	46,3 %	50 %
Proches ⁶ et amis	3,7 %	4,1 %	0 %
Rue	23,6 %	25,7 %	3,6 %
Non stable	5,1 %	4,9 %	7,1 %
Autre	0,3 %	0,4 %	0%
Total	100 %	100 %	100 %
Logement stable	71 %	69 %	89 %
Logement précaire	29 %	31 %	11 %

La structure de l'échantillon selon le type de logement se rapproche de celle des échantillons des enquêtes évaluation rapide, avec la prédominance de la modalité « chez les parents ». Mais à la différence de ces deux enquêtes, la proportion de PUD vivant à la rue est beaucoup plus élevée dans notre échantillon : 24 % contre 3 % dans la phase 1⁷ et 6 % dans la phase 2, ce qui traduit une plus grande précarité de notre échantillon.

Pour ceux qui ont un logement stable, la modalité la plus fréquente (les deux tiers) est d'habiter chez ses parents. Ce résultat doit être mis en relief avec les situations de violence et/ou de discrimination vécues au sein des familles, y compris quand celles-ci hébergent la PUD (voir pages 56-57).

Les femmes disposent beaucoup plus d'un logement personnel stable que les hommes (39% versus 19 %).

Fig 4 : distribution en fonction du type de logement selon les sites



⁶ Le terme « proches » définit les membres de la famille élargie.

⁷ Mais avec une très forte proportion de modalité « autre » (11 %), qui inclut aussi les non répondants.

3.1.4 Situation familiale

Les PUD sont caractérisés par une extrême solitude, puisque 83 % vivent seuls, les trois-quarts de ces derniers étant célibataires, les autres étant veufs ou divorcés/séparés. Comme pour le logement, les PUD de Nador se distinguent aussi sur cette dimension : 92 % d'entre eux vivent seuls.

Tab 3 : distribution par modalité de situation familiale (n=97,3 % des répondants)

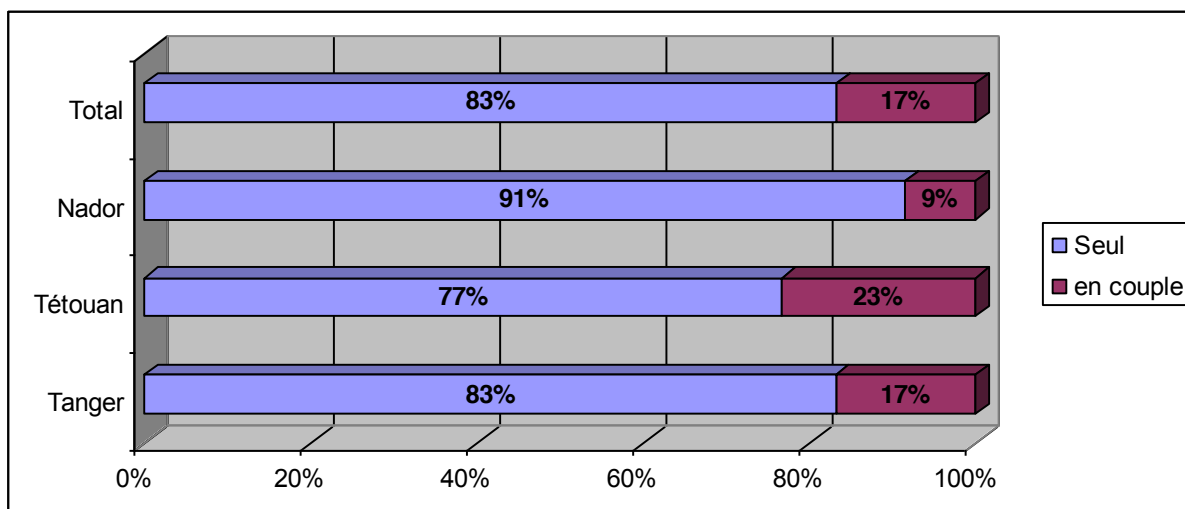
Situation familiale	Total	Hommes	Femmes
Célibataire	63,7 %	67,8 %	25 %
Marié	16,1 %	15,2 %	25 %
Divorcé	16,1 %	12,5 %	50 %
Veuf	0,7 %	0,8 %	0 %
Séparé	2,7 %	3 %	0 %
Concubine	0,7 %	0,8 %	0 %
<i>Total</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>
Seul	83,2 %	84,1 %	75 %
En couple	16,8 %	15,9 %	25 %

Là encore, ces données sont cohérentes avec celles des évaluations rapides, pour lesquelles respectivement 81,4 % et 90 % des répondants des deux phases vivaient seuls.

Il existe deux différences majeures entre les hommes et les femmes sur la question du statut familial :

- Les femmes sont beaucoup plus souvent divorcées que les hommes : près d'un tiers (40 % sur le site de Tétouan) des personnes divorcées sont des femmes (alors qu'elles ne comptent que pour 9 % de l'échantillon, soit un poids trois fois plus élevé) ; la moitié des femmes sont divorcées alors que seulement 13 % des hommes sont dans cette situation. Une analyse croisée mériterait d'explorer s'il existe un lien avec le fait de consommer des drogues ?
- Les hommes sont plus souvent célibataires que les femmes (les deux tiers contre un quart). C'est d'ailleurs pour cette raison que le groupe de Tétouan est celui où la proportion de PUD vivant en couple est la plus forte (23 % *versus* une moyenne globale de 17 %), eu égard au poids des femmes dans ce groupe.

Fig 5 : distribution en fonction du type de situation familiale et par site (n=97,3 % des répondants)



3.1.4 Activité

Les enquêtes ciblant les PUD au Maroc utilisent différentes catégorisations pour définir le statut socioprofessionnel : les catégories socioprofessionnelles (CSP), le statut au regard de l'activité professionnelle (de type « actif » – actif employé ou chômeur – et « inactif » – étudiant, retraité-rentier, femme au foyer, n'ayant jamais travaillé), le type d'emploi occupé (salarié, employé, indépendant, etc.), voire le secteur d'activité économique⁸. Lors de la formation des enquêteurs, il avait été décidé de s'intéresser aux activités sous un angle faisant écho à l'objectif de l'enquête, c'est-à-dire de catégoriser les PUD par leur activité en fonction du niveau de risque juridique auquel cette activité pouvait les exposer. Sont bien sûr concernées en premier lieu les activités procurant des ressources qui ont un objet illégal (deal, travail du sexe, vol, etc.). Mais il existe aussi d'autres situations susceptibles d'exposer plus fortement les PUD à un rapport avec les forces de l'ordre (contrôle d'identité, interpellation sur la voie publique, harcèlement), en particulier parce qu'elles se déroulent dans l'espace public et non au sein d'une entité économique : les activités informelles comme le gardiennage des voitures (c'est-à-dire non déclarées socialement et fiscalement, mais dont l'objet n'est pas illégal) et la mendicité. Il est important de les identifier de façon à analyser leur impact dans les violations des droits humains. Cette approche de la question de l'activité professionnelle ne répondait donc pas à une stricte perspective socio-économique dans le cadre de la définition du profil sociodémographique des PUD. Il a ainsi été retenu une classification des PUD en cinq catégories générales :

- les trois premières concernaient les PUD qui avaient effectivement une activité en contrepartie d'un revenu : activités légales, activités informelles, activités illégales. Ces trois catégories générales mentionnaient une liste d'activités spécifiques.

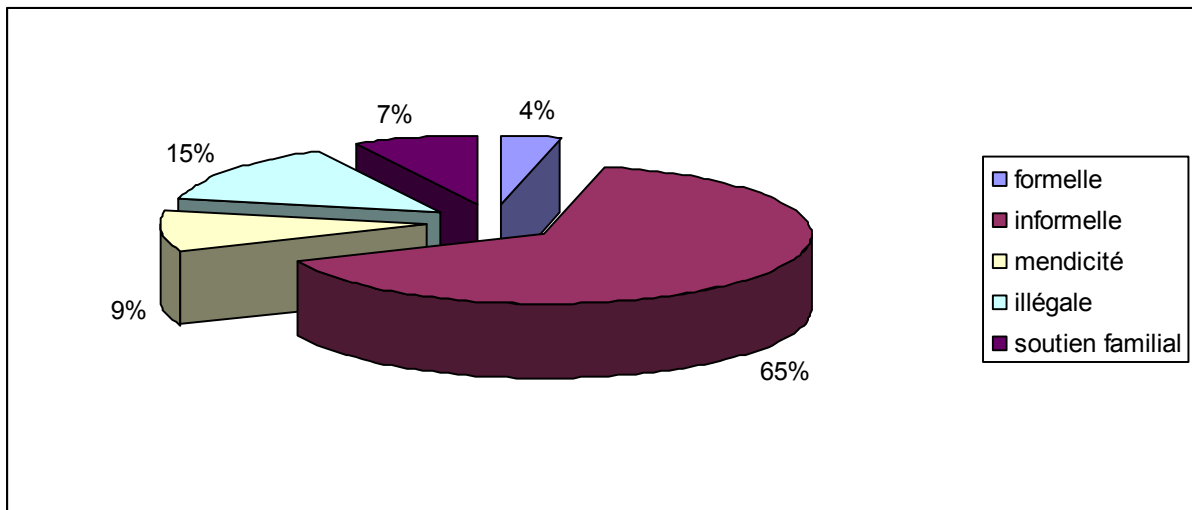
⁸ Cette diversité rend, du reste, les comparaisons difficiles entre les enquêtes. Celle-ci n'y échappe pas, et il n'y aura pour cette partie aucune comparaison des résultats avec ceux des évaluations rapides.

- les deux autres concernaient les PUD qui avaient d'autres moyens de subsistance que le travail, quel qu'en soit l'objet (et témoignant de fait d'un éloignement de l'insertion professionnelle) : la mendicité et le soutien familial.

Il était bien sûr possible pour un PUD d'avoir plusieurs sources de revenus relevant de catégories différentes ; c'est pourquoi il leur était demandé de préciser, parmi ces dernières, celle qui constituait leur activité principale (définie comme celle leur procurant la majeure partie de leurs ressources). Mais la quasi-totalité des répondants (96,3 %) ont une seule activité principale, c'est-à-dire que leurs sources de revenus ou leur soutien financier ne sont liés qu'à une catégorie d'activité. Cette activité principale dominante est le secteur informel, dans lequel les deux tiers des répondants se procurent leurs revenus.

3.1.4.1. Activité principale

Fig 6 : distribution de l'échantillon total par nature de l'activité principale (n=98,7 %) (une seule réponse possible)



Cette répartition globale masque une différence majeure entre les hommes et les femmes lorsqu'on s'intéresse à la structure par sexe : les femmes sont proportionnellement beaucoup plus concernées que les hommes par les activités illégales comme source du revenu principal ; alors qu'elles ne comptent que pour 9 % de l'échantillon total, leur part dans cette modalité d'activité principale se monte jusqu'à 44 %.

Une seconde différence, plus mineure, est révélée par la distribution sur chaque site. Le site de Nador semble témoigner d'une situation plus précaire et potentiellement plus exposante à un risque avec la police et la justice : aucun PUD n'exerce l'activité la plus protectrice (activité formelle) et c'est le seul site où le total cumulé par les deux catégories « mendicité » et « activité illégale » est plus élevé que la moyenne.

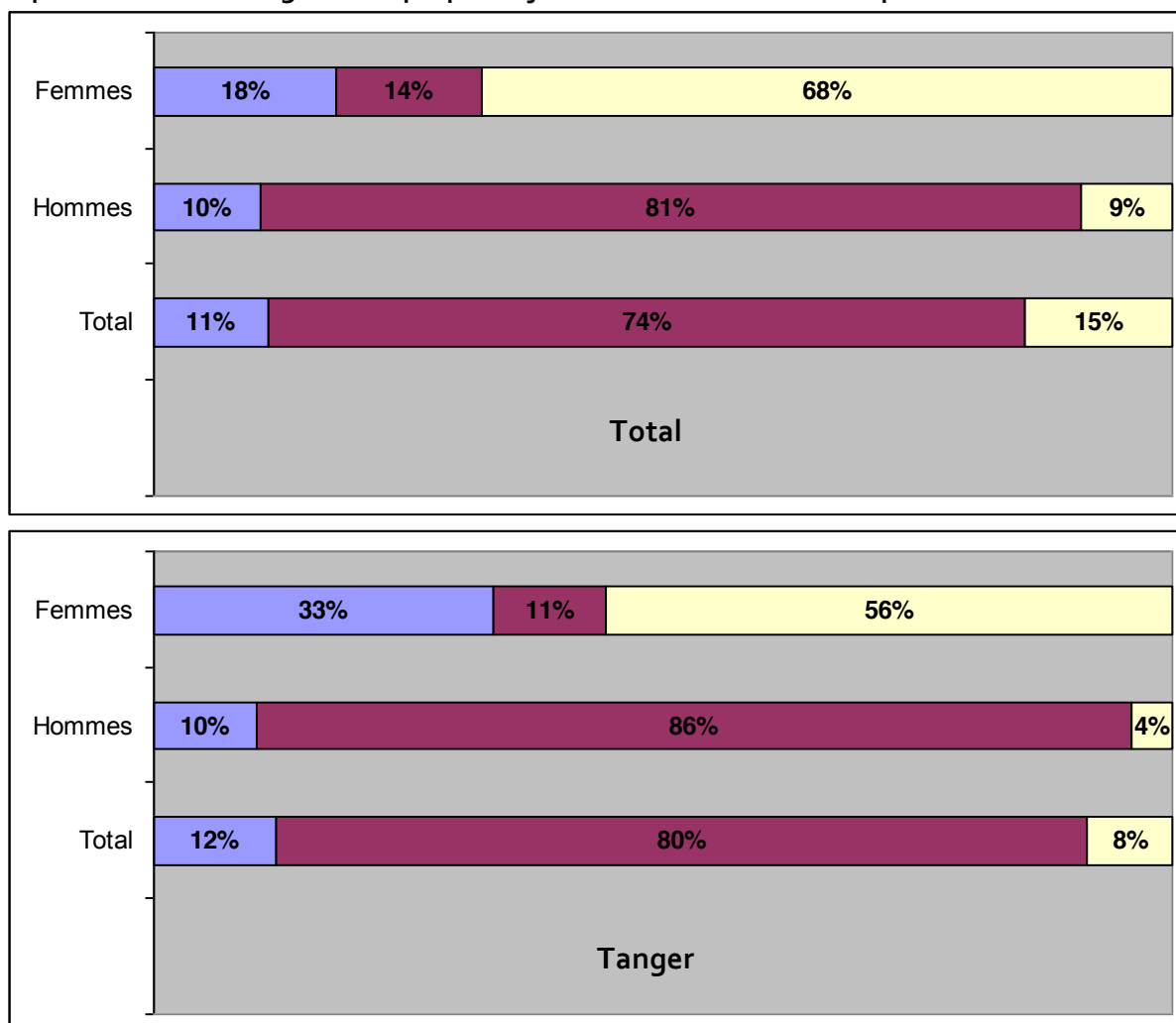
Tab 4 : distribution par nature de l'activité principale par site (n=98,7 % des répondants)

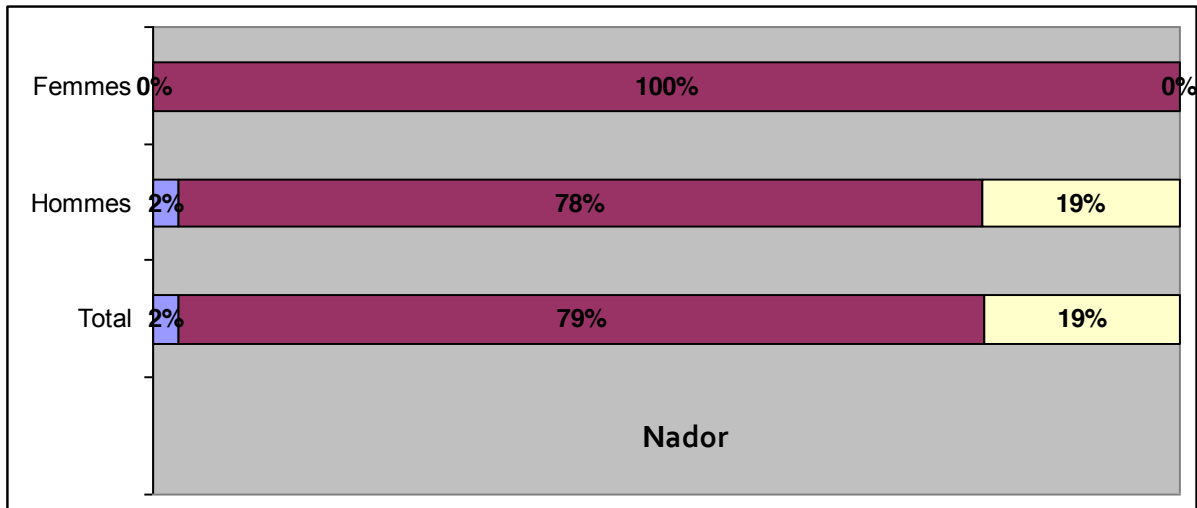
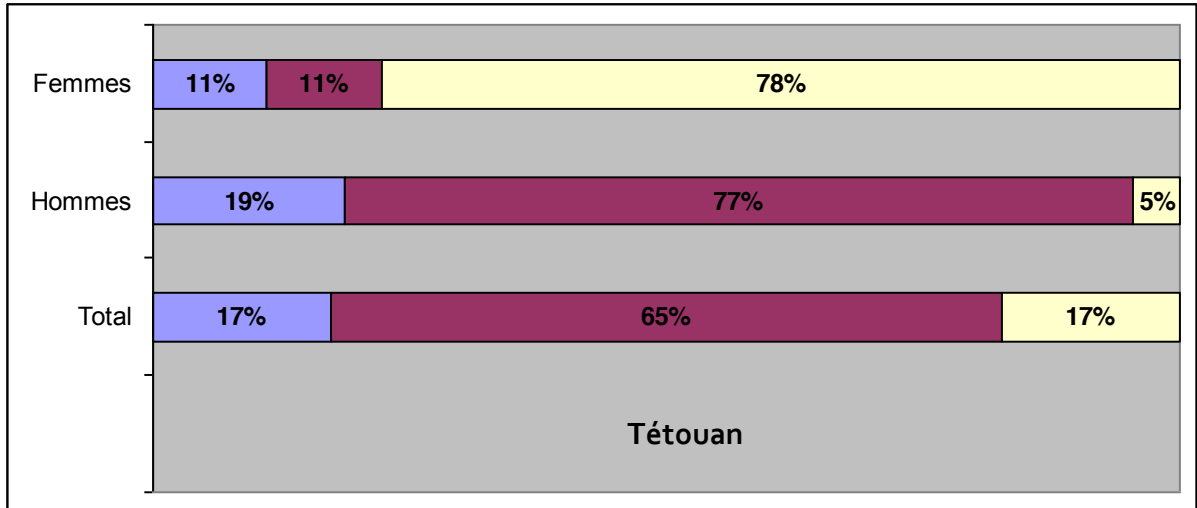
	Tanger	Tétouan	Nador	Total
Activité formelle	2,8 %	7,7 %	0 %	3,7 %
Activité informelle	66,7 %	62,5 %	66,7 %	65,2 %
Mendicité	13 %	2,9 %	11,9 %	9,1 %
Activité illégale	8,3 %	17,3 %	19 %	14,5 %
Soutien familial	9,3 %	9,6 %	2,4 %	7,4 %
<i>Total</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>	<i>100 %</i>

Dans le souci de décrire les situations potentiellement plus fragilisantes par rapport à une éventuelle interpellation par les forces de l'ordre, il a été procédé à des regroupements d'activité en fonction de leur degré d'exposition à ce risque, selon l'échelle suivante :

- activité formelle et soutien familial : aucun risque d'être exposé
- activité informelle et mendicité : risque moyen
- activité illégale : risque fort

Fig 7 : répartition selon le degré de risque police/justice associé à l'activité et par site





NB : rappelons que l'échantillon de Nador ne comporte qu'une seule femme.

