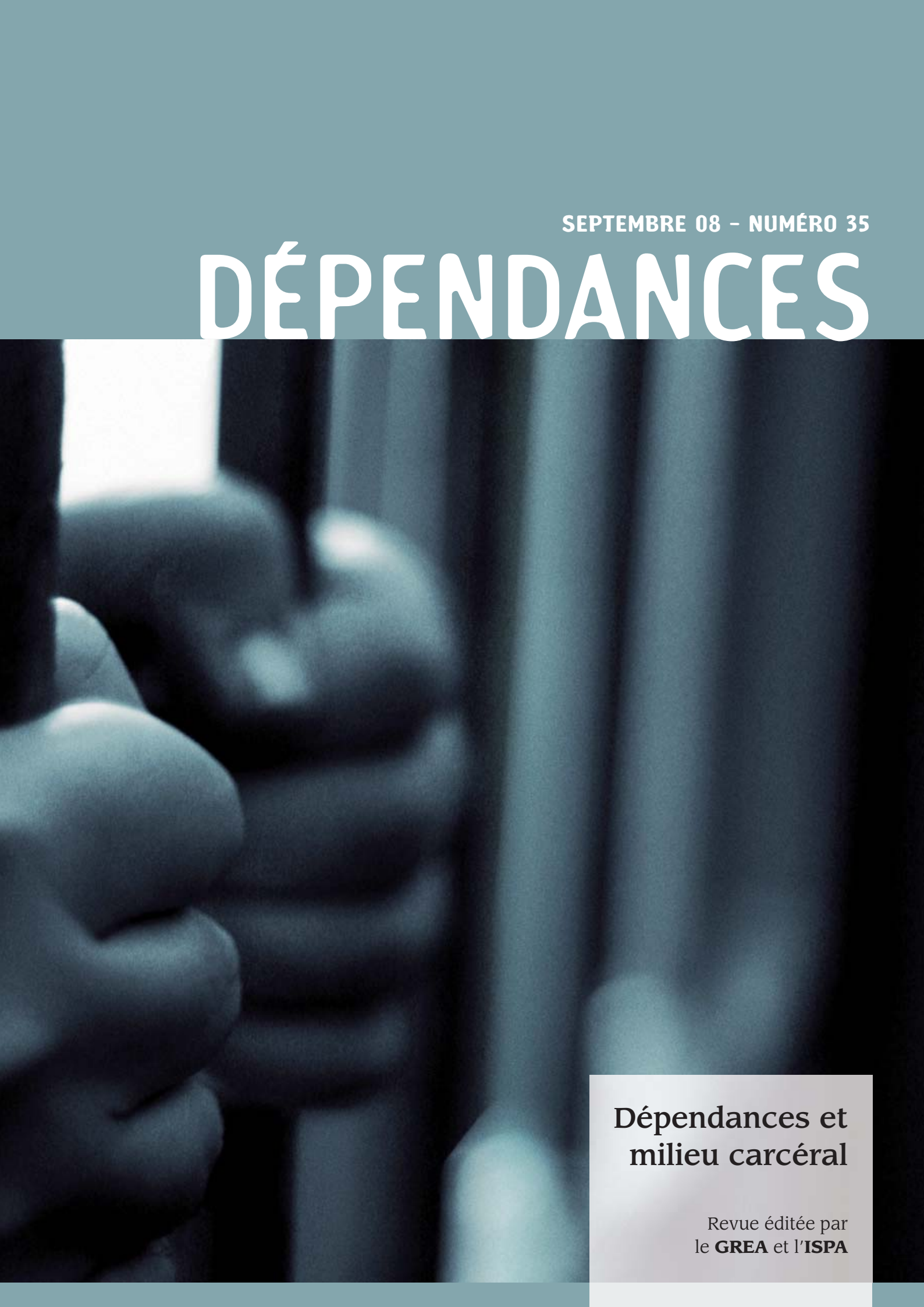




SEPTEMBRE 08 - NUMÉRO 35

DÉPENDANCES

Dépendances et
milieu carcéral

Revue éditée par
le **GREA** et l'**ISPA**

SOMMAIRE

Dépendances et milieu carcéral

Editorial <i>Jean-Félix Savary</i>	p.1
L'usage de drogues en prison: une grave menace pour la santé publique <i>Lars F. Moller, Brenda J. van den Bergh et Alex Gatherer</i>	p.3
L'équivalence des soins aux usagers de substances incarcérés: un champ d'application pour la politique drogue <i>Catherine Ritter</i>	p.7
Enfermement et addictions: quelle place pour les soins? <i>Bruno Gravier et Messaoud Benmebarek</i>	p.10
Réinsertion des personnes toxicodépendantes et assistance de probation: le cas de Genève <i>Francine Teylouni et Gilles Thorel</i>	p.16
Projet «Lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral (LuMMic)» <i>Stefan Enggist</i>	p.21
Référendum sur la Révision de la LStup L'avenir de la politique drogues de la Suisse se joue le 30 novembre 2008 <i>Michel Graf et Jean-Félix Savary</i>	p.24

ÉDITORIAL

L'ensemble des chiffres disponibles démontrent que les usagers de drogue sont surreprésentés dans les prisons européennes. Les travaux récents de l'EMCDDA corroborent cette réalité carcérale: tant la prévalence au cours de la vie que l'usage régulier de drogue ont des taux très largement supérieurs à la population générale. Ces résultats, même s'ils varient de manière importante selon les lieux et les produits par exemple, convergent cependant vers un point. La consommation de produits et le milieu carcéral sont des thèmes centraux et incontournables de la politique drogue. Dans les régimes actuels de prohibition, les prisons concentrent naturellement une proportion importante des consommateurs. De plus, les conditions de vie ainsi que les ruptures de parcours occasionnées par une incarcération sont autant de facteurs de risque qu'il convient de prendre en compte.

En Suisse, contrairement aux 30 pays européens membres de l'Observatoire de Lisbonne, des chiffres officiels ne sont malheureusement pas disponibles. On s'accorde cependant pour convenir que la situation dans notre pays est similaire à celle des pays voisins. L'absence de ces données étonne dans un pays souvent considéré comme un pionnier dans le domaine des traitements et de la recherche. Témoignent-elle d'une méconnaissance et d'un manque d'intérêt pour ce milieu et cette population? La question reste ouverte. En effet, outre les efforts importants déployés par les professionnels du terrain, la question des produits psychotropes en milieu carcéral ne bénéficie toujours pas de l'attention qu'elle mérite. Or, ce domaine est capital pour le réseau addiction et l'ensemble de la société. Du fait du système de prohibition, les prisons sont logiquement devenues un des principaux lieux de prise en charge pour les personnes toxicomanes. Il est donc temps que «dépendances» se penche sur cette problématique, afin de renouveler l'intérêt pour un thème central.

En marge de ce numéro, un post-scriptum signé par les deux institutions porteuses de «dépendances», vient jeter un coup de projecteur sur l'actualité brûlante de cet automne. Le 30 novembre, le peuple suisse vote à nouveau sur la politique drogues (révision de la LStup). L'ISPA et le GREA soutiennent sans réserves ce projet. Le combat est fondamental et une mobilisation sans faille du réseau addiction apparaît comme indispensable. Le climat actuel de la politique suisse ne favorise pas les débats constructifs. Dès lors, un retour aux urnes sur le sujet des drogues ne peut en aucun cas être sous-estimé. D'autant plus que jamais, jusqu'à cet automne, le peuple suisse n'avait été amené à se prononcer sur le modèle des 4 piliers. Un refus du peuple signifierait la fin du consensus et déboucherait probablement sur la fin de ce modèle. Une catastrophe. «dépendances» appelle donc ses lecteurs à se mobiliser sur cet objet!

Jean-Félix Savary
Secrétaire général du GREA

Formations du GREA

Gestion expérientielle:

prévention secondaire et prise en charge

La gestion expérientielle consiste à découvrir sous quelles conditions, par quel processus, une expérience de plaisir se transforme en une expérience de souffrance et de douleur. Il s'agit d'appréhender les rapports paradoxaux existant entre les expériences de plaisir procurées par les différentes drogues et les expériences de douleur, de souffrance ainsi que les problèmes sociaux qui leur sont parfois corrélatives.

Infos: Mardi 11 et mercredi 12 novembre 2008
GREA, 8 rue des Pêcheurs, Yverdon
Sfr 400.- (membre GREA, 300.-)

Le Case Management dans le champ des addictions

Le Case Management est une nouvelle manière de concevoir le travail en réseau dans les addictions. Pour pouvoir s'approprier ces nouveaux outils et arriver à en tirer tout le potentiel positif, il est important de bien comprendre les logiques sous-jacentes, les dangers, les rouages internes et les conditions-cadres qui président à l'application du Case Management. Un accent particulier sera mis sur la gestion des situations complexes et sur le contexte interinstitutionnel.

Infos: Mardi 18 et mercredi 19 novembre 2008
EESP, Ch. des Abeilles 14, Lausanne
Sfr 400.- (membre GREA, 300.-)

Entretien motivationnel

Basé sur les travaux de S. Rollnick et de W.R. Miller, l'entretien motivationnel est un type d'approche centré sur la personne. Son but est d'aider l'utilisateur à explorer et à résoudre l'ambivalence qu'il peut éprouver face à sa consommation de produits psychotropes (légaux et illégaux).

Infos: Lundi 1, mardi, 2 décembre 2008,
vendredi 30 janvier 2009
GREA, 8 rue des Pêcheurs, Yverdon
Sfr 500.- (membre GREA, 400.-)

Troubles de l'attention, hyperactivité et addictions

La problématique des Troubles de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH) a un lien connu et très important avec les addictions. Ce cours vise à faire connaître cette problématique et à donner aux professionnels du champ des addictions, ainsi qu'aux infirmières scolaires, des éléments pour le dépistage. Les participants apprendront à décrypter les symptômes du TDAH et à se prémunir des faux diagnostics courants dans cette problématique, en raison des comorbidités associées (diagnostic différentiel).

Infos: Mercredi 10 et jeudi 11 décembre 2008
GREA, 8 rue des Pêcheurs, Yverdon
Sfr 400.- (membre GREA, 300.-)

Journée publique organisée par le GREA, l'ISPA et RADIX sur
LE PLAISIR ET L'EXPÉRIENCE: DEUX ATOUTS POUR LA PRÉVENTION ?
Jeudi 13 novembre 2008 au Château d'Yverdon de 9h00 à 16h30

L'USAGE DE DROGUES EN PRISON: UNE GRAVE MENACE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Lars F. Moller (MD, Dr M Sci), Brenda J. van den Bergh (M Sci), Alex Gatherer (MD, FFPH),
Projet sur la santé dans les prisons, Organisation mondiale de la santé (OMS), Bureau régional pour l'Europe

Il est frappant de constater, à la lecture de cet article, combien notre pays est encore loin des recommandations de l'OMS en matière de réduction des risques et de droit à la santé en milieu carcéral. Les outils sont pourtant là, basés sur des évaluations au niveau international, mais il est clair que sans une volonté politique forte, le milieu carcéral restera pétri de contradictions, alors qu'il est de l'avantage de tous que les prisons soient de véritables partenaires de santé publique. (réd.)

INTRODUCTION

Les drogues illégales et les méfaits liés à leur mésusage ont considérablement changé la réalité des prisons en Europe et dans le monde. La santé publique doit tenir compte de la santé carcérale: les stratégies nationales pour le contrôle de plusieurs maladies sérieuses doivent également inclure la prison. Ces vingt dernières années furent caractérisées par une recrudescence de la tuberculose et des infections transmises sexuellement, une épidémie d'une maladie relativement nouvelle - le sida, ainsi qu'une prévalence accrue de l'hépatite C; le tout étant directement lié à l'usage de drogues. Il est impératif que tous les pays mettent en œuvre les meilleurs moyens possibles de réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques néfastes de la consommation de drogues.

L'ENVERGURE DU DÉFI

Au niveau mondial, environ 11.6 millions de personnes consomment des drogues par voie intraveineuse ⁽¹⁾ ; un grand nombre d'entre elles passent plusieurs années à entrer et à sortir de prison. Les détenus sont souvent issus de groupes marginaux de la société et présentent donc une moins bonne santé à l'entrée. Le séjour carcéral accentue en général les problèmes de santé préexistants, en particulier parmi les groupes vulnérables comme les usagers de drogues (en voie intraveineuse). Les prisons sont des environnements à haut risque de transmission du VIH pour plusieurs raisons: la surpopulation, une alimentation insuffisante, un accès limité aux mesures de prévention, la poursuite de l'usage de substances illicites, des rapports sexuels non protégés, le piercing et les tatouages. Dans la plupart des cas, les taux élevés d'infection VIH en prison s'expliquent par le partage de matériel d'injection et les relations sexuelles non protégées. Étant donné le faible nombre de pays qui réalisent des programmes d'échanges de seringues en milieu carcéral, le partage des seringues est inévitablement plus élevé en prison que dans le reste de la société.

Dans de nombreuses parties du monde, y compris en Europe, Asie et Amérique du Nord, les personnes dépendantes de drogues sont surreprésentées en prison. Elles constituent environ un tiers de la population carcérale et

même jusqu'à 60-80% dans certains pays d'Asie centrale⁽²⁾. Une revue systématique de 2006 a estimé que 10-48% des hommes incarcérés et 30-60% des femmes étaient usagers de drogues ⁽³⁾. D'après l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT 2004), la proportion des détenus qui rapportent un usage de drogues illicites varie de 22 à 86% dans l'Union Européenne ⁽⁴⁾. De même que dans la population générale, la substance illicite la plus fréquemment consommée par les détenus est le cannabis, avec une prévalence à vie de 11-86% (estimation). Pour la cocaïne (et le crack), la prévalence à vie est de 5-57% et pour l'héroïne de 5-66%. L'usage régulier de drogues ou la dépendance préalables à l'incarcération est rapporté par 8-73% des prisonniers. L'usage intraveineux à vie est de 15-50% environ, avec des valeurs qui varient entre 1% et 69% selon les études. Lorsque des données comparatives sont disponibles, elles montrent que les jeunes prisonniers ou les adolescents injectent moins que les adultes et les femmes davantage que les hommes.

