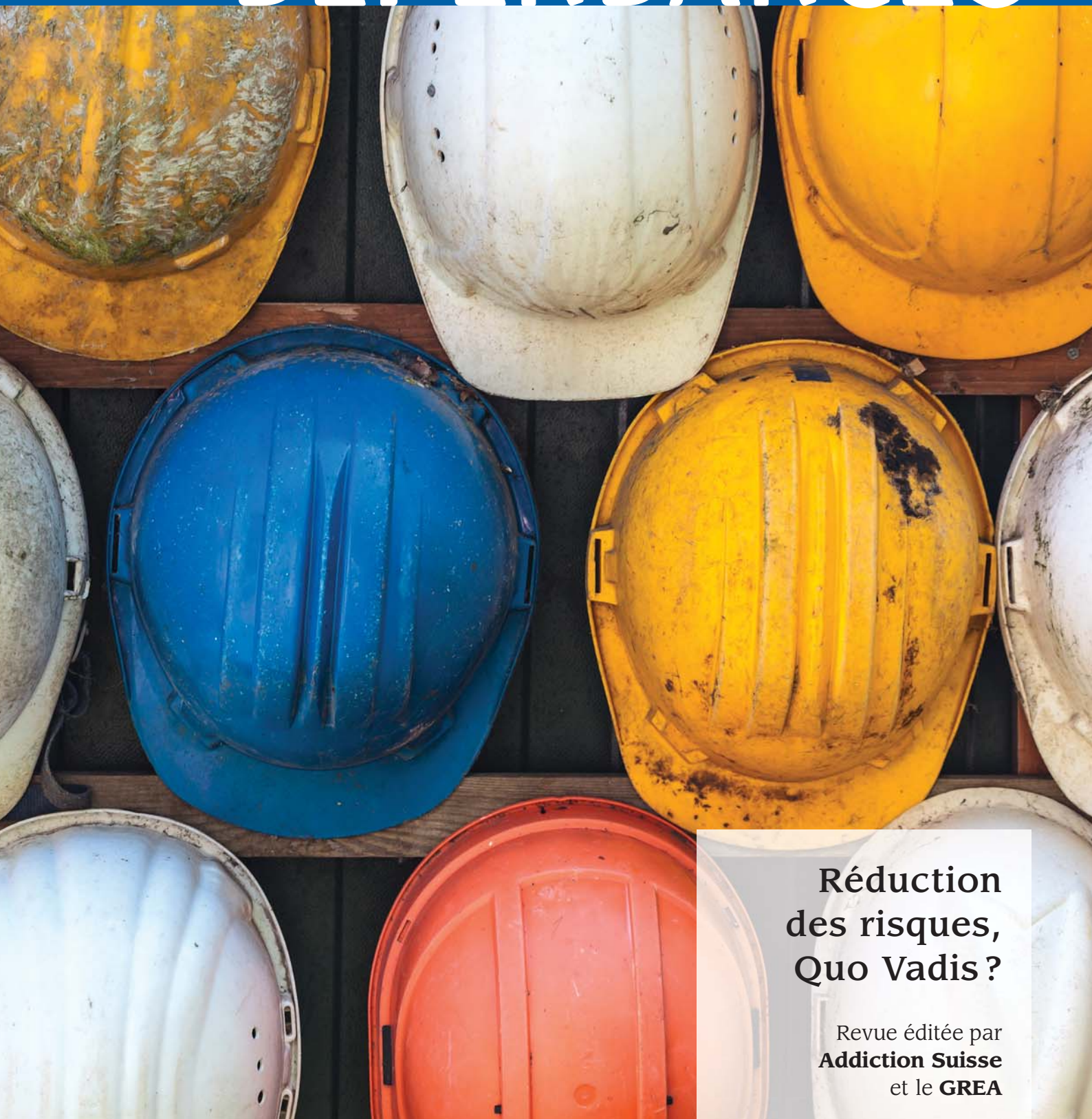


FÉVRIER 2015 - NUMÉRO 54

DÉPENDANCES



Réduction
des risques,
Quo Vadis ?

Revue éditée par
Addiction Suisse
et le **GREa**

SOMMAIRE

« Réduction des risques »

Éditorial <i>Jean-Félix Savary</i>	p. 1
La réduction des risques : une nouvelle ère commence... <i>Marie Debrus, Olivier Maguet</i>	p. 2
La réduction des risques en prison <i>Hans Wolff</i>	p. 5
Réduction des risques et politique internationale <i>Interview de Marie Nougier</i>	p. 10
L'analyse de drogues : plus qu'un outil de RdR : un acte militant ! <i>Olivier André, Gregory Pfau et Audrey Kartner</i>	p. 14
RDR 2.0 : la réduction des risques à la portée de tous <i>Pierre Chappard</i>	p. 17
Aide à la survie pour les prostitué-e-s <i>Andrea Feller</i>	p. 20
A la rencontre des femmes usagères dans l'espace urbain <i>Patricia Fontannaz</i>	p. 24
De l'aide d'urgence à une politique drogues gérable dans la cité <i>Astrid Wüthrich et Christian Schneider</i>	p. 27
Qui finance la réduction des risques ? <i>Nicolas Dietrich</i>	p. 31
De l'ouverture des premiers centres d'accueil à la réduction des risques <i>Nicolas Pythoud</i>	p. 34

ÉDITORIAL

Réduction des risques. Quo Vadis ?

Cinq ans après son ancrage législatif par votation populaire lors du référendum sur la Lstup, le concept de réduction des risques est accepté par tous. De l'UDC à l'extrême gauche, tous les partis se réclament aujourd'hui de la politique des 4 piliers et soutiennent donc la politique de réduction des risques. Quel changement depuis les années 90 ! Au niveau international également, le concept de réduction des risques a énormément progressé. Sous la pression des militants et des professionnels, les grandes agences onusiennes utilisent maintenant le terme dans leurs documents officiels. C'est notamment le cas à l'ONUDC qui a effectué une conversion sur ce type d'approche depuis l'année 2008. Bien entendu, le terme reste un sujet de polémique récurrent, comme aux Etats-Unis. En Asie, le refus de toute mesure de réduction des risques a un coût élevé, notamment en Russie où un million de consommateurs de drogues n'ont accès à aucun service. Mais il existe aujourd'hui une très nette majorité parmi les spécialistes de la politique drogue au niveau international en faveur de la réduction des risques. Une telle unité de façade, sur un sujet aussi complexe à l'histoire aussi conflictuelle, devrait susciter notre réflexion. Si tout le monde est d'accord, ne devrait-on pas s'assurer que tous ont bien compris la question ? On sait que les postures restent très diverses sur le sujet. Alors, sur quoi se retrouve-t-on vraiment quand on parle de réduction des risques ?

A y regarder de plus près, le consensus s'effrite rapidement. Il y a un point sur lequel tout le monde s'accorde : la remise de matériel stérile pour les injecteurs de drogues. Les évaluations de ces programmes, aussi nombreuses qu'irréfutables, ont réussi ici à clore un débat pourtant animé ces dernières décennies (si l'on exclut le monde carcéral). Au-delà ? Cela se complique. Contrairement aux pays qui nous entourent, nous continuons à omettre de parler aussi de réduction des risques pour les traitements de substitution. Dans l'espace francophone, Genève et Berne sont les deux seuls cantons où la prescription d'héroïne est disponible et qui disposent d'un espace de consommation à la population d'usagers de drogues illégales. Ces deux cantons sont également les seuls à disposer d'une coordination opérationnelle entre police et professionnels des addictions, qui est la base d'un travail efficace de réduction des risques sur le long terme. Plus préoccupant, la réduction des risques reste encore principalement associée à la prévention des maladies transmissibles par voie intraveineuse. Les besoins évoluent. De nombreux facteurs poussent à une réflexion nouvelle sur la manière de mettre en œuvre le concept de réduction des risques : la détérioration des conditions sociales des usagers, l'augmentation de la répression, ainsi que la diversification des usages et des publics de consommateurs. L'apparition de nouvelles drogues et l'éclatement des marchés changent le rapport au produit et modifient les besoins des usagers. Les articles présentés dans ce numéro tentent de contribuer à cette réflexion toujours nécessaire sur les enjeux de la réduction des risques. Car souvenons-nous en : la source de la réduction des risques est à chercher du côté des valeurs, notamment des droits humains. C'est la croyance en l'être humain, en sa capacité à faire des choix et le refus de juger une personne qui a permis d'avancer dans cette direction. Ces valeurs ne sont jamais données et elles ne peuvent s'institutionnaliser, une bonne fois pour toutes, dans des pratiques statiques. Elles doivent s'actualiser en permanence, en fonction du changement social, du contexte et des besoins des usagers. La réduction des risques a remporté des victoires importantes ces vingt dernières années, mais nous devons rester vigilants. Même si en Suisse romande, le chemin est encore long pour arriver à mettre en œuvre la Lstup, il nous faut déjà prévoir demain. La réduction des risques étant une affaire de valeurs, nous ne pouvons y renoncer.

LA RÉDUCTION DES RISQUES : UNE NOUVELLE ÈRE COMMENCE...

Marie Debrus, présidente de l'Association française de la réduction des risques (AFR) et **Olivier Maguet**, chargé de plaidoyer à l'AFR

L'Association française de réduction des risques (AFR) regroupe les activistes en France qui se sont battus depuis le début pour l'introduction de cette approche en France. Sa présidente et son vice-président nous retracent ici ses développements et se questionnent sur ces évolutions. Ils nous dessinent également une perspective pour faire évoluer notre travail dans le domaine, certes pour le contexte français, mais qui a une portée plus large pour tous les pays francophones (red.)

LE TEMPS DES PIONNIERS

La France a mis du temps à prendre le pli de la réduction des risques (RdR). Il aura fallu que l'épidémie de sida commence à atteindre la population générale pour que les politiques réagissent. Les premières mesures mises en place à la fin des années 80, et surtout au milieu des années 90, s'appuieront sur la diffusion de matériel stérile d'injection au travers de la vente libre en pharmacie et des programmes d'échange de seringues, puis des traitements de substitution aux opiacés (TSO). Ils seront obtenus de haute lutte. Il aura notamment fallu l'investissement d'un collectif rassemblant des militants de la lutte contre le sida, d'usagers de drogues et de médecins engagés dans l'humanitaire : « Limiter La Casse », créé en 1993. Les résultats ne se feront pas attendre et rapidement les usagers apprendront à se protéger, démentant tous les pronostics de nombreux professionnels et médecins qui n'y croyaient pas. La France a ainsi connu une véritable rupture du paradigme à l'œuvre dans ce qui s'appelait la « lutte contre la toxicomanie ». Seuls les chiffres ont convaincu de l'efficacité de cette politique qui allait à l'encontre de la morale ambiante : chute drastique des overdoses et baisse importante des taux de contamination chez les plus jeunes. Aujourd'hui, rares sont les usagers qui se contaminent par le VIH. Peu de politiques de santé publique peuvent se targuer d'aussi bons résultats.

LA DÉCOUVERTE DU MILIEU FESTIF TECHNO

Un premier tournant de la RdR a lieu à la fin des années 90 et au début des années 2000 quand le mouvement festif techno apparaît sur la place publique. La RdR doit alors sortir de l'image caricaturale du toxicomane des années 80, injecteur d'héroïne. Avec le festif, on parle de nouveaux produits (pas si nouveaux que ça, soit dit en passant) : amphétamine, ecstasy, LSD, etc. Avec le festif, c'est l'apparition d'outils comme l'analyse des produits, dont la reconnaissance présomptive de produits ou « testing », de nouvelles manières de travailler comme la gestion des bad trip, la mise en place de stands, de chill-out, etc. Même en milieu urbain, ce mouvement culturel a un impact.

Evolution imperceptible au départ par les professionnels qui ont tendance à ne voir que ce qu'ils connaissent, les consommations de drogues sont de plus en plus diverses. En croisant les pratiques et en discutant un peu, on se rend compte que les usagers d'héroïne et de cocaïne consomment parfois d'autres produits. C'est aussi le début des consommations de Skenan à Paris, avec en corollaire une demande de seringues de plus grand volume qui apparaît. Pourtant la reconnaissance de la RdR en milieu festif est bien plus difficile que celle de la RdR qui commence à devenir officielle, c'est-à-dire celle centrée sur les risques infectieux, ou plus précisément le risque VIH. D'ailleurs, l'expertise collective de l'Inserm réalisée en 2010 sur la RdR ne donnera qu'une très faible place à cette question. Comme aime à le dire Valère Rogissart, président d'honneur de l'AFR et ancien responsable de la mission « Rave Paris » de Médecins du Monde : « Il n'y a pas de virus du teuffeur tazé ! » La RdR en milieu festif reste trop souvent le parent pauvre de la RdR alors même qu'elle permet d'être au plus près des consommateurs, en particulier de ceux qui débutent, expérimentent.

LA RECONNAISSANCE DE LA RDR ET LA PROFESSIONNALISATION DU MILIEU

En parallèle à l'émergence d'une nouvelle RdR, un enjeu majeur apparaît : consolider les acquis et garantir la pérennité des services de RdR proposés aux personnes consommant des drogues. Cette consolidation fut véritablement obtenue en août 2004, lorsqu'une loi de santé publique intégra enfin la RdR comme une politique relevant de la responsabilité de l'Etat. Cette loi a, par là même, ouvert la voie pour établir un cadre institutionnel, définir un référentiel commun pour les services de RdR à travers un décret en date du 14 avril 2005 et assurer la pérennisation d'une partie de ses financements. Cette reconnaissance ne saurait toutefois masquer des besoins essentiels chez les usagers de drogues qui ne sont pas tous couverts par les structures investies en RdR, ni les limites du cadre actuel de référence de la RdR.

- L'institutionnalisation, c'est-à-dire la reconnaissance par la loi, pousse la RdR à se professionnaliser. De nombreux corps de métiers s'impliquent dans la RdR : éducateurs, travailleurs sociaux, infirmiers, psychologues, médecins, pharmaciens, pour ne citer qu'eux. C'est une richesse évidente. Ceci dit, sommes-nous satisfaits ? Et peut-on accepter cette professionnalisation quand aucune formation initiale de l'un ou l'autre de ces cursus professionnels n'intègre la RdR ? Comment s'en satisfaire quand elle ne donne pas de place aux usagers eux-mêmes ? La qualification ne suffit pas, il y a aussi des compétences de RdR à prendre en compte. Par ailleurs, le balancier de malade/délinquant défini par loi du 31 décembre 1970 (celle qui pénalise les consommations) ne leur permet pas d'être réellement acteur ; c'est même un facteur aggravant devant les tribunaux. La RdR semble donc perdre petit à petit ce qui a fait sa force : l'alliance entre professionnels et usagers se traduisant par l'approche communautaire.
- La RdR a trop souvent tendance à se réduire aux usagers dits « problématiques » : les dépendants, les précaires, les plus visibles. Les structures de premières lignes (les CAARUD en France, qui portent finalement bien leur nom – les « cas rudes » !) ne doivent d'ailleurs pas devenir des outils de gestion et de contrôle social d'une certaine précarité gênante dont personne ne veut s'occuper. La RdR comme la démarche communautaire contiennent une dimension citoyenne qu'il faut rappeler.
- La question des drogues est avant tout une question sociétale, sociale, culturelle et pas uniquement médicale. Tous les aspects de cette question doivent être travaillés, réfléchis dans une approche systémique. La RdR ne se justifie pas uniquement pour des raisons de santé publique, mais aussi pour des raisons d'efficacité économique et des raisons éthiques.