Cette distribution de l'échantillon par degré de risque généré par la nature de l'activité principale montre que les PUD du site de Nador sont potentiellement plus exposés. Pourtant, les déclarations des PUD sur le volet violations des droits humains ne traduisent pas cette surexposition (voir résultats 3.4).

3.1.4.2. Détail des activités générales

Activités formelles

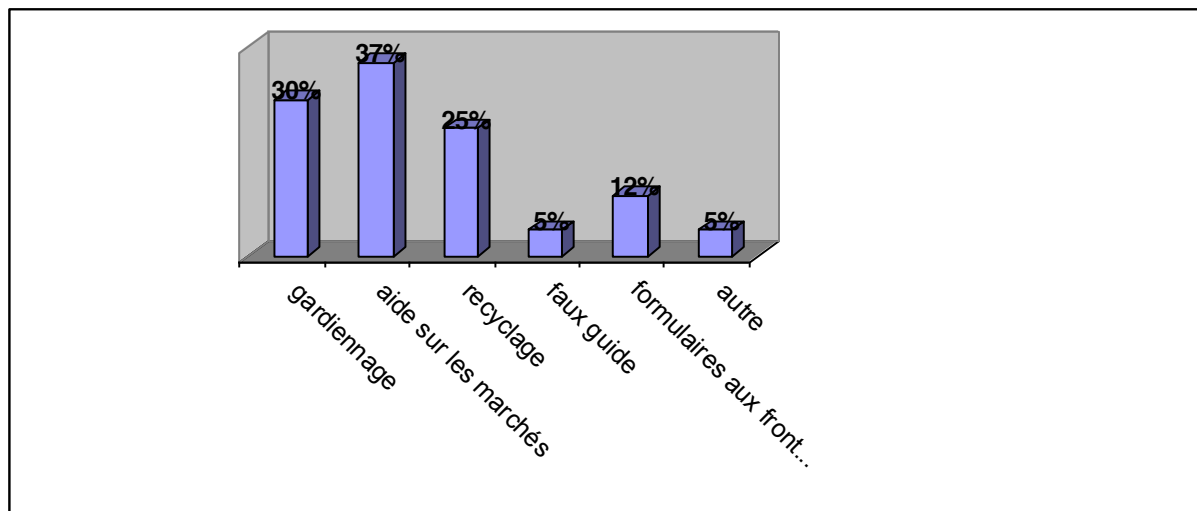
Le questionnaire proposait de spécifier les réponses pour trois des activités générales. Les activités formelles, qui concernent une infime minorité des répondants (3,7 %), témoignent du plus fort niveau d'insertion dans la catégorisation proposée aux PUD. Mais il convient toutefois de noter que la majorité des personnes concernées (11 au total) ne disposent pas du statut protecteur le plus élevé : 64 % d'entre eux reçoivent effectivement un salaire issu

d'une activité exercée dans le secteur formel, mais ne bénéficient pas d'un contrat de travail. Rappelons aussi qu'aucun des PUD de Nador ne travaille dans le secteur formel.

Activités informelles

Le secteur informel constitue le premier secteur d'activité des PUD, avec les deux tiers de l'échantillon. Le questionnaire proposait une liste fermée de cinq activités (ainsi qu'une question autre), qui avait été définie lors de la formation avec les enquêteurs en fonction de leur connaissance effective de la situation professionnelle des PUD qu'ils fréquentent. Cette liste s'est avérée effective puisque seulement 5 % des PUD concernés par ce secteur ont répondu « autre » (il s'agissait essentiellement de marchands ambulants, activité spécifique qu'il conviendra de garder dans de prochaines enquêtes). Trois activités se distinguent, dans un ordre décroissant de fréquence : aide sur les marchés (qui est par ailleurs le premier métier occupé pour l'ensemble de l'échantillon, à hauteur d'un quart), gardiennage de voitures sur la voie publique et recyclage. L'activité de remplissage de formulaires aux frontières est quasi exclusivement déclarée à Nador, en raison de la configuration spécifique du site (poste frontière avec l'enclave espagnole de Mellila) : 22 des 23 PUD ayant déclaré cette activité font partie du groupe de Nador. Enfin, le secteur informel apparaît comme un secteur masculin, puisqu'on ne trouve que seulement 2 femmes parmi les 200 PUD concernés (1 %).

Fig 8 : distribution des métiers dans le secteur informel (plusieurs réponses possibles)

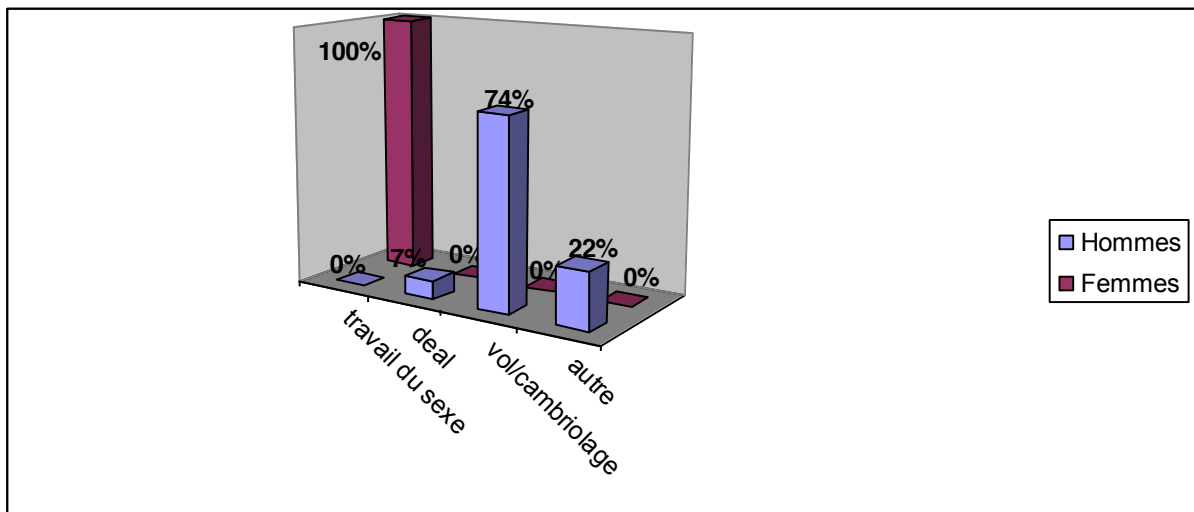


Activités illégales

Les activités illégales constituent le second secteur d'activité des PUD, avec 46 personnes concernées (15 % du total), dont 43 en font leur activité principale. Le questionnaire proposait trois activités spécifiques (travail du sexe, deal, vol) et une réponse « autre », qui a de fait concerné des activités de contrebande de type vente de cigarettes. Après vérification auprès des enquêteurs, il apparaît que le « deal » recouvre surtout la situation d'usager/revendeur.

La question sur les activités illégales constitue l’item de l’enquête qui fait le plus apparaître une différence hommes/femmes dans les résultats. Les femmes sont en effet 7,5 fois plus concernées par les activités illégales (68 % du total des femmes dans cette situation) que les hommes (9 %). Cette distorsion majeure s’explique par le fait que plus des deux tiers des femmes de l’échantillon (19 sur 28) ont déclaré le travail du sexe comme activité illégale ; c’est d’ailleurs la seule activité illégale déclarée par les femmes, tandis que les trois-quarts des hommes qui déclarent une activité illégale sont surtout concernés par les vols et cambriolages, et dans une moindre mesure par des activités de contrebande et de deal.

Fig 9 : distribution des hommes et des femmes déclarant une activité illégale selon la modalité



Profil des 19 travailleuses du sexe :

Elles sont âgées de 20 à 52 ans (moyenne : 33,5 ans ; médiane : 31 ans) et vivent seules (4 célibataires et 11 divorcées), majoritairement à Tétouan (les trois-quarts) et dans un domicile stable (chez elles ou chez leurs parents) pour la plupart d’entre elles (17). Elles ont globalement un faible niveau scolaire : un quart sont illettrées ou n’ont été qu’à l’école coranique, les autres ne dépassant pas le niveau collègue. Elles ont globalement un état général de santé ressenti comme mauvais.

Elles sont quasiment toutes consommatrices d’héroïne (à l’exception d’une seule), majoritairement injectée, mais aussi polyconsommatrices (benzodiazépines et cannabis, puis cocaïne et alcool). Quels que soient les produits, elles sont plutôt injectrices (84 %).

Les trois-quarts ont été incarcérées, avec une moyenne de 2,7 séjours. Parmi les 14 qui ont été incarcérées, 10 l’ont été pour des ILS (usage simple et/ou revente) dont la moitié (5) l’ont aussi été pour d’autres infractions (vol, mendicité, prostitution, et une pour meurtre) ; 4 autres l’ont été uniquement pour d’autres motifs que les ILS (mendicité, vol et prostitution).

Elles déclarent plus souvent des situations de violations de leurs droits humains que dans l’ensemble de la population enquêtée. Elles ont toutes subies des violations des

droits humains de la part des forces de police/justice (ce qui n'est pas le cas de la population totale où 13 % n'ont pas subi ce type de violations).

Au-delà de ces 19 personnes, toutes des femmes, qui déclarent une activité de prostitution comme source de revenu, deux autres items du questionnaire nous amènent à considérer que le nombre total de personnes concernées par des relations sexuelles tarifées est bien plus élevé. En prenant en compte les réponses aux questions « incarcérations en lien avec d'autres infractions que les ILS » (rubrique 3 : incarcération) et « relations sexuelles en échange de drogues » (rubrique 4 : violation des droits humains), ce nombre total s'élève à 48, soit 21 hommes (8 % des hommes) et 27 femmes (96 % des femmes). Dès lors, au total, ce ne sont plus 6 % des répondants qui ont (ou qui ont eu) une activité prostitutionnelle mais 16 %.

Tab 5 : fréquence des items témoignant d'une activité prostitutionnelle par site et par sexe

	Tanger		Tétouan		Nador		Total	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Activité illégale travail du sexe	0 %	56 %	0 %	78 %	0 %	0 %	0 %	68 %
Incarcération pour prostitution	0,1 %	22 %	0 %	11 %	4 %	0 %	2 %	14 %
Relations sexuelles en échange de drogues	13 %	89 %	1 %	83 %	4 %	100 %	6 %	86 %
Total	14 %	89 %	1 %	100 %	7 %	100 %	8 %	96 %

17 hommes et 24 femmes déclarent des relations sexuelles en échange de drogues.

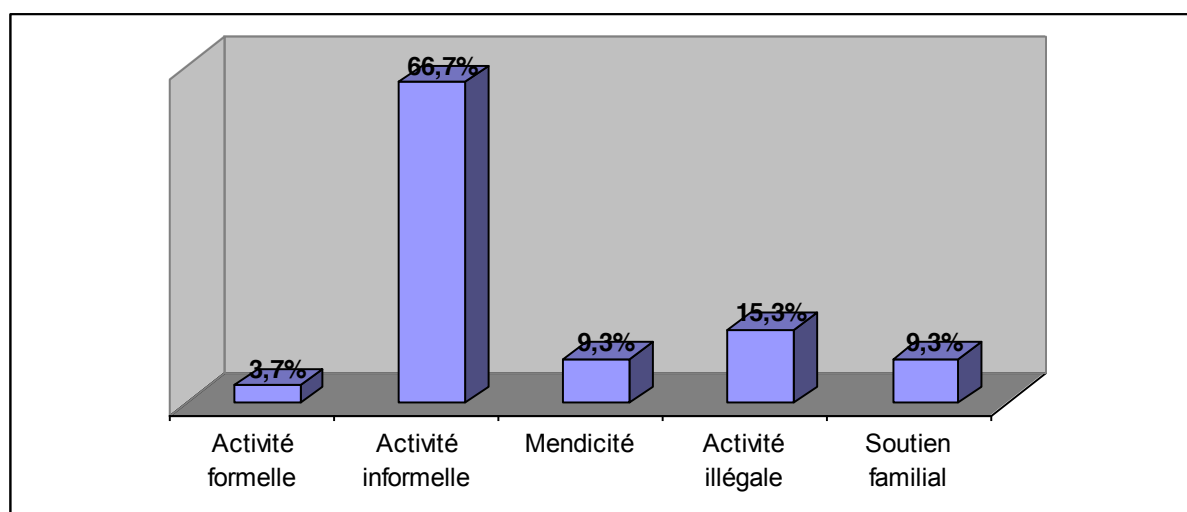
Une seule des 28 femmes de l'échantillon étudié n'a jamais déclaré d'activité prostitutionnelle. Elle présente des caractéristiques différentes de la moyenne : elle bénéficie d'un fort soutien familial, est mariée, a des consommations plutôt limitées et n'est jamais allée en prison ; de plus elle déclare n'avoir jamais rencontré de problème avec le système de santé.

Autres situations génératrices de ressources

Enfin, deux autres modes de ressources apparaissent chez les PUD enquêtés : la mendicité et le soutien apporté par la famille, pour une proportion identique de 9,3 % des répondants

L'histogramme ci-dessous donne la fréquence des catégories générales d'activité dans notre échantillon (le total est supérieur à 100 % car 11 des 300 personnes enquêtées exercent plusieurs activités).

Fig 10 : fréquence des activités générales au sein de la population étudiée (plusieurs réponses possibles)



Quelles que soient les activités générales, les huit situations procurant des ressources par ordre de fréquence décroissante dans la population totale enquêtée sont les suivantes :

Tab 6 : situations procurant les revenus les plus fréquemment rencontrées

Situation génératrice de revenus	Total	Hommes	Femmes
Aide sur les marchés	24,7 %	27,2 %	0 %
Gardiennage de voitures sur la voie publique	20 %	22,1 %	0 %
Recyclage	16,3 %	17,6 %	3,6 %
Mendicité	9,3 %	9,6 %	7,1 %
Soutien familial	9,3 %	8,8 %	14,3 %
Remplissage de formulaires aux frontières	7,7 %	8,5 %	0 %
Vol et cambriolage	6,7 %	7,4 %	0 %
Travail du sexe (*)	6,3 %	0 %	67,9 %

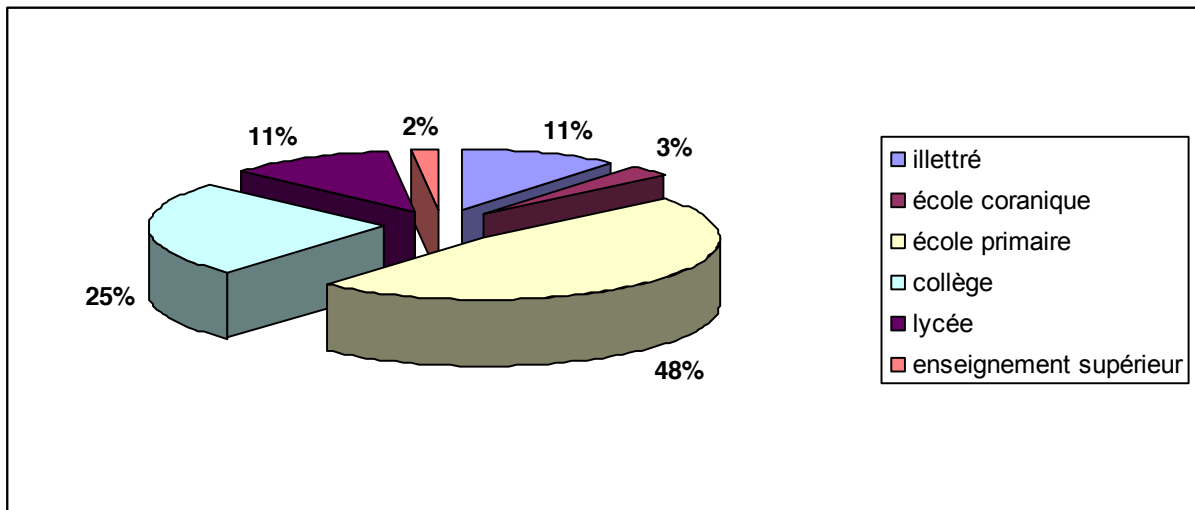
(*) Dans la définition restrictive de l'activité telle qu'elle est déclarée par les PUD au moment de l'enquête à la question « activité » (cf. ci-dessus une définition plus large qui donne un résultat de 16 %).

3.1.5 Instruction

En écho à une situation précaire en matière d'insertion professionnelle, le niveau global d'instruction est faible, avec près des deux tiers des répondants qui ont un niveau maximum égal à celui du primaire (part incluant les 3 % de répondants qui déclarent un niveau « école coranique »⁹). Ce niveau global fait écho à celui retrouvé dans les évaluations rapides (61,5% dans la phase 1 et 55,3 % dans la phase 2).

⁹ L'école coranique est un mode d'apprentissage de l'écriture et de la lecture au travers du Coran.

Fig 11 : répartition des répondants selon leur niveau d'instruction

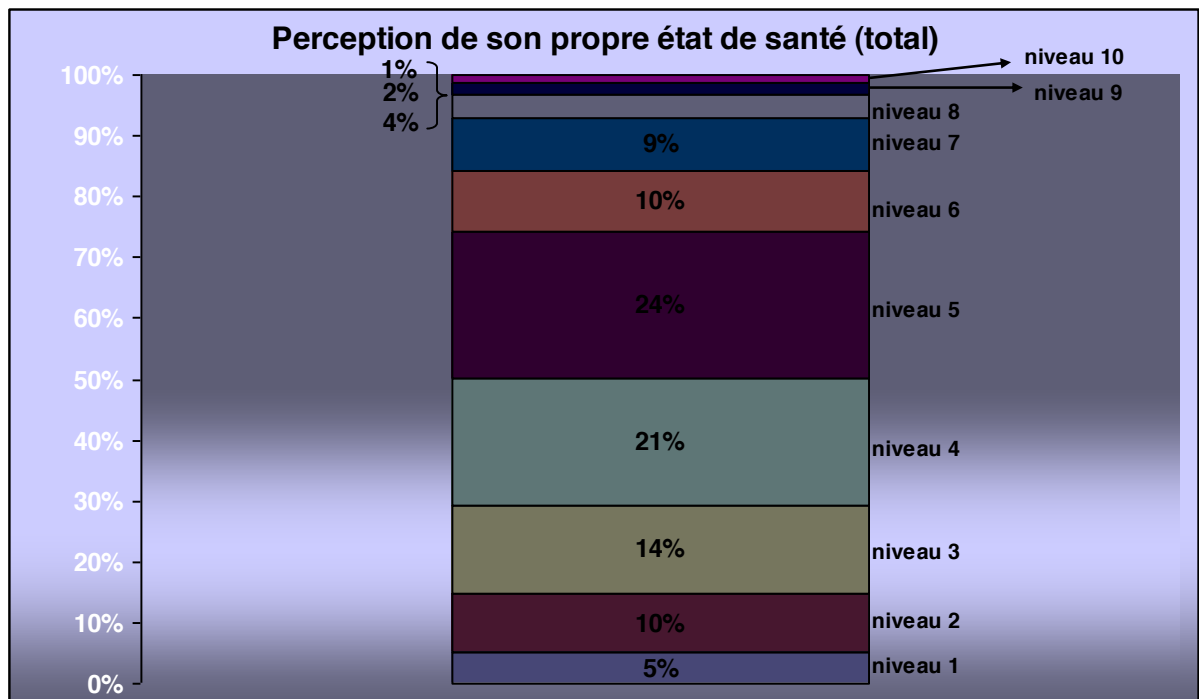


Les femmes sont globalement moins instruites que les hommes : elles sont deux fois plus illettrées (22,2 %) que les hommes (9,5 %) et ont arrêté un peu plus tôt l'école que les hommes (37 % ont un niveau primaire contre 49 % pour les hommes). Aucune n'a un niveau enseignement supérieur. En matière de comparaison par site, les PUD de Nador sont eux aussi deux fois plus illettrés que la moyenne.