Sur le plan international, 10% des infections VIH résultent des prises de risque lors de l'usage intraveineux de drogues. Dans certains pays de l'Europe de l'Est et en Asie centrale, jusqu'à 90% des personnes infectées par le VIH sont des usagers de drogues par voie intraveineuse. Les taux d'infection VIH sont significativement plus élevés en prison et dans les lieux de détention que dans la population générale. Certains groupes de population particulièrement vulnérables à l'infection VIH ont une probabilité élevée d'être incarcérés, car ils consomment des substances illégales et sont actifs dans les métiers du sexe. En 2003, le rapport annuel de l'OEDT a signalé que la prévalence de l'hépatite C variait entre 30 et 97% parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse dans les 15 pays membres de l'Union européenne et la Norvège (avant le 1er mai 2004) ; la plupart des chiffres sont des estimations locales. Les données nationales varient entre 32% (Royaume-Uni) et 79% (Italie). Certains pays sont actuellement confrontés à une augmentation de la prévalence des maladies du foie en raison des infections par le VHC. Outre le sida et l'hépatite C, les personnes infectées par le VIH ont un risque plus important de maladies opportunistes graves comme la tuberculose. En Europe de l'Ouest, 30% des usagers par voie intravei-

neuse souffrent de tuberculose, en Europe Centrale, 25% et en Europe de l'Est, bien plus de 50%; il s'agit souvent de la forme résistante.

DE L'ÉVIDENCE À L'ACTION

Tout le monde, y compris les personnes privées de liberté, a le droit de bénéficier du meilleur niveau de santé possible, comme affirmé par le droit international: article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁽⁵⁾. La communauté internationale a généralement accepté le maintien, par les prisonniers, de l'ensemble des droits non remis en cause par l'incarcération, incluant celui d'accéder au meilleur niveau de santé physique et mentale possible. Seule la privation de liberté constitue la sanction, et non la perte des droits humains fondamentaux. Les pays ont donc le devoir de concevoir des lois, des politiques et des programmes cohérents avec les normes internationales en termes de droits humains et d'assurer aux prisonniers un accès à des prestations sanitaires équivalentes à celles de l'ensemble de la société.

Les organisations internationales comme l'OMS et l'ONUSIDA ont reconnu le besoin d'une action fondée sur des preuves dès les années 90. Au cours de sa session spéciale lors de la journée internationale consacrée au problème de la drogue en 1998, l'Assemblée générale des Nations Unies a explicitement identifié les prisonniers comme étant un groupe important pour la réduction de la demande de drogues (Nations Unies 1998). En 1999, l'Union européenne a adopté un plan de lutte contre les drogues pour 2000-2004 (Commission européenne 1999, 2001, 2002). Parmi les objectifs figuraient la réduction significative à cinq ans de l'incidence des méfaits et des décès liés à la consommation de drogues (VIH, hépatite C et tuberculose).

Le besoin d'accéder au traitement de la dépendance en prison a été reconnu sur le plan international depuis longtemps. En 1993, l'OMS a émis des recommandations pour l'infection VIH et le sida en prison⁽⁶⁾, affirmant que :

«Les prisonniers dépendants de drogues devraient être encouragés à entreprendre un traitement durant l'incarcération, dans des conditions qui garantissent la confidentialité. Les approches thérapeutiques devraient inclure des informations sur le traitement de la dépendance et sur les risques associés aux usages et voies de consommation des drogues. Les prisonniers qui ont démarré un traitement de méthadone avant l'incarcération devraient pouvoir continuer leur substitution durant le séjour en prison. Dans les pays où la maintenance de méthadone est un traitement de la dépendance aux opiacés dans la société, elle doit aussi être disponible en prison.»

Une Recommandation du Conseil de l'Europe (2003) relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie du 18 juin 2003 a relevé que «les recherches ont montré que la morbidité et la mortalité liées à la toxicomanie affectent un nombre considérable de

citoyens européens. C'est pourquoi les dommages pour la santé liés à la toxicomanie constituent un problème majeur de santé publique».

La Recommandation (Conseil de l'Union européenne 2003) a donné des buts aux membres de l'Union européenne, par exemple :

- « *afin d'atteindre un haut niveau de protection de la santé, de faire de la prévention de la toxicomanie et de la réduction des risques annexes un objectif en matière de santé publique et d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies globales en conséquence;*
- *afin de diminuer de façon significative l'incidence des effets nocifs de la drogue sur la santé (VIH, hépatite B et C, tuberculose, etc.) et le nombre de décès liés à la drogue, de prévoir, comme partie intégrante de leurs politiques globales de prévention et de traitement de la toxicomanie, un éventail d'interventions diverses, notamment en vue de réduire les risques et, par conséquent, sans perdre de vue l'objectif général qui est, avant tout, d'empêcher la toxicomanie: ...*
- *élaborer une évaluation pertinente destinée à accroître l'efficacité et l'efficience de la prévention de la toxicomanie et de la réduction des risques pour la santé induits par les drogues : ... »*

En 1995, le bureau régional pour l'Europe de l'OMS a établi un Projet sur la santé dans les prisons. Le but était de rassembler les pays de la région européenne de l'OMS, de partager les pratiques de santé publique face aux principaux défis sanitaires en prison et de parvenir à un consensus de bonnes pratiques à diffuser au sein du réseau⁽⁷⁾.

En 1999, le bureau régional pour l'Europe de l'OMS, en collaboration avec l'ONUSIDA, a émis des recommandations pour l'infection VIH et le sida en prison.

En 2002, le bureau régional de l'Europe de l'OMS a adopté la résolution EUR/RC52/R9 sur le besoin d'intensifier l'intervention face au VIH-sida dans la région européenne. La résolution incitait les pays membres à :

«Favoriser, faciliter et renforcer la mise en place et l'extension généralisée au profit des groupes vulnérables et à haut risque d'interventions ciblées fondées sur des données scientifiques, telles que programmes de prévention, de traitement et de réduction des risques (par exemple, programmes élargis d'échange d'aiguilles et de seringues, distribution d'eau de Javel et de préservatifs, conseil et dépistage volontaires, thérapie de substitution, diagnostic et traitement des IST) dans toutes les communautés touchées, y compris les prisons...»

De plus, en partenariat avec le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, le Projet sur la santé dans les prisons de l'OMS a émis en 2002 une déclaration de consensus. Elle soulignait la contribution primordiale des prisons à la stratégie de santé publique face aux effets néfastes de la

consommation de drogues sur la santé publique, les usagers, le personnel et la gestion des prisons. Les principes, les politiques et les pratiques relevés dans cette déclaration restent valides. La déclaration recommande fortement la réduction des méfaits, sans entrer dans les détails.

En 1995, le Projet sur la santé dans les prisons de l'OMS a publié une prise de position sur les prisons, les drogues et la réduction des méfaits (Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction)⁽⁸⁾. Il donne une orientation aux pays membres pour l'approche de l'usage de drogues en prison et recommande aux prisons d'être capables:

- « d'accepter l'importance de l'information et de la compréhension des conséquences négatives d'un usage inapproprié de substances comme faisant partie d'une approche basée sur la santé publique et les droits humains, même si cela désavoue partiellement les programmes officiels à visée d'abstinence;
- d'accueillir les prisonniers dépendants en cherchant à comprendre leurs besoins;
- de répondre à leurs problèmes immédiats et de les informer sur leurs possibilités en prison;
- de faire en sorte que le personnel de prison puisse donner à l'ensemble des prisonniers des connaissances de base sur le VIH-sida, les autres maladies transmissibles par le sang et leurs modes de transmission;
- de mettre à disposition une approche équivalente à celle de la société pour le traitement des prisonniers dépendants de drogues, et
- d'assurer que l'information et une orientation adéquates soient disponibles avant la libération et, dans l'idée d'encourager la poursuite des soins, de créer des liens avec les services extérieurs. Ceci est important pour tous les prisonniers avec des problèmes de santé et est fondamental en cas de dépendance.

Les prisons sont également encouragées à introduire aussi rapidement que possible, selon leurs ressources, des mesures de réductions des méfaits, comme:

- développer des programmes thérapeutiques structurés et compréhensibles à l'intention des prisonniers dépendants, incluant le traitement de substitution à base d'opioïdes;
- développer des programmes d'échanges de seringues équivalents à ceux qui existent dans la société, en particulier si les prévalences de VIH et d'hépatite C sont localement élevées ou si la consommation de drogues par voie intraveineuse est un fait au sein de l'établissement;
- mettre à disposition une méthode efficace de désinfection des aiguilles et des instruments de tatouage avec une information et une formation appropriées, lorsque l'accès aux aiguilles et seringues ne semble ni nécessaire ni faisable. » Cette méthode n'est toutefois jamais aussi efficace que des aiguilles et des seringues neuves.

En 2004, la prise de position de l'OMS, de l'ONUDC (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime) et de l'ONUSIDA *Traitement de substitution pour la dépendance aux opioïdes et la prévention du VIH-sida* a conclu que le traitement de substitution était efficace pour prévenir le VIH-sida et devait être mis en place dès que possible auprès des groupes à risque. Le Projet Santé en prison de l'OMS a publié en 2007 un ouvrage de base pour la pratique clinique en prison : *Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*⁽⁹⁾. Ce livre donne des indications sur l'ensemble des aspects de réduction des méfaits et des traitements des usagers de drogues.

Egalement en 2007, en lien avec la problématique du VIH en prison, l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA ont publié trois documents techniques pour une action basée sur des évidences. Les traitements de substitution et les mesures de réduction des méfaits figurent clairement parmi les actions préventives les plus importantes pour réduire la transmission du VIH et des hépatites^(10, 11, 12, 13). Un guide pratique sur les traitements de substitution en prison a suivi en 2008⁽¹⁴⁾.



Photo: Interfoto

CONCLUSION

Davantage de pays deviennent conscients des bénéfices économiques, sociaux et sanitaires considérables, tant au niveau individuel que collectif, qui résultent des mesures de réduction des méfaits et de la demande de drogues. Par conséquent, il est temps de réunir les efforts pour que la volonté et l'engagement politiques aillent dans le sens d'une mise en pratique plus conséquente des évidences scientifiques issues des évaluations au niveau international, et que les prisons soient systématiquement considérées comme des partenaires importants de la santé publique.

En l'absence de traitement pour la dépendance, il est vraisemblable que l'usage de drogues se poursuive en prison et ce souvent de manière dangereuse, de par le manque de mesures de réduction des méfaits. Le risque d'être infecté par le VIH et les hépatites est considérablement augmenté. Il y a lieu de considérer les prisons à leur juste valeur pour intervenir efficacement dans le cycle usage de drogues – délits, afin de réduire les méfaits de la consommation et le risque de réincarcération.

En même temps, les prisons n'étant pas un endroit adéquat pour traiter les hommes et les femmes qui souffrent de dépendance, des alternatives à l'incarcération sont absolument nécessaires. Tant que leur développement et leur implémentation manqueront, les autorités carcérales seront confrontées à cette population caractérisée par des besoins particuliers en termes de traitement, de soins et de soutien.

Références:

- (1) Cook C., Kanaef N. Global State of Harm Reduction 2008. International Harm Reduction Association 2008.
- (2) Moller L.F., van den Bergh B., Karymbaeva S., Esenmanova A., Muratalieva R. Drug use in prisons in Kyrgyzstan. International Journal of Prisoner Health 2008 (in press).
- (3) Fazel S., Bains P., Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. Addiction 2006; 101: 181-91.
- (4) Les données étaient disponibles pour 11 des 25 pays plus la Norvège
- (5) International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Entry into force 3 January 1976 (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_cescr.htm).
- (6) WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. World health Organization 1993 (http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf).
- (7) <http://www.euro.who.int/prisons>
- (8) Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. Health in Prisons Project. World Health Organization 2005 (<http://www.euro.who.int/document/e85877.pdf>).
- (9) A WHO guide to the essentials in prison health. World Health Organization 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070521_1).
- (10) Interventions to address HIV in prisons – Drug dependence treatments. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS (http://www.who.int/hiv/idu/oms_ea_hiv_treatment_df.pdf).
- (11) Interventions to address HIV in prisons – Prevention of sexual transmission. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS (http://www.who.int/hiv/idu/oms_ea_sexual_transmission_df.pdf).
- (12) Interventions to address HIV in prisons – Needle and syringe programmes and decontamination strategies. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS (http://www.who.int/hiv/idu/oms_%20ea_nsp_df.pdf).
- (13) Interventions to address HIV in prisons – HIV care, treatment and support. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS (http://www.who.int/hiv/idu/oms_ea_hiv_treatment_df.pdf).
- (14) Andrej Kastelic, Jörg Pont, Heino Stöver. Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings - A Practical Guide (http://www.archido.de/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=188&mosmsg=Thanks+for+you+r+submission).

Courriel: lmo@euro.who.int



Formation continue

Hes-so

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

Diplôme en intervention systémique dans l'action sociale et psychosociale

(DAS HES-SO de 30 crédits ECTS)

Public cible : cette formation s'adresse en priorité aux travailleurs sociaux, ainsi qu'aux professionnels des autres domaines médico-sociaux et de l'enseignement spécialisé.

Objectif : la formation se préoccupe de toutes les modalités d'interaction dans lesquelles les professionnels sont parties prenantes et repose sur le besoin de leur donner des instruments complémentaires à ceux qu'ils ont acquis en formation initiale, notamment des clés de lecture systémique et des techniques d'intervention.

Durée : 45 jours

Début : 12 janvier 2009

Délai d'inscription : 31 octobre 2008

Chef de projet : Olivier Udressy

éesp

Descriptif détaillé sur demande au
Tél. 021 651 03 10 – <http://ufc.eesp.ch>

L'ÉQUIVALENCE DES SOINS AUX USAGERS DE SUBSTANCES INCARCÉRÉS: UN CHAMP D'APPLICATION POUR LA POLITIQUE DROGUE

Catherine Ritter, ancienne Cheffe de clinique, Service de médecine pénitentiaire, Hôpitaux Universitaires de Genève

Le principe d'équivalence des soins en milieu carcéral est un des repères fondamentaux de la santé en prison ⁽¹⁾. Cet article en propose une réflexion dans le domaine des addictions. Partant de l'idée que la politique drogue est une référence à l'extérieur de la prison en Suisse, on s'attend à ce que la problématique drogue soit abordée de manière équivalente en milieu carcéral. En réalité, tant le principe d'équivalence que la politique drogue sont confrontés à des particularités du milieu carcéral auxquelles ils sont contraints de se plier. Il est donc légitime de s'interroger sur les conséquences d'une telle adaptation. Et, par succession d'idées, dans un souci d'honnêteté et de responsabilité envers des personnes confiées momentanément à un système, en quoi une politique drogue non équivalente en prison risque d'aller à l'encontre des intérêts des usagers, voire de les exposer à certains risques.

INTRODUCTION

Par définition ou identité, le milieu carcéral est répressif. La consommation de substances, hormis le tabac et les médicaments prescrits, est interdite.