LE DÉFI LANCÉ PAR L'HÉPATITE C IMPOSE L'EXCELLENCE DANS LA QUALITÉ DES PRATIQUES DE RDR

Les messages pour lutter efficacement contre le VIH étaient simples, clairs et percutants : « Un shoot = une seringue ». Il n'en est pas de même pour le VHC qui nécessite un apprentissage beaucoup plus fin et subtil. La mise à disposition de matériel stérile et sa distribution ne suffisent pas pour contrer la transmission du VHC, contrairement à la transmission du VIH. Les simples actions d'information se montrent insuffisantes et, pour certains depuis plus de vingt ans, les usagers connaissent un effet de saturation des messages de réduction des risques qui ne sont pas toujours adaptés à leurs conditions de vie et à leurs réelles pratiques. L'enjeu est de taille avec plus de la moitié des usagers, qui pratiquent ou ont pratiqué l'injection, contaminés par le VHC. Nous devons mieux connaître les réelles pratiques des usagers, mieux comprendre les pratiques à risque, adapter les messages de réduction des risques et s'assurer surtout de leur bonne compréhension.

Or, la dimension comportementale est quasi inexistante. Nous voyons bien avec la forte transmissibilité du VHC qu'il est nécessaire de développer des interventions comportementales et éducationnelles : mieux consommer pour mieux se protéger ! Il s'agirait d'un saut qualitatif majeur dans les approches classiques de RdR. Mieux consommer pour mieux se protéger, c'est aussi créer des espaces dédiés à ces consommations, proposant des services d'éducation, mais aussi d'analyse de la qualité des produits consommés. Les salles de consommations à moindre risque, de toutes les consommations – et pas uniquement celles par voie injectable – sont aussi une des voies de l'élargissement du concept de RdR. C'est finalement une démarche d'accompagnement de l'usager afin qu'il soit en capacité de faire un choix personnel et éclairé qui tienne compte de son environnement et de ses capacités (Inscription de l'action dans la promotion de la santé telle que définie par la Charte d'Ottawa). Ces actions n'auront de sens que si elles s'inscrivent dans une large palette d'outils dont les tests rapides de dépistage, l'utilisation en première ligne du Fibroskan, l'augmentation massive de la diffusion de matériel par la multiplication des distributeurs, l'envoi postal de matériel, les programmes d'échange de seringues en officine, etc.

RETARD ET INCOHÉRENCE MADE IN FRANCE

Par ailleurs, la composition et la galénique des TSO ainsi que leurs modalités d'accès restent limitées : absence de programmes de substitution à base de diacétylmorphine, absence de galénique injectable, primo-prescription de méthadone limitée aux centres spécialisés, réduisant de fait son accès – alors que l'enquête « Méthaville » (ANRS) a montré que la primo prescription de méthadone en médecine de ville, ça marchait ! Renouons avec la dynamique imaginative qui avait fait la force du « modèle français », avec la primo prescription de buprénorphine haut dosage en médecine de ville ! Il conviendrait en outre de soutenir les expérimentations de substitution à d'autres produits psychotropes.

Enfin, sans préjuger des évolutions nécessaires mentionnées ci-dessus, force est de constater que le dispositif français de RdR ne respecte pas le principe constitutionnel de l'égalité des citoyens devant la loi, ni le principe légal défini par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé en milieu pénitentiaire : les personnes détenues usagères de drogues n'ont toujours pas le même accès aux services de RdR que celles en milieu libre, alors que la circulaire interministérielle du 8 décembre 1994, relative à l'application de la loi du 18 janvier 1994, pose comme objectif « d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalentes à ceux offerts à l'ensemble de la population ». Elargir la RdR, c'est aussi la faire entrer pleinement en prison, dans toutes ces composantes – ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, en particulier avec l'absence d'échange de seringues.

L'INCONTOURNABLE NÉCESSITÉ DE L'OUVERTURE D'UN DÉBAT POUR UNE AUTRE POLITIQUE DES DROGUES POUR CONTINUER À AVANCER

Depuis 1989, date du premier programme de mise à disposition de seringues, les acteurs de la société civile ont considérablement fait bouger les lignes de l'espace des possibles. Mais au fur et à mesure que ces limites sont repoussées, nous nous rapprochons d'un paradoxe intenable : la contradiction majeure entre le cadre légal des produits classés comme stupéfiants, tel que défini par la loi du 31 décembre 1970 d'une part, et les approches de santé publique, telles que définies par la loi du 9 août 2004 d'autre part. Le débat sur les salles de consommation à moindre risque en France illustre aujourd'hui pleinement cette contradiction. Le mouvement de la RdR ne peut plus faire l'économie d'une intégration des enjeux légaux et politiques en matière de drogues. Cette tendance est, du reste, à l'œuvre à un niveau mondial. Aujourd'hui, ce que l'on appelle la RdR doit intégrer comme l'un de ses objectifs la refonte de la politique française des drogues, avec la réforme du cadre légal en ligne de mire. Il s'agit d'aller bien au-delà de la réduction des risques infectieux. Une RdR efficace ne saurait aujourd'hui se satisfaire d'un bricolage entre les interstices légaux.

La politique française des drogues n'a rien de spécifique. Elle n'est que le reflet d'une puissante norme internationale, définie au cours du XX^e siècle, et qui applique sa loi d'airain partout dans le monde : la pénalisation de la consommation en dehors d'un cadre médical de produits qualifiés de « stupéfiants » par le système des Nations unies. Depuis 2010, des responsables politiques de haut niveau, des chercheurs renommés, des autorités morales ont largement documenté l'échec de cette norme dans son objectif initial, qui était d'éradiquer la consommation de ces produits en dehors d'un cadre médical, consommations alors qualifiées d'illégales. Non seulement cette politique internationale, reprise en chœur par tous les Etats, dont le nôtre, a échoué, mais les conséquences désastreuses ne sont plus à démontrer, que ce soit sur le plan sanitaire, mais aussi sur le plan social et économique. Aujourd'hui, c'est le « vivre ensemble » qui est menacé par cette logique absurde. Ce système nourrit intrinsèquement des logiques mafieuses et criminelles qui pèsent sur les plus faibles. La récurrence de la violence dans ce qui est appelé les « quartiers » en constitue un épiphénomène dramatique. Mais il ne s'agit ici que de la même logique que celle qui est à l'œuvre, à des niveaux encore plus dramatiques, dans certaines régions du monde, où les conflits et la déstabilisation des Etats sont nourris par cette logique. De Kaboul à Sevrin et Marseille, en passant par Mexico, c'est bien cette même logique aveugle d'interdiction et de répression qui produit les mêmes maux, avec des intensités différentes selon les zones.

Il est toutefois une dimension spécifique qu'il convient d'aborder en ce qui concerne la France : l'application d'une politique fondée sur la répression en matière de drogues met à mal le modèle républicain. Le coût économique, social et pénal de la répression pèse manifestement plus lourd en direction de personnes qui sont les oubliées de la République, à défaut d'en être les indigènes.

Il est aujourd'hui du devoir citoyen des acteurs de la réduction des risques que de porter cette revendication d'une refonte de la loi et de la politique des drogues et de conduire le débat au regard de l'idéal républicain français.

Courriel :
debrusmarie@yahoo.fr



**AG ET COLLOQUE DU GREA
PRÉ-ANNONCE**

**IDENTITÉS, PARTENARIATS
ET FINANCEMENTS**

NEUCHÂTEL, 11 JUIN 2015

Pré-programme et inscription
déjà disponible sur www.grea.ch

Infos et inscriptions | www.grea.ch | 024 426 34 34

RÉDUCTION DES RISQUES EN PRISON

Hans Wolff, Médecin-chef et professeur, Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires, HUG et Unige

Les détenus ont souvent un accès limité aux soins de santé et souffrent déjà avant leur arrestation d'un désavantage social et économique, avec des effets négatifs sur la santé. En prison, les maladies sont, à âge égal, plus fréquentes qu'en milieu libre et la consommation de substances avec des pratiques à haut risque augmente le risque de maladies infectieuses. Malgré ce constat alarmant, des mesures de prévention efficaces sont loin d'être disponibles dans toutes les prisons. Ceci viole les principes fondamentaux des soins de santé en prison comme le principe d'équivalence, selon lequel les détenus doivent avoir le même accès aux soins que la population en milieu libre.

PRISON ET SOCIÉTÉ

Si la détention renforce le désavantage socio-économique des personnes incarcérées, elle peut également être utilisée comme une occasion de répondre aux besoins de santé de ce groupe vulnérable. La toxicomanie, des problèmes de santé mentale et les maladies infectieuses sont des problèmes de santé importants en prison (Fazel et al. ; 2011; Wolff et al. ; 2011). L'usage de drogues en prison est de 10 à 100 fois plus fréquent que dans la population générale : 20 à 60% des détenus utilisent des drogues illicites, parmi eux 10 à 40% par voie intraveineuse et 60-80% d'entre eux échangent leur matériel avec d'autres prisonniers (Jurgens et al. ; 2009). Ces comportements à risque expliquent, dans le monde entier, les taux élevés de prévalence et d'incidence de presque toutes les maladies infectieuses en milieu carcéral.

Des études en Belgique ont montré que les prisonniers utilisent de manière intense des soins primaires en prison (Feron et al. ; 2005). Dans les prisons américaines, 36,9% des détenus déclarent qu'ils ont un problème de santé actuel, mais seulement 42% d'entre eux ont consulté un médecin. Aux Etats-Unis, les problèmes de santé les plus fréquents sont : problèmes dentaires (25%), douleurs articulaires (13%), suivis par l'hypertension (11%) et l'asthme (10%) (Marushak ; 2006). En outre, 13% des détenus ont déclaré avoir été blessés depuis l'entrée en prison.

Cependant, la fréquence des problèmes de santé varie considérablement entre les prisons.

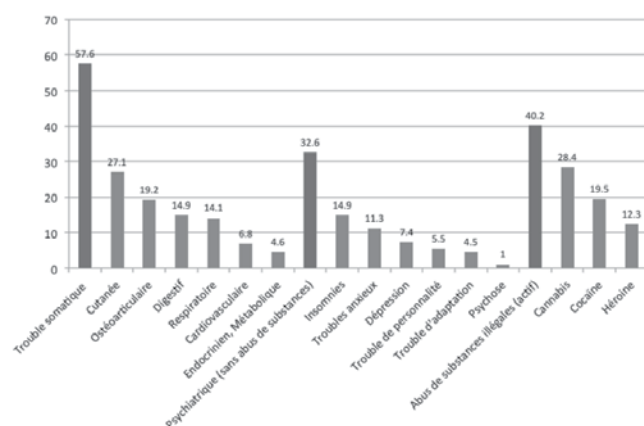


Figure 1 : Problèmes de santé des détenus à la prison de Champ-Dollon

A la prison de Champ-Dollon à Genève, un examen systématique de tous les dossiers médicaux de 2007 a mis en évidence que 57,6% des détenus ont un problème somatique, 32,6% un problème psychiatrique et 40,2% ont consommé des drogues illicites (Wolff et al. ; 2011)

L'ACCÈS AUX SOINS EN PRISON EST UN DROIT FONDAMENTAL

L'objectif des services de santé en prison efficaces est d'offrir des prestations de qualité équivalente à celles dont bénéficie la population générale.

Dans le domaine de la santé, le Conseil de l'Europe définit 7 principes fondamentaux¹

1. L'accès aux soins : tout établissement pénitentiaire doit s'assurer du concours d'un service de santé doté d'un effectif médical et infirmier suffisant pour permettre à tout détenu de bénéficier de soins appropriés.
2. L'équivalence des soins : les services de santé en prison doivent offrir des prestations de qualité équivalente à celles dont bénéficie la population générale.
3. Le consentement du patient et la confidentialité : ces deux principes essentiels constituent le fondement de la relation de confiance qui s'instaure entre le personnel soignant pénitentiaire et les détenus. En particulier, tous les examens médicaux des détenus doivent s'effectuer hors de l'écoute et – sauf demande contraire du médecin – hors de la vue du personnel pénitentiaire.
4. La prévention sanitaire : le service médical en prison a l'obligation de disposer des méthodes efficaces de prévention, de dépistage et de traitement. Ceci s'applique particulièrement aux maladies infectieuses et aux mesures de réduction des risques en lien avec les addictions.
5. L'intervention humanitaire : certaines catégories de détenu-e-s (enfants, adolescents, personnes âgées, détenu-e-s gravement malades ou handicapé-e-s), sont particulièrement vulnérables et il appartient à un service de santé pénitentiaire d'être attentif à leur situation.
6. L'indépendance professionnelle : l'organisation de services de santé devrait être indépendante des autorités pénitentiaires et de la justice². Dans tous les cas,

¹ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (2013): CPT Standards. Council of Europe. www.tinyurl.com/lcgmjbn

² OMS déclaration de Moscou 2002 et 2012

le médecin traitant a une obligation de loyauté envers son patient et doit se prémunir de conflits de double loyauté (Pont et al. ; 2012).

7. La compétence professionnelle : le personnel médical et soignant pénitentiaire doit avoir le même niveau de formation et de compétences que les collègues travaillant à l'extérieur de la prison. De plus, il doit développer des connaissances spéciales liées aux spécificités de la détention.

Ces principes n'ont pas (encore) été intégrés dans les lois de la majorité des pays européens. De plus, dans la pratique, l'application de ces principes est lacunaire comme on peut le voir dans la mise en place de mesure de réduction des risques, qui sont largement répandues en milieu libre mais qui peinent à rentrer dans les prisons (Zurhold et al. ; 2013).

L'EMPRISONNEMENT ET LA CONSOMMATION DE DROGUES EN SUISSE

En 2013, la Suisse comptait 109 prisons pour 7'072 détenus, dont 29% étaient en détention avant jugement. Le taux d'incarcération de 87 détenus par 100'000 habitants est dans la moyenne européenne. La majorité des détenus dans les prisons suisses est de sexe masculin (94,8%) et d'origine étrangère (74,3%)³.

Une étude menée dans la plus grande prison en Suisse, celle de Champ-Dollon à Genève, montre qu'environ 6% des infractions concernent l'usage de drogues illicites. En prison, la fréquence d'utilisateurs de drogues en prison est élevée car on estime que 56% à 90% des consommateurs de drogues i.v. passent au moins une fois dans leur vie en prison (Jurgens et al. ; 2011).

Malgré toutes les interdictions et sanctions, les drogues illicites entrent dans les prisons. Les substances les plus couramment utilisées sont le cannabis, suivi par la cocaïne et l'héroïne (voir le tableau 1). En général, les usagers de drogues en prison s'injectent moins en comparaison avec le milieu libre, mais ils prennent des grands risques quand ils consomment par voie i.v. Plusieurs études montrent que 60 à 90% des usagers de drogues i.v. en prison utilisent des seringues usagées. En conséquence, on trouve des maladies infectieuses plus fréquemment en prison (Wolff et al.; 2011). La prévalence du VIH parmi les personnes détenues dans les prisons suisses s'élève entre 1% et 10% et est beaucoup plus élevée que celle dans la population générale (0,3%) (Dubois-Arber, F. et al.; 2008).

En comparaison avec la population générale, l'hépatite C beaucoup plus fréquente en prison et y touche 7-40 % des **détenus, en fonction de la proportion d'usagers de drogue i.v.**

³ Office fédéral de la statistique, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/19.html>

⁴ UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime (2013): Policy Brief. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. <http://www.tinyurl.com/kgpcwsn>

Substance	Population générale	Prison
Alcool	4.7%	20%
Tabac	27%	61%
Benzodiazépines	1.3-2.1%	22%
Héroïne	< 1%	12%
Cocaïne	< 1%	20%
Cannabis	2.7-9% selon l'âge	28%

Tableau 1: Prévalence de dépendance aux substances dans la population générale et en prison. (Wolff et al. ; 2011).