3.1.6 Etat de santé

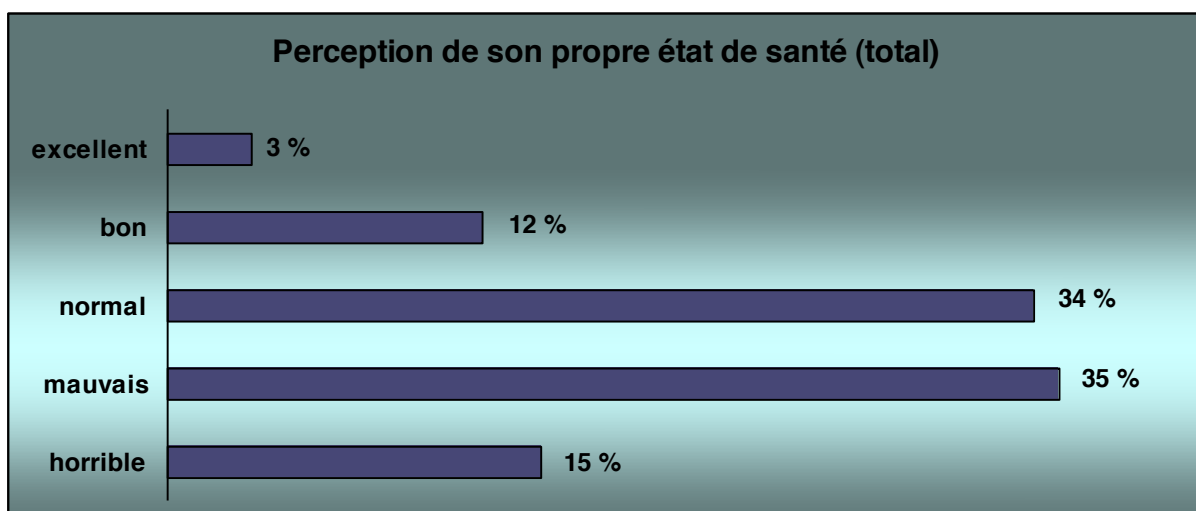
Le questionnaire comportait une échelle de qualité sur laquelle le répondant était invité à se positionner pour définir son ressenti personnel par rapport à son état de santé. La gradation était construite à partir de cinq états de santé (horrible, mauvais, normal, bon, excellent), chacun de ces états permettant de se positionner sur « plus » ou « moins » ; au total, l'échelle comportait donc 10 niveaux (le niveau 1 traduisant la perception la plus horrible, le niveau 10 traduisant la perception la plus excellente). L'évaluation personnelle de cet état de santé ne reposait sur aucune liste de symptômes du type de ceux utilisés dans Opiate Treatment Index. Il s'agit donc d'un résultat non objectivable et sans comparaison possible avec d'autres données sur l'état de santé réel ou ressenti des PUD, mais dont le seul intérêt était de contribuer à définir l'auto-perception des PUD sur leur santé de façon à la mettre éventuellement en lien avec les items de violation des droits humains spécifiques au système de santé.

Fig 12 : distribution des PUD selon leur auto-perception de l'état de santé personnel



La moitié exactement des répondants définit donc son état de santé comme inférieur ou égal à une situation considérée comme normale, avec un niveau moyen et médian de 4,5. Les femmes ressentent quant à elles un état de santé plus dégradé que les hommes, avec un niveau médian de 4 *versus* 5 pour les hommes.

Fig 13 : catégorisation des PUD selon leur auto-perception de l'état de santé personnel



Alors que la vie à la rue est généralement associée à un mauvais état de santé, les résultats du site de Nador peuvent étonner : c'est le site où le niveau médian est le plus élevé (5 contre 4 à Tanger et à Tétouan) mais aussi celui qui obtient la plus grande proportion de PUD déclarant un état de santé excellent (5 % *versus* 2 % à Tanger et aucun à Tétouan),

alors que le nombre de PUD vivant dans la rue est le plus élevé (38 % de la population du site *versus* 25 % à Tanger et 2 % à Tétouan). Bien plus, sur 22 hommes de Nador ayant un niveau ressenti d'état de santé de 7 à 10 (bon à excellent), près de la moitié (10) vivent à la rue ou sont sans domicile stable. Cette contradiction apparente traduit peut-être la limite méthodologique de cette échelle de qualité. Toutefois, les enquêteurs de Nador émettent l'hypothèse que ce meilleur ressenti de l'état de santé serait lié à un niveau de revenus plus élevé associé aux activités illégales, dont la fréquence est plus élevée à Nador que sur les autres sites : 19 % des PUD de Nador tirent leurs ressources principales d'une activité illégale contre 15 % en moyenne globale (8 % à Tanger et 17 % à Tétouan – mais il s'agit dans ce dernier cas essentiellement de femmes prostituées, et dont le niveau de ressenti de l'état de santé est globalement moins bon que la moyenne)¹⁰. Ils avancent aussi une seconde explication : les PUD de Nador consomment proportionnellement plus de cannabis que les autres, surtout le soir pour obtenir des effets sédatifs et hypnotiques, ce qui leur procure un certain sentiment de « bien-être ».

3.2. Consommation de produits psychoactifs

3.2.1. Structure des consommations

Le questionnaire explorait la consommation de produits psychoactifs dans le mois précédent l'enquête. Il proposait une liste de six produits pré-identifiés en fonction des résultats des enquêtes précédentes (héroïne, cocaïne/free base, basoka/crack, cannabis, benzodiazépines, alcool) ainsi qu'une case « autre » permettant de mentionner d'autres produits. De fait, 17 PUD (5,7 %) ont utilisé cette réponse et mentionné deux types de produits : des comprimés de méthadone obtenus sur le marché noir à Nador et à Tanger en provenance des enclaves espagnoles de Melilla et Sebta (8 PUD sur 17) ; des anxiolytiques pour l'autre moitié¹¹.

L'héroïne est le produit principalement consommé par les répondants (97 %). Les trois produits suivants sont, par ordre décroissant de taux d'usage, le cannabis (84 %), les benzodiazépines (45 %) et la cocaïne (38 %). Plusieurs produits pouvaient être consommés. Cette structure de la consommation autour de ces quatre principaux produits correspond à celle identifiée dans l'évaluation rapide de phase 2 (qui avait porté sur les consommations dans le mois précédent des sites de Nador, Al Hoceima, Fès et Oujda)¹².

¹⁰ Les enquêteurs de Nador eux-mêmes ont été surpris par les réponses au moment des entretiens ; ce qui les a souvent amenés à réexpliquer l'échelle et reposer la question pour confirmation. Selon les propos d'un enquêteur, « *certaines sont bien matériellement, donc ils se sentent bien* ».

¹¹ Les enquêteurs ont aussi noté que, parfois, certains PUD « *se débrouillent pour rapporter d'Europe de la méthadone et du Subutex* ».

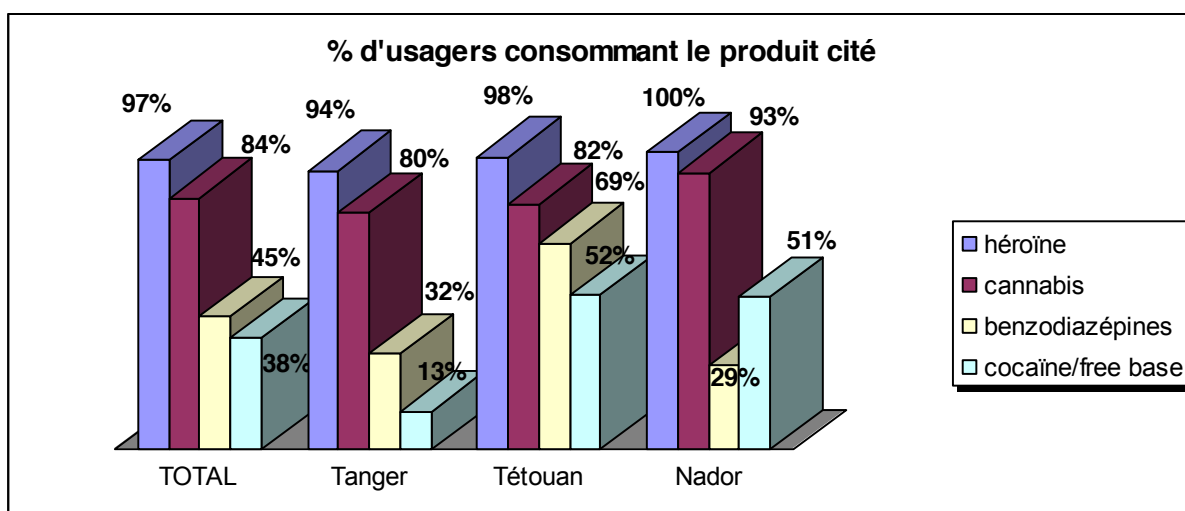
¹² Il est plus délicat de comparer avec l'évaluation rapide de phase 1 où étaient mesurées les consommations dans l'année précédente et qui comprenait les sites de Casa et Rabat réputés pour avoir des modèles et des structures de consommation différents

Tab 7 : produits consommés par les répondants et comparaison avec d'autres sources

Produits consommés (plusieurs réponses possibles)	% de consommation	Rappel éval rapide 2
Heroïne	97 %	77 %
Cocaïne/free base	37,7 %	56,1 %
Basoka/crack	13,3 %	10,4 %
Cannabis	84,3 %	75 %
Benzodiazépines	44,7 %	33,1 %
Alcool	15 %	11,8 %
Autres produits (methadone +anxiolytiques)	5,7 %	

Mais ces résultats globaux cachent des distributions propres à chaque site comme le montre l'histogramme suivant.

Fig 14 : produits consommés selon les sites

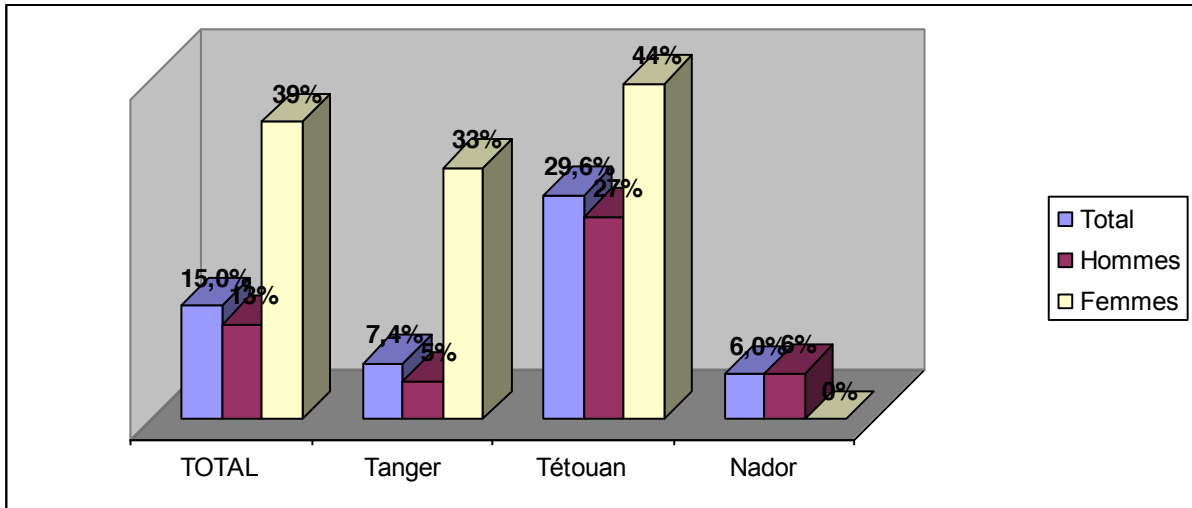


Les proportions de PUD consommant de l'héroïne et du cannabis sont globalement identiques quels que soient les sites. En revanche, il existe des différences dans les consommations de benzodiazépines et de cocaïne, qu'il est difficile d'expliquer dans le cadre des données existantes. Certains enquêteurs ont émis l'hypothèse que ces différences pourraient être liées, au moment de l'enquête, à des disparités dans la qualité et le prix des doses de cocaïne achetées dans la rue (les « papelitas »). Nous avons ainsi constaté une surreprésentation de la consommation de cocaïne à Tétouan par rapport à l'ensemble (52 % *versus* 38 %). De plus, la consommation de crack/bazoka était un phénomène limité à la ville de Tanger au moment de l'enquête : 32 % des PUD de Tanger en consommaient *versus* 6 % à Tétouan et 0 % à Nador.

La différence la plus importante entre les hommes et les femmes en matière de produits consommés concerne l'alcool : alors que les femmes représentent 9 % de l'échantillon total, elles comptent pour 24 % des PUD consommant de l'alcool. De plus, alors que la moyenne générale de consommation d'alcool dans la population totale est de 15 %, celle des femmes est de 39 % (contre 12,5 % pour les hommes) ; sur le site de Tétouan, ce sont près de la

moitié des femmes qui consomment de l'alcool. Ces résultats conduisent à formuler une question qui mériterait d'être explorée ultérieurement : la surreprésentation de la consommation d'alcool chez les femmes peut-elle s'expliquer par la proportion importante de travailleurs du sexe dans ce groupe ?

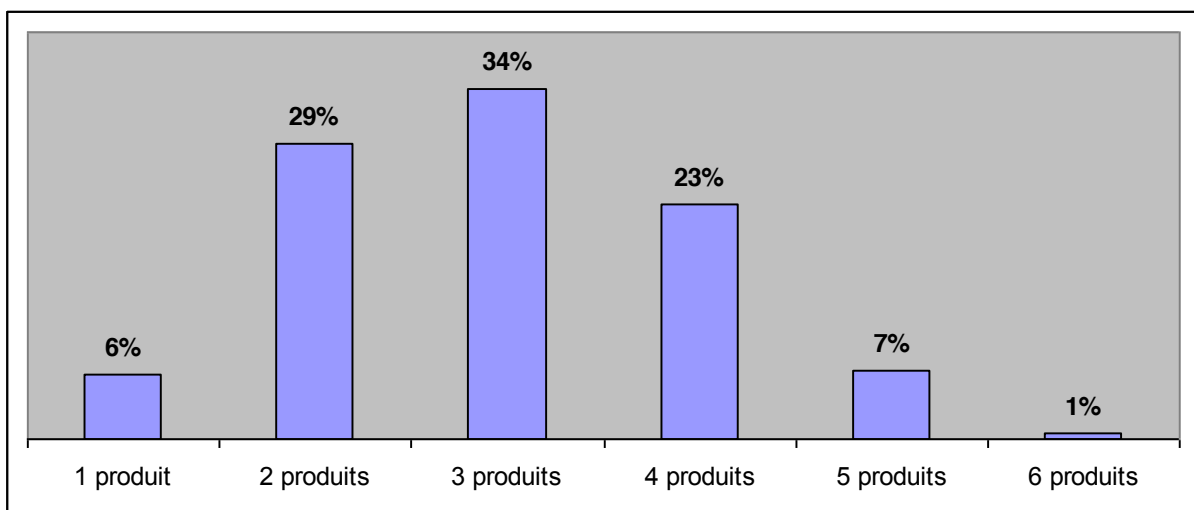
Fig 15 : structure de la consommation d'alcool par sexe et par site



La consommation de crack ne semble pas être associée à un état de santé plus dégradé que la moyenne alors que la consommation de ce produit péjore généralement la santé ; toutefois, seulement 3 des 40 personnes consommant du crack déclarent un usage quotidien.

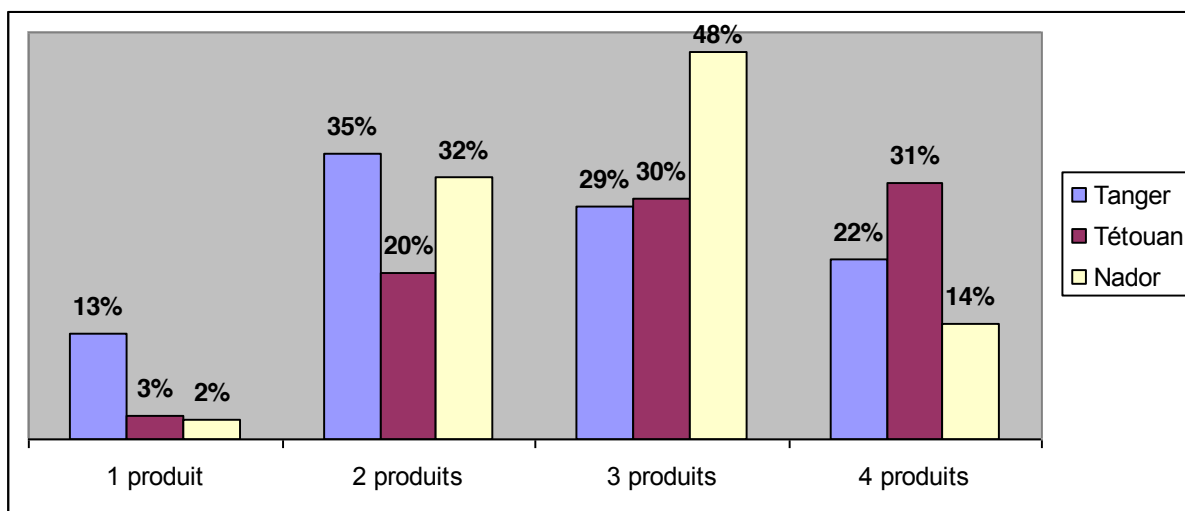
Un autre élément caractérise la structure des consommations de drogues dans notre échantillon : la polyconsommation. Les PUD sont quasiment tous (94 %) polyconsommateurs, la modalité la plus répandue étant l'association de trois produits. Les 6 % de consommateurs d'un unique produit sont essentiellement des consommateurs d'héroïne (pour 84 % d'entre eux).

Fig 16 : distribution des PUD en fonction du nombre de produits consommés



Nous constatons une différence importante entre les sites : la proportion de polyconsommateurs est plus élevée à Tétouan et à Nador (respectivement 97 % et 98 %) qu'à Tanger (87 %) et, lorsqu'ils sont polyconsommateurs, les PUD de Tanger ont tendance à associer moins de produits qu'à Tétouan et à Nador.