Plus de la moitié des personnes incarcérées rapporte un usage de substances psychoactives ^(2, 3). La prison constitue donc un changement de lieu de vie important dont les nouvelles règles définies entre autres par une application variable de la politique drogue, ont inévitablement des conséquences sur le recours aux substances (interruption, réduction ou adaptation). Par ailleurs, des attentes (partagées par un grand nombre de personnes, y compris professionnels de la prison et détenus) de «solutions miracles» du milieu carcéral pour résoudre des problématiques addictives sont élevées. Les espoirs de «nouvelle vie» après la prison, voire même de rédemption, consolident les approches telles que l'abstinence ou la répression de la consommation, alors qu'elles ont globalement montré certaines limites. Les prisons ne sont pas considérées comme étant en continuité avec le monde extérieur où vivent des gens avec des problématiques semblables.

Les services médicaux sont en principe indépendants de l'administration pénitentiaire ⁽¹⁾. En pratique, cela signifie généralement que les traitements, la prévention et la réduction des méfaits relèvent des responsables sanitaires tandis que la répression incombe aux autorités carcérales. Cette répartition permet de fonctionner selon l'éthique médicale, mais entrave la liberté de prendre des décisions de santé publique, notamment pour la réduction des méfaits.

POLITIQUE DES QUATRE PILIERS

Répression

Les soignants veillent à se différencier de la répression et à ne pas endosser cette logique malgré eux. Ainsi, la pratique répressive des analyses d'urines à la recherche des

substances consommées, souvent présentes dans les soins à l'extérieur, est critiquée en prison suite à diverses observations éthiques et médicales. D'une part, les tests se surajoutent aux contrôles réguliers auxquels les détenus sont soumis (fouilles de cellule ou lors des parloirs) et surtout, ils influencent le choix des substances et leurs voies de consommation dans l'idée d'éviter les répercussions de résultats confirmant la consommation. Ainsi, la recherche de cannabis dans les urines entraîne un recours à l'héroïne, en raison de la brièveté de sa détection ^(3, 4, 5).

Hormis certaines indications cliniques limitées (doute de l'origine d'un sevrage par exemple), les tests d'urine exercent donc un effet défavorable sur les piliers de la prévention et de la réduction des méfaits.

Prévention

La prison est considérée comme un lieu à haut risque pour débiter un usage de substances ⁽²⁾. Dans ce contexte, l'application de la politique drogue et les conditions de détention jouent un rôle important. Par exemple, la surpopulation carcérale limite les moyens d'éviter la co-habitation des usagers et des non usagers de substances dans une même cellule. En Suisse, les données pour une première consommation de drogues illégales en milieu carcéral sont inconnues. Le début, la reprise ou l'augmentation du tabagisme suite à l'incarcération sont par contre décrits.

Réduction des méfaits

«... Aucun pays au monde n'est parvenu à prévenir l'usage de substances au sein de ses prisons.» ⁽⁶⁾, une réalité pourtant encore déniée par des directions de prisons. Le «monde sans drogues», leurre de société, persiste en prison aux yeux de certains (responsables de la sécurité et soignants). Il ne tient évidemment pas compte des besoins des personnes concernées.

En Suisse, environ 10% des usagers poursuivent les injec-

tions en prison ⁽⁷⁾. La réduction des méfaits est une nécessité et un droit reconnu et défendus dans la littérature spécialisée ⁽²⁻⁸⁾ et au niveau légal dans certains cantons. Dans le canton de Genève, la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues repose sur une base légale cantonale : « Les détenus doivent avoir accès au matériel nécessaire pour prévenir la transmission des maladies, et notamment les préservatifs. Le matériel propre d'injection ...est remis... si le personnel médical considère qu'un risque significatif de transmission existe. » (Procès-verbal de la séance du Conseil d'Etat de Genève du 27 septembre 2000).

Quelles substances sont consommées?

Le type de substances consommées durant l'incarcération dépend étroitement des mesures en vigueur, en particulier sur les plans répressifs et thérapeutiques. Par exemple, le tabac, légal et accessible, est la substance la plus fréquemment consommée en prison ⁽²⁾. Ou encore, l'accès limité d'alcool ou de cannabis conduit à un recours accru aux benzodiazépines (sur prescription médicale ou marché parallèle, en voie orale ou injectable).

Mise à disposition de matériel d'injection

L'accès au matériel d'injection est constamment débattu. Les arguments sécuritaires et répressifs affrontent la réduction des méfaits, l'équivalence de la médecine préventive et le droit des usagers. Encore une fois, dans ce milieu restreint et fermé, les représentations négatives et les stigmatisations sont davantage visibles. Par exemple, alors que le traitement d'insuline est admis en prison, l'accès à l'usage de matériel d'injection pour un usage autre qu'une maladie « normale et indépendante de la volonté des personnes » est souvent interdit. Les décisions relèvent de professionnels emprunts de représentations, elles ne sont pas centrées sur les besoins des personnes, ni des évidences scientifiques concernant les risques de transmission.

Les programmes d'échanges de seringues se développent dans de nombreux pays européens et au-delà (Moldavie, Iran, Kirghizstan)⁽⁶⁾, sans être accessibles uniformément dans les prisons suisses (le matériel n'est pas disponible dans les cantons de Vaud, Fribourg, Neuchâtel, Valais par exemple). Certains établissements restent donc inéquitables sur le plan de la réduction des méfaits, en désaccord avec la politique drogue et les Nations Unies.

Traitements diversifiés

L'incarcération représente des caractéristiques intéressantes sur le plan thérapeutique, notamment par un effet de mise à distance du produit (cocaïne ou alcool par exemple). L'enfermement n'est pas pour autant une solution à la dépendance, mais le sevrage et l'abstinence (en l'absence de consommation durant l'incarcération) représentent des expériences de vie qui peuvent être élaborées sur le plan thérapeutique. Par conséquent, il est logique que les traitements proposés soient à la mesure de cette opportunité de réflexion et de tremplin pour un changement dans le parcours de vie des usagers (début ou reprise d'un suivi

thérapeutique à l'extérieur par exemple).

Dans le cas particulier de la dépendance aux opioïdes, des objectifs de traitement de substitution sont par exemple :

- Soulager et stabiliser la personne sur le plan général en l'attente d'une décision ultérieure (cure de maintenance ou sevrage).
- Prévenir l'intoxication mortelle à la sortie par le maintien de la tolérance aux opioïdes ⁽²⁾.
- Poursuivre les soins préalables à l'incarcération.
- Faciliter l'intégration dans un réseau de soins après l'incarcération.
- Réduire les consommations d'héroïne durant l'incarcération.



Photo: Interfoto

L'équilibre entre les soins individuels et la sécurité collective est précaire ⁽³⁾. D'un côté, la prescription est une réponse relativement aisée et rapide pour faire face à la souffrance (anxiété, troubles du sommeil). Le fait de remédier à ces malaises a cependant des conséquences individuelles (risque de dépendance) et collectives (« le calme dans la prison », marché parallèle et risques de surdosage). De l'autre, pour éviter les conséquences négatives sur le plan collectif, des aspects liés à la répression sont renforcés (prise de la substitution et de certains médicaments sous observation, remise en petites quantités seulement à la fois du traitement). Ils vont à l'encontre de l'autonomie des personnes, une condition importante pour tout traitement, particulièrement lors de la libération.

En pratique, l'envergure des prescriptions de médicaments (benzodiazépines surtout) est parfois soulevée par les autorités carcérales. Seules des interventions qui vont à l'inverse des tendances actuelles pourraient remédier à cette réalité. En effet, pour éviter de créer des dépendances il existe bien quelques réponses de la part des professionnels de santé (informations claires, prescriptions limitées dans le temps, entretiens de soutien), mais elles requièrent bien plus de temps et de moyens que la simple prescription. De plus, leur portée est conditionnée par les conditions de vie et les activités développées en milieu carcéral, les pro-

cédures judiciaires et les conséquences globales de l'incarcération sur la vie de l'individu et de ses proches.

CONCLUSION

Les trois piliers de la prévention, de la réduction des méfaits et des traitements s'accommodent tant bien que mal aux contraintes du milieu fermé et de sa répression. Ils ne sont donc pas mis en œuvre de manière équitable par rapport au milieu libre, et surtout, ils ne sont pas répartis de manière comparable entre eux. D'un côté, la prévention est limitée par les contraintes du lieu de vie et la réduction des méfaits peine clairement à trouver sa place. De l'autre, les professionnels de la santé répondent au manque de substances illégales par des prescriptions légales (sans toujours pouvoir maîtriser des répercussions à plus long terme). Dans une volonté de soulager des souffrances et de corriger certaines des répercussions de la répression, la prescription, un aspect seulement du pilier des traitements (!) s'hypertrophie. D'ailleurs, en creusant la réflexion, on peut se demander dans quelle mesure il n'assiste pas la répression, puisqu'il permet aux personnes de la tolérer à moindre mal. Cette interdépendance des trois piliers vis-à-vis du quatrième, la répression, donne lieu à une décentration de leurs objectifs respectifs: ils ne sont plus seulement destinés à répondre aux besoins des usagers et de la collectivité, mais sont orientés vers le soulagement, voire le maintien de la répression.

Une politique drogue équitable et équilibrée en prison passe par l'acceptation lucide de la réalité du milieu, la considération des besoins des usagers et la collaboration entre les différents intervenants. Il s'agit d'abandonner la recherche de la prépondérance d'une logique professionnelle (la répression) sur une autre (la santé) pour trouver un équilibre et œuvrer en faveur des droits humains.

Finalement, si les pratiques en prison s'inspirent de celles de l'extérieur et tentent de les adapter avec les déséquilibres relevés, on peut se demander quels enseignements pourraient être tirés à l'inverse, c'est-à-dire en comparant les observations du milieu carcéral à l'ensemble de la société. Dans le cas présent, un exercice semblable de pondération et de répartition des différents piliers de la politique drogue dans l'ensemble de la société donnerait peut-être des résultats surprenants en termes d'équivalence avec la prison!

Références:

- (1) Exercice de la médecine auprès de personnes détenues, Directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, 2002.
- (2) Dolan K et al, 2007, Prison and Drugs : A global review of incarceration, drug use and drug services, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Report 12.
- (3) WHO 2007, Health in prisons : A WHO guide to the essentials in prison health, www.euro.who.int
- (4) Jürgens R, 2007, Evidence for action technical papers, Interventions to address HIV in prisons : Drug dependence treatments, WHO, UNODC, UNAIDS.

- (5) Csete J, Pearshouse R, 2007, Dependent on rights : Assessing treatment of drug dependence from a human rights perspective, Réseau juridique canadien VIH/Sida.
- (6) Harm reduction developments 2008, International harm reduction development program (IHRD), www.soros.org/harm-reduction
- (7) Lines R, Jürgens R et al., L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales. Réseau juridique canadien VIH/Sida 2006. <http://www.aidslaw.ca/francais/contenu/themes/prison.htm>
- (8) Legislating for Health and Human Rights : Model law on drug use and HIV/AIDS, Module 3 : Prisons, Réseau juridique canadien VIH/Sida. www.aidslaw.ca/drugpolicy

Courriel:

info@catherineritter.ch

ENFERMEMENT ET ADDICTIONS: QUELLE PLACE POUR LES SOINS?

Bruno Gravier, Messaoud Benmebarek ⁽¹⁾, Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires, Département de Psychiatrie du CHUV, site de Cery 1008 Prilly

En focalisant sur le canton de Vaud, les auteurs traitent la problématique des soins en milieu carcéral pour les personnes dépendantes en abordant également le thème de la transition vers la sortie de prison, et le problème particulièrement aigu des personnes sans permis de séjour. (réd.)

Dans la seconde partie des années 90, plusieurs expériences pilotes ont contribué à donner une image engagée de la prise en charge des dépendances et de la politique de réduction des risques dans les établissements pénitentiaires helvétiques. L'échange de seringues dans la prison d'Hindelbank (1994), étendu rapidement aux prisons bernoises puis dans certains cantons (Genève, Réalta 1999) ainsi que la distribution contrôlée d'héroïne dans la prison d'Oberschongrün (1999) ont ainsi fait grand bruit. Depuis, la situation semble n'avoir que peu évolué, du moins en ce qui concerne les politiques menées par les différents cantons dans ce domaine. Une analyse d'ensemble permet de dresser un tableau hétéroclite des pratiques tant dans la prévention du risque infectieux que dans la prise en charge des dépendances (Achermann, Hostettler, 2007 Masia 2007).

De ce fait, la connaissance des pratiques thérapeutiques en milieu pénitentiaire tient plus des idées reçues que d'une véritable analyse. Par exemple, on pourrait penser que l'accès à des produits de substitution est la règle dans les prisons. La réalité est plus nuancée: dans certains lieux les patients sous méthadone sont rapidement sevrés du produit de substitution alors que, dans d'autres, l'attitude des professionnels s'inscrit dans la volonté de soutenir et de poursuivre les efforts thérapeutiques conduits avant l'incarcération par les structures de soins spécialisées.

LES PATIENTS TOXICODÉPENDANTS EN PRISON

La scène de la drogue a sensiblement évolué ces dernières années, il en va de même au sein des prisons où la population des usagers de drogue s'est sensiblement modifiée. La prison reste cependant un lieu particulièrement confronté aux personnes toxicodépendantes et aux problématiques sanitaires, sociales ou répressives qui en découlent. Le pourcentage de détenus qui déclarent présenter une toxicodépendance reste relativement stable, autour de 25% dans les prisons vaudoises. Ce chiffre est souvent plus élevé dans d'autres établissements ou pays. Ainsi dans les prisons françaises, il était estimé à 33% en 1997, parmi lesquels 14% avaient consommé de manière régulière des opiacés, 8% de la cocaïne ou du crack, et 15% déclaraient

une polytoxicomanie dans les 12 mois précédant l'incarcération (Michel L, Brahmy B., 2005).

Le pourcentage de détenus, dans les prisons du canton de Vaud présentant dans les consultations psychiatriques des troubles liés à l'utilisation de substance (alcool compris) a, de son côté, triplé, passant de 9% en 1997 à près de 30% dix ans plus tard (cf tableau et graphique p.11).

Cette augmentation de la morbidité psychiatrique et de la sévérité des troubles peut probablement s'expliquer par l'évolution de la scène de la drogue, associant largement consommation de cocaïne et troubles psychiatriques divers et témoignant d'une consommation d'opiacés moins prégnante.

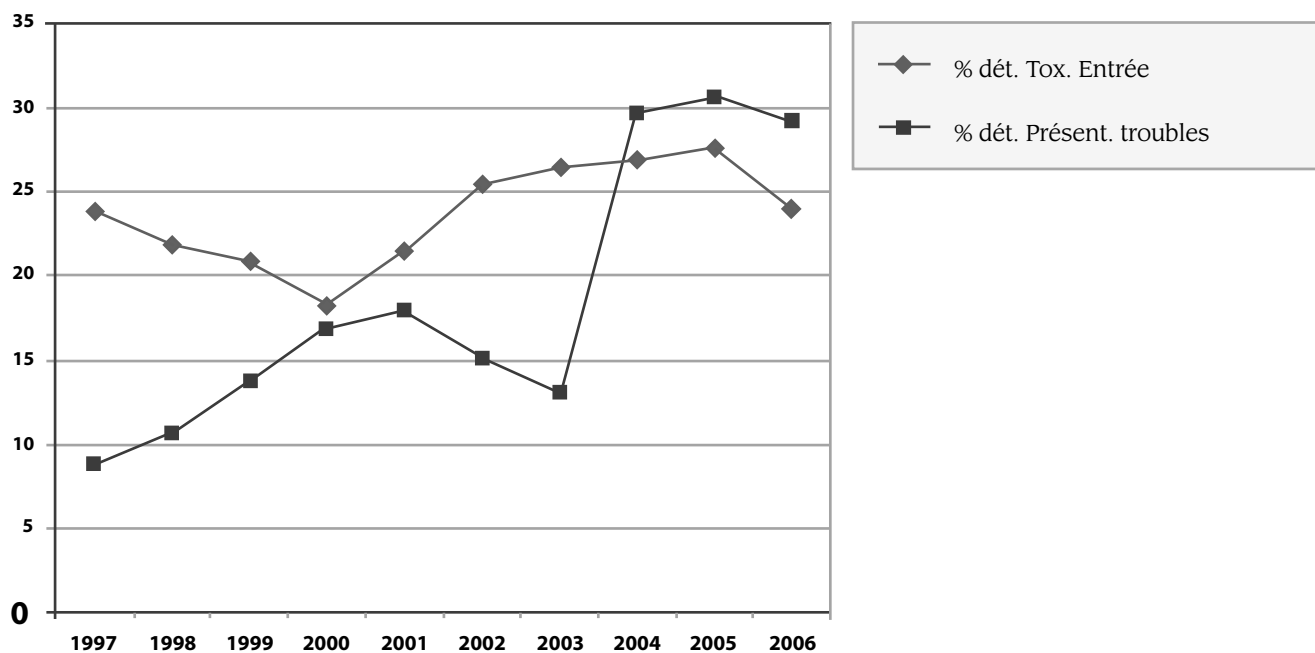
La prison est aussi un lieu où convergent des sujets enclins à la consommation, sans forcément être dépendants. L'étude EPIPS que nous avons mené en 2002 montrait que plus de la moitié d'un collectif de 332 détenus avait consommé une ou plusieurs substance(s) addictive(s), autre que l'alcool, avant son incarcération. La polyconsommation n'est pas rare et débute plus précocement que dans la population générale. Ce constat est à resituer dans une perspective plus large que la seule prise en compte de la dépendance. Il souligne aussi que la population carcérale est une population cumulant des difficultés sociales, psychiatriques, relationnelles (Michel L., Brahmy B. op.cité) résultant d'un important brassage reflet des migrations, du déracinement et des guerres qui secouent le globe (en 2006, sur 2380 détenus dans les prisons vaudoises, 665 étaient originaires d'Afrique, 147 d'Asie, 104 d'Amérique, et 865 d'un autre pays d'Europe, dont 316 des seuls Balkans).

La prison est aussi un lieu où l'on consomme. Malgré tous les efforts de répression et de dépistage «la prison n'est pas le lieu clos et étanche que l'on imagine et tous les professionnels doivent jongler avec ce paradoxe» (Michel L.): 31% des sujets de l'étude EPIPS mentionnée plus haut, déjà incarcérés auparavant, avaient consommé de l'alcool ou de la drogue lors d'une précédente incarcération. Quelle que soit l'évolution des politiques pénales en matière de drogue, la prison reste un lieu de vulnérabilité particulière à la dépendance. Il n'est donc pas étonnant qu'en prison se

TOXICODÉPENDANCE DANS LES PRISONS DU CANTON DE VAUD

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
N. de sevrages médicamenteux	136	98	81	92	68	49	79	80	63	62
N. de patients sous méthadone	192	152	161	131	149	121	157	157	174	165
N. de détenus déclarant une toxicodépendance ou un problème d'abus de substance à l'entrée en prison	465	445	435	348	421	492	540	634	634	570
% de détenus déclarant une toxicodépendance ou un problème d'abus de substance à l'entrée en prison	23.88	21.78	20.82	18.32	21.51	25.34	26.50	26.96	27.63	23.94
N. de patients présentant des troubles liés à l'utilisation de substances suivis dans les consultations psy	174	218	287	321	351	292	266	697	703	696
% de détenus présentant des troubles liés à l'utilisation de substances suivis dans les consultations psy	8.93	10.67	13.74	16.90	17.90	15.04	13.05	29.64	30.64	29.24
Nb de détenus dans l'année	1947	2043	2089	1899	1957	1941	2037	2351	2294	2380

FIG. 1 - COMPARAISON ENTRE % DE SUJETS SE DÉCLARANT TOXICODÉPENDANTS À LEUR ENTRÉE EN PRISON ET CEUX PRÉSENTANT DES TROUBLES LIÉS À UN ABUS DE SUBSTANCES LORS DES CONSULTATIONS PSYCHIATRIQUES



rejoue et se décline la confrontation du sujet à la drogue, sous d'autres formes que dans la cité, ne serait-ce que par l'impossibilité d'entretenir de manière continue la dépendance en raison de la discontinuité de l'approvisionnement.

La privation de liberté, le confinement cellulaire, le regroupement inévitable dans des quartiers pénitentiaires de détenus préoccupés par la drogue, vient catalyser le besoin du produit et donner d'autres visages à la dépendance. Comme le rappelle O. Lesourne (2007), l'acte addictif est un agir, en prison probablement plus qu'ailleurs. Les intervenants sont confrontés à une autre variation du rapport entre visible et invisible, du jeu de cache-cache qui scande le parcours du toxicomane. Le détenu n'exhibe pas sa dépendance aux stupéfiants, mais, au contraire, dissimule sa consommation pour éviter la sanction ou détourne à des fins toxicomaniaques un médicament qu'il aura demandé pour dormir ou mieux supporter l'enfermement.



Photo: Interfoto

Il n'est pas rare que les détenus se sèvent sans rien demander pour éviter d'attirer l'attention de la justice sur leur dépendance. La demande d'antalgiques pour le mal de dos ou une rage de dent est parfois un indicateur indirect de cette dépendance qui ne veut pas s'exposer dans la consultation. Peu d'entre eux veulent véritablement soigner leur dépendance pendant le temps carcéral, beaucoup subissent l'abstinence pendant le temps de l'enfermement dans un espace surveillé et contrôlé.

La clinique de la dépendance en prison reste une «clinique de l'intensité» qui se rejoue dans toutes les formes de la rencontre du patient et des murs. Intensité de certains troubles comportementaux exacerbés par la privation de liberté ou le traitement qui ne convient pas, intensité de la demande de médicaments, intensité des rapports avec le personnel pénitentiaire ou médical.

Les professionnels se trouvent directement confrontés à cette intensité et sont, pour les détenus, qu'ils soient personnels soignants, socio-éducatifs ou pénitentiaires, «réduits à la qualité de «porteurs de la norme d'interdit » nécessairement injuste, sinon incompréhensible» (Barré M.D., Deveresse M. S., 2007).

Le personnel médical est, dans ce jeu particulier, bien souvent la cible de la vindicte et l'objet de nombreuses pressions de la part du détenu qui veut obtenir le médicament qui va calmer, mais le plus souvent être stocké, revendu ou utilisé massivement à des fins toxicomaniaques. Tirillée entre la demande insistante du détenu, qui allègue le manque et le mal-être et la nécessité de protéger celui-ci d'une overdose dont l'occurrence est loin d'être exceptionnelle en milieu pénitentiaire, l'appréciation est complexe surtout en l'absence de directives et de standards validés. Certains praticiens auront tendance à considérer la prison comme un espace de consommation à bas seuil et ajusteront leurs prescriptions dans ce sens, d'autres, la majorité, essayeront de s'en tenir à une attitude plus restrictive s'exposant à la vindicte de leur patient. Ceci aboutit souvent à une prescription hétérogène d'une prison à l'autre et à une discrédence entre la prescription en milieu pénitentiaire et l'extérieur. Telle benzodiazépine sera largement prescrite dans un établissement alors qu'elle sera proscrite dans un autre.

La comorbidité psychiatrique chez une majorité de personnes toxicodépendantes est de plus en plus souvent la règle et confronte l'institution à des comportements explosifs et difficiles à gérer, lancinants par leur insistance et leur réactivité. Elle rend souvent indispensable une collaboration et un échange régulier avec les autorités pénitentiaires et les agents de détention et peut entretenir la confusion quant aux rôles des uns et des autres. C'est la raison pour laquelle la prise en charge fait souvent l'objet de contrats de soin, parfois interdisciplinaires avec les autres partenaires institutionnels, qui précisent les rôles des uns et des autres dans l'accompagnement du détenu toxicodépendant pendant son parcours carcéral (Devaut, Gravier, 1999).

LA RENCONTRE EN PRISON: LA CONTINUITÉ DES SOINS AVEC L'EXTÉRIEUR

La rencontre en prison s'inscrit d'abord dans la rupture suscitée par l'incarcération mais vise aussi à s'inscrire dans la continuité de ce qui a été mis en place comme aide, soutien, suivi thérapeutique à l'extérieur et réinscription dans un réseau social. Il s'agit d'un travail dont on sait qu'il peut prendre du temps et être ponctué de rechutes. Les incarcérations récurrentes de certains doivent pouvoir aussi être pensées comme autant de moments permettant de progresser en mettant à distance le déni de la consommation pour conduire à une action décisive pour la santé (Ritter, 2006).

Le leurre qui considérerait la prison comme un lieu de l'abstinence contrainte permettant d'accéder à une véritable réhabilitation a fait long feu. La réalité est tout autre et le souhait des praticiens de voir leur patient sevré de leur cure de maintenance à l'occasion de la détention reste souvent un vœu pieu qui peut mettre en péril la santé du patient. Celui-ci, en effet, une fois sevré, n'en sera que plus vulnérable à toute nouvelle consommation, ce qui majore le risque de rechute voire d'overdose à la sortie de prison.

Dans un tel contexte, la mise en danger de la santé n'en est que plus grande par la promiscuité et l'existence de conduites à risques, malgré toutes les mises en garde: tatouage avec du matériel non stérile, partage des objets d'hygiène personnelle, sexualité non protégée (entre détenus ou lors de visites) et bien sûr injection avec des seringues usagées.

L'étude EPIPS (Iten, Gravier, 2005) a aussi montré qu'un pourcentage non négligeable de personnes incarcérées était dans l'ignorance totale de son statut sérologique au moment de l'étude et ce malgré toutes les propositions de dépistage ou des entretiens anamnestiques fouillés. Ce constat impose des stratégies de prévention adaptées, diversifiées et cohérentes d'un établissement pénitentiaire à l'autre ce qui est loin d'être le cas.

L'équivalence des soins avec le milieu extérieur est un principe fondateur de la médecine pénitentiaire. C'est ce qui guide l'offre thérapeutique en prison et notre insistance de tous les jours pour permettre aux détenus de bénéficier de soins adéquats sans que le soin ne soit mise en péril par des considérations économiques ou morales. C'est ce principe qui impose un accès le plus large possible à une offre préventive et thérapeutique.

Néanmoins, ce principe trouve certaines limites dans la prise en charge des dépendances en prison. Par exemple, la restriction en matière de prescription de psychotropes pour prévenir le trafic et les intoxications volontaires est impérative et ne permet pas de proposer une offre médicamenteuse à seuil très bas. Certains épisodes dramatiques (décès de détenus par overdoses) ont montré à quel point la délivrance de produits psychotropes ou de produits de substitution à des fins palliatives ne protégeait pas d'une potentialisation avec des produits stockés ou introduits lors de visites.

Les seules difficultés organisationnelles peuvent limiter l'accès à des thérapies de maintenance, par exemple, lorsque le métabolisme du patient rend nécessaire un fractionnement des doses, ce qui rend l'horaire de distribution incompatible avec le fonctionnement pénitentiaire et la présence de l'équipe médicale.

Depuis dix ans, le Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires du canton de Vaud propose aux patients qui doivent purger une peine de prison une consultation avant incarcération pour prendre connaissance de leur situation médicale, évaluer leurs besoins, les informer, et souvent les rassurer sur la possibilité de poursuivre une cure de maintenance. Cette consultation permettra d'ajuster celle-ci en fonction de ce qui pourra lui être proposé pendant la détention et d'assurer une continuité avec les praticiens en charge du patient avant et après l'incarcération. Une fois ce préalable posé, une certaine équivalence peut s'instaurer dans le respect de la démarche d'ensemble des professionnels impliqués, dans le renforcement d'objectifs de traitements qui incluent la poursuite d'une cure de mainte-

nance adaptée à la réalité de la dépendance et au contexte de l'incarcération. Un cadre thérapeutique bien posé peut permettre la reprise d'une démarche qui aura mûri après la détention, voire le choix d'un traitement en milieu résidentiel.

LE TEMPS CARCÉRAL

Le temps carcéral n'est pas superposable à celui de la toxicodépendance, ni à sa gravité. Lorsque le délit n'a que peu à voir avec la réalité de la dépendance, il sera certes tenu compte de celle-ci mais, lors d'actes particulièrement graves, l'institution pénitentiaire devra accompagner pendant de longues années un détenu toxicodépendant. Il arrive ainsi que des cures de maintenance soient poursuivies des années durant.

Le temps carcéral est l'occasion pour certains, habituellement à l'écart du réseau de soins, de demander de l'aide contre leur dépendance ou plus souvent des soins physiques permettant de retrouver une meilleure santé et de prendre soin de leur corps. L'exigence faite aux autorités par toutes les conventions internationales de garantir l'accès aux soins prend ici toute sa valeur. Ici aussi la particularité de la rencontre ne va pas sans poser de problème: peut-on, par exemple, proposer un traitement de longue haleine à un détenu qui souffre d'hépatite alors que l'on sait qu'il fera l'objet d'une mesure d'expulsion à sa sortie de prison et que retombant rapidement dans la clandestinité, s'il reste en Suisse, il ne pourra pas poursuivre ce traitement?

Cependant, malgré tout les obstacles qui ont été mentionnés plus haut et la diversité des situations, nombreux sont les détenus qui profitent de cette rencontre médicale pour essayer de s'inscrire dans une autre dynamique vis-à-vis de leur dépendance.