Fig 17 : distribution par site des consommations comportant 1 à 4 produits



Parmi les 36 associations différentes identifiées chez les PUD de cet échantillon, les deux tiers d'entre elles (24 sur 36) sont anecdotiques et ne représentent systématiquement qu'une proportion inférieure ou égale à 1 % de la population totale (c'est-à-dire 1 à 3 personnes). Dans le tiers restant, deux types d'associations se distinguent : un premier groupe de 8 associations dont la consommation représente à chaque fois une proportion de moins de 10 % de la population (c'est-à-dire moins de 30 personnes) ; un second groupe de 4 associations qui sont les plus couramment consommées (par 58 % des PUD). Au total, 63 % des polyconsommateurs ne sont concernés que par 11 % des associations de produits identifiées.

Tab 8 : associations de produits les plus fréquentes chez les PUD

Associations de produits	% de PUD les consommant
Héroïne + cannabis	22 %
Héroïne + cannabis + benzodiazépines	13 %
Héroïne + cannabis + cocaïne	12 %
Héroïne + cannabis + cocaïne + benzodiazépines	11 %

Le cannabis, qui est le second produit le plus fréquemment consommé dans cet échantillon, est inclus dans 67 % des associations identifiées (24 des 36), concernant 90 % des poly-

consommateurs. De fait, le cannabis « remonte » ainsi de façon automatique les scores des polyconsommations. En outre, plus le nombre de produits associés est élevé, plus la présence du cannabis dans ces associations monte et plus la proportion de polyconsommateurs avec cannabis augmente.

Tab 9 : part du cannabis dans les polyconsommations

Associations (assoc.)	Nbre d'assoc. avec thc	Nbre total d'assoc.	% d'assoc. avec thc	Nbre de PUD dans les assoc. avec thc	Nbre total de PUD dans ces assoc.	% de PUD avec thc
2 produits	2	7	29 %	69	87	79 %
3 produits	6	10	60 %	96	103	93 %
4 produits	9	11	82 %	68	70	97 %
5 produits	5	6	83 %	19	20	95 %
6 produits	2	2	100 %	2	2	100 %
Total	24	36	67 %	254	282	90 %

A *contrario*, si l'on s'intéresse aux polyconsommations sans cannabis, on constate une structure bien différente dans les polyconsommations (en nombre de personnes concernées).

Fig 18 : distribution des PUD en fonction du nombre de produits consommés sans et avec association de cannabis

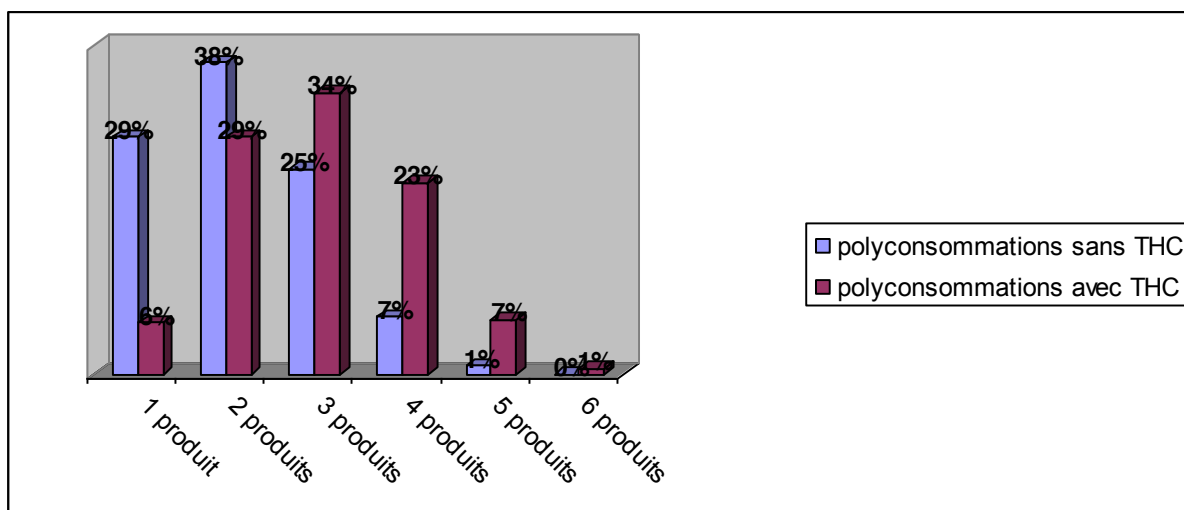
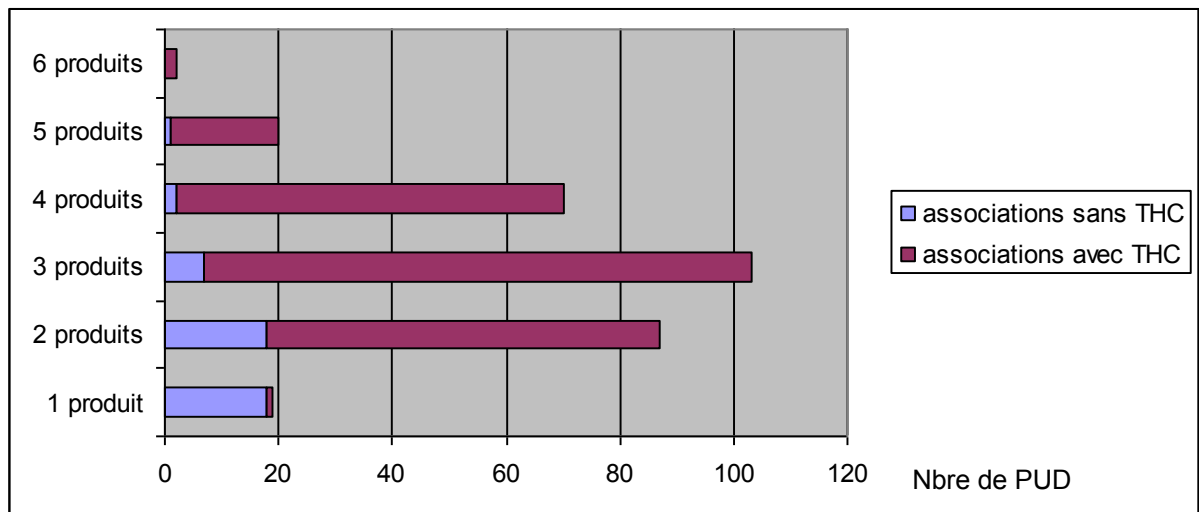


Fig 19 : part du cannabis dans les groupes d'association de produits

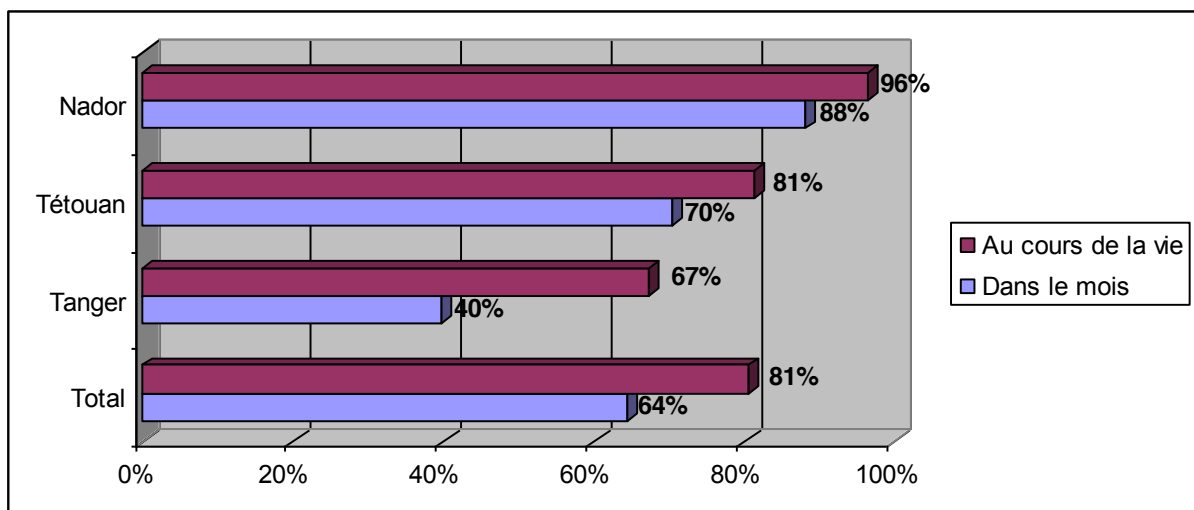


Enfin, l'alcool intervient uniquement dans le cadre de polyconsommations, et quasi systématiquement lorsqu'il y a au moins trois produits, ce qui lui confère un statut particulier par rapport aux autres produits psychoactifs.

3.2.2 Modes de consommation

Le public enquêté se caractérise par la prépondérance de la voie injectable parmi les modes d'administration de produits psychoactifs. Les quatre cinquièmes des PUD ont utilisé cette voie au moins une fois au cours de leur vie. Au moment de l'enquête, ce sont près des deux tiers (64 %) qui utilisent la voie injectable. Ce résultat est la conséquence du mode de recrutement des PUD par les équipes des dispositifs de RDR de proximité (unités mobiles mettant à disposition du matériel stérile d'injection). L'injection est très fortement associée à la consommation d'héroïne (67 % des consommateurs d'héroïne utilisent cette voie, contre 39 % pour la cocaïne et 15 % pour le crack/bazoka).

Fig 20 : prévalence de l'injection parmi les PUD



Une analyse par site permet d'établir une différenciation entre Tanger d'un côté, Tétouan et Nador de l'autre : les prévalences d'utilisation de la voie injectable sont plus élevées sur ces deux derniers sites que la moyenne, à l'inverse de Tanger. En outre, nous constatons qu'aucune des femmes héroïnomanes du groupe de Tanger n'utilise la voie injectable (elles inhalent), alors qu'au contraire, elles sont toutes injectrices à Tétouan. Cette différence traduit-elle un impact du travail de proximité mené à Tanger (pour mémoire, c'est le site qui a initié le plus tôt un travail de proximité¹³ et qui a le plus promu le changement des pratiques de consommation chez les injecteurs ainsi que le maintien de la pratique de la fumette). La proportion d'injecteurs et de non injecteurs sur le site de Nador correspond à celle retrouvée dans l'évaluation rapide de phase 2 ; en revanche, elle est très différente à Tanger et à Tétouan en comparaison avec les résultats de l'évaluation rapide de phase 1 où 87 % des répondants de ces deux villes étaient injecteurs (contre 55 % dans notre enquête).

Tab 10 : prévalence des modes de consommation selon les produits

<i>Plusieurs réponses possibles</i>	Bu/avalé	Injecté	Sniffé	Inhalé/fumé
Héroïne		67,1 %	1,4 %	51,4 %
Benzodiazépines	94,6 %	0,8 %	0,8 %	4,7 %
Cocaïne		39,3 %	22,3 %	41,4 %
Crack/bazoka	2,5 %	15 %	0 %	87,5 %
Cannabis	0,8 %			99,6 %
Alcool	100 %			

Les PUD de cette enquête utilisent généralement une seule voie d'administration pour les produits qu'ils consomment, à l'exception des consommateurs d'héroïne de Tétouan : 40 % des hommes consommateurs d'héroïne (36 sur 89) et 71 % des femmes consommatrices d'héroïne (12 sur 17) du site de Tétouan utilisent indifféremment l'injection et l'inhalation (cette particularité explique les données du tableau général pour l'héroïne). Nous notons aussi que 86 % des consommateurs de comprimés de méthadone provenant de l'étranger la consomment par voie orale, un seul l'injectant (6 sur 7 PUD pour lequel le mode de consommation de la méthadone est renseigné).

3.2.3 Fréquences de consommation

Les PUD se définissent par un usage fréquent de leurs produits : les deux produits principaux (héroïne et cannabis) sont ainsi essentiellement consommés quotidiennement. Nous retrouvons le statut particulier de l'alcool, consommé uniquement en association, comme un produit beaucoup moins régulier. Le questionnaire proposait trois items pour définir la fréquence des consommations dans le mois précédent.

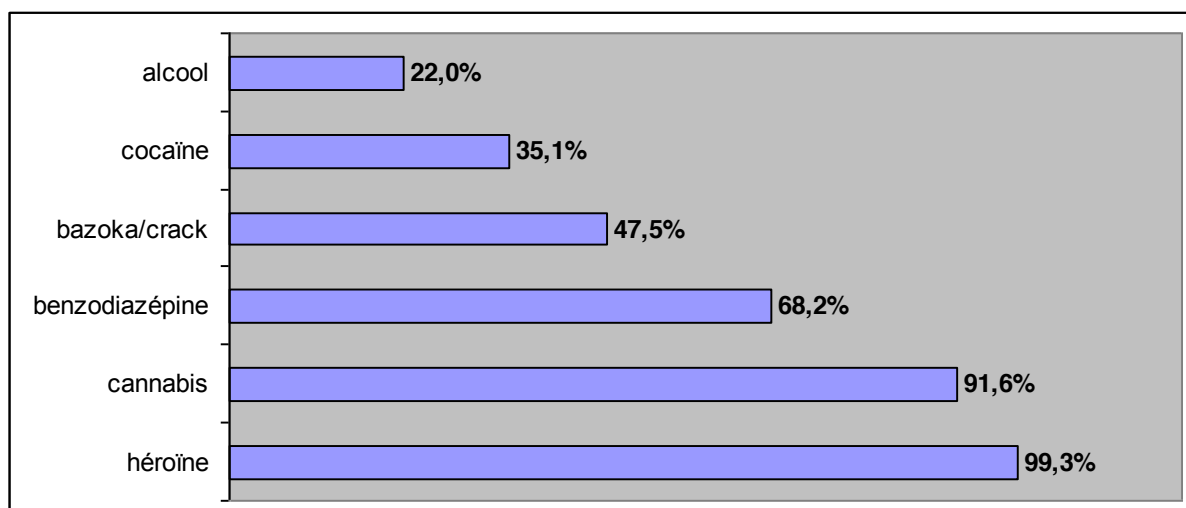
¹³ L'ASCMPH a commencé son travail de proximité à Tanger au cours de l'année 2008 contre l'année 2009 pour l'ALCS à Tétouan (mais avec une pause d'un an dans le programme) et en juin 2010 pour RDR Maroc à Nador.

Tab 11 : fréquence des consommations de produits

	Moins d'1 fois par semaine	Au moins 1 fois par semaine	Quotidien
Héroïne	0,7 %	0,7 %	98,6 %
Cannabis	8,4 %	11,6 %	80 %
Benzodiazépines	31,8 %	41,9 %	36,4 %
Cocaïne	64,9 %	19,8 %	15,3 %
Bazoka/crack	52,5 %	40 %	7,5 %
Alcool	78 %	22 %	0 %

Si nous définissons un « usage fréquent » par le fait qu'un produit est consommé au moins plusieurs fois dans la semaine, nous obtenons alors le classement suivant sur la fréquence de consommation des produits.

Fig 21 : classement des produits en fonction de leur niveau d'usage fréquent



3.3. Prison

Documenter le nombre et la nature des incarcérations des PUD constitue toujours un volet essentiel dans les enquêtes ciblant les PUD, en raison à la fois du risque pénal lié au statut légal des usages de drogues mais aussi d'une exposition plus forte qu'en population générale à d'autres risques pénaux, en lien avec la nécessité de se procurer des ressources. Or, nous avons déjà identifié que 15 % et 74 % des PUD de notre échantillon avaient respectivement un risque fort et un risque moyen d'être exposés à une interpellation par les forces de police et à une éventuelle condamnation. De fait, plus des quatre cinquièmes des PUD (81,7 %) ont été incarcérés, avec un nombre moyen d'incarcération de 4,1 et un nombre médian de 3 (ce qui signifie que la moitié des PUD ont connu plus de trois épisodes d'incarcération). Les hommes ont été plus exposés que les femmes à un séjour en prison.

Tab 12 : taux d’incarcération des PUD par sexe

	Total	Hommes	Femmes
Taux de PUD incarcérés	81,7 %	82,4 %	75 %
Nombre moyen d’incarcérations	4,1	4,2	3,1
Nombre médian d’incarcérations	3	3	2

Nous ne constatons pas de différences notables selon les sites. En revanche, il est loisible de s’interroger sur les résultats de Nador, qui traduisent globalement un taux d’incarcération (78,6 %) un peu moins élevé que la moyenne alors que c’est le groupe qui est *a priori* le plus exposé à un risque pénal en raison de ses activités génératrices de ressources (98 % des PUD de Nador ont un risque moyen ou fort *versus* 89 % pour le groupe total) et de son haut niveau de précarité.

Le questionnaire cherchait à distinguer les incarcérations faisant suite à une ILS des peines de prisons prononcées pour d’autres motifs. De façon générale, les PUD ont été plus souvent incarcérés pour d’autres motifs que les ILS, à l’exception du site de Tétouan. L’analyse des parcours en prison, selon le motif d’incarcération, révèle des différences en fonction du sexe : globalement, les femmes ont été plus souvent incarcérées que les hommes en raison d’une ILS, et ce avec des proportions inversées, à l’exception du site de Tétouan également.

Les 174 ILS déclarées par les 144 PUD incarcérés pour ce motif ont généré 415 épisodes d’incarcération, tandis que les 247 autres infractions déclarées par les 182 PUD qui ont été incarcérés pour ces motifs ont donné lieu à 685 épisodes d’incarcérations. Non seulement les autres infractions représentent le premier motif d’incarcération des PUD, mais elles semblent en outre associées à une propension plus élevée à être incarcéré, une fois l’infraction commise : alors que l’on constate 1,27 fois plus de motifs d’incarcération non associés à une ILS que de motifs dus à une ILS, le nombre d’incarcérations associées à ces motifs est 1,65 fois plus élevé.

Tab 13 : distribution des PUD selon le motif d’incarcération en fonction du sexe et du site

% des PUD dans l’échantillon total incarcérés en raison de :	Total	Hommes	Femmes
ILS	48 %	47 %	61 %
Autres infractions	61 %	63 %	43 %
% des PUD de Tanger incarcérés en raison de :			
ILS	43 %	41 %	56 %
Autres infractions	64 %	67 %	33 %
% des PUD de Tétouan incarcérés en raison de :			
ILS	61 %	61 %	61 %
Autres infractions	56 %	59 %	44 %
% des PUD de Nador incarcérés en raison de :			
ILS	38 %	37 %	100 % (*)
Autres infractions	62 %	61 %	100 %(*)

(*) Rappel : une seule femme à Nador

Les totaux en colonne sont supérieurs à 100 % car les PUD pouvaient avoir été incarcérés pour plusieurs motifs. Pour cette raison, il est intéressant d’analyser la structure des

incarcérations en spécifiant plus finement les motifs en trois catégories : ILS seulement, autres infractions seulement et ILS + autres infractions. Cette structure confirme que les ILS seules *stricto sensu* constituent une cause minoritaire d'incarcérations.