L'article 44 du code pénal qui ouvrait largement l'accès à des traitements résidentiels dans le cadre d'une mesure pénale a été remplacé, depuis janvier 2007, par l'article 60 du code pénal qui permet toujours l'accès à un traitement institutionnel par voie de justice. Celui-ci, dans les faits autorise une plus grande souplesse dans son application et ne se limite pas, contrairement à des idées reçues, aux seuls lieux résidentiels prônant l'abstinence. Dans les prisons vaudoises, des rencontres fréquentes ont lieu entre les différents partenaires médico-sociaux pour essayer de construire au plus près des besoins du patient une démarche qui pourra s'articuler si besoin est avec la décision judiciaire.

LE DRAME DE LA POPULATION CARCÉRALE SANS DROIT DE SÉJOUR

Les détenus étrangers et sans droit de séjour en Suisse sont nombreux en milieu carcéral et souffrent d'une toxicodépendance le plus souvent importée de leur pays d'origine. En fonction de leurs régions d'origine, certains mode de consommations apparaissent prévalents: opiacés pour les

ressortissants des pays de l'ex-URSS, cannabis, psychodysléptiques pour les patients originaires d'Afrique, etc... . Au gré des pérégrinations clandestines à travers les pays qu'ils traversent, la polytoxicomanie s'installe et contribue à leur vulnérabilisation et leur délinquance. Comme pour beaucoup d'autres patients toxicodépendants, la cocaïne et l'alcool viennent compliquer le tableau, majorant l'agressivité et la tension autour du produit.

Le sevrage n'est alors jamais simple. On est d'ailleurs surpris de constater, en milieu pénitentiaire, la faible efficacité de schémas de sevrage éprouvés dans d'autres lieux de soins. Comme si les murs et la contrainte annihilent l'effet apaisant et anxiolytique des médicaments proposés au patient qui s'obnubile du seul entretien de sa dépendance et exige bien plus que ce que l'insitution ne peut donner.

Dans bien des cas, l'introduction d'une cure de maintenance s'imposerait. Elle se heurte cependant à un principe de réalité têtue. Comment proposer une telle cure à des patients clandestins ou requérants à qui cette possibilité d'accès aux soins sera refusée si d'aventure, comme c'est le cas le plus fréquent, ils viennent à se retrouver à la rue. Le soin se retrouve dans une impasse. Rien ne peut être pensé ou envisagé au long cours chez ces patients qui excluent tout retour dans leur pays, même si celui-ci peut disposer de structures de soin et qui se retrouvent dans la colère du manque et de l'insatisfaction face aux réponses qui leur sont proposées.

REPRÉSENTATIONS SOCIALES ET ACCÈS AUX SOINS

Malgré les recommandations et les évolutions récentes qui confirment le bien-fondé de certaines orientations thérapeutiques fondées sur les traitements de substitutions, le milieu pénitentiaire reste mal à l'aise vis-à-vis de la prise en charge actuelle de la toxicodépendance. Ce constat est compliqué par le fait que les partenaires judiciaires ou policiers sont souvent dans l'ignorance de la réalité de la toxicodépendance et de la circulation de toxiques dans les prisons et restent parfois avec une image mythique d'une prison libre de toute substance grâce à la sophistication des mesures de dépistage. Pourtant les devoirs de l'Etat ont été clairement établis lors d'une étude juridique récente (Achermann C., 2007) qui indique les obligations auxquelles est soumis l'Etat en matière de prévention, découlant des droits fondamentaux et des droits de l'homme :

1. mise à disposition d'informations relatives à la santé,
2. examen médical obligatoire avant l'incarcération,
3. aménagement de l'infrastructure pénitentiaire tenant compte des besoins de santé,

4. distribution de préservatifs,
5. proposition de traitements de substitution (avec méthadone notamment)
6. mise à disposition de seringues stériles.

Une étude australienne (Gjersing, 2007) est à ce propos particulièrement révélatrice et souligne à quel point le personnel travaillant en milieu pénitentiaire est sous-informé en matière de traitement de substitution et de prise en charge des dépendances. Cette sous information contribue à renforcer un discours dominant visant l'abstinence à tout prix au mépris de la réalité psychique des patients.

La polarisation plus idéologique que scientifique entre les deux attitudes n'épargne pas non plus le corps médical comme l'a démontré un travail récent de Zullino (2008). Elle se décline avec la même acuité au sein des équipes médicales pénitentiaires qui ont souvent bien du mal à souscrire aux recommandations existantes, notamment lorsqu'il s'agit de poser la question de l'opportunité de l'introduction d'un traitement de substitution en prison, alors qu'un tel traitement serait

indiscutable à l'extérieur.

Notre expérience en matière de transformation des attitudes et des pratiques dans le domaine de la santé en milieu carcéral est édifiante. Jusqu'en 1998, les autorités pénitentiaires vaudoises s'opposaient à la poursuite d'un traitement de substitution pendant la durée totale de l'exécution de la peine. La méthadone n'était admise que le temps du sevrage de la cure. Les détenus sous méthadone étaient perçus comme incapables de travailler, assommés par le produit et n'ayant comme seule perspective que d'entretenir leur dépendance. Dans un second temps, un «quota» d'une quinzaine de cures simultanées a été admis par les autorités, ce qui obligeait à établir des listes d'attente, à interroger les condamnés avant leur détention au mépris de toute confidentialité et stigmatisait d'entrée le détenu objet d'une telle mise en liste. La distribution de méthadone est finalement entrée dans les mœurs pénitentiaires - après de longs débats et plusieurs prises de positions - comme un acte médical, soutien indispensable et nécessitant d'être resitué dans une trajectoire.

LA SORTIE DE PRISON

La libération de prison peut survenir à tout moment de la détention s'il s'agit d'une détention avant jugement. Elle peut par contre être anticipée si la personne est condamnée. Dans tous les cas, recouvrir la liberté est un moment à risque pour la santé des personnes toxicodépendantes. La continuité du traitement et la rétention dans le réseau de soins est un impératif de santé publique et un objectif primordial des services médicaux pénitentiaires. Le réseau de soin a appris à s'adapter à ces situations particulière

... le milieu pénitentiaire reste mal à l'aise vis-à-vis de la prise en charge actuelle de la toxicodépendance.

et à s'inscrire en continuité avec ce qui a pu être travaillé en détention. Les structures résidentielles on aussi appris à mieux tenir compte de ces patients plus difficiles, souffrant souvent de comorbidités psychiatriques importantes, imposant souvent à la fois la prise en charge simultanée de la toxicodépendance et celle de la psychose.

On sait en règle générale que la prise en charge des patients toxicodépendants nécessite souplesse, adaptation et tolérance tout en essayant d'instaurer un cadre ferme mais bienveillant. A la différence de bien des volontés politiques d'intervention thérapeutique en milieu pénitentiaire qui s'obnubilent de la prévention de la récidive et du redressement du sujet délinquant pour l'amener à prendre conscience du tort causé aux victimes (Quirion, 2007), le traitement des patients toxicodépendants en prison conserve, malgré les débats qui traversent les acteurs, une visée avant tout réhabilitative et de réinsertion (qui n'exclut pas d'ailleurs un travail sur la trajectoire et la délinquance du sujet).

La pratique médicale en prison est marquée par d'importantes disparités d'un établissement à l'autre, autant que par le manque de directives et de points de repères (Gravier 2008). Nous ne pouvons que saluer l'initiative ambitieuse de l'Office fédéral de la santé publique qui vise à créer un véritable suivi épidémiologique, à former et informer les personnels, à développer les traitements en permettant aux acteurs du soin de disposer des standards de pratiques adéquats et adaptés.

Bibliographie :

- (1) Achermann C., Hostettler U., Infektionskrankheiten und Drogenfragen im Freiheitsentzug Rapid Assessment der Gesundheitsversorgung Schlussbericht, Fribourg 2007, en ligne sous www.bag.admin.ch/aids
- (2) Achermann A., Künzli J., Gesundheitsrelevante Rechte inhaftierter Personen im Bereich des Schutzes vor Infektionskrankheiten und Kompetenz des Bundes zu ihrer Durchsetzung. Etude à l'attention de l'OFSP, 2007 en ligne sous www.bag.admin.ch/aids
- (3) Barré M.D. Deveresse M. S., Dialogue à propos de l'ouvrage de M.-S. Deveresse : usager de drogues et justice pénale. Constructions et expériences, Champ pénal, Lectures et confrontations, <http://champpenal.revues.org/document665.html>. Consulté le 1 septembre 2008.
- (4) Bodmer M, Nemec M, Scholer A, Bingisser R. (2008). Consommation de cocaïne, importance en médecine d'urgence. Bulletin des médecins suisses, 8: 28, 512-516.
- (5) Devaud, C., Gravier, B. (1999). La prescription de méthadone dans les prisons : entre réalités et contraintes. Médecine & Hygiène, 57 (2274), 2045-2049
- (6) Gjersing L. R., Butler T., Caplehorn J. M.; Belcher J. M.; Matthews R., Attitudes and beliefs towards methadone maintenance treatment among Australian prison health staff. Drug and Alcohol Review (2007), 26, 501-508
- (7) Gravier B., la médecine en milieu pénitentiaire : un exercice médical sous pression, Bulletin des Médecins Suisses, (2008), 89 : 22, 976- 978.

(8) Iten A. , Gravier B. et Coll. Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse romande (EPIPS), FNS n° 3346-64170, décembre 2005

(9) Masia M. et al. Auswertungsbericht zur Fragebogenerhebung: Analyse von Präventionmassnahmen und Behandlungen Möglichkeiten von Infektionskrankheiten und Drogenabhängigkeit in Schweizer Anstalten des Freiheitsentzug" Berne, mars 2007, en ligne sous www.bag.admin.ch/aids

(10) Michel L, Brahmy B., Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire, Heures de France éd, Paris 2005

(11) Lesourne, O. La genèse des addictions, drogue et société, MD impressions, Vendôme 2007.

(12) Quirion B., «Les transformations de l'intervention thérapeutique en milieu correctionnel: pérennité de la logique dominante ou innovations pénales?», Champ pénal, mis en ligne le 29 septembre 2007. URL: <http://champpenal.revues.org/document1471.html>. Consulté le 1 septembre 2008.

(13) Ritter, C. «Approche des addictions en milieu carcéral», in D. Bertrand, G. Niveau, Médecine, Santé, Prison, Médecine et Hygiène, Genève 2006, 172-189

(14) Zullino D. F. , Khan R., Khazaal Y., Cannabis à quel point se vouer?, Bulletin des Médecins Suisses, 2008 ; 89:35, 1496-1498

Courriel :

Bruno.Gravier@chuv.ch

Messaoud.Benmebarek@chuv.ch

RÉINSERTION DES PERSONNES TOXICODÉPENDANTES ET ASSISTANCE DE PROBATION: LE CAS DE GENÈVE

Francine Teylouni et Gilles Thorel, respectivement directrice et directeur adjoint du service de probation et d'insertion de Genève.

Le service de probation a pour mission d'encadrer les personnes condamnées de manière à ce qu'ils ne commettent pas de nouvelles infractions et de les soutenir dans leurs démarches de réinsertion. Pour les personnes dépendantes, la prise en charge se fait en lien avec des services traitant de l'addiction lors de la détention. Ensuite, le secteur post-carcéral propose de l'hébergement, de l'animation, du travail. 40% des personnes concernées par ce secteur sont dépendantes, ce qui nécessite des mises au point régulières comme une certaine souplesse. Les services offerts sont cependant limités par les ressources humaines à disposition. (réd.)

Que l'on connaisse des problèmes d'addictions ou non, il existe quatre manières de sortir de prison:

1. Libération de détention avant jugement lorsque les conditions ne justifient plus une incarcération (mise en liberté provisoire)
2. Libération de détention avant jugement lors d'une condamnation à une peine privative de liberté avec sursis
3. Libération conditionnelle au deux tiers de la peine ou en fin de peine en cas de refus, par l'autorité compétente, d'octroyer la libération conditionnelle.
4. Évasion

Dans le contexte général du régime de l'exécution des peines en Suisse, l'assistance de probation est la dernière mesure avant que le condamné ne soit complètement sorti de son affaire pénale. Cela ne signifie pas automatiquement que les personnes libérées conditionnellement au deux tiers de leurs peines sont soumises à cette mesure, mais c'est généralement le cas (art. 87 al.2 CPS), en particulier pour les personnes dépendantes. Une assistance de probation peut également être prononcée en cas de peine avec sursis, au moment du jugement au fond.

Le code pénal définit à son article 93 l'assistance de probation et, partant, la mission des services de probation:

Art. 93

1. L'assistance de probation doit préserver les personnes prises en charge de la commission de nouvelles infractions, et favoriser leur intégration sociale. L'autorité chargée de l'assistance de probation apporte l'aide nécessaire directement ou en collaboration avec d'autres spécialistes.
2. Les collaborateurs des services d'assistance de probation doivent garder le secret sur leurs constatations. Ils ne peuvent communiquer à des tiers des renseignements sur la situation personnelle de la personne prise

en charge qu'avec le consentement écrit de celle-ci ou de l'autorité chargée de l'assistance de probation.

3. Les autorités de l'administration pénale peuvent demander à l'autorité chargée de l'assistance de probation un rapport sur la personne prise en charge.

L'assistance de probation prononcée ⁽¹⁾ est obligatoire pour le condamné qui doit «faire ses preuves», et l'inobservation de cette mesure peut, tout comme la récidive, avoir pour conséquence la réintégration du condamné en prison pour le solde de sa peine ou la révocation du sursis.

Les services de probation sont donc mandatés pour aider les détenus libérés ou en sursis à faire leurs preuves tout en jouant le rôle de garants de cette attitude vis-à-vis des autorités pénales.

A Genève, le Service de probation et d'insertion s'occupe également des personnes majeures qui s'adressent à lui moins d'un an après avoir été l'objet d'une condamnation à une peine ou une mesure de sûreté. Ainsi, il est potentiellement amené à intervenir dans trois des quatre façons de sortir de prison mentionnées plus haut. Enfin, le service est aussi en charge du travail social et éducatif avec les détenus de la prison de Champ-Dollon.

DÉPENDANCES ET SORTIE DE PRISON

Les personnes dépendantes qui sortent de prison, comme tous les détenus, sont souvent plus démunies encore que lorsqu'elles y sont entrées. Il faut (re)trouver un logement, remettre en marche les droits sociaux, etc. Plus que cela, pour les personnes souffrant d'addiction, les premiers jours peuvent s'avérer particulièrement dangereux en cas de reprise d'une consommation stoppée ou à tout le moins freinée en milieu carcéral.

Par ailleurs, si la consommation n'est pas un délit justifiant une peine de prison, elle est, comme on le sait, le moteur

principal de la délinquance associée ⁽²⁾ qui, elle, peut aboutir à des peines fermes ou au constat de la récidive.

Le prévenu pourra être condamné à effectuer une peine privative de liberté, laquelle se déroulera dans un pénitencier, le cas échéant hors du Canton de Genève. Il peut également se retrouver condamné à une peine pécuniaire ou à effectuer un TIG avec ou sans sursis, ou encore, conformément à l'article 60 du nouveau code pénal, entré en vigueur au 1er janvier 2007, à devoir traiter son addiction.

Dans ce contexte, le Service de probation et d'insertion genevois s'est donné les objectifs suivants, s'agissant des personnes dépendantes sortant de prison:

- *Veiller à la survie*
- *Veiller au maintien d'un état sanitaire correct*
- *Éviter la récidive*
- *Construire pas à pas des succès personnels*

Le fait qu'il n'y ait pas d'objectif directement en lien avec les problèmes d'addiction peut surprendre. Il s'agit d'une conséquence d'effets croisés.

Le Service de probation et d'insertion n'a en effet pas pour mission première de traiter des problèmes d'addictions, comme on le constate à la lecture de l'article 93 CPS (voir plus haut). De plus, sa mission ne se limite pas aux personnes dépendantes ⁽³⁾. A l'inverse, toutes les personnes dépendantes ne commettent pas des délits. Et, enfin, les mandats d'assistance de probation sont limités dans le temps, et le plus souvent courts - une année - pour les personnes dépendantes.

Partant, le service n'est pas outillé pour focaliser son intervention sur le problème d'addiction en tant que tel. Son intervention s'apparente à celle d'un service social, mais doté d'outils particuliers et de compétences assez pointues s'agissant des addictions, en comparaison avec les services sociaux «tous publics».

Concrètement, le service, doté de 39,45 postes au budget de l'Etat de Genève, compte 47 collaborateurs et collaboratrices répartis en cinq secteurs, qui lui permettent un assez large éventail de prestations aux services des objectifs précédemment énoncés.

LE TRAVAIL D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Les assistants sociaux et les formateurs pour adultes du secteur socioéducatif du service intervenant à la prison préventive de Champ-Dollon ont pour mission de parer le choc de l'incarcération, de maintenir le lien avec l'extérieur et de préparer la sortie des détenus ainsi que de les former.

La préparation de la sortie prend toute sa mesure lorsqu'il s'agit de délinquants présentant une problématique

d'addiction. Le travail social et d'orientation est toutefois à géométrie variable dans la mesure où la condamnation n'est pas encore connue lors du premier contact entre le prévenu et l'assistant social du service.

Concrètement, la question du délit est d'emblée abordée avec le prévenu, puisque un axe principal de la mission du Service est de préserver les auteurs de la commission de nouvelles infractions.

Donc, dans le domaine des addictions corrélées à la commission d'infraction, nous devons avant tout traiter l'addiction, dans toute la mesure du possible.

L'incarcération a pour effet de mettre le détenu dans de très bonnes dispositions et motivations quant à ses engagements pour un changement et la prise en charge rigoureuse de ses difficultés. Alors qu'il est en détention avant jugement, il est légitime d'espérer une mise en liberté provisoire et par la suite une condamnation la plus clément possible.

C'est également un moment très contraignant et angoissant, parfois propice à la prise de conscience et aux «déclics».

Dans la majorité des cas, ces personnes n'ont pas de revenus et bénéficient des prestations financières découlant de la LASI (loi cantonale sur l'aide sociale individuelle), lesquelles sont suspendues pendant l'incarcération.

Si le détenu toxicodépendant se sent prêt à entreprendre une démarche institutionnelle, l'assistant social du service doit, dès le début de la prise en charge, intervenir en réseau, soit avec ARGOS ou le Levant par exemple et l'Hospice général dans tous les cas. Parfois, un médecin traitant est également à consulter.

Si ce n'est pas le cas, la prise en charge d'un détenu présentant des problèmes de dépendance commence par une pratique de réseau interne. En effet, les collaborateurs du service travaillant «intra muros» proposent au détenu l'aide que peuvent apporter leurs collègues du secteur postcarcéral du service, sis à la Jonction.

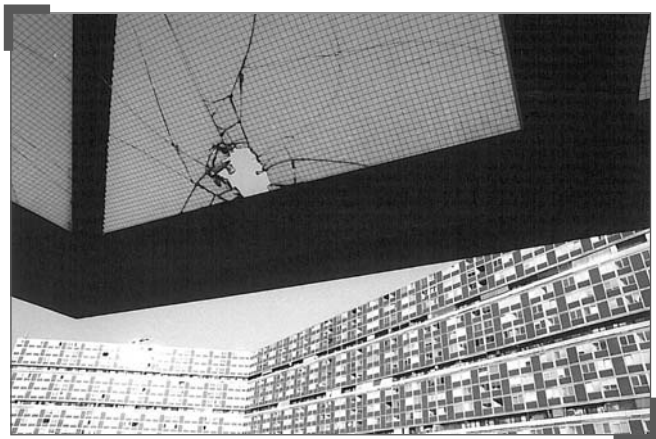


Photo: Interfoto

La cohérence de la prise en charge et l'essentiel du travail avec le réseau extérieur au service font partie de la mission du secteur postcarcéral. Chaque usager du secteur postcarcéral a un assistant social référent, qui joue en quelque sorte le rôle de case-manager.

Les assistants sociaux du secteur postcarcéral du Service suivent 350 situations. 40% d'entre elles concernent des personnes présentant une addiction. Comme tous les protagonistes, nous constatons, dans la plupart des cas, une polytoxicomanie.

L'ANIMATION ET L'HÉBERGEMENT

Le service dispose de lieux d'hébergement et d'un atelier d'animation.

Un appartement d'urgence - quatre lits - permet aux détenus fraîchement libérés de ne pas se retrouver «à la rue», et donne un peu de temps pour se retourner, soit un mois maximum. Cette solution est particulièrement importante pour la prise en charge des personnes dépendantes. Elle leur permet si elles le souhaitent de ne pas retrouver la «zone» à peine sorties. Ce d'autant que le risque de récidive est particulièrement fort dans les 48 heures suivant la sortie, comme l'ont démontré plusieurs études criminologiques européennes. Le SPI oblige les pensionnaires de ces chambres à prendre le petit-déjeuner à l'atelier d'animation qui jouxte l'appartement d'urgence. Ils peuvent également y prendre le repas de midi pour cinq francs. Cette proximité et ce lien quotidien obligatoire permettent à une éducatrice d'assurer un état sanitaire correct dans l'appartement, et d'évaluer quotidiennement l'état des personnes hébergées. Les disponibilités RH ne permettent toutefois pas cela les week-ends, et il n'y a pas de cuisine dans l'appartement.

Le SPI tient également 22 chambres qui peuvent être mises à disposition jusqu'à une année, réparties en quatre lieux disséminés sur le canton. Les locataires sont tenus de se rendre quelques demi-journées par semaine à l'atelier d'animation. De plus, deux éducateurs s'assurent, par des passages réguliers ou lors de repas organisés le soir, de l'état sanitaires des usagers, des chambres et des maisons, et du respect des règles minimales qui s'imposent dans un lieu de vie en commun. Avec 1,6 poste à cet effet, l'aspect éducatif reste limité, et là encore circonscrit à cinq jours sur sept. Toutefois, le lien et la proximité permettent d'assurer un minimum de sécurité sanitaire et, selon les cas, démarches accompagnées de recherches de logements et/ou d'emploi.

L'atelier d'animation quant à lui, offre un repère souplesse ouvert aux usagers libres du service qui peuvent y travailler (menuiserie, bricolages divers, cuisine, poterie, informatique), s'y poser, s'y confier, s'y réchauffer etc. Les injections y sont interdites, et les personnes dépendantes sont priées d'y venir en état de tenir debout. La souplesse est toutefois de rigueur.

Dans ce secteur d'animation et d'hébergement, la problématique addiction est surtout traitée avec pour objectif de maintenir les personnes concernées dans un état sanitaire correct, de les intéresser à la vie sociale et de les amener petit à petit à envisager des projets personnels un peu plus ambitieux. Le cas échéant, il est fait appel aux services des HUG pour pallier les situations qui se dégradent, et les allers-retours à Belle-Idée sont relativement fréquents.

L'ENTREPRISE D'INSERTION

Le service comprend également une entreprise d'insertion par l'économie, qui offre vingt-et-une places de travail, dans le jardinage, le second-œuvre du bâtiment et le tri de déchets. Les salaires y sont de 18,50 ou 22 frs de l'heure, selon l'activité. Les personnes souffrant d'addictions y sont admises, mais leur consommation doit rester sous contrôle de façon à ce qu'elles ne se mettent pas en danger. Conduire des machines diverses ou travailler sur une échelle nécessite un état de conscience minimum.

Les maîtres socioprofessionnels (ci-après MSP) travaillent également les questions d'assiduité et de ponctualité avec les stagiaires, ce qui pose des problèmes assez pointus avec les personnes dépendantes. Les contrats peuvent être suspendus et les stagiaires exclus temporairement. Les exclusions définitives sont rarissimes.

Cette entreprise a fortement développé une activité de placement de stagiaires au sein d'entreprises traditionnelles, avec un suivi hebdomadaire de la situation par le MSP en charge des relations avec les partenaires.

La mesure pénale de l'article 60 du code pénal

Art. 60

1. Lorsque l'auteur est toxico-dépendant ou qu'il souffre d'une autre addiction, le juge peut ordonner un traitement institutionnel aux conditions suivantes:

- a. l'auteur a commis un crime ou un délit en relation avec cette addiction;
- b. il est à prévoir que ce traitement le détournera d'autres infractions en relation avec cette addiction.

2. Le juge tient compte de la demande et de la motivation de l'auteur.

3. Le traitement s'effectue dans un établissement spécialisé ou, si besoin est, dans un hôpital psychiatrique. Il doit être adapté aux besoins particuliers de l'auteur et à l'évolution de son état.

4. La privation de liberté entraînée par le traitement institutionnel ne peut en règle générale excéder trois ans. Si les conditions d'une libération conditionnelle ne sont pas réunies après trois ans et qu'il est à prévoir que le maintien de la mesure détournera l'auteur d'autres crimes ou délits en relation avec son addiction, le juge peut, à la requête de l'autorité d'exécution, ordonner une seule fois la prolongation d'un an de la mesure.

La privation de liberté entraînée par la mesure ne peut excéder six ans au total en cas de prolongation et de réintégration à la suite de la libération conditionnelle.

A Genève, il n'y a plus, formellement, d'établissements spécialisés, comme anciennement le Tram.

Avec l'entrée en vigueur de ce nouveau code, la question de l'ouverture d'un établissement spécialisé sera vraisemblablement à reprendre que ce soit sur le plan genevois ou concordataire, soit des cantons romands et du Tessin, même si la disposition prévoyant la mesure de soins des problèmes de dépendances figurait déjà dans l'ancien code (a44 CPS). En effet, une révision de cette importance, conservant la notion des soins à prodiguer lors de la commission d'infractions en lien causal avec l'état de l'auteur, et partant réactualisant le sens et l'importance de l'ancienne mesure dite «44» entraînera certainement les autorités judiciaires à appliquer plus fréquemment cette disposition que par le passé récent.

Dans le contexte économique et social, tant d'économies à réaliser que de tolérance zéro, le législateur aurait très bien pu abandonner cette idée et se concentrer sur la répression.

Dès lors, et pour l'heure, nous pouvons nous réjouir de la décision d'ARGOS d'ouvrir ses portes aux personnes astreintes à la mesure de l'article 60 CPS.

Références:

- (1) Par l'autorité compétente pour la libération conditionnelle, le plus souvent. A Genève, il s'agit du Tribunal d'application des peines et mesures (TAPEM). En cas de sursis, c'est le Tribunal qui juge l'affaire sur le fond.
- (2) Délits les plus fréquents: vols – escroquerie – deals – agressions (brigandage)
- (3) Les personnes dépendantes constituent environ 40% des usagers libres du service à Genève, souvent moins dans les autres cantons

Courriel:

francine.teylouni@etat.ge.ch

Formation continue

Hes-so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

CAS/DAS HES-SO Médiation de conflits – spécialisation dans le champ familial

Durée : 20 jours (CAS) 12 crédits ECTS

Durée : 46 jours (DAS) 30 crédits ECTS

Début des cours : le 15 janvier 2009

Délai d'inscription : le 30 septembre 2008

Renseignements et inscription

Responsable de programme: Alexandre Balmer
HETS-Genève – secrétariat
Natacha Richard :
022 388 95 13 ou 022 388 95 30

Formation continue

Hes-so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

DAS HES-SO Superviseur-e-s dans le domaine de l'action sociale, éducatives, psychosociale et de la santé

Durée : 47 jours

Ects : 35 crédits

Début des cours : le 4 novembre 2008

Délai d'inscription : le 10 septembre 2008

Renseignements et inscription

Responsable de programme: Sylvie Monnier
HETS-Genève – secrétariat
Caroline Torres-Gilliand :
022 388 95 15 ou 022 388 95 30

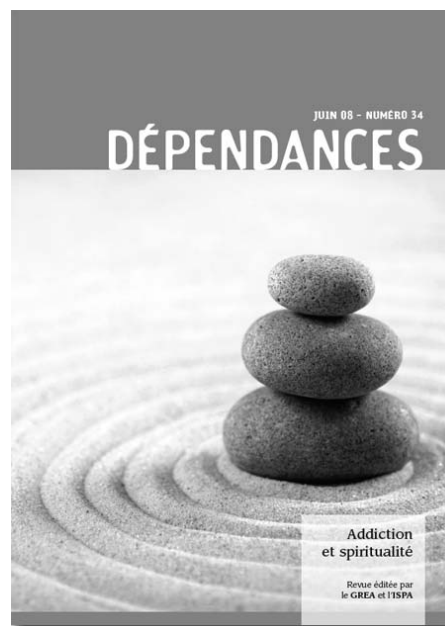
La revue **DÉPENDANCES** s'adresse à toute personne intéressée par le champ des toxicomanies légales et illégales.

Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention et de réduction des risques.

Frs 20.- par numéro
Frs 45.- abonnement simple (1 an)
Frs 150.- abonnement pour 5 ex.
Frs 250.- abonnement pour 10 ex.

Parmi les thèmes publiés

Regards croisés sur l'aide contrainte (n° 30)
La consommation contrôlée d'alcool: enjeux et perspectives (n° 31)
La régulation du marché des produits psychotropes (n° 32)
«Dépendances», dix ans déjà. Et demain? (n° 33)
Addiction et spiritualité (n° 34)



Revue éditée par

Institut suisse de prévention de
l'alcoolisme et autres toxicomanies

sfa/ispa 



Groupement romand d'études des addictions



Je souhaite m'abonner à la revue DÉPENDANCES

Nom:

Prénom:

Adresse privée:

NP, ville:

Profession:

Institution:

Tél.