Fig 22 : répartition des PUD selon le motif d'incarcération

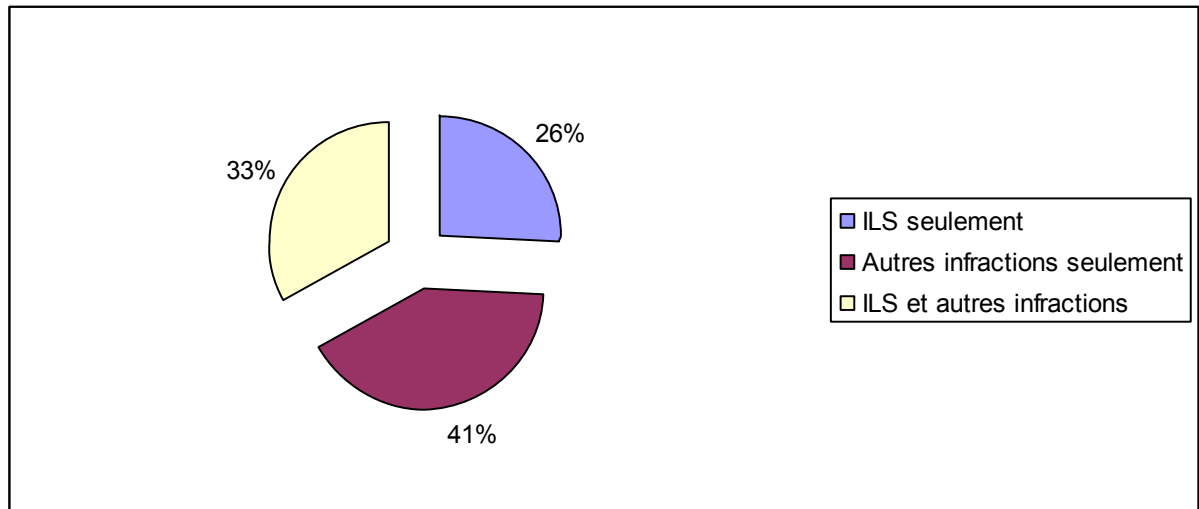
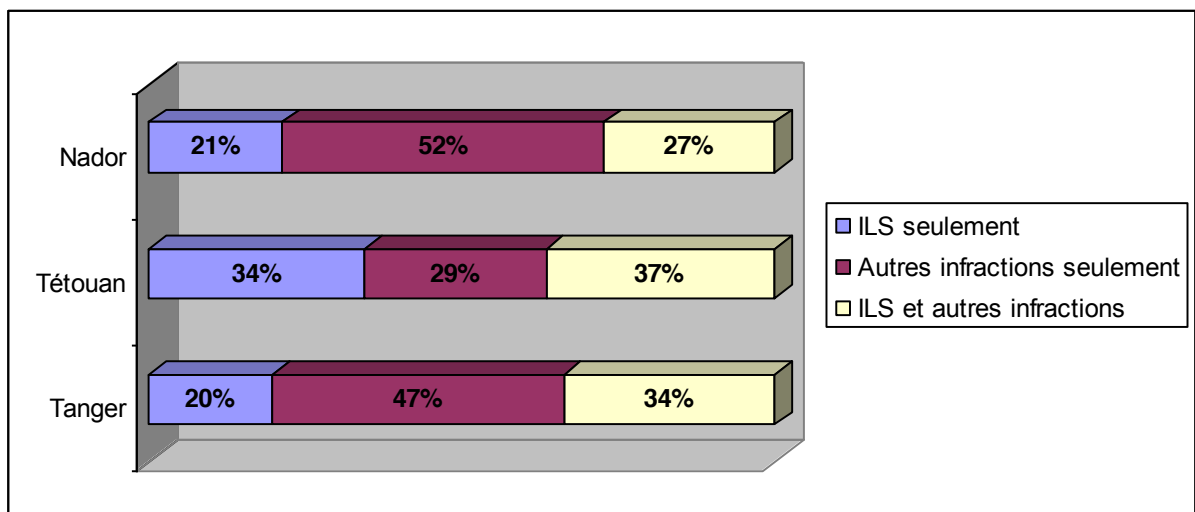


Fig 23 : répartition des PUD par site selon le motif d'incarcération



Concernant les 144 PUD incarcérés pour une ILS (représentant 48 % des PUD), le questionnaire proposait une liste détaillée permettant entre autres de distinguer les incarcérations impliquant un usage (usage simple ou usage simple & revente) de celles impliquant d'autres ILS (détention, revente).

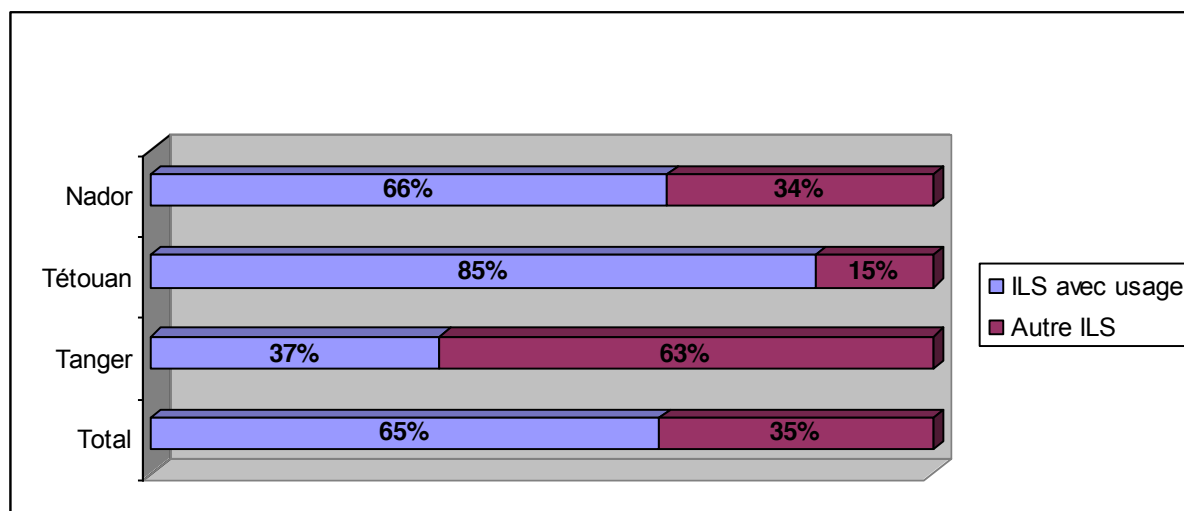
Tab 14 : fréquence des différents motifs d'incarcération pour ILS en fonction du sexe et du site

% des PUD incarcérés en raison de :	Total	Hommes	Femmes
Usage simple/revente	24 %	24 %	32 %
Usage simple	15 %	14 %	29 %
Détention de petites quantités	8 %	8 %	4 %
Revente	10 %	10 %	7 %
% des PUD de Tanger incarcérés en raison de :			
Usage simple/revente	14 %	13 %	22 %
Usage simple	10 %	8 %	33 %
Détention de petites quantités	13 %	14 %	0%
Revente	17 %	17 %	11 %
% des PUD de Tétouan incarcérés en raison de :			
Usage simple/revente	42 %	42 %	39 %
Usage simple	19 %	18 %	22 %
Détention de petites quantités	5 %	4 %	6 %
Revente	4 %	3 %	6 %
% des PUD de Nador incarcérés en raison de :			
Usage simple/revente	15 %	16 %	0 % (*)
Usage simple	18 %	17 %	100 % (*)
Détention de petites quantités	6 %	6 %	0 % (*)
Revente	10 %	10 %	0 % (*)

(*) Rappel : une seule femme à Nador

De façon générale, les PUD incarcérés pour ILS le sont majoritairement suite à une condamnation sanctionnant simplement l'usage : les deux tiers des PUD incarcérés pour ILS l'ont été uniquement au titre d'une infraction impliquant l'usage. Là encore, nous constatons que les femmes ont été proportionnellement beaucoup plus incarcérées que les hommes uniquement pour une infraction impliquant l'usage (82 % des femmes incarcérées pour ILS *versus* 63 % des hommes incarcérés pour ILS). Le nombre d'incarcérations uniquement pour usage représente 59 % du nombre total d'incarcérations pour ILS.

Fig 24 : part des motifs d'incarcération impliquant uniquement l'usage dans le total des motifs d'incarcération pour ILS



Cinq infractions possibles étaient proposées dans le questionnaire pour documenter les incarcérations pour autre motif : mendicité, vol, violence sur les personnes, prostitution et homosexualité. Les répondants pouvaient aussi citer d'autres motifs d'incarcération, qui se sont révélés être essentiellement : des rixes sur la voie publique et des infractions en lien avec la consommation d'alcool (ivresse sur la voie publique, contrebande d'alcool) – les deux motifs étaient d'ailleurs parfois liés ; des activités de falsification de chèques et de documents officiels ; un homicide. Les deux motifs principaux d'incarcération sont les atteintes aux biens et aux personnes (vol et violence sur les personnes), qui représentent l'écrasante majorité des autres incarcérations, à la fois en occurrence de survenue et en nombre d'incarcérations associées (les deux tiers des incarcérations comptabilisées pour un autre motif que ILS). Le vol et la violence sur les personnes sont des infractions caractéristiques des hommes tandis que la prostitution constitue une infraction féminine.

Tab 15 : fréquence des différents motifs d'incarcération autres que ILS en fonction du sexe et du site

% des PUD incarcérés en raison de :	Total	Hommes	Femmes
Mendicité	1 %	1 %	0 %
Vol	37 %	39 %	14 %
Violence sur les personnes	26 %	28 %	4 %
Prostitution	3 %	1 %	18 %
Homosexualité	1 %	1 %	0 %
Autre	15 %	15 %	11 %
% des PUD de Tanger incarcérés en raison de :			
Mendicité	2 %	2 %	0 %
Vol	31 %	33 %	0 %
Violence sur les personnes	35 %	37 %	11 %
Prostitution	3 %	1 %	22 %
Homosexualité	2 %	2 %	0 %
Autre	19 %	19 %	11 %
% des PUD de Tétouan incarcérés en raison de :			
Mendicité	1 %	1 %	0 %
Vol	38 %	41 %	22 %
Violence sur les personnes	21 %	26 %	0 %
Prostitution	3 %	0 %	17 %
Homosexualité	0 %	0 %	0 %
Autre	9 %	10 %	6 %
% des PUD de Nador incarcérés en raison de :			
Mendicité	0 %	0 %	0 % (*)
Vol	44 %	45 %	0 % (*)
Violence sur les personnes	19 %	19 %	0 % (*)
Prostitution	4 %	4 %	0 % (*)
Homosexualité	1 %	1 %	0 % (*)
Autre	17 %	16 %	100 % (*)

(*) Rappel : une seule femme à Nador

3.4. Violation des droits humains

3.4.1. Mesurer les violations des droits humains

Le questionnaire proposait une série de neuf questions, dont le contenu et la formulation avaient été choisis avec les enquêteurs lors de la formation, et destinées à aider à évaluer les niveaux de violations subies par les PUD. Deux « émetteurs » majeurs de violation des droits humains étaient identifiés : l'appareil policier et judiciaire et le système de santé (trois questions pour chacun, correspondant à six situations potentiellement vécues par les PUD). Étaient aussi proposées trois autres situations dont la survenue avait été identifiée comme courante chez les PUD et témoignait d'un autre niveau de violations des droits humains, émises cette fois-ci par des personnes appartenant à l'environnement proche des PUD (famille, autres PUD, trafiquants). Une réponse positive à la question signifiait que la personne interrogée avait vécu cette situation. Dans le cas d'une réponse positive, les enquêteurs proposaient de documenter les situations.

- Pour l'appareil policier et judiciaire, deux situations concernaient les forces de police : « violence et harcèlement par des agents des forces de l'ordre dans la rue » et « pratique illégale ou non conforme au cadre habituel de la part des agents des forces de l'ordre » ; la troisième situation pouvait aussi concerner l'administration pénitentiaire : « régime inhumain au cours d'une détention » (garde-à-vue et prison).
- Pour le système de santé, la première situation visait à évaluer le niveau de refus de soin ou de prise en charge (présentée dans les tableaux ci-dessous sous l'intitulé « difficultés avec le système de santé ») ; la seconde portait sur des conditions et des méthodes inhumaines dans le cadre d'une prise en charge pour les addictions (la nature de cette prise en charge n'était pas précisée dans le questionnaire) ; la troisième portait sur les ruptures de confidentialité de la part des professionnels de santé.
- Le volet environnement proche, étant par définition plus large, portait sur trois situations très différentes, mettant en jeu des auteurs potentiels de violation des droits humains très différents ; la première question concernait une situation très connue au Maroc : l'envoi par la famille dans un établissement identifié comme un « centre de guérison des addictions » et dénommé Bouya Omar, qui relève bien plus d'un lieu d'enfermement et sectaire que d'une approche sanitaire, et est très coûteux pour les familles [14] ; la seconde situation visait à investiguer la vulnérabilité des PUD par rapport aux trafiquants, définis essentiellement comme les fournisseurs importants de produits ; la troisième situation concernait les violations des droits humains émises au sein même du groupe des PUD, avec une question portant sur les relations sexuelles avec un autre PUD ou un petit revendeur en échange de produit.

Un premier niveau d'analyse montre que la quasi-totalité des PUD interrogés au cours de cette enquête ont subi au moins l'une des situations témoignant de violation des droits humains : seuls 0,2 % (6 personnes sur 300) déclarent n'avoir vécu aucune d'entre elles. Rien ne semble pourtant distinguer ces personnes du reste du groupe, hormis qu'elles sont toutes issues de Nador : ce sont tous des hommes, vivant majoritairement du secteur

informel, tous injecteurs d'héroïne, et avec des résultats sur toutes les dimensions explorées sensiblement identiques à leurs collègues de Nador (âge, logement, situation familiale, niveau d'instruction, ressenti/état de santé, etc.). Le site de Nador révèle une autre particularité : les PUD semblent globalement subir un peu moins de violations de leurs droits que dans la population totale étudiée. Si l'on établit des « scores » de violations de droits humains (en mesurant le nombre de situations déclarées par les répondants pour chaque catégorie d'émetteur), nous constatons que les PUD de Nador déclarent bien plus souvent que les autres n'avoir jamais vécu ces situations. Là encore, ce résultat peut surprendre eu égard aux caractéristiques des PUD de Nador, qui inciteraient à penser qu'ils sont plus exposés.

Fig 25 : distribution des PUD par site selon le nombre de situations de violations des droits humains émises par l'appareil policier et judiciaire

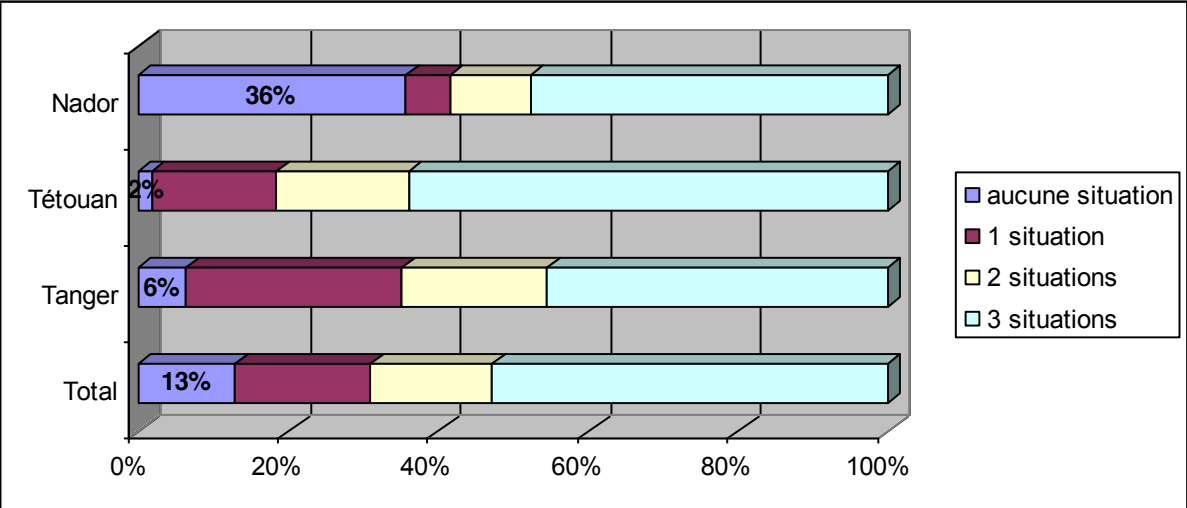


Fig 26 : distribution des PUD par site selon le nombre de situations de violations des droits humains émises par le système de santé

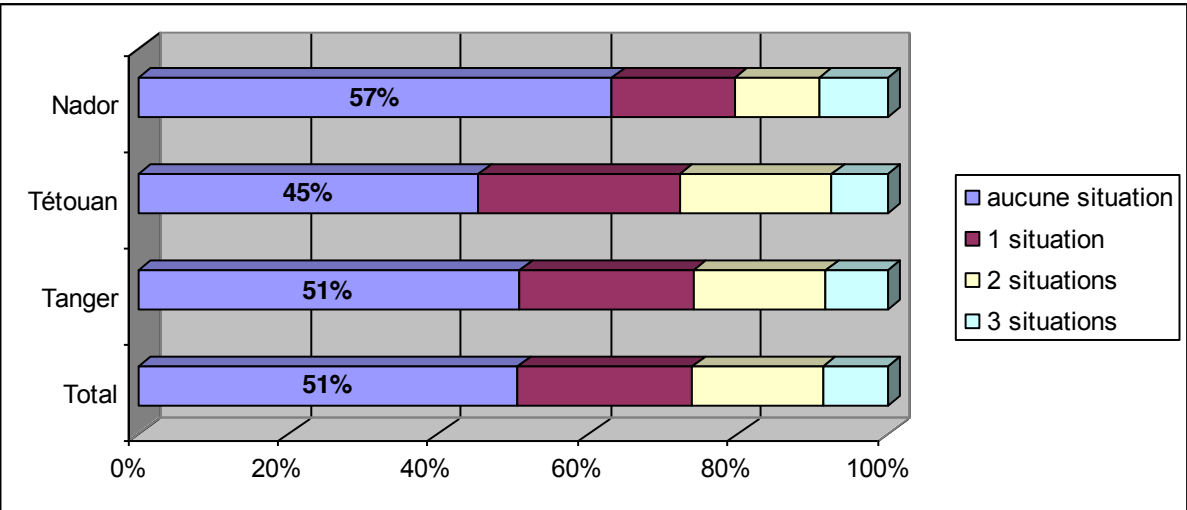
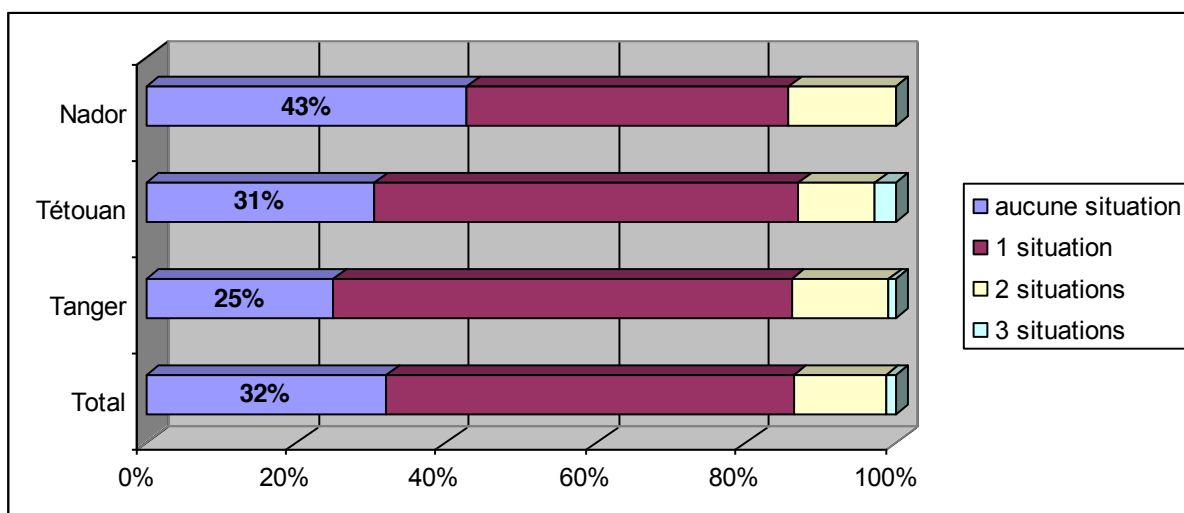