Signature:

A retourner à: Dépendances, case postale 870, 1001 Lausanne, 021 321 29 85, fax 021 321 29 40, www.ispa.ch

PROJET «LUTTE CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES EN MILIEU CARCÉRAL (LUMMIC)»

Stefan Enggist, Office fédéral de la santé publique

Un nouveau projet de l'OFSP devra être mis en place d'ici 2010 en milieu carcéral, dans le cadre du programme national contre le sida. Il vise notamment à une réduction des risques, à une offre thérapeutique équivalente à celle de l'extérieur, les prisons étant connues pour favoriser la propagation de maladies infectieuses. Encore faudra-t-il, comme le souligne l'auteur, que les autorités carcérales jouent le jeu. (réd.)

Pour faciliter la lecture, les deux sexes sont désignés par le masculin dans ce texte.

Jusqu'à la fin des années 90, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a soutenu dans plusieurs établissements pénitentiaires suisses des expériences pilote de réduction des risques auprès des détenus consommant des drogues par voie intraveineuse. Ces programmes incluaient la distribution de matériel d'injection et de seringues propres. Dans le cadre du programme national contre le sida 2004-2008, la Confédération est à nouveau active dans la lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral, qui va de pair avec la mise en place de mesures thérapeutiques pour les détenus toxicodépendants. Le projet «Lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral» devrait être mené à bien d'ici à fin 2010.

Les établissements pénitentiaires sont connus pour favoriser la propagation de maladies infectieuses telles que le sida, l'hépatite ou la tuberculose. Les recherches conduites en Suisse et à l'étranger ont démontré que les personnes soumises à une peine de privation de liberté contractaient plus souvent ces maladies que la population en général. On peut dire inversement qu'en prison, le risque d'être infecté est par principe plus élevé qu'en liberté. Ce qui est vrai pour les détenus l'est aussi pour le personnel d'encadrement. Les conditions propres à la détention représentent un facteur de risque (le libre choix du médecin n'existe pas et les détenus ne peuvent pas accéder de leur propre chef aux mesures de prévention et aux produits thérapeutiques) – risque que vient accroître la composition de la population carcérale (personnes toxicodépendantes, migrants en provenance de pays où la prévalence de certaines maladies infectieuses est plus élevée, établissements exclusivement destinés aux personnes du même sexe).

Sur la base de la loi sur les épidémies et dans le cadre du programme national contre le sida, l'OFSP a réitéré son engagement dans le combat contre les maladies infectieuses en formulant les objectifs stratégiques suivants:

1. Réduction des risques de transmission au sein des établissements pénitentiaires
2. Réduction des risques de transmission du milieu carcéral vers l'extérieur, et inversement
3. Pour les maladies infectieuses, offre équivalente à celle de l'extérieur en matière de dépistage, de prévention, de conseil, de thérapie et de soins
4. Pour la toxicodépendance, offre équivalente à celle de l'extérieur en matière de thérapie
5. Garantie de durabilité des mesures et instruments mis en place

... mise en place de mesures thérapeutiques pour les détenus toxicodépendants

Dans cette perspective, l'OFSP a mandaté l'Université de Fribourg pour dresser un état des lieux sur une base scientifique. L'Université de Berne a également été sollicitée pour un avis de droit. Ces deux expertises constituent une part importante du corpus d'évidence à la base du projet «Lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral» ⁽¹⁾

Dans leur étude « Maladies infectieuses et drogues dans les établissements de détention » (2007), Ueli Hostettler et Christine Achermann de l'Université de Fribourg ont éclairé les pratiques sanitaires en vigueur dans les prisons pour ce qui est des maladies infectieuses. Ils se sont également penchés sur l'offre thérapeutique à destination des détenus toxicodépendants. Ils soulignent la nécessité d'agir dans les domaines suivants:

- Dans l'ensemble, on possède peu de données relatives à la propagation des maladies infectieuses et à la consommation de drogues en milieu carcéral. Les informations recueillies par les professionnels du terrain n'ont pas été systématisées

et sont donc difficiles à utiliser dans le cadre d'un travail scientifique. La compréhension de la situation des maladies infectieuses telle qu'elle se présente dans les prisons suisses demeure de ce fait largement incomplète.

- *Ce manque d'information concerne à plus forte raison les collaborateurs des établissements pénitentiaires.*
- *Les mesures relevant de l'exécution des peines ne doivent pas empiéter sur le domaine de la santé, ce qui implique une stricte observance du secret médical. Cette séparation n'est cependant pas toujours bien comprise par le personnel d'encadrement, qui lui oppose des motifs sécuritaires.*
- *Les prestations en matière de prévention, dépistage et traitement peuvent grandement varier d'un établissement à l'autre, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif.*
- *Une plate-forme réunissant les diverses institutions serait souhaitable pour favoriser l'échange et la collaboration à l'extérieur des structures.*

Dans l'avis de droit commandé par l'OFSP à l'Université de Berne, (Droits des détenus en matière de santé dans le domaine de la protection contre les maladies infectieuses et compétences de la Confédération quant à leur application, 2007) Alberto Achermann et Jörg Künzli livrent les conclusions suivantes:

- *En vertu de la Constitution fédérale et du droit international, l'Etat est responsable d'assurer à chaque détenu des conditions de vie qui ne mettent pas sa santé en jeu. Il doit donc le protéger contre des dangers qui viendraient aussi bien de son entourage que des conduites à risque du détenu lui-même.*
- *Lorsque des mesures de répression ne sont pas à même d'assurer une protection suffisante contre les maladies infectieuses, l'Etat est tenu d'intervenir de manière préventive. La preuve étant faite que des substances psychotropes illégales et du matériel d'injection circulent dans les prisons, l'Etat doit mettre en place une stratégie de réduction des risques.*
- *Bien que l'exécution des peines soit en règle générale du ressort des cantons, la Constitution et la législation permettent à la Confédération d'intervenir sur les questions sanitaires concernant le milieu carcéral. L'article 387-1-c du nouveau code pénal lui confère explicitement la compétence de régler en la matière: «Après consultation des cantons, le Conseil fédéral peut édicter des dispositions concernant: [...] l'exécution des peines et des mesures prononcées à l'encontre de personnes malades, infirmes ou âgées [...]» Par ailleurs, la nécessité de légiférer sur l'exécution des peines et des mesures prononcées à l'encontre de malades se fait particulièrement sentir, avant tout en ce qui concerne les personnes séropositives et les toxicomanes. Il devrait être possible de prévoir une réglementation uniforme au niveau fédéral notamment pour la mise en œuvre de programmes de prévention du sida et de distribution de drogue. Il convient en outre de garantir le suivi de l'assistance médicale ou du traitement médical dont bénéficiait une personne avant son arrestation⁽²⁾.*

L'étude de l'Université de Fribourg n'a pas été en mesure d'établir la situation épidémiologique qui prévaut pour les maladies infectieuses dans les établissements pénitentiaires suisses. Des inconnues demeurent également en ce qui concerne la consommation de drogues. Des données existent toutefois pour la Suisse romande, selon lesquelles certaines maladies infectieuses sont nettement plus fréquentes en milieu carcéral que dans le reste de la population⁽³⁾. Elles indiquent que la consommation de drogues, notamment par voie intraveineuse, y est largement répandue. En tout état de cause, il apparaît clairement que les politiques de la santé en milieu carcéral varient considérablement d'un canton à l'autre. Des directives nationales et internationales exigent certes que les détenus puissent avoir accès aux mêmes soins en prison qu'en liberté, mais ce principe d'équivalence ne semble pas respecté partout – ou du moins pas dans une mesure suffisante.

L'OFSP s'est appuyé sur les données recueillies au cours de cette phase préparatoire pour planifier la mise en œuvre du projet «Lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral» (LuMMic) d'ici à 2010, en étroite collaboration avec l'Office fédéral de la Justice (OFJ). A cette fin, il a consulté de nombreuses institutions et des spécialistes du milieu carcéral. Il a pu bénéficier de l'expertise de l'ancien directeur de l'Office d'exécution des peines du canton de Zurich, Monsieur Andreas Werren, dont la compréhension des structures et modes de fonctionnement propres au milieu carcéral a été très utile pour définir des objectifs réalisables. Le projet devrait pouvoir démarrer au premier semestre 2008. La responsabilité de sa mise en œuvre incombera conjointement à la Conférence des directeurs des départements cantonaux de justice et police et à la Confédération à travers l'OFJ et l'OFSP. Le projet ne nécessitera pas la création de nouvelles structures mais pourra utiliser d'un commun accord celles qui existent déjà, qu'elles relèvent de l'exécution des peines ou des soins médicaux en prison.

Le projet LuMMic se concentrera sur les quatre thématiques suivantes:

- **thématique 1:** recueil de données, élaboration des connaissances, surveillance épidémiologique, monitoring;
- **thématique 2:** diffusion de l'information, formation continue;
- **thématique 3:** prévention, dépistage, traitement;
- **thématique 4:** problématiques débordant le cadre des institutions

Le projet ne vise pas seulement à atteindre les cinq objectifs stratégiques énumérés plus haut, il a également pour but d'amorcer des processus d'apprentissage. Il s'agit à la fois de constituer des savoirs scientifiques à partir des données du terrain, et de contribuer à la diffusion de ces savoirs en créant une plate-forme de dialogue et d'échange entre les acteurs de la santé en prison et ceux du système d'exécution

tion des peines. Il faut repérer les améliorations possibles, dissiper les incertitudes, encourager des changements de comportements.

En tant qu'initiateur du projet, l'OFSP aura essentiellement pour fonction de veiller aux conditions de réalisation des différents volets et de coordonner les apports des uns et des autres. Les thématiques seront traitées au sein de groupes de travail restreints. Au besoin, il sera possible de faire appel à des experts ou à des institutions spécialisées du domaine de la santé ou de l'exécution des peines, qui pourront être mandatés pour certaines tâches spécifiques.



Photo: interfoto

Dans un premier temps (2008), il s'agira de faire apparaître les besoins en fonction des quatre thématiques définies ci-dessus, afin d'évaluer ce qu'il est possible de faire. Les données recueillies au cours de cette phase devraient dans un second temps conduire à l'élaboration de mesures concrètes dès 2009. Dans un troisième temps, à partir de 2010, ces mesures seront appliquées dans les établissements pénitentiaires. Dans la première phase, la détention sera envisagée dans une perspective élargie incluant, outre les différents régimes d'exécution des peines et mesures, d'autres formes de privation de liberté telles que la garde à vue, la détention préventive et les mesures de contrainte. Certaines mesures pourront faire l'objet d'expériences pilotes durant les phases 2 et 3.

Le projet LuMMic se propose de mettre en évidence les lacunes qui subsistent dans le champ de la santé publique dans le but de les combler. Il constitue une occasion unique de réorganiser la prévention et le traitement des maladies infectieuses ainsi que les mesures thérapeutiques pour les personnes toxicodépendantes, en accord avec le principe de droit international qui exige que la palette de soins accessibles aux détenus soit équivalente à celle qu'ils pourraient trouver à l'extérieur. Le projet LuMMic peut enfin apporter une contribution importante à l'épidémiologie du milieu carcéral. Il a cependant aussi ses limites: l'exécution des peines de privation de liberté restant encore largement du ressort des cantons, le paysage institutionnel est très hétérogène, tout comme les possibilités offertes par les différents établissements en matière de santé. Aucun lobby ne défend actuellement le point de vue de la médecine car-

cérale. Aussi le projet n'aura-t-il de résultats que là où les instances responsables seront convaincues de sa nécessité et où les ressources en personnel qualifié seront suffisantes pour sa mise en œuvre. Outre les besoins attestés par la recherche, les moyens mis à disposition par la Confédération, le soutien de la Conférence des directeurs des départements cantonaux de justice et police et les exemples de bonne pratique, le projet est porté la réflexion suivante: en milieu carcéral, les personnes vulnérables souffrant de maladies infectieuses et/ou de problèmes de drogue peuvent être plus facilement et plus directement atteintes que dans le monde extérieur. Au projet LuMMic d'utiliser ce potentiel.

Références:

- (1) Achermann, Alberto/Künzli, Jörg: Droits des détenus en matière de santé dans le domaine de la protection contre les maladies infectieuses et compétences de la Confédération quant à leur application. (<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02062/03821/index.html?lang=fr>) Etude commandée par l'OFSP, section SIDA, Berne, janvier 2007 (en allemand sur www.bag.admin.ch/aids)
- Achermann, Christin/Hostettler Ueli: Maladies infectieuses et drogues dans les établissements de détention. Rapport final. Fribourg, 2007 (en allemand, note de synthèse en français sur www.bag.admin.ch/aids)
- Masia, Maurizia et al.: Evaluation du questionnaire: «Possibilité de traitement des maladies infectieuses et des toxicodépendances Infektionskrankheiten und dans les établissements pénitentiaires suisses » Berne, mars 2007. (en allemand sur www.bag.admin.ch/aids)
- (2) Message concernant la modification du code pénal suisse du 21 septembre 1998, Feuille fédérale 1999, 239.1
- (3) Gravier, Bruno/ Iten Anne: Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse Romande (EPIPS). Deuxième phase de l'étude. Rapport final. Lausanne 2005

Courriel:

stefan.enggist@bag.admin.ch

RÉFÉRENDUM SUR LA RÉVISION DE LA LSTUP L'AVENIR DE LA POLITIQUE DROGUES DE LA SUISSE SE JOUE LE 30 NOVEMBRE 2008

Michel Graf, Directeur de l'ISPA et Jean-Félix Savary, Secrétaire général du GREA

La révision de la loi sur les stupéfiants, qui pour l'essentiel reprend les avancées du modèle des 4 piliers, est soumise au peuple le 30 novembre 2008. Cet objet central pour l'avenir de la politique des addictions de notre pays fait l'objet ici d'une prise de position commune des deux co-éditeurs de la revue dépendances, l'ISPA et le GREA. Cette votation comporte des risques importants et le réseau professionnel, conscient de cet enjeu, doit se lancer dans la bataille, avec énergie et détermination.

INTRODUCTION

Dès les années 90, la Suisse s'est engagée dans une politique pragmatique pour réduire les conséquences négatives de la consommation de drogues. Cette politique dite des 4 piliers (répression, prévention, traitement et réduction des méfaits) a depuis prouvé son efficacité sur le terrain (réduction des délits, diminution des décès et des infections VIH, augmentation des traitements et de la sécurité). Après une période de scepticisme, voir d'hostilité de la communauté internationale, elle s'est progressivement installée comme un modèle dont plusieurs pays se sont inspirés, pour adapter leur réponse politique au problème toujours très complexe de la consommation de substances psychotropes illicites.

Aujourd'hui, la stratégie de l'Union européenne adoptée en 2004, ainsi que les récentes inflexions de l'UNODC sur la question démontrent de manière éclatante que la vision suisse en la matière est passée du statut d'une politique expérimentale et pionnière, mise en œuvre dans l'urgence d'un problème socio-sanitaire hors de contrôle (les scènes ouvertes), à celui de modèle consensuel au niveau mondial. C'est bien par la balance entre une action sur l'offre (répression) et sur la demande (prévention, réduction des risques, traitement) que les problèmes liés à la consommation de drogues illégales peuvent être diminués.

C'est dans ce contexte que l'on pourrait croire apaisé, alors que les études montrant la pertinence de cette approche s'entassent dans les bibliothèques, que le peuple suisse est amené à reprendre le chemin des urnes. Il devra décider, le 30 novembre 2008, s'il accepte la révision de la loi sur les stupéfiants, acceptée par le Parlement le 19 mars de cette année. Malgré un vote à l'unanimité au conseil des Etats et à une confortable majorité des deux tiers au National,

le petit parti fondamentaliste UDF décidait de lancer un référendum.

UNE VOTATION À RISQUES

Avec un soutien unanime des partis gouvernementaux (hormis l'UDC), un engagement sans faille du Conseil fédéral, une batterie de résultats scientifiques mesurés sur le terrain et une quasi-unanimité du réseau professionnel derrière cette révision, devons-nous nous inquiéter de cette votation? La réponse est malheureusement oui. Penser le contraire reviendrait à oublier un des fondamentaux de la politique drogues. Le phénomène de la consommation de drogues reste un enjeu très émotionnel dans notre pays, qui peine à sortir des ornières de l'idéologie. Les récents débats autour des drogues et leur couverture médiatique le montrent.

Le passage d'une vision morale sur les drogues à une approche clinique, fondée sur le résultat mesuré scientifiquement, ne s'est jamais définitivement imposé dans la population. D'abord adoptée par les professionnels sur le terrain, puis plus tard par les responsables politiques, cette approche pragmatique, qui privilégie résolument la preuve clinique au déterminisme moral reste une affaire de spécialistes. Dans le climat particulier des années 90, alors que la drogue trônait au sommet des préoccupations des Suisses, la population a suivi à plusieurs reprises des positions réfléchies et compliquées sur les drogues, proposées par une classe politique unanime et responsable. Aujourd'hui, la situation a changé.

Mais que risque-t-on au juste? La politique des 4 piliers existe en Suisse depuis une quinzaine d'année et s'est développée et solidifiée sous la législation actuelle. Dès lors, que craindre de l'échec de ce projet de révision? En quoi le statu quo serait-il si périlleux? Là aussi, sous-estimer le danger

La politique dite des 4 piliers a prouvé son efficacité sur le terrain

reviendrait à se rendre coupable d'une funeste négligence. Un rejet de la révision de la LStup ne serait donc en aucun cas un statu quo.

En l'occurrence, le statu quo passe bel et bien par l'acceptation de la LStup. Un refus signifierait obligatoirement un changement de direction. Il est aujourd'hui impossible d'enprédire exactement l'ampleur. Mais nous savons que la direction prise ces quinze dernières années en serait profondément modifiée, et qu'un nouvel équilibre, au profit de l'approche répressive, devrait avoir lieu. En politique, jamais rien n'est acquis une fois pour toute. Dans le domaine des drogues illégales encore moins que dans d'autres.

Pour la première fois depuis son instauration, le peuple suisse est amené à se prononcer sur l'entier de la politique drogue de la Confédération. Sur un sujet complexe, le vote émotionnel de rejet serait une catastrophe. Il ruinerait tout simplement les efforts énormes consentis en annulant les avancées rendues possibles sur le terrain grâce à un consensus fragile obtenu de haute lutte. Un succès du référendum signifierait probablement la fin de la politique suisse en la matière et le retour vers une vision purement répressive du phénomène, avec son cortège de dommages socio-sanitaires annoncés.

Si la politique des quatre piliers venait à ne plus être soutenue par la population, les gouvernements fédéraux et cantonaux ne s'embarrasseraient plus de scrupules pour couper dans les budgets consacrés au problème, avec à la clé d'inévitables restructurations et de pénibles suppressions de postes et de services.

De plus, une votation comporte toujours deux faces bien distinctes. L'une formelle, sur le texte lui-même, et l'autre subjective, sur le signal que la population envoie aux élites politiques du pays. Le paysage de la politique drogues de suisse sera donc en grande partie déterminé par le résultat du 30 novembre.

LA CAMPAGNE POUR LE OUI

A ce jour, l'administration et les partis politiques ne se sont pas montrés très empressés à lutter pour cette révision. Les héros de la veille sont fatigués. Après quinze ans de lutte, remonter encore une fois au créneau pour défendre une politique toujours difficile à expliquer, ce n'est plus la priorité dans les états-majors des partis. Avec le même jour une votation sur l'AVS et une autre sur le droit de recours des associations, les élites politiques hésitent à investir ce thème. De plus, en pleine phase de re-polarisation du paysage politique suisse, quel intérêt pourraient avoir les partis à se battre ensemble, la droite avec la gauche? Alors que chacun se déchire les restes de la formule magique, on recherche les différences et les oppositions.

Il revient donc aux personnes concernées, et en premier lieu aux milieux professionnels, de prendre les devants. C'est pourquoi la coordination nationale des associations

concernées par la drogue (NAS-CPD) a confié le rôle de coordinateur aux deux associations interprofessionnelles suisses du champ des addictions, le GREA et le Fachverband Sucht. Cette proposition a été acceptée avec responsabilité et détermination, tant le sujet est important.

Coordination nationale

Au vu des faibles ressources à disposition, une coordination maximale au niveau suisse est souhaitée entre les acteurs. La NAS-CPD offre pour cela une plate-forme toute désignée. Ce premier cercle constitue un comité de soutien, lancé le 11 juillet 2008, jour du dépôt du référendum. Ce comité est actuellement en voie d'élargissement. Au niveau stratégique et organisationnel, les deux associations FS et GREA jouent naturellement un rôle plus important. Elles ont les deux puisé dans leurs réserves pour engager du personnel supplémentaire afin de faire face à l'enjeu.

Un comité politique devrait également voir le jour cet automne. Les relations entre ces deux coordinations restent à définir. Cependant, des contacts assez importants existent déjà avec tous les partis favorables à la révision (PRD, PDC, PS, Verts). La collaboration avec les partis politiques permet de bénéficier de leur expertise technique sur les votations. En retour, nous pouvons leur fournir une expertise pointue sur les domaines spécialisés de la politique drogues.

Argumenter sereinement

Les opposants à la révision de la LStup ont choisi d'enflammer le débat dès le début de la récolte de signatures, en annonçant par exemple la volonté des partisans de la révision d'étendre la prescription de stupéfiants et d'ouvrir partout des locaux d'injection. A ce discours en noir et blanc, nous nous devons de réagir. Par chance, tous les arguments avancés jusqu'ici par le comité référendaire sont des extrapolations fallacieuses.

Face à cette désinformation, il nous appartient donc de rétablir un certain nombre de faits. Ce travail d'argumentation est facilité par la multitude de résultats qui démontrent la pertinence de notre travail dans le domaine des drogues illégales. Cependant, le nombre de contre-vérités et d'amalgames nous obligent à une grande rigueur. Un site internet a été ouvert pour diffuser ces informations : <http://www.lstup.ch>

Utiliser les réseaux

La politique des 4 piliers a l'avantage de bénéficier d'un soutien quasi-unanime des institutions suisses. Toutes les grandes organisations du domaine socio-sanitaire sont en faveur de ce modèle. Même si plusieurs acteurs ne souhaitent pas forcément la continuation de la prohibition dans le domaine des drogues illégales, les 4 piliers sont unanimement vécus comme un moyen efficace de diminuer les problèmes liés à la consommation de substances illicites. Cette situation nous donne l'occasion de bénéficier de nombreux canaux de promotion du « oui à la Lstup ». Tous les réseaux doivent donc être mobilisés en vue de cette votation.

Agir localement

Cette campagne sur les 4 piliers doit être considérée comme étant de la responsabilité de chacun. Sans aucun moyen pour lancer de grandes actions d'affichage ou de matraquage publicitaire, c'est au niveau local qu'il faut s'engager. Au niveau de l'efficacité, cela peut même être plus performant ! Mais évidemment, cela demande la coopération et l'engagement de chacun. Le domaine des drogues n'est pas si vaste.

Pour stimuler et coordonner cet investissement local nécessaire, le GREA a pris l'initiative de créer des comités cantonaux de soutien. C'est à ce niveau que l'essentiel de la campagne devra être menée. Toutes les informations sur ces groupes, actuellement en constitution, sont disponibles au GREA par mail ou téléphone (info@grea.ch ou 024 426 34 34).

D'autres objets épineux

Rien n'étant jamais simple, le discours sur la révision de la LStup devra être par ailleurs spécialement attentif aux interactions possibles avec d'autres objets soumis le même jour. On pense notamment aux votations sur le tabagisme (initiative vaudoise, loi sur la santé valaisanne) et à l'initiative fédérale sur le cannabis. Pour des raisons différentes, ces deux votations ont un potentiel de nuisance important.

Malgré un soutien populaire massif, les différentes tentatives pour protéger la population de la fumée passive dans les lieux publics a permis à tout un courant libéral de faire florès pour stigmatiser un Etat liberticide. Il est vrai que les intérêts en jeu sont importants pour la Suisse romande, havre de paix pour l'industrie du tabac. Ces mêmes courants libéraux combattent avec le dernier acharnement la révision de la LStup et n'hésitent pas à opposer un soviétisme dangereux sur le tabac à un laxisme coupable sur les drogues. Les dérives actuelles de l'Etat se retrouveraient donc en même temps dans ces deux extrêmes. Cette opposition malhonnête doit être combattue avec détermination. La politique tabac et la politique drogue, dans les faits, ne font que se rapprocher durant ces dix dernières années!

Quant à l'initiative sur le chanvre, elle pose un problème similaire, dès lors qu'elle est votée en même temps que la LStup. De fait, LStup et initiative sur le chanvre proposent deux modèles différents. L'un, dans la continuité de la politique existante, aménage un modèle prohibitionniste dans une logique de santé publique. L'autre, spécifique aux seuls produits cannabiniques, ouvre une nouvelle perspective, en proposant de passer à un régime de régulation du marché. Nous sommes donc amenés à voter sur deux sujets de portée différente, ce qui peut prêter à confusion. Dans ce débat, les professionnels des dépendances doivent savoir raison garder et ne pas tomber dans un amalgame que certains ne manqueront pas de faire entre ces deux objets.

Bien que le débat sur la prohibition soit fondamental pour le devenir de la politique des addictions de la Suisse, l'ISPA

et le GREA ont donc choisi de privilégier le thème de la LStup dans leur communication de cet automne. Il s'agit là d'une position consensuelle dans l'ensemble du réseau, qui, à notre connaissance, soutient dans la quasi-totalité cette révision de la loi. Rappelons que sur la difficile question du cannabis, les opinions sont toujours très diverses et que, contrairement à la politique des 4 piliers, le modèle de régulation du marché proposé par l'initiative ne dispose pas encore d'évaluations solides de ses effets.

CONCLUSION

La nouvelle LStup ressemble un peu à un colosse aux pieds d'argile. Soutenue largement par nos élus à Berne tout comme par les professionnels du domaine des addictions, elle ne risque qu'une chose: la désinformation massive de milieux plus aptes à utiliser l'émotionnel, l'exagération et la morale que l'évidence scientifique pour défendre leurs idées et faire capoter la pérennisation indispensable des principes de base de santé publique inscrits dans cette loi. Tout cela au nom de l'abstinence... par ailleurs absolument pas remise en question par la future loi! Face à cette stratégie, il est impératif de nous mobiliser et de montrer ouvertement notre soutien à la politique actuelle en matière de toxicomanies. A nous d'argumenter, d'expliquer, de mettre des nuances là où nos adversaires font dans la caricature, de témoigner de nos pratiques de professionnels engagés, à nous de rappeler nos fondements sociaux, nos valeurs humanistes, notre volonté de contribuer au bien-être des individus. Notre cohérence, notre expérience du terrain, notre engagement quotidien est notre meilleur argumentaire pour affirmer que les pratiques actuelles doivent pouvoir continuer d'exister, parce qu'elles sont porteuses de succès. Les opposants à la LStup peuvent-ils en prétendre autant?

Courriel:

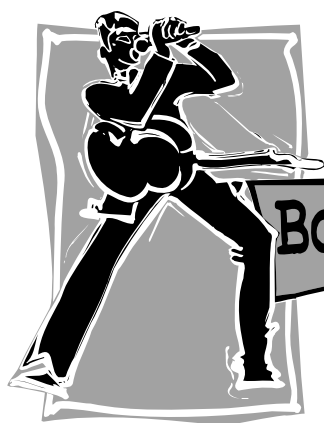
mgraf@sfa-ispa.ch

jf.savary@grea.ch

CARREFOUR) (PREVENTION®



sans fumée



Bourré de talent,
pas d'alcool.



MAÎTRISE
STRESS



Carrefour Prévention

Rue Henri-Christiné 5
CP 567 - CH - 1211 GENEVE 4

carprev@iprolink.ch • www.prevention.ch

AVEC LE SOUTIEN DE:



POST TENEBRAS LUX

REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

Heures d'ouverture de l'arcade

Lundi - jeudi 9.00 - 12.00 13.00 - 17.00
Vendredi 9.00 - 12.00

Tél. 022 321 00 11 • Fax 022 329 11 27

Les mardis du CIPRET de 12h30 à 14h : permanence gratuite sur le tabagisme par une tabacologue diplômée.

Les mercredis de 17h à 19h : permanence de l'ADiGe, animée par une diététicienne diplômée.

(sauf vacances scolaires)

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres
toxicomanies, ISPA
Ruchonnet 14, c.p. 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions, GREA,
Pêcheurs 8, c.p. 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction :

Corine Kibora, ISPA
Jean-Félix Savary, GREA

Comité de rédaction :

Pierre-Yves Aubert
Directeur Infor-Jeunes, Genève
Cédric Fazan
Directeur A.C.T, Montreux
Michel Graf
Directeur ISPA, Lausanne
Etienne Maffli
Psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
Socio-anthropologue, Genève
Viviane Prats
Enseignante EESP, Lausanne
Gérald Progin, responsable
Espace Prévention, Aigle

Administration et abonnements :

ISPA, c.p. 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85
fax 021 321 20 40
csaunier@sfa-ispa.ch

Parution

3 fois par an

Abonnement

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur

La reproduction des textes est autorisée sous réserve
de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un
justificatif à la rédaction

Ligne graphique

Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368



sfa / ispa 

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme
Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies
Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie