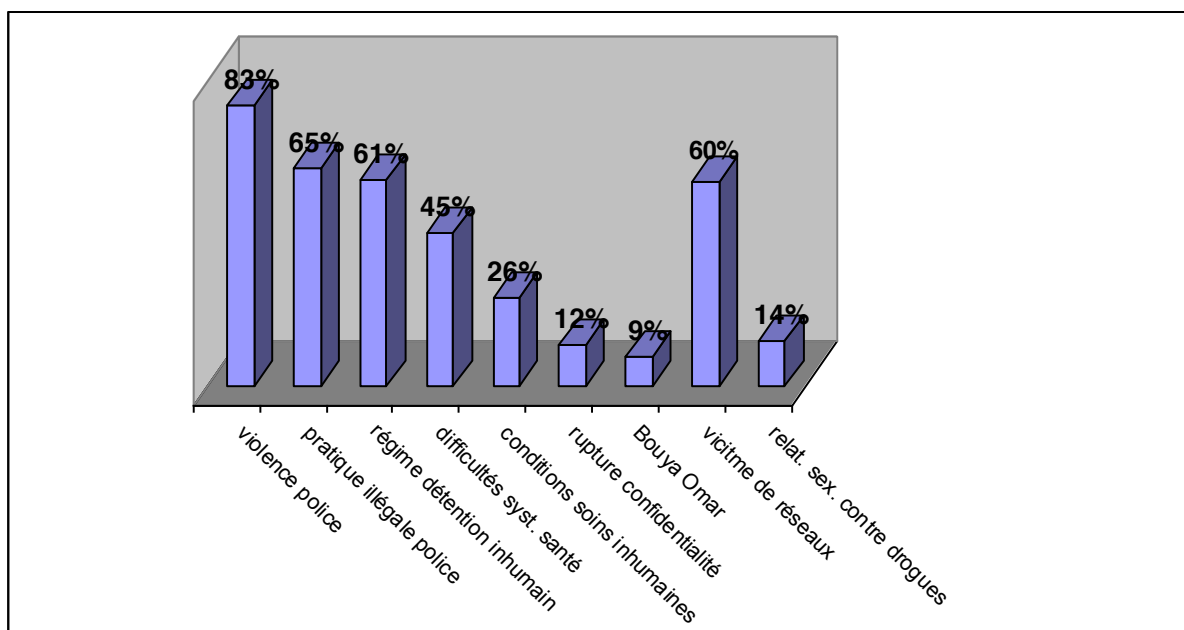
Fig 27 : distribution des PUD par site selon le nombre de situations de violations des droits humains émises par l'environnement proche



En revanche, en cumulant les deux niveaux les moins élevés de violation des droits humains (aucune situation et une situation), la population se répartit de façon homogène sur les sites, à la seule exception des violations émises par l'appareil policier et judiciaire sur le site de Tétouan, dont l'intensité semble bien plus élevée qu'ailleurs : près des deux tiers des PUD de Tétouan ont connu les trois situations proposées dans le questionnaire, contre un peu plus de la moitié en moyenne totale ; surtout, la quasi-totalité des PUD de Tétouan ont été confrontés à au moins l'une de ces situations.

De façon générale, les PUD voient leurs droits humains plus souvent violés par l'appareil policier et judiciaire que par le système de santé. Ce résultat est peut-être à relativiser dans la mesure où les entretiens en groupes focaux font apparaître que les PUD semblent éloignés du système de santé, souvent en raison des refus de soin ou d'une attitude de rejet ou de stigmatisation qu'ils ont pu éprouver dans le passé : fréquentant moins le système de santé, ils sont ainsi *de facto* moins exposés aux situations retenues dans le questionnaire pour mesurer les violations de leurs droits humains dans ce domaine. Au niveau de leur environnement proche, ce sont surtout les trafiquants qui apparaissent comme des auteurs de violations de leurs droits humains, résultat amplifié par les fiches de description de situations et les entretiens en groupes focaux.

Fig 28 : distribution des PUD selon les situations de violations des droits humains

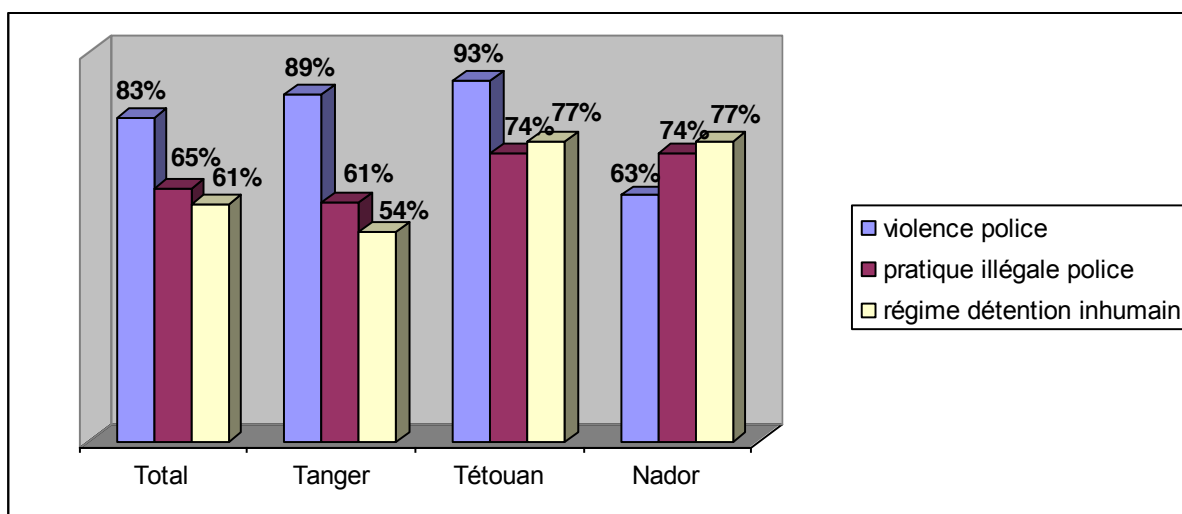


3.4.2. Violations des droits humains par l'appareil policier et judiciaire

Parmi toutes les situations proposées, celles révélant des violations des droits humains de la part de l'appareil policier et judiciaire sont les plus fréquemment rencontrées par les PUD. Seuls 13 % des PUD (39 sur 300) n'ont jamais vécu l'une ou l'autre des situations. Ces 39 PUD ne se distinguent pourtant pas de l'échantillon total au regard des facteurs qui pourraient les exposer de façon moindre aux agents des forces de l'ordre : le taux degré de risque associé à l'activité (tel que défini page 27) est le même (90 % *versus* 89 %) ; ils sont tous consommateurs d'héroïne quotidiennement, très majoritairement par voie injectable (le taux est même plus élevé que dans l'échantillon total : 82 % *versus* 67 %) et sont 92 % à avoir déjà injecté au cours de leur vie (contre 81 % en général). Toutefois, nous notons un moindre taux d'incarcération que dans le reste du groupe ! 69 % d'entre eux sont allés en prison contre 82 % dans l'échantillon total. Il existe peut-être un facteur qui joue dans ce résultat : seules deux personnes parmi les 48 identifiées comme étant ou ayant été concernées par une activité de type prostitutionnel appartiennent à ce groupe.

Le détail des violations des droits humains par l'appareil policier et judiciaire fait plus clairement apparaître la situation particulière de Tétouan, où les niveaux sont les plus élevés pour chacune des trois situations. Il n'est toutefois pas possible d'attribuer ces niveaux aux caractéristiques propres au groupe de Tétouan (par exemple un taux d'activité illégale de 19 % contre 8,3 % à Tanger et 17,3 % à Nador) ou bien à des facteurs d'environnement (zèle des agents des forces de l'ordre au niveau des interpellations dans la rue et des contrôles ; volonté de poursuite plus systématique de la part des autorités ; application plus stricte des sanctions prévues au code pénal). Dans tous les cas, les résultats de Tétouan sur cette dimension font écho au niveau plus élevé d'incarcération : 86 % *versus* 80 % à Tanger et 79 % à Nador.

Fig 29 : distribution des PUD par site selon les situations de violations des droits humains par l'appareil policier et judiciaire



Les fiches de description de situations permettent de mieux documenter la nature de ces violations. Les interpellations sur la voie publique pour divers motifs sont courantes. Parfois, les motifs sont explicités (mendicité, consommation visible dans la rue, détention d'une dose d'héroïne, alcoolisation), mais les PUD témoignent aussi d'interpellations sans aucun motif ou pour des motifs « *inventés* », en tous les cas pour d'autres raisons que le soupçon d'une infraction : parce qu'ils sont systématiquement considérés comme des délinquants (« *Pour la police, nous sommes la source de tous les problèmes : vol, violence et même la prostitution, on nous déteste parce qu'on est des drogués, des voleurs, des criminels* ») ; ou bien parce que les motivations des agents des forces de l'ordre sont de « *faire du chiffre* » expression qui définit tout autant le zèle policier que la volonté d'obtenir un avantage en nature ou en espèce. L'avantage en nature peut être constitué par une relation sexuelle non consentie : dans les fiches, quelques hommes et toutes les femmes – notamment celles qui sont connues pour se prostituer – ont déclaré des abus sexuels. Des PUD ont aussi témoigné avoir subi une forte pression pour dénoncer un revendeur lors d'interpellations policières.

Ce comportement proactif d'interpellations conduit le plus souvent à une garde-à-vue qui peut durer d'une ou deux heures à 72 heures. Aucun accès aux soins ne semble possible pendant le temps de la garde-à-vue, alors que tous sont confrontés à des crises de manque sévères. Violence psychique et physique sont citées par tous les PUD. Certains ont fait état de privation de nourriture et d'eau potable

Coups, blessures, intimidation, humiliation, menaces d'emprisonnement pour obtenir des informations et des aveux, sont des situations rapportées par les PUD

Si les usagers s'indignent des conditions de détention, la violence s'accroît. La plupart savent qu'il est totalement inutile de faire valoir leurs droits, que le traitement dont ils sont victimes est le fait de leur très grande précarité et leur statut de consommateur.

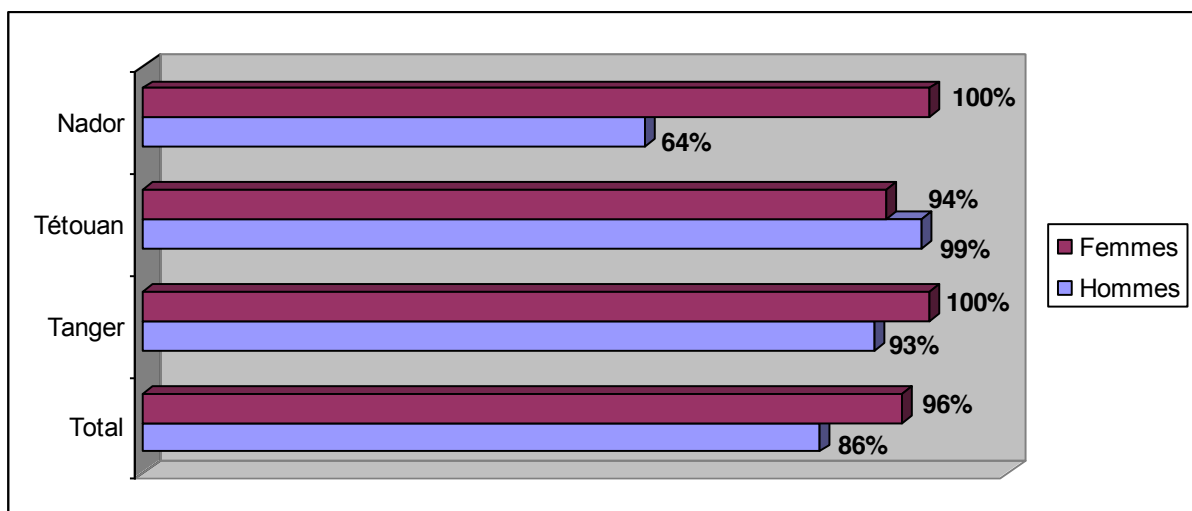
Les procès-verbaux sont couramment signés sous la contrainte, avec usage de la force, le plus souvent sans en connaître ou en comprendre le contenu. A la fin de la garde-à-vue, les objets personnels ne sont pas systématiquement restitués et l'argent confisqué.

Pour ces raisons, les PUD expriment le sentiment de constituer une « cible » de choix, voire une « proie » facile, pour les agents des forces de l'ordre : « *La police a tous les pouvoirs, elle nous considère comme des bêtes ; un junkie a toujours tort, on ne vaut rien, on est à éliminer* ». Ce statut rend beaucoup plus vulnérable pour s'opposer à un chantage : « *Un jour, j'étais en train de fumer de l'héroïne, un agent de la force auxiliaire est arrivé. Il m'a emmené dans un kiosque isolé et m'a abusé sexuellement ; c'était du chantage pour éviter la garde-à-vue* ».

Les fiches et les groupes focaux ont aussi permis d'explorer les conditions de détention en prison (rappelons que 8 PUD sur 10 ont été incarcérés). Tous les PUD ayant rempli des fiches témoignent avoir été maltraités, insultés, humiliés et battus par les gardiens, mais aussi mis à l'écart par les autres détenus, du fait de leur statut de consommateurs de drogues. Beaucoup déclarent avoir été obligés de dormir à même le sol, sans couverture. La plupart d'entre eux ont de plus été contraints à faire le ménage, à nettoyer les WC et à laver le linge pour les autres détenus. Enfin, certains déclarent avoir été victimes d'abus sexuels de la part des gardiens. Comme en garde-à-vue, l'accès aux soins est très limité, voire inexistant : la plupart n'a jamais pu rencontrer un médecin au cours de l'incarcération et les demandes de soin sont systématiquement refusées (que ce soit pour un problème dentaire, une crise de manque, des douleurs, une pathologie, etc.). Certains PUD déclarent avoir eu recours à l'automutilation pour être reçu en consultation médicale. Dans le contexte général de la prison, caractérisé par la corruption, il semble que l'accès aux soins (médicaments et consultations) n'est possible qu'en payant les gardiens.

L'analyse par sexe fait apparaître que les femmes ont été proportionnellement plus concernées que les hommes par les violations de cette nature, en prenant en compte les hommes et les femmes qui ont rencontré au moins une situation (rappel : les résultats pour le site de Nador ne sont pas significatifs).

Fig 30 : distribution par site et par sexe des PUD ayant vécu des violations des droits humains par l'appareil policier et judiciaire



3.4.3. Violations des droits humains par le système de santé

Le système de santé constitue le second domaine vecteur de violations des droits humains des PUD, mais à des niveaux moins élevés que pour l'appareil policier et judiciaire. Plus de la moitié des PUD (51 %) n'ont jamais connu une des situations de violation de leurs droits humains proposées par le questionnaire. Cette différence de niveau mériterait d'être analysée finement de façon à déterminer ce qui relève d'un rejet par les professionnels de santé et ce qui traduit une forme d'auto-exclusion du système de santé par les PUD eux-mêmes ; toutefois, ce dernier point peut aussi être la conséquence du premier et des attitudes discriminatoires dont les PUD font l'objet. Ainsi, les entretiens qualitatifs (fiches et groupes focaux) permettent d'identifier cinq facteurs porteurs de discriminations tels qu'ils ont été exprimés par les PUD au regard de leur expérience personnelle avec le système de santé. Selon eux, les discriminations portent sur :

- leur apparence physique : *« je suis sale », « je sens mauvais », « j'ai des cicatrices sur le visage », « je suis un clochard », « je suis mal habillé », « j'ai une apparence de junkie »*
- leur état de santé : *« je suis considéré comme contagieux », « en tant que séropositif, je suis considéré comme dangereux, contagieux, à éviter, à écraser »*
- leur comportement : *« on nous considère comme des gens qui peuvent troubler la sécurité de l'hôpital », « ils ont peur de nos comportements, l'usager ne mérite que la mort. »*
- leur dépendance aux opiacés : *« j'étais en manque », « je suis un junkie », « je suis usager de drogues »*
- leur insolvabilité : *« on m'a mis à la porte car mon père est pauvre », « je suis pauvre », « Si tu as de l'argent, on te soigne, si tu n'en a pas, tu meurs. »*

Ces facteurs discriminants sont de fait associés, par les PUD, à des attitudes de stigmatisation (mépris, humiliation), voire d'hostilité, chez les professionnels de santé – que ces derniers aient ou non connaissance de leur addiction. Ce dernier point indique toutefois qu'une partie des difficultés rencontrées avec le système de santé l'est vraisemblablement en raison du statut précaire des PUD, ce qui constitue un facteur de discrimination en général, plutôt qu'en raison d'une consommation de produits.

Cela explique peut-être pourquoi le groupe n'ayant déclaré aucune situation de violation des droits humains de la part du système de santé ne se différencie pas de l'autre moitié. Comme pour les résultats concernant les violations des droits humains par l'appareil policier et judiciaire, il est difficile d'identifier des caractéristiques spécifiques distinguant les deux groupes (y compris sur la question de l'âge et du logement, qui ont généralement une influence sur la santé et le recours aux soins). La distribution est plutôt homogène par site et par sexe. Des analyses multi-variées seront nécessaires pour identifier les facteurs associés à l'un et l'autre groupe.

Fig 31 : distribution des PUD par site selon les situations de violations des droits humains par le système de santé

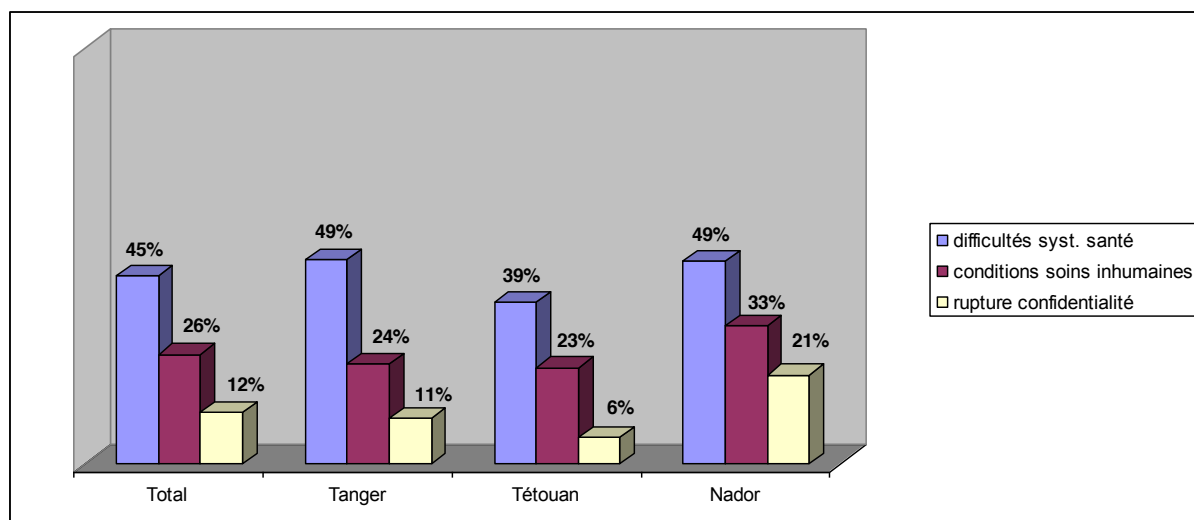
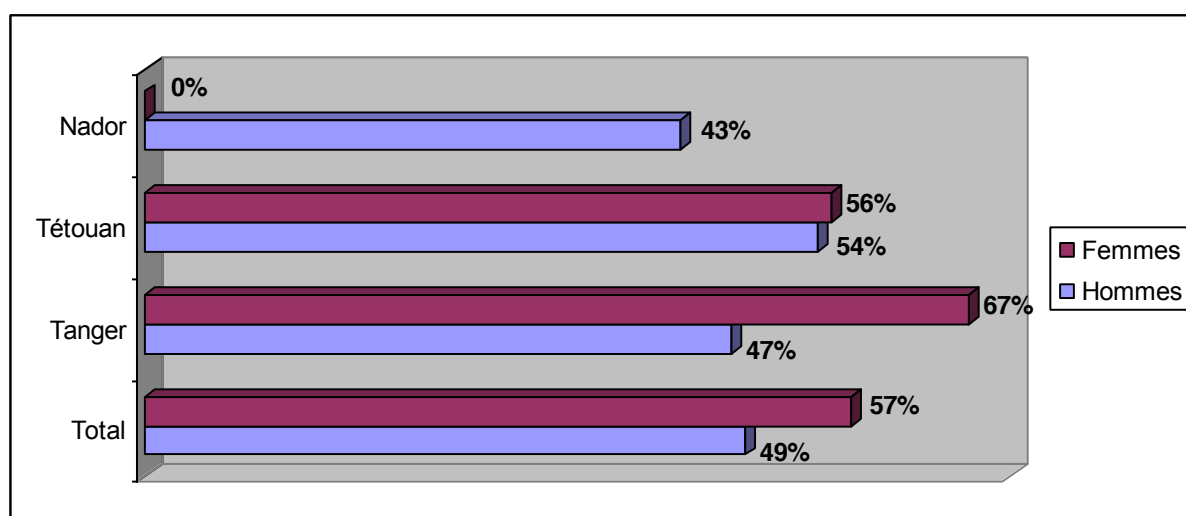


Fig 32 : distribution par site et par sexe des PUD ayant vécu des violations des droits humains par le système de santé



En revanche, les données qualitatives nous procurent plus d'informations sur la nature de ces violations. Les PUD témoignent d'un difficile recours au soin, de façon générale. Tout d'abord, ce recours semble reposer essentiellement sur les urgences, quels qu'en soient les motifs :

- blessures graves consécutives à des rixes et des agressions (situations les plus souvent mentionnées dans les témoignages),
- demandes de soin en lien avec la consommation de produits (complications liées à l'injection, demandes de sevrage),
- autres demandes de soin somatique (en lien avec des douleurs aiguës, des affections pulmonaires ou une suspicion de tuberculose).

Dans cette configuration d'accès aux soins, les PUD se heurtent à deux barrages. Le premier, le plus important, est constitué par les gardiens postés à l'entrée des services hospitaliers ; un second barrage peut être opposé à ceux qui réussissent à franchir le premier : les infirmiers à l'accueil des urgences, qui peuvent exercer un pouvoir certain en prolongeant le temps d'attente ou en reportant la consultation avec le médecin. Cette attitude peut aller parfois jusqu'à refuser l'accès à la consultation et à expulser le patient avec le concours des gardiens, voire de l'intervention de la police. Le recours aux soins par la voie des urgences ne constitue pas une spécificité pour les PUD : c'est la voie de recours pour les plus pauvres des Marocains.

Lorsque les PUD accèdent enfin à la consultation médicale, les médecins assurent le minimum de soin et pour une durée la plus courte possible. Lors d'interventions chirurgicales (médicale ou dentaire), la dépendance aux opiacés n'est pas prise en compte, quelques-uns ayant même déclaré avoir subi une intervention sans anesthésie locale ou générale. De ce point de vue, les PUD expriment le sentiment que les professionnels de santé ne sont pas formés sur la connaissance et la prise en charge des addictions : « *Ils ne savent rien sur la souffrance des usagers de drogues* ».

De façon générale, les PUD témoignent qu'ils sont dans l'impossibilité de faire valoir leurs droits. Lorsqu'ils contestent ou tentent de se faire entendre, ils sont chaque fois menacés, insultés et expulsés des lieux de soin. « *On est exploité parce qu'ils savent qu'on ne peut pas se défendre* ».

Les difficultés d'accès aux soins et les refus de soins ne sont pas le monopole des personnels des urgences. Les pharmacies d'officine sont aussi identifiées comme des lieux où pèse une discrimination sur les PUD pour l'accès au matériel stérile d'injection et aux médicaments – y compris avec une prescription authentifiée : « *J'étais en manque, j'ai demandé au pharmacien de me vendre une seringue, il a refusé, m'a insulté et m'a menacé de faire venir la police. Et il m'a dit : ne reviens plus ici, sale junkie.* »

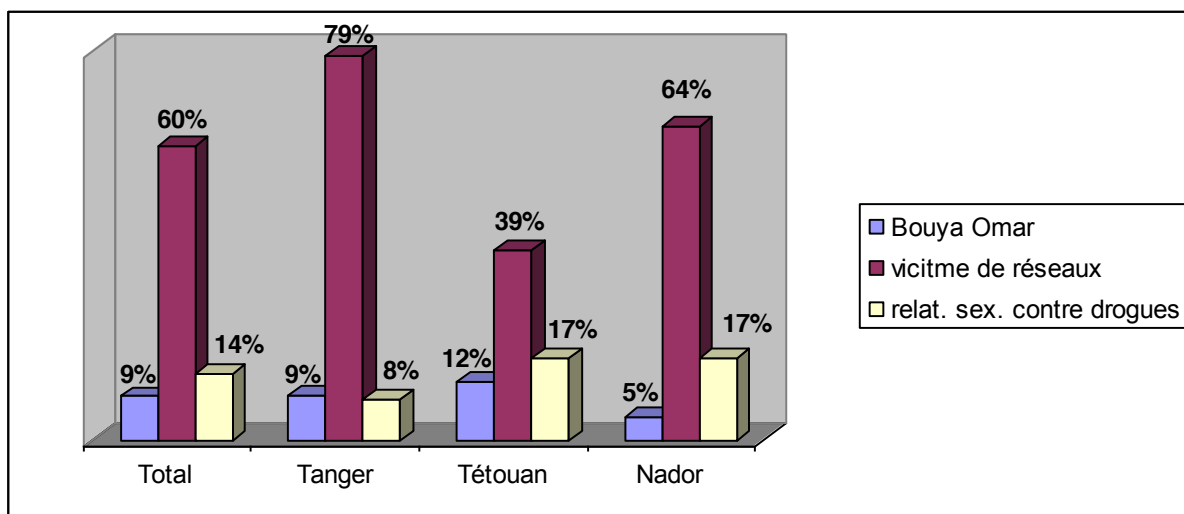
Conséquence de ces situations, beaucoup de PUD ont intégré le fait que les services de santé n'étaient pas pour eux : « *Un usager de drogue ne mérite pas d'être soigné.* ».

3.4.4. Violations des droits humains par des acteurs de l'environnement proche des PUD

Autant l'appareil policier et judiciaire ainsi que le système de santé peuvent constituer des blocs identifiables, autant la notion d'environnement est large. Les trois situations proposées dans le questionnaire ne constituent donc qu'un indicateur très partiel pour évaluer le niveau de violation des droits humains subis par les PUD dans leur environnement quotidien (familles, proches, amis consommateurs, revendeurs, trafiquants, habitants du quartier, etc.). La diversité des situations de violation des droits humains par des acteurs de l'environnement des PUD autres que les forces de l'ordre et les professionnels de santé est surtout perceptible au travers des données qualitatives.

Dans ce groupe comme dans les deux précédents, la distribution des réponses aux trois questions posées est assez homogène selon les sites.

Fig 33 : distribution des PUD par site selon les situations de violations des droits humains par l'environnement



Il convient de relativiser le résultat obtenu par la question sur Bouya Omar, et ce pour deux raisons. Tout d'abord, le coût pour les familles est assez élevé (transport jusque dans la région de Marrakech + prix du séjour de la « cure »), ce qui en limite l'accès et contribue certainement à expliquer la faible proportion de réponses positives ; d'autre part, les difficultés rencontrées avec les familles sont loin d'être réductibles au seul fait d'envoyer un parent à Bouya Omar, qui en constitue une des modalités marginales. Mais la marginalité de cette modalité n'en atténue pas moins la violence subie par les 27 PUD (9 %) qui ont effectué un séjour à Bouya Omar, ainsi que le révèlent les propos recueillis lors des entretiens : « On m'a enchainé les pieds et les mains, j'étais avec les fous. Bouya Omar est une prison, ce n'est pas un hôpital ni un centre de santé » ; « J'ai eu les mains et les pieds enchainés pendant 18 mois, mon père a payé 1 500 dirhams. Quand je suis ressorti, j'ai fait une rechute, mon père a cru que cet enfermement m'aiderait à arrêter l'héroïne ». Ce dernier point permet de rappeler que ce lieu de séjour n'offre aucune prise en charge des addictions telle qu'elle est prévue par les guides des bonnes pratiques de l'OMS : « J'ai été battu et insulté, volé, menacé de mort ; quand on était en manque, on nous frappait, on nous enfermait et on nous laissait sans nourriture, ils disent que cela fait partie du traitement ». L'expérience de Bouya Omar est un indicateur qui permet d'identifier une certaine forme de violence exercée par le milieu familial, vraisemblablement en réponse à un sentiment d'impuissance face à la dépendance : « Ma famille a peur du scandale ; pour eux, aller à Bouya Omar c'était la meilleure solution pour me soigner ». « Ma famille m'a envoyé de force à Bouya Omar, pour eux c'est une honte que je prenne de l'héroïne, ma famille veut se débarrasser de moi car je suis un déshonneur »

Au-delà de la situation extrême de Bouya Omar, les relations avec les parents sont souvent difficiles, en partie en raison d'une forme d'épuisement des familles (« mon père est fatigué de mes problèmes »). Ces difficultés se traduisent parfois par des conditions inhumaines en matière d'hébergement (« Chaque fois ils m'éloignent de la maison, parfois je suis obligé de dormir dehors »), de vie quotidienne (« Ma famille refuse que je m'assie à table avec eux pour manger »), de relations avec les autres membres de la familles (« Depuis deux ans mon frère

ne m'a pas serré la main, un jour je l'ai vu avec ma mère, quand elle a voulu me saluer, il à dit : ce n'est plus ton fils »), voire de libertés individuelles (« *Mon père m'a demandé de choisir entre la maison et la prison ; je suis donc resté enfermé pendant cinq mois et demi pour me guérir de la drogue* »). Elles peuvent aussi conduire à des violences physiques et morales subies par le PUD (« *Mon oncle m'a insulté et battu devant les voisins* »).

Ces données permettent de relativiser, pour certains PUD, les conditions d'un apparent soutien familial, révélé par le logement (47 % des PUD habitent au domicile de leurs parents) ou par la source des revenus (le soutien familial représente la principale source de revenus pour 7 % des PUD).

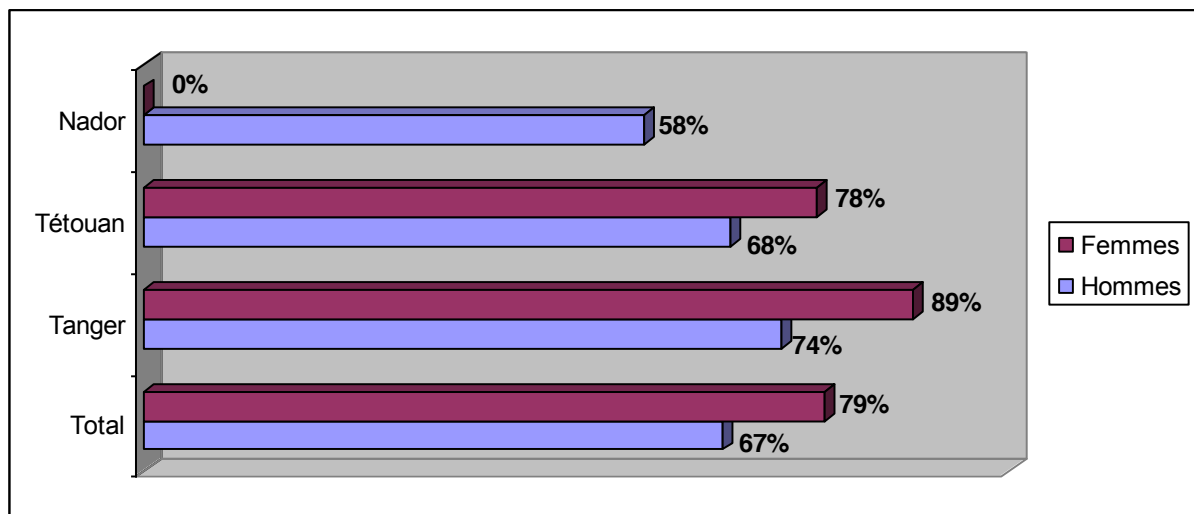
Les victimes de réseaux sont des PUD utilisés, sans leur accord et sous la pression, pour effectuer des tâches de surveillance, voire d'indicateur, pour le compte des trafiquants. Enfin, l'obtention d'une dose de produit en échange d'une relation sexuelle constitue une pratique de dernier recours chez les PUD lorsqu'ils n'ont pas pu se procurer de ressources suffisantes. Ces deux situations traduisent une vulnérabilité particulière aux PUD en matière de droits humains, à l'instar de ce qui peut être retrouvé dans d'autres populations dont le statut légal les expose à ce type d'exploitation relevant du trafic des êtres humains (migrants sans papier, personnes prostituées). Une des figures qui illustre le plus cette exploitation est celle du dealer. Une première dimension d'exercice du pouvoir du dealer sur les PUD est le profit financier, soit directement par vol de l'argent (« *Le dealer pose ses conditions et vend l'héroïne au prix qu'il veut ; des fois il nous menace à l'arme blanche, et parfois il prend notre argent et nous met dehors sans rien nous donner* »), soit indirectement par exploitation de l'usager (« *Ils profitent de mon état de manque et m'obligent à vendre de la drogue pour eux* »). La seconde dimension est celle de l'abus sexuel : « *Le dealer connaît bien mes conditions de vie ; depuis que je suis adolescent, il me pousse à vendre l'héroïne et à avoir des rapports sexuels avec lui* » ; « *J'ai été forcée d'avoir des relations sexuelles avec plusieurs amis du dealer* ».

Les données qualitatives permettent de documenter d'autres situations de violation des droits humains par des personnes évoluant dans l'environnement proche des PUD. Les voisins du quartier sont ainsi identifiés comme une source de difficultés, qui se traduisent selon deux modalités. La première consiste à exercer sa propre justice à l'encontre des PUD en dehors de tout cadre légal : « *J'étais sous un pont je m'apprêtais à injecter ; les gens du quartier sont arrivés, ils m'ont pris tout mon matériel, m'ont battu avec des bâtons et m'ont insulté ; j'ai dû fuir le quartier* » ; sans aller jusqu'à ce niveau, qui relève d'une violation des droits humains, les habitants du quartier peuvent apparaître comme une source de harcèlement diffus à l'encontre des PUD y résidant : « *A chaque fois que mon voisin me voit, il me demande de quitter le quartier car, selon lui, je ne mérite pas de vivre au milieu des gens respectueux* ». Ce harcèlement, associé à une représentation négative des PUD, conduit souvent à désigner l'usager comme le bouc-émissaire de toutes les difficultés qui surviennent dans le quartier (vols, rixes, troubles à l'ordre public) : « *Dès qu'il y a un problème dans le quartier, c'est moi qu'on vient accuser* ». La seconde modalité consiste à augmenter le risque d'une exposition à l'appareil policier et judiciaire : « *Mon voisin a déposé une plainte contre moi et m'a accusé de vol, au poste de police ils m'ont menacé de prison si je revenais dans le quartier* ».

Le monde du travail, dans le secteur formel ou informel (qui, rappelons-le, représente la source de revenu principale de 69 % des PUD) peut aussi constituer un domaine dans lequel

les PUD se voient nier leurs droits élémentaires. La violation principale est le refus de payer le salaire dû au titre d'un travail réalisé. Au-delà de cette situation, qui est assimilable à une forme d'exploitation des êtres humains, les PUD travaillant dans le secteur informel rencontrent parfois des obstacles pour exercer leur activité, relevant de l'obstruction (« *Quand je pars travailler au parking, il y a des gens qui viennent et qui disent : faites attention, c'est un junkie. Du coup, je ne peux pas faire mon travail, les gens ont peur de moi* ») ou de l'insulte (comme c'est le cas des PUD de Nador qui remplissent les formulaires aux frontières).

Fig 34 : distribution par site et par sexe des PUD ayant vécu des violations des droits humains par l'environnement

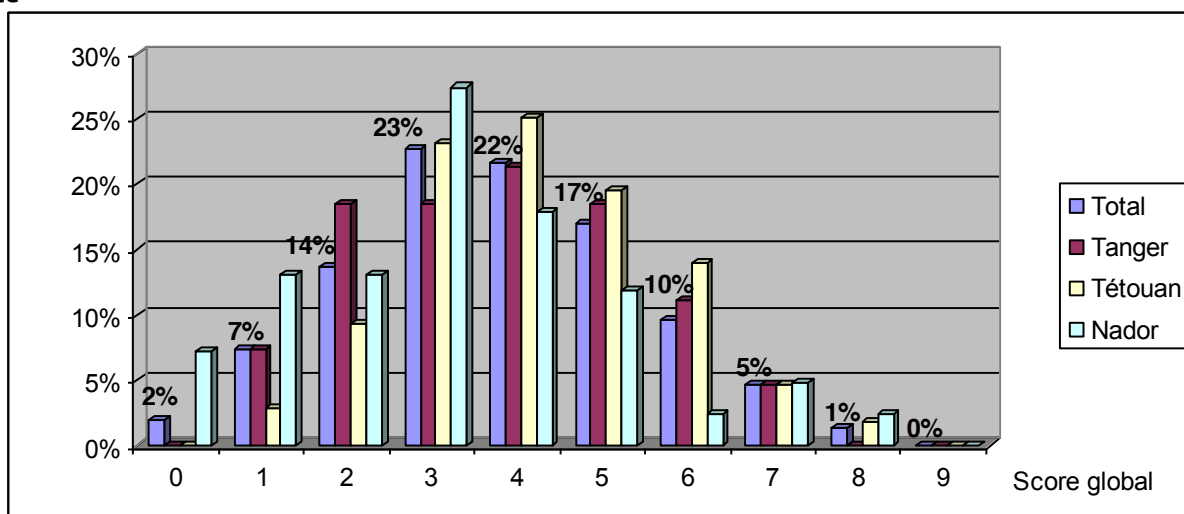


Alors qu'une activité illégale de prostitution distingue les femmes de notre échantillon, nous constatons dans une analyse par sexe des violations des droits humains par l'environnement que les femmes ne sont pas proportionnellement plus exposées que les hommes aux deux situations relevant de l'exploitation des êtres humains : elles comptent pour le même poids dans la répartition de la réponse à la situation « victimes de réseaux » (6,6 %) et « relations sexuelles contre de la drogue » (9,8 %) que leur part globale dans l'échantillon (9,3 %).

3.4.5. Indice global de violation des droits humains

Pour donner une indication des niveaux de violation des droits humains vécus par les PUD, nous avons construit un « score global » constitué par le nombre total de réponses positives aux neuf questions portant sur les situations de violation. Ces situations ne sont bien sûr pas comparables entre elles en termes de nature et, surtout, d'impact sur la violation des droits humains. Un esclavage sexuel régulier par un trafiquant et un harcèlement récurrent par un agent de police n'ont pas la même signification ; mais ils traduisent pourtant une violation de droits élémentaires. Pour chacun des 300 PUD, le score pouvait donc être compris entre 0 (aucune situation déclarée) et 9 (toutes les situations déclarées).

Fig 35 : distribution des PUD en fonction du score global de violation des droits humains et par site

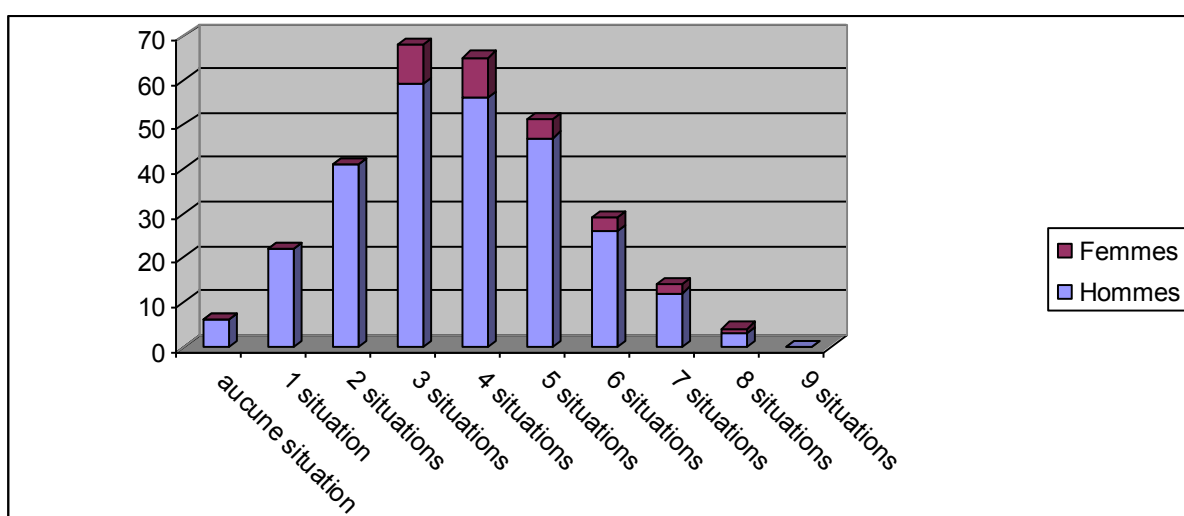


NB : les seuls pourcentages figurant dans l’histogramme se rapportent au total.

Il n’apparaît aucune différence majeure entre les sites. Par ailleurs, les 47 PUD qui ont les scores les plus élevés (entre 6 et 9) ne se distinguent pas du reste du groupe, sauf sur leur âge : ils ont en moyenne 4,7 ans de plus que ceux qui ont un score inférieur à 6 ; cela pourrait signifier que plus la « carrière » d’un PUD est longue, plus il sera exposé à ces violations...

La structure hommes/femmes est globalement la même sur tous les sites (du moins en comparant Tanger et Tétouan dans la mesure où le groupe de Nador ne comporte qu’une seule femme). L’éventail des niveaux de violation des droits humains subies par les femmes semble plus resserré que celui pour les hommes : alors que près de 9 femmes sur 10 ont un niveau compris entre 3 et 6 situations, l’éventail va de 1 à 6 situations pour 9 hommes sur 10.

Fig 36 : structure par sexe des PUD distribués en fonction du score global de violation des droits humains



4. Discussion-Conclusion

Les résultats présentés dans cette enquête ont une portée limitée dans la mesure où on ne peut pas en tirer de conclusions sur l'existence de facteurs spécifiques associés à des violations de droits humains chez les PUD ; pour cela, il est nécessaire de réaliser une analyse univariée et multivariée pour identifier s'il existe des relations statistiquement significatives. Mais le présent rapport devrait aider à définir des variables structurelles permettant cette analyse. En outre, la nature et l'amplitude des violations des droits humains ainsi décrites devrait pouvoir être comparées avec la situation existant pour d'autres groupes vulnérables au Maroc en raison de la contrainte pénale qui pèse sur ce qu'elles sont ou ce qu'elles font : dans le cadre de la lutte contre le sida, il serait intéressant de comparer avec la situation des HSH et des PSP par exemple ; dans le cadre d'une approche droits humains *stricto sensu*, avec celle des migrants sans titre de séjour présents sur le territoire marocain par exemple. Autre limite : une partie de la stigmatisation vécue par les PUD semble associée aux conditions précaires d'existence, sans préjuger de la situation d'être consommateur de drogues ou non. Il semble que, dans certains cas, ce soit la pauvreté qui constitue un facteur excluant, de la même façon que ce facteur joue en population générale. Enfin, il a manqué dans le questionnaire des items importants pour l'analyse, comme le nombre d'enfants (cf. le retrait des enfants par les familles sans consentement de la mère comme une violation des droits humains) ou l'ancienneté des consommations (tant la longueur du parcours semble associée à un degré plus élevé de violations des droits humains).

Malgré ses limites méthodologiques, cette enquête valide l'hypothèse que des personnes ayant un statut légal et social discriminant en raison de leurs consommations de produits psychoactifs sont exposés plus que d'autres à une fragilité en matière de respect de leurs droits. Une situation dans laquelle les deux tiers des PUD incarcérés pour ILS le sont uniquement en raison du fait qu'ils ont consommé des drogues illicites en constitue un indice majeur.

Cette enquête dresse un tableau détaillé des atteintes aux droits humains, et plus largement des difficultés sociales, concernant les usagers de drogues injectées ou injectables (qui constituent l'essentiel de notre échantillon) ; ce tableau permet de documenter la situation de ces PUD plus largement que leur rapport aux risques infectieux. Or ces PUD constituent la cible de la stratégie nationale de RDR au Maroc. Cette enquête offre dès lors une opportunité de considérer la question des droits humains comme une question essentielle des stratégies de RDR. Au-delà, dans le cadre des évolutions mondiales analysées en introduction, elle pose la question du statut légal des consommations de drogues classées aujourd'hui comme illicites. Sans préjuger de la comparaison avec les violations des droits humains en population générale au Maroc, il apparaît que le niveau de violations subies par les PUD est très préoccupant. Il est alors légitime d'émettre l'hypothèse que ce niveau de violations des droits humains participe largement à un rapport distancié des PUD avec les structures institutionnelles de prise en charge : en effet, les auteurs d'une partie non négligeable de ces violations sont des agents investis d'une mission de service public, qu'il s'agisse des forces de police ou des professionnels de santé travaillant dans le secteur public hospitalier. Dès lors, la confiance des PUD dans les structures institutionnelles est altérée – les entretiens réalisés dans le cadre de cette enquête ayant très clairement pointé ce phénomène. C'est en ce sens que les violations des droits humains contribuent à un

éloignement des structures de prise en charge, à commencer par celles relevant de l'action sanitaire et sociale. Or, dans un contexte où il est établi que les PUD au Maroc sont particulièrement concernés par le risque infectieux VIH et VHC, un tel éloignement fait obstacle à un accès réel aux services de soin préventif et curatif. Il existe dès lors la potentialité d'un conflit de priorité, entre les objectifs de santé publique, très clairement définis et assumés par les autorités marocaines dans le cadre de la stratégie nationale de RDR, et les autres interventions des agents chargées de la mise en œuvre des politiques, dont celle de sécurité publique.

Cette enquête montre aussi que la question des violations des droits humains des PUD ne saurait être réduite à la seule action des agents publics, en particulier ceux qui ont le monopole de la violence légitime (les agents des forces de l'ordre). Il apparaît que les acteurs intervenant dans l'environnement quotidien des PUD sont aussi des auteurs de violations ou sont générateurs d'obstacles et de difficultés dans la vie quotidienne des PUD. Au premier chef apparaît les membres de la cellule familiale ; mais la violence dont peuvent témoigner les membres de cette cellule familiale traduisent parfois – souvent ? – une forme d'épuisement en l'absence de « solution » efficace et pérenne (c'est-à-dire évitant la rechute dans les consommations) pour leur proche ayant une consommation abusive ou dangereuse de produits psychoactifs. Le terme de « guérison », souvent entendu, traduit cette attente d'une « solution ». Les « réponses » actuellement à leur disposition sont fortement génératrices de violations des droits humains : enfermement au domicile familial pour arrêter les consommations, dénonciation à la police dans l'espoir qu'une condamnation à une peine de prison permette un sevrage, violence physique et psychique, retrait des enfants, envoi à Bouya Omar. Elles sont de plus inefficaces par rapport à l'objectif attendu : nombreux sont les PUD qui, ayant subi ce type de situations à plusieurs reprises, ont vu leurs conditions de vie se dégrader, tout en poursuivant leurs consommations.

Pourtant, il est clairement établi que des modalités de prise en charge sanitaire des addictions existent au Maroc et sont efficaces, avec des personnels qualifiés et compétents, qu'il s'agisse d'une prise en charge psychothérapeutique dans le cadre du service public psychiatrique ou, pour les PUD dépendants aux opiacés, d'une prise en charge pharmacologique avec de la méthadone (cette prise en charge ayant été initiée dans le cadre de la stratégie de RDR). Mais ces modalités de prise en charge sont malheureusement aujourd'hui très limitées, à la fois géographiquement et en nombre de places. D'ailleurs, deux des trois sites qui ont fait l'objet de cette enquête ne disposent pas de centre de traitement avec méthadone (Tétouan et Nador). Dès lors, une extension de la couverture en services de prise en charge pourrait constituer une réponse intéressante pour ces familles et les aider à se libérer du sentiment de honte et d'impuissance quand un de leurs membres est PUD. Concernant plus spécifiquement la méthadone utilisée en traitement de maintenance (TMM), il est par ailleurs clairement établi qu'elle génère une diminution conséquente des actes délictueux et criminels chez les PUD ; or la diminution de ces actes entraîne *de facto* une diminution de l'exposition des PUD à l'appareil policier et judiciaire, et a donc un impact positif sur le niveau de violation des droits humains.

Tous ces éléments contribuent à rechercher la définition d'une nouvelle approche des usages de drogues et des PUD fondée à la fois sur la santé publique et sur les droits humains. Dans cette perspective, il conviendrait de construire une approche sanitaire et sociale des usagers de drogues qui ne soit pas uniquement motivée par une réponse au risque infectieux du VIH et des hépatites virales.

Enfin, la réalisation de cette enquête offre la preuve qu'il est possible d'investiguer la situation des PUD au Maroc concernant les violations de leurs droits humains. Sous réserve des adaptations méthodologiques à apporter au questionnaire et à l'analyse, il existe aujourd'hui un outil intéressant pour poursuivre ce travail dans le pays. Cette perspective est d'autant plus pertinente que la création d'autres dispositifs de RDR est d'ores et déjà programmée.

Références bibliographiques

- [1] *Le Maroc : une riposte nationale au sida. Faits marquants*, ONUSIDA, coll. « meilleures pratiques », décembre 2007.
- [2] Communication du Pr Jallal Toufiq.
- [3] D. Moussaoui, « La santé mentale au Maroc. Enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies », *L'Encéphale*, 33, S4 : 125-126
- [4] J. Toufiq, *Enquête MedSPAD 2006 sur l'usage de la drogue en milieu lycéen de Rabat-Salé*, CNTPRA, et J. Toufiq et al, *Usage de drogues en milieu scolaire marocain. Rapport MedSPAD 2009-2010*, Hôpital psychiatrique universitaire Ar-razi, Ministère de l'Education nationale et de l'enseignement supérieur, Réseau MedNET, juin 2011.
- [5] Ministère de la Santé (DELM, Programme national de lutte contre les toxicomanies, Programme national de lutte contre les IST/SIDA) : *Évaluation rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectées et injectables et à problème au Maroc*, 146 pages, 2006.
- [6] Ministère de la Santé (DELM, Programme national de lutte contre les toxicomanies), *Programme de Réduction des Risques VIH parmi les Usagers de Drogues Injectables (2008-2011)*, Octobre 2008.
- [7] Abdalla Toufik, *Évaluation rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectables. Phase II*, Avril 2009. Non publié (source : Ministère de la Santé).
- [8] Abdalla Toufik, *Etude de prévalence de l'infection aux VIH et VHC chez les usagers de drogues injecteurs dans la ville de Tanger (application de la méthode RDS)*, Septembre 2011. Non publié (source : Ministère de la Santé).
- [9] *Guide technique à destination des pays souhaitant établir des cibles en matière d'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH chez les UDVI*, OMS-ONU DC-ONUSIDA, 2009.
- [10] www.viennadeclaration.com
- [11] Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, soumis par le Secrétaire général des Nations unies à la 65^{ème} session de l'Assemblée générale (point 69B de l'ordre du jour), A/65/255 (consulté sur <http://idpc.net/fr/publications/anand-grover-thematic-report-right-to-health-fr>)
- [12] www.globalcommissionondrugs.org
- [13] www.idurefgroup.com
- [14] Le journal *Tel Quel* a consacré un article sur le sujet dans son e-édition : http://www.telquel-online.com/227/maroc3_227.shtml



Code enquêteur : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Date questionnaire 2011 jour mois

Code ville :
A = Tanger
B = Tétouan
C = Nador

Numérotation de l'UD

CODE ENTRETIEN
E V U

Rubrique 1 : Profil sociodémographique

1. Age : 2. Sexe : 1 Homme 2 Femme

3. Logement : (une seule réponse)

- 1 chez moi 5 dans la rue, sans abri
2 chez mes parents 6 sans domicile stable
3 chez des proches 7 autre (précisez) :
4 chez des amis

4. Situation familiale : (une seule réponse)

- 1 célibataire 5 séparé(e)
2 marié(e) 6 concubinage
3 divorcé(e) 7 autre (précisez) :
4 veuf/ve

5. Activité.

1 <input type="checkbox"/> Activité formelle	1 <input type="checkbox"/> Salarié avec contrat 2 <input type="checkbox"/> Indépendant 3 <input type="checkbox"/> Salarié sans contrat 4 <input type="checkbox"/> autre (précisez) :	1 <input type="checkbox"/>	<p><i>La première « activité » citée est la plus importante. Merci de cocher la case correspondante (une seule réponse)</i></p>
2 <input type="checkbox"/> Activité informelle	1 <input type="checkbox"/> Gardiennage de voiture 2 <input type="checkbox"/> Aide sur les marchés (marchandises, préparation des poissons, etc.) 3 <input type="checkbox"/> Recyclage 4 <input type="checkbox"/> Faux guide 5 <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	2 <input type="checkbox"/>	
3 <input type="checkbox"/> Mendicité		3 <input type="checkbox"/>	
4 <input type="checkbox"/> Activité illégale	1 <input type="checkbox"/> Travail du sexe 2 <input type="checkbox"/> Dealer 3 <input type="checkbox"/> Vol/cambriolage 4 <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	4 <input type="checkbox"/>	
5 <input type="checkbox"/> Soutien familial		5 <input type="checkbox"/>	

6. Niveau d'instruction :

- 1 illettré(e) 5 lycée
2 école coranique 6 enseignement supérieur
3 école primaire 7 formation professionnelle
4 collège

7. Santé

Comment qualifiez-vous votre état général de santé sur l'échelle suivante : (entourez le nombre)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
horrible		Mauvais		Normal		Bon		excellent	

Rubrique 2 : Consommations de produits

8. Consommations de produits psychoactifs

Consommations au cours des 30 derniers jours	Héroïne	Cocaïne free base	Basoka Crack	Cannabis	Benzos	Alcool	Autre 1	Autre 2
	1 <input type="checkbox"/> oui 2 <input type="checkbox"/> non	1 <input type="checkbox"/> oui 2 <input type="checkbox"/> non	1 <input type="checkbox"/> oui 2 <input type="checkbox"/> non	1 <input type="checkbox"/> oui 2 <input type="checkbox"/> non	1 <input type="checkbox"/> oui 2 <input type="checkbox"/> non	1 <input type="checkbox"/> oui 2 <input type="checkbox"/> non	_____	_____
Fréquence des prises								
Moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une à plusieurs fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaque jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mode(s) de consommation								
Orale (avalé, bu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sniffé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalé, fumé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Avez-vous injecté au moins une fois dans votre vie ? 1 Oui 2 Non

Rubrique 3 : Prison

10. Avez-vous déjà été emprisonné ? 1 Oui 2 Non 18. Si OUI, 1 _____ fois
combien de fois : 2 Ne sait pas

↳ Parmi ces emprisonnements, pouvez-vous me dire ceux qui sont

11. directement liés à une infraction sur les stupéfiants :

- 1 Usage simple/revente → Nombre de fois : _____
- 2 Usage simple → Nombre de fois : _____
- 3 Détention de petites quantités → Nombre de fois : _____
- 4 Revente → Nombre de fois : _____
- 5 Autre : _____ → Nombre de fois : _____

12. Liés à d'autres infractions :

- 1 Mendicité → Nombre de fois : _____
- 2 Vol → Nombre de fois : _____
- 3 Violence sur les personnes → Nombre de fois : _____
- 4 Prostitution → Nombre de fois : _____
- 5 Homosexualité → Nombre de fois : _____
- 6 Autre : _____ → Nombre de fois : _____

Rubrique 4 : Discriminations et violation des droits humains

Police/justice

13. Avez-vous déjà été victime de violence ou de harcèlement de la part de la police ou de toute autre personne investie d'une autorité dans la rue ? 1 Oui 2 Non

14. Avez-vous déjà subi une pratique illégale ou non conforme au cadre habituel du code pénal de la part de la police ou de toute autre personne investie d'une autorité ? 1 Oui 2 Non

15. Avez-vous déjà subi un régime inhumain au cours d'une détention ? 1 Oui 2 Non

Service de santé et professionnels de santé

16. Difficultés avec le système de santé ou les professionnels : maltraitance ou refus d'accès à l'hôpital, chez le médecin, le dentiste ou à la pharmacie parce que vous êtes UD (exemple : refus de seringue, hôpital, etc.) ? 1 Oui 2 Non

17. Si vous avez déjà suivi un centre de soin, avez-vous le sentiment que les conditions et les méthodes employées étaient inhumaines ? 1 Oui 2 Non

18. Avez-vous déjà été victime d'une rupture de confidentialité de la part de professionnels de santé ? 1 Oui 2 Non

Famille, proches, environnement

19. Votre famille vous a-t-elle obligé à aller à Bouya Omar (Marrakech) ? 1 Oui 2 Non

20. Avez-vous le sentiment d'avoir été victime de réseaux de trafiquants qui ont profité de votre vulnérabilité ? 1 Oui 2 Non

21. Avez-vous eu des relations sexuelles en échange de drogues (au moins 1 fois dans votre vie) ? 1 Oui 2 Non