LA RÉDUCTION DES RISQUES EN PRISON

L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) a identifié les interventions de réduction des risques les plus importantes en milieu pénitentiaire :⁴

1. Information, éducation et communication,
2. Conseil et le dépistage du VIH,
3. Traitement, soins et soutien,
4. Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose,
5. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant,
6. Programmes de distribution de préservatifs,
7. Prévention et traitement des maladies sexuellement transmissibles,
8. Prévention de la violence sexuelle,
9. Traitement de la toxicomanie,
10. Programmes d'échanges de seringues
11. La vaccination, le diagnostic et le traitement de l'hépatite virale,
12. La prophylaxie post-exposition,
13. Prévention de la transmission de maladies par les services médicaux ou dentaires,
14. Prévention de la transmission de maladies par les tatouages, piercings ou d'autres formes de pénétration de la peau,
15. Protection des professionnels contre les dangers professionnels.

Un rapport récent fournit également un bon aperçu des interventions de réduction des risques (Zurhold et al. ; 2013).

LA SUBSTITUTION AUX OPIACÉS EN PRISON

Une thérapie de substitution aux opiacés (TSO) devrait être disponible dans chaque prison. La TSO doit être accessible sans obstacles administratifs à tous les détenus dépendants aux opiacés. Cela est particulièrement important pour les personnes dépendantes sans statut légal, surtout celles qui

n'étaient pas dans un programme TSO au préalable. L'évidence scientifique démontre qu'un programme TSO est une mesure préventive efficace, car la TSO (Larney et al. ; 2009):

- améliore la survie des personnes dépendantes aux opiacés,
- favorise l'abstinence ou une consommation stable,
- réduit la propagation des maladies infectieuses (VIH, hépatite C),
- réduit l'activité criminelle,
- réduit les coûts (santé, social et justice),
- diminue le nombre d'admissions aux urgences et d'hospitalisations.

A la prison de Champ-Dollon, toutes les personnes dépendantes aux opiacés reçoivent un traitement de substitution, si elles le souhaitent, indépendamment de leur statut légal ou de l'intégration au préalable dans un programme de TSO externe. Cet accès à bas seuil pour la TSO est crucial, car de nombreux usagers sans statut de séjour légal n'étaient habituellement pas intégrés dans un programme TSO avant l'arrivée en prison.

A Champ-Dollon, 95% des patients reçoivent de la méthadone ; la buprénorphine est possible, mais est généralement réservée aux personnes, venant souvent de France, qui s'étaient vues prescrire cette substance avant la détention.

Pour la mise en place effective de TSO en prison, il est nécessaire d'avoir (Favrod-Coune et al. 2013):

- un cadre juridique clair,
- un accès aux soins et au TSO de bas seuil,
- des programmes de formation pour les employés des services de santé en prison et la collaboration interdisciplinaire avec des partenaires internes et externes pour assurer la continuité des soins.

LA RÉDUCTION DES RISQUES ET LES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES (PES) EN PRISON

Bien que les programmes d'échange de seringues (PES) existent partout en Suisse en milieu libre et devraient exister dans toutes les prisons, on ne les retrouve que dans 11% des prisons suisses. Cette violation du principe d'équivalence met en danger l'ensemble des personnes qui évoluent en prison (détenus et professionnels).

Sur le plan mondial, et malgré les recommandations de l'OMS qui existent depuis 1991, moins de 10 pays ont introduit des PES en milieu carcéral. Les principaux freins à leur mise en place sont liés aux fausses croyances, comme la crainte de l'utilisation des seringues comme arme contre les agents de détention ou de l'incitation à la consommation de drogues par voie i.v.

Le premier PES en milieu carcéral a débuté en 1992 dans la prison pour hommes d'Oberschöngrün (SO) (Nelles J et al. ; 1998). En 1994, un programme pilote de réduction

des risques fut mis en place à l'institution pour femmes à Hindelbank (BE). Ce programme comprenait l'échange de seringues par l'intermédiaire d'un automate. Ce projet s'est montré efficace et durant la première année, 5'335 seringues furent distribuées. Alors qu'en 1991, la quasi-totalité des détenues utilisatrices de drogues i.v. avaient partagé des seringues durant leur détention, l'échange de matériel usagé entre les détenues avait disparu seulement une année après le début du PES. En outre, aucun nouveau cas d'HIV, HBV ou HCV n'a été diagnostiqué parmi la population de la prison et le nombre d'overdoses et d'abcès ont significativement diminués. La sécurité du dispositif a fait ses preuves, car il n'y a pas eu d'augmentation de consommation de drogues et aucun cas d'utilisation de seringues comme arme (Nelles J et al. ; 1999).

Plusieurs modèles de PES existent à travers le monde :

- La distribution « **main à main** » par le personnel soignant à la prison permet un contact direct avec le patient, un contrôle et une certaine souplesse dans la distribution et l'échange des seringues, permettant la dispensation d'une ou plusieurs seringues, au détriment de l'accessibilité limitée et d'une moindre confidentialité. L'inconvénient principal est lié au manque d'anonymat.
- La distribution « **main à main** » par les pairs, dans laquelle des détenus sont spécialement formés à la distribution et l'élimination du matériel d'injection ont généralement une bonne acceptation par les détenus et assure l'anonymat et la confidentialité. Elle ne permet pas un bon contrôle sur le nombre de seringues circulant et les conseils sur la réduction des risques est de moindre qualité.
- La distribution « **main à main** » par des ONG externes permet comme la distribution par le personnel de la prison un contact avec le prisonnier et un contrôle sur le nombre de seringues qui circulent. L'accessibilité est plus limitée et les membres des ONG peuvent rencontrer des barrières administratives et un manque de confiance par le personnel des prisons.
- La distribution par **machines automatisées** permet une bonne accessibilité et confidentialité. L'échange seringue par seringue est strict, ce qui permet un bon contrôle du nombre de seringues circulant. Néanmoins les services médicaux ne savent pas exactement qui consomme quoi et combien ; en conséquence, les professionnels ne peuvent pas cibler leurs actions de prévention.

En 1996, le PES à la prison de Champ-Dollon (Genève) a été mis en place. Celui-ci, inspiré par le modèle d'Oberschöngrün, consiste en une distribution « main à main » de « boîtes Flash » par le personnel soignant du service médical. Cette distribution est associée à un entretien personnalisé sur la prévention des risques. En 2013, 389 seringues furent ainsi distribuées à 23 détenus (Fig.2).

Malgré des preuves scientifiques solides de l'efficacité des PES en prison, la plupart des cantons continuent à refuser

leur introduction, souvent sans donner de raison. Genève est le seul canton en Suisse, où l'ensemble des prisons disposent d'un PES. Un arrêté du gouvernement genevois de 2000 réglemente les conditions de la pratique médicale dans les prisons de Genève en détail. Le texte rappelle non seulement les principes fondamentaux de la pratique de la médecine dans les prisons genevoises mais aussi l'accès de l'ensemble des détenus à des mesures de prévention très spécifiques telles que les PES, la distribution de préservatifs ou l'accès aux traitements de substitution aux opiacés.

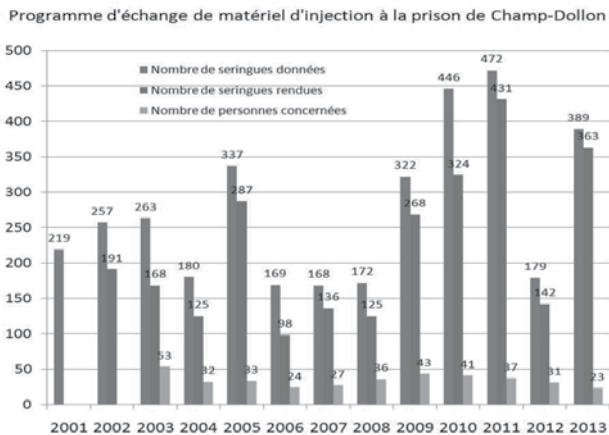


Figure 2 : Participation au PES à la prison de Champ-Dollon à Genève. Les fortes variations s'expliquent en partie par le petit nombre de détenus qui participent au PES et qui peuvent avoir des pratiques et fréquences d'injection très variables. (24 à 53 participations sur 2000-3000 détenus qui passent annuellement par la prison).

L'expérience et les résultats obtenus dans les différents PES existants ont permis d'identifier les facteurs suivants comme indispensables à leur bon fonctionnement en milieu carcéral :

- La **confidentialité** est le facteur le plus important pour les détenus. La confiance dans un programme d'échange de seringues est la base pour leur permettre de participer. En complément de la confidentialité, garantir un accès adéquat aux besoins des détenus en nombre de seringues est essentiel pour le succès des PES.
- La **collaboration et le soutien de la direction et des gardiens** sont nécessaires pour le bon déroulement des programmes d'échanges de seringues. L'information et l'implication des gardiens et des membres de la direction concernant la réduction des risques sont importants pour la mise en place de tels programmes, car souvent, le personnel des prisons rejette ce genre de mesures en raison par crainte pour la sécurité. Dans la plupart des cas, ce rejet initial se transforme en adhésion au fur et à mesure que le temps passe car ils observent des bénéfices à ces programmes, notamment un gain de sécurité, les maladies infectieuses étant mieux contrôlées.
- Afin de diminuer le risque de transmission de HIV et HCV, ainsi que des maladies sexuellement transmissible (MST), les PES doivent faire partie d'un **pro-**

gramme plus global de réduction des risques, comprenant des conseils et enseignements concernant le HIV et l'HCV, les traitements de substitution aux opiacés, la distribution de préservatifs et de désinfectants et les tests anonymes pour le HIV/HCV ainsi que des mesures pour pouvoir tatouer dans de bonnes conditions.

- Finalement, la mise en place de **projets pilotes** permet d'apporter des preuves d'efficacité, et est souvent une étape nécessaire avant de pouvoir installer des PES à plus large échelle.

CONCLUSIONS

La prison est un lieu à haut risque pour la transmission de maladies infectieuses, que ce soit en lien avec la consommation de substances, des rapports sexuels ou des pratiques de tatouages et piercings. Le principe d'équivalence des soins qui garantit la même qualité des soins aux prisonniers qu'aux personnes de la communauté devrait inciter les autorités à fournir toutes les mesures de réduction des risques offertes à la population générale, y compris l'accès à du matériel d'injection stérile.⁵

A ce jour, ce but n'est atteint pour aucune des mesures de réduction des risques. Il est notamment incompréhensible que les PES ne soient implémentés que dans 13 des 109 prisons suisses.

Des campagnes d'informations devraient permettre à la communauté de changer son regard sur les prisons. En effet, ces lieux sont presque exclusivement perçus comme des lieux de punition, ce qui occulte une autre fonction essentielle des prisons et de la peine, soit celle de la réhabilitation et de la prévention.

Il est essentiel pour la santé publique de saisir les (rares) opportunités liées à l'incarcération, car en prison on peut atteindre les populations vulnérables qui échappent souvent aux soins dans la communauté. La qualité de l'accès aux soins et à la prévention dans les prisons pourrait avoir donc au final une répercussion importante sur la qualité de la réduction des risques de l'usage des drogues et la transmission de maladies infectieuses dans l'ensemble de la communauté.

Courriel :
hans.wolff@hcuge.ch

web : <http://www.hug-ge.ch/medecine-penitentiaire>

paru initialement dans le Suchtmagazin 2/2014

⁵ Aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, Recommandation N° R(98)7 adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 8 avril 1998, publications/rec71f-98.

Bibliographie :

Dubois-Arber, F. et al. (2008): Trends in drug consumption and risk of transmission of HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in Switzerland, 1993-2006. *EuroSurveillance* 2008; Vol.13:1-6

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (2013): CPT Standards. Council of Europe. www.tinyurl.com/lcgmjbn

Favrod-Coune, T. et al. (2013): Opioid substitution treatment in pretrial prison detention: a case study from Geneva, Switzerland. *Swiss Medical Weekly* 143: w13898

Fazel, S./Baillargeon, J. (2011): The health of prisoners. *Lancet* 377(9769): 956-965.

Feron, J.M./Paulus, D./Tonglet, R./Lorant, V./Pestiaux, D. (2005): Substantial use of primary health care by prisoners: epidemiological description and possible explanations. *Journal of the Epidemiological Community Health* 59(8): 651-655

Jurgens, R./Nowak, M./Day, M. (2011): HIV and incarceration: prisons and detention. *Journal of the International AIDS Society* 14: 26

Jurgens, R./Ball, A./Verster, A. (2009): Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *The Lancet Infectious Diseases* 9(1): 57-66.

Larney, S./Dolan, K. (2009): A literature review of international implementation of opioid substitution treatment in prisons: equivalence of care? *European Addiction Research* 15(2): 107-12).

Marushak, L. (2006): Medical problems of jail inmates. U.S. Department of Justice. www.tinyurl.com/poo5ztv, Zugriff 14.3.2014.

Nelles J et al. Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *British Medical Journal* 1998; 317:270-273.

Nelles J et al. How does syringe distribution in prison affect consumption of illegal drugs by prisoners? *Drug and Alcohol Review* 1999; 18: 133-138.

Pont J, Stöver H, Wolff H: Dual loyalty in prison health care: carry on or abolish? *Am J Public Health* 2012; 102:475-480

Wolff, H. et al. (2011): Health problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification. *BMC Public Health* 11: 245

Zurhold H./Stöver, H. (2013): Evidence of effectiveness of harm reduction measures in prisons. Systematic Review. European Union, Drug Prevention and Information Programme www.tinyurl.com/pc5d59n

Congrès | 23 avril 2015 | Bienne

ENFANTS DE PARENTS SOUFFRANT
DE MALADIE PSYCHIQUE
Qui se soucie d'eux ?

Longtemps oubliés, on observe depuis quelques années la naissance des nombreuses offres de soutien destinées aux enfants de parents souffrant de maladie psychique.

Afin de faire le point sur le sujet, différentes organisations, dont Addiction Suisse, iks, Pro mente sana et la fondation suisse pour la protection de l'enfant se sont associées pour organiser une journée de congrès sur la thématique.

La matinée présentera des conférences d'experts renommés ainsi que des échanges entre personnes concernées, proches et professionnels.

L'après-midi sera consacré à la découverte des nombreux projets suisses destinés aux enfants de parents souffrant de maladie psychique mais également à leurs parents.

Les conférences seront données en allemand et français avec traduction simultanée.

Inscriptions sur le site www.promentesana.ch/veranstaltungen (nombre de places limité)

RÉDUCTION DES RISQUES ET POLITIQUE INTERNATIONALE

Questions de **Jean-Félix Savary** à **Marie Nougier**, responsable de la communication et de la recherche à l'IDPC



Qu'est-ce que l'IDPC ?

« Le Consortium International sur les Politiques des Drogues » (IDPC) est un réseau mondial regroupant 129 ONG dont le GREA qui compte parmi les membres originels.

Son but est de promouvoir un débat ouvert et objectif sur l'efficacité des politiques en matière de drogue au niveau national et international. Le Consortium promeut des politiques des drogues fondées sur des preuves avérées et les principes de santé publique, les droits humains, le développement, l'intégration sociale, la sécurité citadine et la participation de la société civile.

LE CONCEPT DE RÉDUCTION DES RISQUES

Quelle est la position d'IDPC en matière de réduction des risques ?

Pour l'IDPC, la réduction des risques est un élément fondamental de la politique des drogues et un principe directeur de nos activités de plaidoyer à travers le monde.

Nous savons aujourd'hui que malgré les efforts éperdus des Etats et les milliards de dollars dépensés chaque année pour éradiquer le marché des drogues, la communauté internationale a été incapable de réduire l'ampleur de ces marchés noirs ou de réduire les taux de consommation de drogues. Tout a été essayé, les arrestations en masse, la prison, et même la peine de mort dans certains pays. Rien n'a fonctionné. Pire encore, la stratégie de guerre contre la drogue a eu des effets dévastateurs à travers le monde – une forte augmentation du marché noir, de la corruption et de la violence associée aux marchés des drogues, une explosion des épidémies du sida et des hépatites parmi les usagers de drogues, des décès par overdoses, ainsi que de nombreuses violations des droits humains.

Il est certain que l'usage de drogues peut avoir un effet nocif sur la santé des consommateurs. Cependant, nos politiques répressives envers les usagers de drogues ont exacerbé ces risques et ont même créé de nouveaux problèmes. L'approche de réduction des risques reconnaît cette situation et réagit avec pragmatisme. Il est grand temps d'admettre qu'il est tout simplement impossible d'éradiquer le marché des drogues.

Il est cependant possible de réduire les risques liés à la drogue et de mettre en place des politiques et des programmes qui minimisent les dommages. C'est ce type de politiques que nous promouvons au sein de l'IDPC.

Quelle est la forme concrète des politiques de réduction des risques ?

C'est dans le domaine de la santé que le concept de la réduction des risques est le plus utilisé. La réduction des risques est apparue dans les années 70-80 pour minimiser les risques d'infections au sida par l'injection de drogues, avec le développement de mesures pragmatiques telles que les services d'échange de seringues ou le traitement de substitution aux opiacés en Europe de l'Ouest. Puis la réduction des risques s'est répandue à travers le monde et s'est adaptée aux nouvelles tendances et formes de consommation. Aujourd'hui, plus de 80 pays dans le monde offrent des services de réduction des risques. Et ça marche. Les pays qui ont adopté de tels services ont pu réduire le nombre de décès liés à la consommation de drogues et sont parvenus à faire baisser le taux de sida et d'hépatites parmi les usagers de drogues, ainsi que le stigmatisme associé à la consommation de drogues.

Pour l'IDPC, cependant, la réduction des risques va au-delà de la prestation de services. Une telle approche doit aussi viser à réformer les lois et réglementations qui présentent un obstacle à la bonne mise en œuvre de ces services. C'est pourquoi l'IDPC est un grand défenseur de la dépénalisation des consommateurs de drogues, tout d'abord parce que la peur d'être emprisonné a peu d'effets sur les niveaux de consommation, mais aussi et surtout parce que la répression a un réel effet dissuasif sur les personnes souhaitant accéder aux services de réduction des risques dont ils ont besoin.

Enfin, au sein de l'IDPC, nous proposons d'étendre le principe de réduction des risques à tous les aspects de nos politiques des drogues, et pas seulement à la consommation. Par exemple, dans le cadre des politiques de réduction de l'offre, une approche de réduction des risques visera à réduire les niveaux de violence et de corruption, au lieu de viser exclusivement à réduire l'ampleur du marché noir.

La réduction des risques est-elle une question de droits humains ?

Absolument. La réduction des risques est ancrée dans plusieurs principes fondamentaux des droits humains. Tout d'abord le droit à la vie. Bien évidemment, l'imposition de

la peine de mort pour consommation de drogues est en violation directe avec ce droit fondamental. Mais il existe d'autres exemples – si une personne décède d'une overdose car elle n'a pas pu avoir accès à des services de prévention et de soins à cause de politiques des drogues trop répressives, cette situation est en violation directe avec le droit à la vie. La distribution de Naloxone (substance permettant de contrer les effets d'une overdose) par exemple, est une intervention-clé de réduction des risques. Aux États-Unis, certains États ont mis en place des lois du « bon samaritain » qui permettent aux témoins d'une overdose d'appeler les autorités sans risque d'être arrêté(e)s pour consommation ou deal.

Puis il y a le droit à la santé, qui est lié à l'exemple noté ci-dessus. La consommation de drogues ne veut pas dire que le consommateur ne devrait pas avoir accès aux services de santé dont il a besoin. La réduction des risques cherche à répondre aux demandes du consommateur au moment où celui-ci en a besoin. S'il souhaite arrêter de consommer, il est possible de lui offrir un traitement (tel qu'une thérapie sous méthadone ou sous héroïne). S'il ne peut – ou ne veut – pas arrêter de consommer et qu'il s'injecte, il est possible de lui offrir une série de services pour réduire les risques liés à sa consommation – seringues propres, espace de consommation à moindres risques, entres autres. S'il fume du cannabis, il existe des vaporisateurs qui réduisent les risques liés à la consommation. Le droit à la santé signifie aussi que les services disponibles soient basés sur des preuves scientifiques. Par exemple, les centres de réhabilitation forcée, fréquents en Asie Centrale et en Asie du Sud Est, ne sont pas compatibles avec une approche de droits humains et de réduction des risques.

Avant tout, l'approche de réduction des risques est une approche humaine – permettant de placer la personne et ses besoins au centre de nos services et programmes.

Quelle doit être la place des usagers de drogues dans la définition et la promotion de la réduction des risques ?

L'utilisateur doit être au cœur de toute réponse de réduction des risques. Dans de nombreux pays, à l'origine, ces services ont été créés par les usagers eux-mêmes (comme par exemple aux Pays-Bas), pour répondre à leurs propres besoins, leurs craintes et leurs demandes.

L'éducation par des pairs sur la réduction des risques auprès des autres usagers de drogues est elle aussi fondamentale. Ce type d'intervention permet un dialogue d'égal à égal, par des personnes qui utilisent et connaissent bien les services de réduction des risques et qui peuvent être confrontées à des problèmes similaires.

Puis, pour nous assurer que les politiques et programmes de réduction des risques soient de bonne qualité et répondent aux nécessités des usagers, il est important que les clients aient leur mot à dire sur les services.

Nous avons vu apparaître de nombreux réseaux d'usagers de drogues au niveau international (INPUD – le Réseau international de consommateurs de drogues), régional (ANPUD en Asie, EuroPUD en Europe, MENANPUD au Moyen Orient, LANPUD en Amérique Latine, etc.) ou local (ASUD en France, SDUU en Suède, etc.). Ces réseaux constituent un mécanisme important permettant aux usagers d'être représentés dans les forums et débats liés à la consommation de drogues et de communiquer leurs demandes aux responsables politiques de leur pays ou au niveau international. Ils représentent aussi un moyen d'apporter un peu de réalisme et de pragmatisme au sein d'organes politiques souvent très bureaucratiques. Les réseaux d'usagers de drogues sont largement représentés au sein de l'IDPC et sont impliqués dans toutes nos activités de plaidoyer.

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

Quelle est la situation de la réduction des risques au niveau mondial ?

La réduction des risques est bien intégrée en Europe occidentale, où de nombreux pays ont aussi dépénalisé la consommation afin de favoriser l'accès à ces services. Cependant, la crise économique a causé la fermeture de nombreux programmes de réduction des risques, en particulier en Roumanie et en Grèce, mais aussi au Portugal et en Espagne. Aujourd'hui, les prestataires de services sont aussi confrontés à une nouvelle réalité – l'émergence de nouvelles substances psychoactives, associées à de nouveaux risques, et nécessitant par conséquent de nouveaux services pour minimiser les dommages sur la santé des consommateurs.

En Amérique du Nord, les services de réduction des risques sont aussi très répandus, bien que le gouvernement américain continue d'interdire le financement des programmes de seringues, et que le gouvernement canadien se soit souvent prononcé contre la réduction des risques (en particulier les salles de consommation à moindres risques).

Cependant, dans d'autres régions, la réduction des risques reste peu développée. En Asie de l'Est et du Sud Est, les gouvernements ont longtemps résisté à développer de telles interventions, préférant continuer leur traditionnelle guerre contre la drogue. Ce n'est que dans les années 2000 que des pays comme la Chine et la Malaisie ont commencé à développer des services de réduction des risques pour contrer l'explosion de l'épidémie du sida parmi les consommateurs de drogues injectables. Cependant, ces interventions continuent de se heurter à des politiques des drogues bien trop répressives pour permettre une réelle approche de santé et d'intégration sociale.

En Asie Centrale, et en particulier en Russie, la situation est catastrophique. Fin 2013, un article dans Voice of Russia déclarait qu'il y avait environ 200 nouvelles infections par le VIH par jour en Russie, alors que le gouvernement

continue fermement à rejeter le traitement sous méthadone et les programmes d'échange de seringues. L'annexion de la Crimée à la Russie cette année a conduit à un désastre sanitaire dans cette province où les usagers sous méthadone ont été forcés d'interrompre leur traitement.

En Amérique Latine, la consommation est plutôt centrée sur la cocaïne et ses dérivés (crack, pasta base). Les services traditionnels liés à l'injection d'opiacés ne sont donc pas vraiment répandus dans la région. Cependant, certains pays ont développé des programmes intéressants. Le Brésil par exemple a lancé son programme « Braços Abertos » (Bras ouverts) à Sao Paulo afin d'offrir un logement et des services sociaux et de traitement aux consommateurs dépendants les plus vulnérables. En Colombie, des centres de soins et d'accompagnement (appelés CAMAD) ont récemment été mis en place, et les autorités locales sont en train de développer des programmes de traitement de la dépendance à la cocaïne et ses dérivés par le cannabis (le concept n'étant pas celui d'un traitement de substitution, mais plutôt un moyen de réduire les effets de manque).

En Afrique, enfin, la réduction des risques reste limitée. Avec l'augmentation de la consommation (et de l'injection) en Afrique de l'Est, l'Ile Maurice, suivie de la Tanzanie et du Kenya, ont développé des services intéressants de réduction des risques, mais ces pays restent une exception.

De manière générale, cependant, la réduction des risques est confrontée à de nombreux problèmes. En premier lieu, l'accès reste limité à certaines zones géographiques ; de nombreux usagers refusent d'accéder aux services disponibles par peur d'être arrêtés ; ces services sont souvent inadaptés aux besoins de populations clés telles que les femmes ou les mineurs, entre autres. Et il y a bien sûr la question du financement. Ces services sont généralement financés par des donateurs internationaux, et les gouvernements sont réticents à allouer un budget à ces interventions pourtant d'importance majeure.

Quelles sont les priorités aujourd'hui en matière de réduction des risques ?

Je nommerais deux priorités majeures.

En premier lieu, il est nécessaire de nous adapter aux nouvelles tendances de consommation, en particulier aux nouvelles substances psychoactives. La Suisse et l'Espagne ont été innovantes dans ce domaine en offrant des services de vérification des drogues en milieu festif, afin que les usagers sachent ce qu'ils consomment. Cependant, ces services restent limités dans ces pays et inaccessibles dans de nombreuses régions du monde. La réalité des marchés des drogues – en particulier les nouveaux marchés en ligne tels que Silk Road (site anonyme de vente de stupéfiants) – nous forcera aussi à adapter nos interventions de réduction des risques, pour commencer à offrir nos services en ligne. Certains programmes sont déjà en place, offrant des informations aux consommateurs à travers des forums en ligne,

permettant de réduire les risques de consommation.

La seconde priorité est celle du financement de la réduction des risques. L'ONU a estimé que 2,3 milliards de dollars étaient nécessaires pour mettre en œuvre les interventions clés de la réduction des risques dans le monde. Cependant, les dernières estimations montrent que seuls 160 millions de dollars sont actuellement investis dans de telles interventions par les donateurs internationaux. Il est donc essentiel d'augmenter le seuil de financement pour les interventions de réduction des risques.

Le concept de « *harm reduction* » a longtemps fait l'objet de vives controverses au niveau international. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Effectivement, le concept de réduction des risques reste tabou au niveau international. Au sein de la Commission des Stupéfiants (CND), l'agence onusienne de prise de décisions sur la drogue, les mots « réduction des risques » n'ont jamais pu paraître dans les résolutions adoptées à Vienne chaque année. Seules trois résolutions ont été adoptées ces dernières années sur la prévention du VIH parmi les usagers de drogues, et une résolution sur la prévention des overdoses. Au lieu de se référer directement au concept de réduction des risques, cependant, les résolutions mentionnent le Guide technique de l'ONU sur la prévention du VIH parmi les usagers de drogues injectables, ou utilisent des formulations (souvent assez floues) comme par exemple « services médicaux et sociaux adéquats ».

Il est aisé de comprendre cette réticence au sein de la CND, lorsque nous savons que toutes les décisions de cette commission sont prises par consensus. Les pays en faveur de la réduction des risques se heurtent par conséquent à des pays drastiquement opposés à ces interventions, en particulier la Thaïlande, la Russie, et l'Arabie Saoudite.

Cependant, les trois résolutions adoptées depuis 2009 montrent un changement certain dans le niveau d'acceptation des interventions de réduction des risques, même si les mots en eux-mêmes restent profondément tabous.

D'autres agences de l'ONU, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'ONUSIDA et l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime ont collaboré pour publier de nombreux guides techniques et fiches d'information relatives aux interventions de réduction des risques. En 2014, l'ONUSIDA et l'OMS ont toutes deux appelé à la dépénalisation de la consommation de drogues pour faciliter l'accès à ces services.

Que pouvons-nous attendre de l'assemblée générale de l'ONU sur les drogues en 2016 ? (UNGASS 2016)

Il est difficile d'imaginer quel sera le résultat de l'UNGASS. Il est certain que la conjoncture politique est intéressante : de plus en plus de gouvernements appellent aujourd'hui à une réforme politique mondiale, rompant ainsi avec le tra-

ditionnel « Consensus de Vienne ». Nous souhaitons donc utiliser cette brèche dans le consensus afin d'ouvrir un réel débat sur les échecs et les défis liés à notre système actuel de contrôle, ainsi que les possibles options de réforme, qui puisse inclure les ONG (y compris les représentants d'usagers de drogues) et les agences onusiennes pertinentes.

Au sein des débats, nous souhaitons appeler à une réorientation de nos politiques mondiales vers une approche de réduction des risques – c'est-à-dire mettre la priorité sur les droits humains, la santé et l'accès aux médicaments essentiels pour traiter la douleur. Notre travail de plaidoyer dans ce domaine repose sur une campagne mondiale que nous avons lancée en 2013 intitulée « Soutenez. Ne Punissez Pas » (www.supportdontpunish.org/fr). En deux mots, la campagne vise à promouvoir le développement et le financement de services de réduction des risques et la dépénalisation de la consommation de drogues à travers le monde.

Harm Reduction International a aussi lancé la « Décennie de la réduction des risques » - en contraste avec le mantra traditionnel de l'ONU lancé en 1998, « Un monde sans drogues, nous pouvons le faire ». L'objectif est de pousser les Etats membres de l'ONU, pendant l'UNGASS, à reconnaître explicitement et à endosser une approche de réduction des risques. L'initiative promeut aussi la redistribution des dépenses en matière de drogue pour que 10% du budget alloué au maintien de l'ordre en matière de drogues soit redirigé vers des services de réduction des risques.

Le mouvement pour la réglementation du cannabis tend à occuper tout l'espace médiatique et diplomatique aujourd'hui. Quel est l'impact sur la réduction des risques ?

Il est vrai que les mouvements de réforme de la politique du cannabis dans le monde font la Une des journaux depuis 2013. Cependant, je ne pense pas que ce développement puisse avoir un impact négatif sur la réduction des risques. La réglementation du cannabis est encore un exemple de la brèche dans le Consensus de Vienne, un pied de nez aux conventions internationales sur la drogue, soulignant une réalité de plus en plus visible – notre système de contrôle n'est plus adapté et il est grand temps de le changer. Je pense donc que la réglementation du cannabis est une opportunité de réforme plus large, plutôt qu'une menace à la réduction des risques.

Courriel :
mnougier@idpc.net



ADOLESCENCES ET CONSOMMATIONS : REGARDS CROISÉS

Quelle posture pour les professionnels de différents domaines en relation avec les jeunes qui consomment ? Comment intervenir avec la famille ? Comment travailler sous contrainte ? Comment travailler sans exclusion ou malgré l'exclusion ?

Pour accompagner un adolescent consommateur, le professionnel ne peut pas seulement se centrer sur le « symptôme » de la consommation ou du comportement. Il doit resituer ce dernier dans son contexte social, familial et psychologique afin de comprendre les raisons de cette consommation excessive (cannabis, alcool, etc.) ou de cet usage problématique (internet, jeux vidéo).

Cette journée part du constat que la limite entre l'éducatif, le thérapeutique et la protection de la jeunesse n'est pas toujours clairement délimitée. Cependant, sans mélanger les rôles, certains outils des uns sont utilisables par les autres et vice-versa.

Elle propose d'aborder les questions relatives à la prise en charge des adolescents qui consomment, d'interroger sa posture professionnelle au travers des expériences vécues par les participants et au moyen d'éclairages théoriques pertinents.

**MARDI 21 AVRIL 2015
HÔTEL ALPHA-PALMIERS
LAUSANNE**

 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

En collaboration avec
la Plateforme Adolescents du GREA

Infos et inscriptions | www.grea.ch | 024 426 34 34

L'ANALYSE DE DROGUES : PLUS QU'UN OUTIL DE RDR : UN ACTE MILITANT !

Olivier André, Grégory Pfau et Audrey Kartner, Médecins du Monde, France

En France, de nouveaux dispositifs d'analyses de drogue voient le jour. Est-ce l'amorce de la reconnaissance par les Services de santé ? La volonté est en tout cas de réunir les acteurs de la réduction des risques et de la recherche scientifique et sociologique autour de ces dispositifs et d'ancrer cette pratique de réduction des risques dans un cadre légal. (réd.)

L'ANALYSE DE DROGUES, UN OUTIL DE RDR POUR LES USAGERS ET LES PROFESSIONNELS DU CHAMP MÉDICO-SOCIAL

La réduction des risques (RdR) a permis de développer de nombreux outils pour réduire les risques liés à l'usage de drogues dont la majorité repose sur l'accès à l'information. Si aujourd'hui certains outils de RdR tels que les kits d'injection semblent accessibles et connus des usagers, ce n'était pas du tout le cas il y a vingt ans. De plus les programmes d'échange de seringues constituent un dispositif de RdR qui a fait ses preuves car les usagers se sont saisis de ces outils, en intégrant leurs expertises.

Comme à cette époque, notre devoir en tant qu'acteur de RdR est de défendre aujourd'hui et demain ce principe fondamental de la RdR : l'accès à l'information.

Sur le sujet des drogues, l'information largement diffusée concerne généralement l'impact global sur la santé, sur le ressenti des consommateurs ainsi que la composition des produits vendus sous une même appellation. En effet, les drogues achetées sur le marché de rue ou sur internet ne donnent aucune garantie sur leur composition. Pour informer un consommateur sur le contenu du produit qu'il veut consommer, encore faut-il savoir ce qu'il consomme. Par conséquent, connaître le contenu des drogues qu'un usager veut consommer constitue la première étape de sa démarche de RdR.

Répondre à ce questionnement en apportant une information scientifique et objective par une analyse chimique permet de donner une information nécessaire aux usagers pour soutenir leur démarche de RdR.

Dès leur création en 1997, les Missions Rave de Médecins du Monde (MdM) ont jugé nécessaire de proposer un entretien de conseil visant à réduire les risques liés aux usages et d'organiser l'analyse du contenu d'échantillons apportés par les usagers eux-mêmes. En effet, le questionnement quant à la composition des produits psychoactifs illicites représente une préoccupation fréquente des consommateurs. D'une part, répondre à cette demande permet une meilleure connaissance des moyens de réduire les risques liés à l'usage.

D'autre part, les équipes de MdM ont constaté que l'intérêt d'un dispositif d'analyse des drogues sur site allait bien au-delà de la remise de résultats de l'analyse chimique, en offrant un espace de parole aux usagers, libre et sans jugement, au cours d'entretiens pré et post analyse. De plus, les équipes de MdM ont également constaté que répondre à la demande d'analyse de contenu des drogues apportait une aide à la gestion de l'usage voire au maintien de l'abstinence.

L'utilisation de l'analyse de drogues comme outil de RdR permet une reconnaissance des individus en tant que personnes, indépendamment de leur rapport à la loi.

L'analyse de drogues possède de multiples facettes aux bénéfices des personnes, qu'elles soient usagères de drogues ou actrices de RdR. En effet, le contact avec les usagers sur le terrain permet d'appréhender la situation médico-psycho-sociale des usagers, ce qui renforce, en qualité et en quantité, les messages de prévention et leur diffusion grâce à une communication adaptée à l'usage, au degré de connaissance des produits, aux capacités d'écoute et de responsabilisation des usagers. De plus, ce dispositif informe en temps réel les intervenants de RdR sur les réalités des usages et du contenu des produits consommés, garantissant ainsi une action de RdR individualisée, évolutive et pertinente. Le cas échéant, les programmes d'analyse de drogues peuvent s'intégrer dans le dispositif national de veille sanitaire et impliquer les personnes dans le développement des savoirs collectifs.

Ainsi, le dispositif d'analyse de drogues constitue un outil pivot permettant d'informer à la fois les consommateurs, les intervenants de RdR et de participer au dispositif national de veille sanitaire.

L'analyse de drogues est donc un outil de RdR bénéfique à l'utilisateur et aux acteurs de RdR qui s'opère grâce au développement d'un lien interindividuel basé sur un échange réciproque d'expériences et d'expertises.

L'ANALYSE DE DROGUES EN FRANCE

Il est difficile pour un usager de connaître le contenu d'un produit qu'il veut consommer. Le dispositif existant est en effet méconnu et peu accessible.

S'il fait appel au système de veille et d'alerte français sur les substances en circulation (centres anti poison, CEIP¹, SINTES²), ce produit ne pourra a priori être analysé que s'il a un caractère nouveau, rare ou s'il a causé des effets inattendus, voire problématiques. Par conséquent, un usager qui veut connaître le contenu du produit qu'il a acheté afin de réduire les risques encourus lors de sa consommation n'a d'autre choix que de s'adresser à un dispositif d'analyse de drogues de MdM peu connu et peu répandu.

Un fossé existe donc entre la démarche de RdR d'un usager souhaitant connaître la composition du produit qu'il consomme et sa faisabilité.

Le dispositif global d'analyse de drogues repose sur l'utilisation de différents types d'analyse de drogues qui servent de support à un entretien personnalisé. Il s'appuie sur trois techniques d'analyses qui comportent leurs spécificités et leurs limites dans leur mise en œuvre et le niveau d'informations obtenues.

La Reconnaissance Présomptive des Produits (RPP) ou « testing » : est une technique basée sur des réactions colorées. Sa rapidité (moins d'une minute), sa facilité de réalisation et sa capacité à induire un dialogue avec l'usager autour de sa consommation et ses pratiques sont ses principaux atouts. Mais le résultat obtenu (présomptif) ne donne qu'une indication de la présence de produit dans l'échantillon (ex : MDMA, amphétamines, 2-CB avec le test de marquis).

La Chromatographie sur Couche Mince (CCM) : permet de mettre à disposition des usagers une information fiable et sans délai sur la composition réelle des produits. Il s'agit de réactions colorimétriques réalisées après séparation des produits contenus dans l'échantillon offrant un résultat qualitatif. La CCM nécessite plus de temps que le « testing » (environ une heure) et sa mise en œuvre est relativement facile.

L'analyse de produits en laboratoire : les techniques de chromatographie couplée à la spectrométrie de masse, très précises, permettent la détection et la quantification des composés présents dans l'échantillon. Cette approche est indispensable dans un objectif de veille sanitaire et de suivi épidémiologique. Cependant, les résultats sont obtenus avec un délai trop long (1 mois) pour permettre un rendu de résultat pertinent aux usagers.

Au sein de l'association MdM, l'analyse de drogues est utilisée par les programmes de RdR (rave, squat, ERLI) depuis plus de dix-sept ans. Le dispositif a suivi un développement par étapes, basé sur le concept **d'accès à un dispositif global d'analyse de drogues**. Ce dispositif comporte plusieurs volets complémentaires :

- Un volet de santé communautaire, à des fins de RdR basé sur des outils analytiques plus ou moins réactifs et accessibles, choisis en fonction de l'attente de l'usager et des limites des outils (cf. encadré ci-dessous).
- Un volet de recherche/action qui permet d'étudier de nouveaux produits et usages afin de développer et adapter les messages de prévention.
- Un volet de santé publique à des fins de veille sanitaire.

Ce dispositif global d'analyse de drogues est un outil de choix pour répondre aux attentes des usagers et participer à la veille sanitaire. Il permet entre autre de faire le compromis du niveau d'information proposé vis-à-vis des contraintes de terrain pour la mise en œuvre opérationnelle du dispositif d'analyse de drogues. Ce dispositif global peut aussi bien s'adapter à des actions en milieu festif que des actions en milieu urbain.

L'analyse de drogues s'est d'abord développée en utilisant le « testing », utilisé par les usagers eux-mêmes, que les équipes des programmes raves de MdM se sont appropriés à la fin des années 90 alors que la consommation des drogues de synthèse explosait dans le milieu festif alternatif techno. Les limites analytiques du « testing » (cf encadré) ont conduit MdM à développer un système d'analyse complémentaire capable d'identifier les substances et d'éventuels produits de coupe. Cette nouvelle technique basée sur la technique de chromatographie sur couche mince (CCM) est venue enrichir le dispositif global d'analyse de drogues alors constitué du testing et de l'analyse en laboratoire. Puis en 2001 MdM a ouvert un nouveau programme de RdR : la mission XBT (xenobiotrope) dont l'objectif est de développer les connaissances sur les drogues (drogues de synthèses) et de favoriser l'utilisation de l'analyse de drogues en tant qu'outils de RdR.

La CCM a d'abord été déployée dans le cadre des activités de RdR, en milieu festif dès août 2001, puis en milieu urbain dès mai 2002 lors d'une unique permanence en soirée par semaine dans les locaux de la délégation Ile de France de MdM et enfin lors de sessions d'analyse organisées dans des squats (août 2004). En 2005, alors que l'analyse de drogues est pratiquée sur le terrain par les équipes de MdM et d'autres associations de RdR, le décret du 14 avril 2005, approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques, notifie que « *L'analyse des produits sur site, permettant uniquement de prédire si la substance recherchée est présente ou non, sans permettre une identification des substances entrant dans la composition des comprimés (notamment réaction colorimétrique de type Marquis), n'est pas autorisée.* ». Il s'agit là d'un véritable coup d'arrêt dans la mise en œuvre de cet outil de RdR. En se focalisant sur les produits, le législateur restreint son appréciation de l'outil

¹ Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

² Le Système d'identification national des toxiques et substances

aux seules fins analytiques ! Cette appréciation récuse les fonctions du tiers (pair, éducateur, pharmacien, infirmier, psychologue, assistant social ou médecin) et du lien (éducation par les pairs, alliance thérapeutique). D'autre part, il ne tient pas compte de la complémentarité des systèmes d'analyses mise en œuvre par le dispositif global. En dépit du cadre réglementaire qui interdit le « testing », Mdm poursuivra le développement de cet outil de RdR en développant l'analyse par CCM au sein d'autres équipes de Mdm qui se doteront de la CCM : d'abord le programme Raves de Bayonne en 2006, puis de Nice en 2007, de Toulouse en 2008, et enfin Marseille en 2010. Techno plus, une association française de RdR en milieu festif, développe aussi un système d'analyse par CCM en 2007.

DIFFUSER ET STRUCTURER LA PRATIQUE DE L'ANALYSE DE DROGUES EN FRANCE

Depuis 2011 la volonté de Mdm est de transférer les connaissances et les compétences acquises depuis plus de dix ans de pratique de l'analyse de drogues. **Pour promouvoir le développement de l'analyse de drogues en France nous estimons que le meilleur moyen est de travailler avec les structures de RdR du droit commun déjà existantes.** C'est ainsi que des partenariats, au départ informels, se sont développés pour sensibiliser et accompagner les structures de RdR dans la création d'un projet d'analyse de drogues adapté à leurs objectifs et leur contexte de travail. Lorsque le partenariat entre dans une phase de transfert, une convention est signée pour formaliser les échanges et instaurer une logique **de partenariat actif et militant**. Le transfert s'effectue alors en deux étapes. D'abord les partenaires sont formés/sensibilisés aux entretiens de collecte des échantillons et de rendus des résultats. Pour cela il suffit d'adapter leur travail de RdR à l'utilisation de l'analyse de drogues. Les échantillons collectés par les partenaires sont envoyés à Mdm pour analyse par CCM, puis renvoyés aux partenaires qui font le lien avec les usagers. A ce stade, l'engagement du partenaire repose d'une part sur la mise en œuvre de l'outil sur le terrain, la participation aux formations et réunions que la mission XBT organise et d'autre part, la promotion et valorisation de ce dispositif comme outil de RdR auprès des institutions socio-sanitaires locales. Dans un deuxième temps, les compétences scientifiques et techniques d'analyses sont transférées lorsque le partenaire obtient un financement pour recruter le personnel spécifique et acheter le matériel nécessaire à la réalisation des analyses.

Actuellement, ce développement repose sur des partenariats avec des structures militantes et engagées car le cadre réglementaire français et plus précisément la loi de 1970³ ne permet pas d'apporter toutes les garanties juridiques en matière de protection des intervenants et des structures dans la mise en œuvre d'outils innovants de RdR. A terme, nous espérons faire évoluer le cadre référentiel de la RdR en France par la reconnaissance et l'intégration de l'analyse de drogues dans ce dernier.

Le développement des partenariats s'est accéléré ces derniers mois : Mdm a signé 6 conventions partenariales grâce au travail des programmes de RdR premières lignes notamment, Squats Ile de France et RdR Méditerranée. Deux des partenaires du programme Squats IDF ont obtenu un financement de l'ARS (agence régionale de santé) pour développer cet outil : les CAARUD « Sida Paroles » pour la région Ile de France et « Adicto centre » pour la région centre.

Enfin d'autres partenariats sont prévus grâce au travail des programmes RdR de Mdm en régions Midi-Pyrénées et Aquitaine. D'ici un an, un dispositif global d'analyse de drogues devrait être présent dans plus de la moitié des grandes agglomérations et régions françaises.

Au-delà de favoriser l'émergence de ces dispositifs d'analyse de drogues, notre volonté est de voir émerger un réseau de partenaires autour de l'analyse de drogues. Ce réseau rassemblerait aussi bien des structures de RdR que de recherche dans les domaines scientifique et sociologique. Ce réseau permettrait de faire émerger des actions de RdR innovantes adaptées à la réalité de terrain qui dans le domaine des drogues évolue très rapidement. Aujourd'hui notre constat sur l'intérêt croissant des acteurs de RdR pour l'analyse de drogues nous autorise à penser que d'ici à trois ans, les dispositifs d'analyse de drogues développés par nos partenaires seront financés par les ARS et enfin reconnus par la direction générale de la santé qui soutiendrait ce réseau et pérenniserait son développement.

Courriel :

olivier.andre@medecinsdumonde.net

3 Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 RELATIVE AUX MESURES SANITAIRES DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE, ET A LA REPRESSION DU TRAFIC ET DE L'USAGE ILLICITE DES SUBSTANCES VENEENEUSES

RDR 2.0 : LA RÉDUCTION DES RISQUES À LA PORTÉE DE TOUS

Pierre Chappard, coordinateur du Réseau Français de Réduction des Risques et Président de PsychoACTIF, Paris

Internet a révolutionné notre accès à la connaissance. Cela est aussi valable pour la réduction des risques. Le fondateur de Psychoactif.org nous démontre ici les nouvelles perspectives très prometteuses de la RDR sur internet, rebaptisée rdr 2.0 (réd.)

L'avènement du web 2.0 dans les années 2000 a modifié profondément nos habitudes et manières de vivre. Internet est désormais entré dans une phase participative, fondée sur la contribution de tous. Cela a bouleversé des domaines entiers de notre manière de vivre et commence à bouleverser également le domaine des drogues : les usagers se renseignent de plus en plus sur internet. Ils y achètent aussi de plus en plus leur drogue. D'ici quelques années, le marché des drogues mais aussi la manière de faire de la réduction des risques auront complètement changé. Cette nouvelle RDR 2.0 issue des nouvelles technologies est déjà à l'œuvre à travers les communautés internet de consommateurs de produits psychoactifs.

LES COMMUNAUTÉS INTERNET, KESAKO ?

Une communauté internet est une communauté d'intérêt et/ou de pratiques, avec des objectifs partagés, des interactions. Il y a quantité de communautés anglophones d'usagers, mais seulement trois communautés francophones qui s'intéressent aux drogues illicites : pour Lucid State, la priorité est de débattre sur les plantes enthéogènes, pour Psychonaut, ce sont les substances psychédéliques qui sont au cœur de la communauté. Et enfin, pour Psychoactif francophone, l'objectif premier est la promotion de la réduction des risques pour toutes les drogues, licites comme illicites.

Les outils pour faire vivre ces communautés sont nombreux. Cela peut être des forums, des mailing-listes, des blogs, des chats, des wikis, des sondages ou un mélange de tout cela. Par exemple, pour la plateforme Psychoactif, il y a une vingtaine de forums thématiques comme « Les nouvelles drogues de synthèse », « Femmes et drogues », « Les TSO », « L'alcool » ; chaque membre peut également créer son propre blog, sorte de journal intime qui permet de se raconter. Et enfin, il y a des quiz et un wiki, appelé Psychowiki, qui est un espace collaboratif de construction des connaissances sur les drogues (comme Wikipédia).

Les consommateurs rencontrent ces communautés principalement grâce à internet, et surtout avec les moteurs de

recherche. D'après une enquête sur Psychoactif, 66% des membres ont connu la plateforme en cherchant des mots clés dans Google tels que mdma, poppers, lamaline, sevrage cannabis... Une part non négligeable vient également des réseaux sociaux comme Facebook ou Twitter (10%). Mais les usagers rencontrent aussi ces communautés grâce à des liens « réels ». Plus de 10% des membres de Psychoactif ont connu la plateforme par le bouche à oreille en étant orienté par un professionnel des addictions ou un autre usager. Cela brise l'idée d'une communauté Internet entièrement virtuelle et déconnectée du réel. Une communauté web permet toujours de créer une communauté « non web » dans la « vraie vie », les membres d'une communauté la

partage toujours avec leur entourage. L'opposition entre le réel et le virtuel est déconnectée de la réalité !

La manière de s'impliquer dans ces communautés évolue avec le temps. D'abord on observe, lit ce qui est écrit, s'abonne à des discussions, partage

des discussions par mail ou sur les réseaux sociaux. Après souvent plusieurs mois d'observation, l'inscription est un moment fondamental avec le choix d'un pseudo, qui va permettre d'être identifié par la communauté. Ce pseudo, unique, reflète comme un t-shirt, ce que la personne a envie de dire d'elle-même. Par exemple, ces pseudos peuvent être jimmychem, Loxyxestlavie, ecorchévif, -2n+2h, gofix. Cette inscription dans la communauté permet de participer activement, d'écrire, de donner son avis.

Il y a plusieurs raisons pour s'inscrire et participer à une communauté internet. La première est la recherche d'interactions sociales par le biais du sujet « drogues », soit parce qu'on aime les drogues, soit parce qu'on a des problèmes avec. La deuxième est le besoin de reconnaissance. Dans ces communautés, la connaissance sur les drogues et la réduction des risques sont valorisées, et les leaders sont avant tous des connaisseurs des drogues et de leur usage. La troisième raison est la recherche d'efficacité et d'impression de contrôle sur les choses. Un exemple significatif est celui du sevrage, pour lequel les membres viennent

Beaucoup de témoignages de Psychoactif commencent par « J'ai découvert que je n'étais pas seul ». Le corollaire à cette sortie de la solitude, c'est la déstigmatisation de l'usage et des usagers...

se renforcer dans leur détermination, encouragés par les membres de la communauté. Enfin, la dernière raison est la recherche de communion. On discute et partage des expériences vécues, avec l'impression qu'on est dans une communauté unique. Par exemple sur Psychoactif, on lit souvent qu'il n'y a que là qu'on peut comprendre les problèmes d'addiction.

Le cœur de la communauté, ce sont les modérateurs. Ce sont eux qui la font vivre au jour le jour. Ils sont là pour apporter et classer l'information, relancer et organiser les discussions, mais aussi faire respecter les règles. Pour Psychoactif, ils sont 15 bénévoles qui se concertent tous les jours sur un forum dédié et qui se rencontrent au moins deux fois par an pour discuter de l'avenir de la plateforme (psychoactif.org) et de l'association qui la soutient juridiquement et administrativement (Association PsychoACTIF). Ces modérateurs ont été recrutés au fil des ans, parmi les leaders de la communauté. Quand ils sont engagés, ils doivent signer une charte pour s'assurer qu'ils sont en phase avec les valeurs de la plateforme, comme par exemple la fin de la primauté du sevrage et la priorité à la réduction des risques ou la nécessité de la dépénalisation de toutes les drogues...

Faire respecter les règles est une des tâches les plus importantes des modérateurs. Il faut que chaque personne puisse exprimer son témoignage en étant sûr de ne pas être jugé sur ses pratiques, même (surtout) si son témoignage ne respecte pas les canons de la RDR (par exemple quelqu'un qui partage ses seringues). C'est cela qui permet la qualité et la sincérité du témoignage, et donc in fine la qualité de la plateforme. Pour favoriser le non jugement, nous demandons à chacun de s'exprimer en JE, et de répondre autant que faire se peut, à un témoignage par un autre témoignage. L'autre règle importante, c'est que la plateforme n'est pas un lieu d'échange de plan drogue, qu'il soit licite ou non. Toute personne qui propose un plan, ou qui en demande un, est bannie sur le champ.

Les communautés d'usagers de drogues francophones sont issues de l'auto-support : Il faut être ou avoir été consommateur de produits psychoactifs pour être modérateurs. Mais la force de ces communautés est qu'elles sont ouvertes. Il n'est pas rare de rencontrer l'entourage des usagers (un forum leur est consacré sur Psychoactif) mais aussi des professionnels des addictions sur ces plateformes : un sondage a montré que 20% des membres de la communauté Psychoactif étaient des professionnels des addictions qui venaient sur Psychoactif pour améliorer leur pratique professionnelle! Ces communautés sont donc des lieux ressources pour les usagers et leur entourage, mais aussi pour les professionnels des addictions, qui sont par contre sur le terrain des consommateurs. Elles sont ainsi beaucoup plus qu'un groupe d'entraide et d'auto-support, elles sont un lieu où se croisent les compétences expérimentelles et professionnelles.

DES APPORTS IMPORTANTS POUR LES USAGERS, LES PROFESSIONNELS ET LA RÉDUCTION DES RISQUES

Les communautés internet d'usagers de drogues ont des apports spécifiques importants pour les usagers : elles leur permettent de sortir de la clandestinité et de la solitude de leur usage. Beaucoup d'usagers, de fait de la loi qui les pénalise et les stigmatise, ne peuvent parler de leur usage ni avec leur famille, ni au travail, ni avec leur entourage. En découvrant ces communautés, c'est la première fois qu'ils peuvent s'exprimer publiquement sur leur usage, protégés par le relatif anonymat d'internet. Beaucoup de témoignages de Psychoactif commencent par « J'ai découvert que je n'étais pas seul ». Le corollaire à cette sortie de la solitude, c'est la déstigmatisation de l'usage et des usagers : ces communautés agrandissent l'espace social entre les catégories de malades et délinquants gravées par la loi de 70 de pénalisation de l'usage de drogues. Elles permettent de se penser autrement et d'expérimenter d'autres manières de vivre avec les drogues.

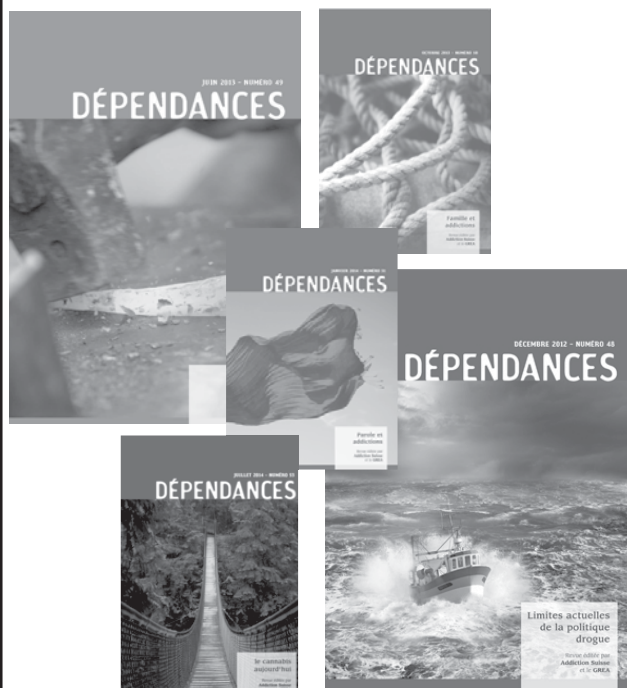
Ces communautés sont aussi des communautés d'apprentissage social et d'éducation par les pairs capables de diffuser de nouvelles normes sur les pratiques et sur la réduction des risques. Par exemple, quand un usager arrive sur Psychoactif avec des problèmes de veines, avec des abcès, les membres de la communauté lui proposent d'essayer les nouveaux outils d'injection dont le filtre toupie (qui filtrent les excipients mais aussi les bactéries), en racontant pourquoi ils l'utilisent et ce que ça a changé pour eux. Les consommateurs, plus que tout autre, savent trouver les mots justes pour faire changer les pratiques des autres usagers. Si le consommateur veut essayer le nouveau matériel, il peut s'adresser à Safe¹, une association qui envoie du matériel de consommation par la poste et avec qui Psychoactif a une convention. Ce dispositif Psychoactif-Safe est un des exemples de la puissance de la RDR 2.0 avec l'un de ces effets qu'on appelle la **déterritorialisation**. Il permet de toucher toutes les zones notamment les plus reculées : 50% de la file active de Psychoactif-Safe vient d'ailleurs du milieu rural, alors que le milieu rural est par ailleurs très peu touché par le dispositif CAARUD.

La diffusion de normes sociales (usager citoyen) et de normes sur les pratiques était déjà le but des groupes d'auto-support d'usagers de drogues. Mais ce qui change radicalement avec ces communautés d'usagers, c'est la dimension de masse d'internet. Psychoactif, c'est entre 8'000 et 10'000 visites par jour et plus d'un demi-million de pages vues par mois. Tout le travail de diffusion des nouvelles normes est démultiplié, la réduction des risques se démocratise et devient accessible au plus grand nombre, et notamment aux consommateurs insérés, les grands oubliés du dispositif de RDR institutionnel français (CAARUD), « embolisé » par le traitement de la précarité. Une enquête sur Psychoactif a analysé le cœur de la communauté et a

¹ <http://www.safe.asso.fr>

Courriel :
pierre.chappard@gmail.com

La revue «**DÉPENDANCES**»
s'adresse à toute personne intéressée par le
champ des addictions.



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.

Parmi les derniers thèmes publiés :

Dépendances n° 53 : le cannabis aujourd'hui,
 Dépendances n° 52 : Les états «modifiés» de la conscience,
 Dépendances n° 51 : Parole et addictions,
 Dépendances n° 50 : Famille et addictions,
 Dépendances n° 49 : Alcool

ABONNEZ-VOUS DÈS AUJOURD'HUI, VOUS RECEVREZ GRATUITEMENT LE PROCHAIN NUMÉRO.

Abonnement:
Frs 45.- par an
Frs 20.- par numéro isolé

Pour les abonnements, merci de bien vouloir vous adresser à : Mme Claude Saunier
Addiction Suisse
CP 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85 - fax 021 321 20 40
csaunier@addictionsuisse.ch

AIDE À LA SURVIE POUR LES PROSTITUÉ-E-S

Andrea Feller, collaboratrice, service social Zurich, direction du domaine Addictions et drogues, SEB (Institutions et ateliers sociaux de la Ville de Zurich)

En matière d'aide à la survie, les offres destinées aux prostitué-e-s visent en premier lieu la réduction des risques, notamment pour celles qui travaillent dans la rue : prophylaxie des infections, prévention, soins médicaux, orientation vers d'autres services, soutien social et juridique, mise en garde contre les clients violents. Ces mesures ne sont cependant pas suffisantes pour assurer l'entière protection des travailleuses et travailleurs du sexe. Ce n'est qu'en levant le tabou qui pèse sur cette activité professionnelle et en la reconnaissant comme un métier à part entière que la situation sociale pourra être durablement améliorée.

ETAT DES LIEUX

Les premiers programmes de soutien à bas seuil destinés aux femmes usagères se prostituant pour financer leur consommation de drogue ont vu le jour dans plusieurs villes de Suisse alémanique au début des années 90, dans le contexte des scènes ouvertes. Mais la prostitution de rue existait depuis longtemps en milieu urbain des deux côtés de la Sarine. En Suisse romande, des programmes d'aide avaient déjà été mis en place pour les prostitué-e-s de rue, par exemple à Genève où un service de conseils à bas seuil leur est proposé dès les années 80. De façon générale, l'activité des travailleuses et travailleurs du sexe les expose à de nombreux risques et inconvénients, parmi lesquels stigmatisation sociale, risques sanitaires (infections, abus de substance), risques sociaux (exposition accrue à la violence), statut juridique boîteux (en Suisse, le revenu de la prostitution doit être déclaré au fisc, mais n'est pas exigible en cas de non-paiement¹). Etant donné la précarité sociale et sanitaire dans laquelle vivent les personnes travaillant dans le sexe et exerçant dans la rue, les prestations de médecine sociale dont elles bénéficient relèvent avant tout de l'aide à la survie.

GROUPES CIBLE

Résumé

Selon les estimations, 13'000 à 20'000 personnes proposent des services sexuels tarifés en Suisse. La prostitution de rue ne représente que 13% de l'offre, alors que 65% des prestations sexuelles sont effectuées « entre quatre murs » dans des « bordels », des salons de massage, des clubs, des bars à champagne et via des services d'escortes².

Ces dernières années, la composition du groupe cible des prostitué-e-s de rue s'est modifiée et est devenue plus hétérogène : les différences y sont plus marquées, tant en termes d'âge, d'origine, de genre et de statut professionnel. Pour certaines personnes, le sexe représente la principale source de revenus, pour d'autres, il permet des gains occasionnels. Pauvreté, migration, instabilité sont d'autres caractéristiques souvent présentes dans ce milieu.

Le nombre des personnes qui se prostituent pour financer une consommation de drogue est en nette diminution. À Zurich, il ne représente plus que 10% de la prostitution de rue³. On ne dispose pas de chiffres pour l'ensemble de la Suisse.

Migrantes de l'Europe de l'Est

Le domaine du sexe tarifé a toujours employé une forte proportion de personnes migrantes. Depuis l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation avec l'Union européenne en 2007, la majorité des travailleuses et travailleurs du sexe exerçant en Suisse alémanique proviennent des pays d'Europe de l'Est. Les femmes ne séjournent généralement que quelques semaines dans notre pays, avant de s'en retourner chez elles. La brièveté de ces séjours et la méconnaissance de la langue et des usages les exposent à des risques élevés en matière d'exploitation, de violence et de santé.

Bon nombre de ces travailleuses du sexe sont des femmes marquées par la pauvreté, pour qui la prostitution est le seul moyen de gagner de l'argent. Leur niveau de formation est généralement très bas ; elles ne disposent souvent même pas du savoir élémentaire pour se protéger des maladies sexuellement transmissibles et des infections. Les expériences recueillies dans les milieux de la prostitution de rue montrent que dans des situations de vie comparables, les problèmes médicaux et sociaux des migrantes d'Europe de l'Est sont plus graves que ceux des personnes vivant depuis longtemps en Suisse. Cela signifie que la demande d'aide à la survie au sens classique est plus élevée dans ce groupe cible.

CONDITIONS CADRE

Bases légales

En Suisse, la prostitution est légale en tant qu'activité rémunérée indépendante. Les cantons et les communes peuvent la réglementer en ce qui concerne les lieux, horaires ou formes autorisées, pour autant qu'ils respectent les directives fédérales⁴.

Plusieurs cantons de Suisse romande (Fribourg, Genève, Vaud, Jura) ainsi que le Tessin connaissent depuis 2001 des lois sur la prostitution qui précisent le cadre juridique et

contiennent des dispositions pour protéger les personnes qui l'exercent. En Suisse alémanique, des projets de lois cantonales sont à l'étude (par ex. à Lucerne). Dans le canton de Berne, une loi est entrée en vigueur le 1er avril 2013. Certaines communes ont édicté des ordonnances sur le sexe tarifé, dites « ordonnances sur l'exercice de la prostitution » (par ex. Zurich depuis le 1er juillet 2012). La grande disparité des conditions cadre selon les localités est un aspect difficile à comprendre pour les migrantes travaillant dans le domaine du sexe. Elles ont donc grandement besoin d'être conseillées en matière juridique.

Les différentes formes de prostitution

On distingue entre la prostitution « Outdoor » et « Indoor » : la première a lieu dans la rue, les parkings ou en bordure d'autoroutes, la seconde dans les salons de massage, les bars, les cabarets, ou les logements privés. Cette forme a une grande influence sur le degré d'autonomie des travailleuses et travailleurs du sexe, leur sécurité et leurs conditions de travail en général.

Les personnes qui exercent dans la rue ont en principe davantage de liberté dans le choix des clients et du volume de travail ; mais elles subissent davantage de stigmatisation que leurs collègues en salons.

En comparaison, la liberté d'action des travailleuses en salon est souvent limitée, mais elles y jouissent comparativement d'une meilleure protection contre les clients brutaux. Les personnes travaillant dans le sexe proposent le plus souvent leurs services dans des endroits publics tels que les parcs et les toilettes, ou dans des espaces semi-publics tels que les bars, clubs ou saunas, ou alors elles recourent aux petites annonces dans des journaux ou sur Internet.

LES RISQUES ASSOCIÉS AU TRAVAIL DU SEXE

Infections

Le principal problème sanitaire des personnes travaillant dans le sexe est celui du sida et des autres infections sexuellement transmissibles (SIT). Il n'existe pas de chiffres spécifiques sur la prévalence d'infections transmissibles chez les travailleurs-euses du sexe en Suisse. La prévalence du HIV dans la population générale est inférieure à 1%⁵. Selon une étude publiée en 2009 par l'Université de Genève sur les bonnes pratiques dans le conseil aux travailleurs-euses du sexe, la prévalence du HIV n'est pas supérieure dans ce milieu à ce qu'elle est dans la population générale⁶. Les auteurs l'affirment sur la base de résultats d'études internationales. Cependant, certains groupes de population tels que les travailleuses du sexe étrangères, en particulier les migrantes des régions sub-sahariennes ou les personnes s'injectant de la drogue, ainsi que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (MSM: *Men who have sex with men*) présentent dans les pays étudiés un risque plus élevé d'infection au HIV⁷. En Suisse, il en va de même

avec les deux derniers groupes⁸. De manière analogue, il y a lieu de penser que la prévalence d'autres IST (syphilis, gonorrhée, lymphogranulome, hépatite) est plus élevée chez les personnes présentant un risque élevé de contagion – tels que, p. ex., les MSM, les travailleurs-euses du sexe et les migrants aux statuts incertains n'ayant qu'un mauvais accès au système de santé – que dans la population générale⁹. Une prévalence élevée d'IST peut, chez les travailleurs-euses du sexe, conduire à un risque plus élevé de contagion par le HIV.

Il n'existe pas en Suisse de données sur les comportements de prévention des travailleurs-euses du sexe quant aux maladies sexuellement transmissibles (STI et sida). Il ressort cependant des données indirectes provenant de professionnels du secteur et de clients qu'en règle générale, les rapports vaginaux ou la sodomie se pratiquent avec des préservatifs. Les femmes vulnérables vivant dans un milieu précaire (pauvreté, statut illégal et dépendances) ou exposées à une forte concurrence se protègent vraisemblablement moins systématiquement¹⁰.

Consommation de substances psychoactives

La consommation abusive d'alcool et d'autres substances addictives est élevée chez les travailleurs-euses du sexe¹¹ et vraisemblablement supérieure à celle de la population générale¹². Les produits les plus fréquemment consommés sont le tabac, l'alcool, la cocaïne, les amphétamines et autres cachets. Chez les travailleurs-euses du sexe, les abus en la matière sont souvent corrélés avec les comportements et situations à hauts risques tels que le non-respect des règles du sexe à moindre risque, l'exposition à la violence et les dettes.

Violence et exploitation

Outre les infections sexuellement transmissibles, il faut également mentionner parmi les facteurs de risques pour la santé des travailleurs-euses du sexe la violence dans et en-dehors du milieu, les problèmes liés au stress ou à la stigmatisation ainsi que les troubles psychiques. Une étude publiée en 2010 par l'Université de Zurich a montré que les travailleuses du sexe souffraient sur-proportionnellement de troubles psychiques¹³. Les femmes qui proposent leurs services dans la rue sont particulièrement exposées. De nombreuses travailleuses du sexe étrangères exercent parce qu'elles sont financièrement aux abois et travaillent fréquemment sous le contrôle et la pression permanente d'un souteneur. La majorité d'entre elles sont victimes de situations structurelles (pauvreté), et certaines sont victimes de la traite d'êtres humains¹⁴.

INTERVENTIONS VISANT À LIMITER LES DÉGÂTS

Offre

Étant donné que les hommes et les femmes qui se livrent au travail du sexe dans la rue présentent des profils et fréquentent des mondes très différents, l'offre et les conseils

en prévention dispensés en Suisse se sont spécialisés selon le sexe. L'offre à bas seuil destinée aux travailleurs-euses du sexe est en outre très hétérogène eu égard à la structure des organisations et à leurs types de prestations.

Actuellement, on trouve des organisations privées ou municipales fournissant des prestations spéciales aux travailleurs-euses du sexe dans neuf cantons (BS, BE, FR, GE, SG, SO, TI, VD, ZH). L'offre à bas seuil manque dans les cantons où le travail du sexe est plus marginal ou moins visible (AG, BL, GR, LU, SH, SZ, TH, VS). Les besoins élémentaires en promotion de la santé et en prévention y sont partiellement couverts par l'Aide suisse contre le sida. Quelques cantons (p. ex. le Jura et Neuchâtel) ne disposent d'aucun centre de consultation bien qu'ils aient en partie adopté des lois sur la prostitution réglant l'exercice de cette activité.

Méthode

Pour être à la hauteur de la complexité de la situation, il est nécessaire d'assurer une offre différenciée de prestations correspondant aux besoins personnels des différent-e-s travailleurs-euses du sexe. Mais quelle que soit la diversité de cette offre, on constate de grandes similitudes de méthode dans l'offre. Les interventions sont généralement le fait de travailleurs sociaux hors murs, c'est-à-dire de travailleurs sociaux qui se rendent sur les lieux de travail ou de vie de leurs client-e-s pour prendre contact et leur proposer un soutien. L'attitude de base du travailleur social hors murs est d'accepter les situations et de répondre prioritairement aux besoins de ses client-e-s. Il s'agit d'aider directement les client-e-s dans leurs lieux de vie et, au besoin, de les diriger vers d'autres services. Ce travail de prévention se fait généralement sur le trottoir ou dans les bordels, avec un bus ou à pied.

L'exemple de Zurich

En ville de Zurich, l'un des hauts lieux de la prostitution qu'était le Quai de la Sihl a été déplacé en août 2013 à Zurich Altstetten où des places de stationnement discrètes et sécurisées ont été aménagées. Le nouveau plan de prostitution supprimant toute une série d'autres tronçons de rues ou de routes servant à la prostitution est entré en vigueur en même temps. La nouvelle politique municipale, orientée solution et fondée sur une coopération entre la police, les services sociaux et les services de santé, devrait permettre de limiter le commerce urbain du sexe à un niveau acceptable, de manière analogue à la politique municipale de la drogue. Le but des mesures est d'améliorer les conditions de travail des travailleurs-euses du sexe et de réduire les nuisances auxquelles sont exposés les voisins de lieux de prostitution¹⁵.

Les interventions visant à réduire les nuisances des lieux de prostitution sont l'une des clés de la nouvelle politique « paysage de la prostitution » de la ville de Zurich. Les travailleurs du sexe peuvent bénéficier d'un soutien socio-médical directement sur place.

Les objectifs des prestations de soutien sont :

- Amélioration des conditions de travail des travailleuses du sexe pour ce qui touche à leur santé et à leur situation sociale,
- Réduction de la transmission des maladies virales et autres (sida, hépatite C et IST),
- Accès à d'autres prestations de soutien, ainsi qu'à d'autres institutions (santé, social, police et justice),
- Renforcement de la confiance en soi, de l'initiative propre et de la capacité qu'ont les travailleuses du sexe de se faire entendre (*empowerment*),
- Protection des travailleurs-euses du sexe contre l'exploitation et les autres formes de violence,
- Soutien à la solidarité entre les travailleurs-euses du sexe,
- Protection de la population contre les effets négatifs de la prostitution de rue.

RÉSUMÉ

Les travailleurs-euses du sexe et les organisations qui les soutiennent se heurtent à de nombreux écueils. Ecarter ces écueils est la condition nécessaire à l'amélioration durable de la situation des prostitué-e-s.

Il y a aujourd'hui nécessité d'agir sur les questions suivantes :

Double morale de la société

La prostitution doit être reconnue comme un fait social et comme activité indépendante ou dépendante. La contradiction qui, dans le domaine du droit du contrat, fait de la prostitution une activité contraire aux mœurs et, dans celui du droit fiscal, une activité libre d'opprobre doit être levée. La reconnaissance officielle de leur activité permettrait aux travailleurs-euses du sexe de mieux faire valoir leurs droits et, ainsi, d'améliorer leurs conditions de vie.

Travail en réseau

L'offre à bas seuil destinée aux travailleurs-euses du sexe s'est beaucoup développée ces dernières années. Les lacunes en la matière tiennent au fait que l'offre se concentre sur les questions sanitaires. Les questions sociales et juridiques sont tout aussi importantes: comment gérer ses finances, régler ses dettes, comment trouver un appartement ou de l'aide pour changer d'activité. Il s'agit de mieux coordonner notre collaboration avec les services spécialisés et nos autres partenaires.

Travailleurs-euses du sexe pratiquant en-dehors des villes

Dans les centres urbains, où la prostitution est une réalité bien visible, il existe une offre en prévention et consultations. Dans les cantons ruraux ou en périphérie des agglomérations, il est plus difficile de localiser les locaux où la prostitution se pratique (clubs, hôtels, bordels, appartements, etc.). La méfiance des exploitants de clubs et des travailleurs-euses du sexe empêche souvent

les spécialistes de la prévention d'y accéder. Pour mieux atteindre ce milieu, les cantons devraient y consacrer les moyens et ressources nécessaires.

Courriel :

andrea.feller@zuerich.ch

Paru initialement dans le Suchtmagazin 2/2014.

Notes de fin de texte :

¹La prostitution n'est plus illégale dans le canton de Berne depuis l'entrée en vigueur le 1^{er} avril 2013 de la loi cantonale sur la prostitution. Les contrats conclus dans ce domaine sont donc légalement valables. Les personnes travaillant dans le sexe peuvent ainsi faire valoir légalement leurs revendications salariales pour prestations fournies. Ces prestations n'étant plus considérées comme immorales, elles peuvent faire l'objet de contrats. Les personnes travaillant dans le sexe ne doivent donc plus obligatoirement se déclarer indépendantes mais peuvent également avoir un statut d'employé. Dans le domaine du grand Zurich, on ne pourra plus décréter les contrats de prostitution contraires aux bonnes mœurs, c'est ce qu'a décidé récemment le Tribunal de district de Horgen (9 juillet 2013, jugement FV120047). Le juge unique a donné pour raison que dans le domaine de la morale, la société avait beaucoup changé. Se référant à des interventions politiques au niveau fédéral, à l'enseignement du droit ainsi qu'à diverses décisions cantonales et communales, le Tribunal est arrivé à la conclusion que l'exercice de la prostitution n'était plus contraire aux bonnes mœurs. En disposer autrement serait faire preuve d'une double morale choquante. Voir à ce sujet l'article de la NZZ du 4 décembre 2013.

²Voir également Bugnon/Chimienti 2008. En 2009, mandatée par l'Office fédéral de la santé publique, l'Université de Genève a publié une étude sur les travailleuses du sexe; son objectif : faire le point sur les principaux problèmes sanitaires des travailleuses du sexe ainsi que sur le cadre légal de l'exercice de la prostitution et les acteurs de la scène, inventorier les mesures jugées efficaces – les bonnes pratiques – pour assurer le contrôle, la promotion de la santé et la prévention chez les travailleuses du sexe. Tous ces résultats se trouvent sur un site web interactif: <http://fr.sexworkinfo.net/wiki/index.php/Sites>

³En 2011, une moyenne quotidienne de 32 femmes ont fait appel à l'offre mobile de consultations sur les lieux de prostitution en plein air. La part des « prostituées droguées » s'élevait à 10%. Voir les statistiques internes du centre femmes Flora Dora et du SEB (Institutions et ateliers sociaux de la Ville de Zurich).

⁴Cette liberté d'exercer est cadrée par le code pénal, lequel interdit de pousser à la prostitution ou de la favoriser et interdit de limiter la liberté individuelle. Les personnes travaillant dans le sexe ne doivent se voir prescrire ni le moment, ni l'endroit, ni la manière dont elles devraient travailler. Elles doivent s'en tenir aux règles cantonales et communales. Voir le Code pénal suisse, article 195.

⁵OFSP 2010: 83.

⁶Voir Bugnon/Chimienti 2008.

⁷Ibid.

⁸Parmi les personnes diagnostiquées séropositives HIV en Suisse, quelque 25% sont des MSM et 25% s'injectent de la drogue (soit dans les deux cas entre 3'600 et 5'500 personnes). La prévalence dans ces groupes est donc sensiblement supérieure à celle de la population générale. Voir OFSP 2010: 67.

⁹Ibid.: 23.

¹⁰Ibid.: 47.

¹¹Selon les informations des centres de consultation pour personnes travaillant dans le sexe

¹²Voir Graf 2006.

¹³Voir Rössler et al. 2010.

¹⁴Pour la situation des travailleuses du sexe hongroises en Suisse, voir Feller/Herzig et al. 2012.

¹⁵Voir www.stadt-zuerich.ch/stichplatz

Bibliographie :

Bugnon G./Chimienti, M. (2008): Etat des connaissances, Best Practices et recommandations. Genève.

Feller A., Herzig M. et al. : Die Situation von ungarischen Strassenprostituierten in ungarischen Städten und in Zürich in: Projekt IRIS 2012, „Dienstleistungsentwicklung für ungarische Prostituierte in Ungarn und in der Schweiz“.

Graf, M. (2006): Genre masculin et dépendance: données de base et recommandations. ISPA: Lausanne.

Hürlimann, B (2013): Prostitution ist nicht sittenwidrig. in: Neue Zürcher Zeitung (NZZ) du 4 décembre 2013.

OFSP – Office fédéral de la Santé publique (2010): Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011-2017. <http://tinyurl.com/ou9e4b>, accès 19.12.2013.

Conseil d'Etat du Canton de Berne (2012): Ordonnance sur l'exercice de la prostitution (OEP).

Rössler, W. et al (2010): The Mental Health of Female Sex Worker. Acta Psychiatrica Scandinavica: 1–10.

A LA RENCONTRE DES FEMMES USAGÈRES DANS L'ESPACE URBAIN

Patricia Fontannaz, travailleuse sociale hors murs, Lausanne et environ

L'article qui suit a non seulement le mérite de donner la parole aux femmes usagères de drogues souvent à l'écart des réseaux de soins, mais rappelle avec force les conditions indispensables pour permettre la construction d'un lien : non jugement, présence dans la durée, être et faire « avec », de façon communautaire. Une approche souvent mise à mal par les logiques institutionnelles (réd.).

« Le moment d'écrire me vient comme ça, quand les mots se bousculent dans ma tête avant de m'endormir, je n'arrive pas à me poser, quand tout s'est étalé et que j'ai noirci quelques feuilles, remplies par des phrases, des mots, des flèches reliant un autre paragraphe et que je me sens comme vidée, alors là, seulement, me vient une sorte d'apaisement, comme si enfin je pouvais dormir et ne pas me réveiller... »

J'ai reçu ces quelques lignes, par mail, de C., une femme de 50 ans. En effet, je lui ai proposé de m'accompagner dans la rédaction de cet article, car j'ai appris au fil du temps que les femmes concernées par la question de la dépendance, de la maltraitance, de la prostitution et des innombrables difficultés qui leur sont attribuées, en plus de leurs talents d'équilibriste entre marginalité et exigences de normalité, ont par dessus tout l'effroyable compétence de savoir nommer l'indicible.

Ce texte s'est construit à partir des échanges avec les femmes que je rencontre et qui ont coloré et affiné par leurs précieux apports mon point de vue de travailleuse sociale hors murs sur la question de la réduction des risques et des femmes en situation de toxicomanie.

Merci ainsi à toutes les femmes qui ouvrent les portes de leur tanière, et qui prennent le temps de m'apprendre mon métier.

Les femmes en situation de consommation nous interpellent, sans doute parce qu'elles nous annoncent ce dont nous, professionnels, allons devoir prendre de face demain, bien que d'emblée l'envie de fermer les yeux, baisser les bras, peut-être renoncer, nous guette lorsqu'elles nous invitent dans leur espace d'intimité.

Rejoindre les femmes toxicomanes dans la rue et dans les espaces qu'elles occupent, souvent invisibles et cachés, nous conduit à interroger notre attitude, nos valeurs, et notre posture professionnelle.

En effet, c'est dans les interstices des espaces urbains, entre les espaces publics, institutionnels et privés, que les liens se tissent et que les passerelles se créent avec les femmes en situation de marginalité.

C'est toujours sous condition que la rencontre a lieu. Pour se protéger, se fondre dans une forme d'anonymat, les femmes en situation de dépendance sont aux aguets. C'est seulement quand certaines conditions de confidentialité, de confiance, de non-jugement sont réunies, que les mots reprennent leur droit. C'est ainsi au fil du temps et des rencontres que se profilent les pourtours des frontières des mondes que les femmes dessinent et nous révèlent sans tabou.

On pourrait être tenté de retenir ce qui frappe d'emblée : l'isolement, une précarité sordide, le vide, l'absence, les rendez-vous manqués...

Mais leur situation ne se réduit jamais seulement à une expérience d'impuissance et de résignation. Au contraire, elles nous révèlent le potentiel extraordinaire de révolution possible, ces petites graines de changement qui repoussent les spirales sombres de l'urgence sociale qui les enlise. Et qui nous emporte parfois avec elles.

Je me souviens de ce jour où j'ai appris le décès de cette jeune femme, mère de 2 enfants, que j'accompagnais dans ses démarches. Je me suis dit comme une évidence que ce n'est pas la drogue qui tue, mais le mépris. Parce qu'elles se replient dans leur tanière, les louves à qui on a enlevé leur dignité.

C'est pourquoi le temps est nécessaire au lien de confiance tissé peu à peu, nécessaire pour s'approprier, comme pour tester une forme de résistance à l'absurde.

Nous devons créer les bonnes conditions pour nommer l'indicible...

Quand dans cet espace de possible, souvent improvisé, au coin d'une rue, d'un café, ou dans la voiture les mots se délient pour oser nommer l'innommable, il est urgent de construire avec elles ce socle d'humanité nécessaire à toute démarche d'accompagnement, car le risque de reproduire inéluctablement le scénario de violence est en jeu.

Comment ne pas participer à la fatalité silencieuse et sournoise d'une histoire de violence ? Comment la transformer en prise de conscience collective ?

Le contexte d'intervention spécifique au travail social de rue, ainsi que les principes de la libre adhésion et de garantie de la confidentialité, permettent de créer les bonnes conditions pour rejoindre les femmes en situation de précarité.

S'inscrire dans une perspective de réduction des risques, c'est prendre en compte cette exigence d'adaptation, et de souplesse pour que le scénario de l'exclusion ne se reproduise pas fatalement. C'est créer la possibilité d'un espace de non-jugement sur mesure.

« Et c'est là que la confiance cassée depuis bien longtemps à travers de multiples expériences, réapparaît avec toute personne qui rencontrera une personne isolée, violée dans tous les sens du terme, non seulement physiquement; une personne mais également une vie, un dossier, bref du papier passé de main en main entre une multitude de gens qui doivent apprendre et font des stages de 6 mois... »

Les femmes que je rencontre me décrivent sans détours les subtils mécanismes et rouages d'une violence devenue institutionnelle qui petit à petit les enkyte dans une absence de reconnaissance et les fige dans une forme d'anonymat.

« Prise entre des larmes de rage, de frustration et d'incompréhension, je t'écris ces mots tout en pensant que décidément je tourne à l'envers dans ce monde. »

Jusqu'à renoncer à un traitement devant l'impossibilité ou la honte à dévoiler un corps meurtri par les cicatrices indélébiles des injections. Parfois, peu à peu, le corps se fige, s'endort, ne fait plus de bruit. Entendre cette porte qui se referme et c'est la féminité qui quitte la femme, la pousse dans l'ombre, le corps qui change, les stigmates qui ne disparaissent jamais.

Rencontrer les femmes toxicomanes, échanger avec elles, entendre leur combat, c'est s'engager face à l'évidence des limites d'une politique répressive. La criminalisation des drogues, l'humiliation ressentie dans les contrôles répressifs, a aussi des conséquences sur le travail social de rue et touche les femmes de manière particulière.

Elle diminue davantage la possibilité de les rencontrer et réduit une minorité silencieuse à l'isolement avec des effets dévastateurs sur les passerelles vers les dispositifs d'aide et de soins.

Les stratégies comme le repli, la discrétion, l'isolement sont mobilisées pour ne pas une fois encore être réduites à l'engrenage infernal de la culpabilité, de l'incompétence et de l'incompréhension.

Dès lors, c'est la violence des mots que les femmes partagent pour sortir du silence, donner chair à leurs angoisses, leurs phobies, ces peurs qui surgissent au détour d'un rendez-vous. Elles racontent comment, parfois, elles finissent par renoncer à demander de l'aide.

Prendre en compte l'urgence sociale des femmes en situation de consommation, c'est toujours et encore adapter son pas, son rythme au leur. C'est accepter un sentiment d'impuissance tenace qui envahit d'emblée l'espace de la rencontre, avec ses exigences d'humilité, d'implication, et construire dans la durée ce lien de confiance, sur lequel peut s'appuyer l'intervention sociale.

Il s'agit d'interroger nos frontières institutionnelles, les conséquences humaines des politiques répressives, pour les rejoindre dans leur humanité, celle qui nous permet de prendre en compte la nôtre et développer ensemble les espaces de solidarité et de liens dans les villes et aux frontières des espaces urbains.

Solidarité entre pairs

L'approche de la réduction des risques tenant compte des spécificités liées aux femmes toxicomanes nous emmène inexorablement aux frontières d'une posture féministe, car elles nous révèlent sans détours les enjeux de la non-mixité comme une étape nécessaire et précieuse pour nommer et rendre visible le combat en tant que femme, toxicomane et souvent mère.

Derrière le récit de leur parcours, elles partagent et nous racontent l'histoire qui les relie. Elles mettent en lumière le soutien entre pairs, une forme de solidarité informelle nécessaire aux conditions de survie dans la rue.

« Quand je faisais le trottoir, j'avais rencontré une femme, comme moi, qui se prostituait. C'était un peu ma maman, quand je faisais la route, elle me guidait, me conseillait, elle regardait dans quelle voiture je montais, comme une sorte de protection, je pense qu'elle m'a sauvé la vie. »

Celles qui ont survécu ont aujourd'hui entre 40 et 50 ans, elles ont partagé une époque ensemble et sont des précieuses ressources pour la nouvelle génération.

« Si je rencontre une jeune fille dans la rue, même que je la connais pas depuis 10 ans, que c'est une gamine de 17-18 ans, et qu'elle trouve pas son préservatif, je la laisserai pas aller sur le trottoir, je vais chercher un présé avec elle, même si ça me prend 3 heures... parce que je pense qu'avec moi, elles ont moins peur, elles ont plus confiance, parce que j'en fait partie. Pour moi c'est normal de dépanner. »

Ce que révèlent les femmes en situation de consommation, c'est l'urgence de partager leur combat, leurs codes de survie, pour transformer leur indignation en mobilisation, pour que la génération future ne soit pas une inéluctable répétition d'un scénario annoncé.

« T'es obligée de toi retrouver une dignité pour pouvoir l'offrir à ton enfant et à ton entourage. A travers toi, ils la retrouvent aussi. »

Des espaces d'entre soi

Il est important de développer davantage des espaces de rencontre entre femmes, des espaces d'entre soi, qui permettent de créer les bonnes conditions pour favoriser leur implication et leur mobilisation dans les projets qui les concernent.

En effet, les perspectives d'avenir du travail social sont nécessairement dans le développement d'actions communautaires prenant en compte les spécificités des femmes en situation de toxicomanie, en s'appuyant sur les compétences qui les rassemblent. Il s'agit de rendre visible leurs capacités acquises dans leur combat pour rester en vie, préserver ou retrouver une forme de dignité.

A Lausanne, des femmes ont souhaité créer un espace d'échanges entre elles, en tant que femme, maman et toxicomane. Les accompagner dans ce processus de création de cet espace de rencontre, d'entre soi, de non-jugement, et de résistance, leur a permis de manière infime de se restaurer en miroir, au fil des semaines et des mois. Elles se sont mobilisées ensemble pour aborder la question du soutien à la parentalité avec d'autres femmes et avec les professionnels concernés.

« Pouvoir parler avec des personnes qui ont vécu la même expérience que moi, ça m'a donné de la valeur... »

« Ce qui me fait du bien c'est de pouvoir parler sans tabou et sans réserve avec des femmes qui ont vécu la même expérience que moi.. »

Elles partagent les représentations qu'elles ont des différentes formes que revêt la toxicomanie dans le corps et l'âme des femmes. Elles osent sans la peur du jugement, aborder ce qu'elles vivent, l'intime blessé, les expériences du quotidien et les rêves à construire.

Entre elles, entre pairs, elles se confient, dans cet espace sécurisé, se conseillent, proposent des solutions, échangent des bons tuyaux.

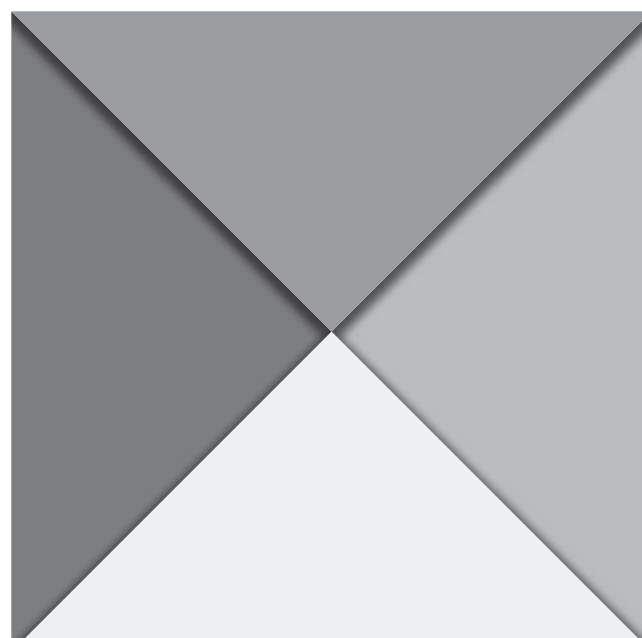
L'impact de cet espace se répercute bien au-delà de ce rendez-vous hebdomadaire. Elles prennent soin ailleurs, dans leur itinérance, d'autres femmes, d'autres futures mères. Elles jouent un rôle actif à travers leur mobilisation, dans le changement des représentations souvent figées sur les femmes, toxicomanes et mères.

Lorsque les conditions d'entre soi sont réunies, les femmes mobilisent leur entourage, leur famille, et les professionnels qui les accompagnent dans leur combat pour retrouver avec classe et humour leur dignité.

Elles nous brandissent ainsi cette invitation, à nous, professionnels et témoins des maltraitements vécus dans un scénario de répétition tenace, d'accepter de prendre en compte ces formidables capacités à transformer en résistance leur indignation et ce sentiment d'impuissance partagé.

Les conditions de nos interventions auprès des femmes toxicomanes exigent de s'inscrire dans la durée, de croire en la valeur de leur parole, de prendre en compte leurs expériences de vie, celles qui les rassemblent, et les relient entre elles dans une forme incontestable de solidarité. C'est dans cette perspective de développement communautaire que nos interventions sociales pourront prendre du sens.

Courriel :
pfontannaz@relais.ch



**DÉFIS D'UNE SUISSE URBAINE POUR LA COOPÉRATION
ENTRE LE DOMAINE DES ADDICTIONS ET LA POLICE**

Journée nationale du groupe de travail CoP
(Coopération entre la police et les services
sociaux en matière de drogues et de sida)
organisée par l'OFSP, fedpol et Infodrog

24 • 06 • 2015

Palais des Congrès • Biel • Bienne
Pour plus d'informations : www.infodrog.ch

DE L'AIDE D'URGENCE À UNE POLITIQUE DROGUES GÉRABLE DANS LA CITÉ

Astrid Wüthrich, cheffe de projet « Stratégie addiction », OFSP et **Christian Schneider**, analyste stratégique, FEDPOL

Les auteurs retracent les conditions de l'émergence de la réduction des risques en Suisse, ses succès mais aussi les freins à sa reconnaissance au niveau politique. Ils analysent aussi plus particulièrement le rôle de la collaboration entre les offres à bas seuil et la police dans l'évolution de la politique en matière de drogues en Suisse. Cet article a été publié initialement en allemand¹. Vous le retrouverez en français en intégralité sur www.bag.admin.ch, www.grea.ch, www.addictionsuisse.ch (réd.)

INTRODUCTION : ILLUSIONS ET RÉALITÉ DE LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

Les politiques qui ont pour but une société sans drogues et qui comptent y parvenir grâce à la prohibition relèvent de l'illusion. C'est pourtant la voie suivie par la majorité des Etats de la planète et la Suisse ne fait pas exception: sa loi sur les stupéfiants (LStup) interdit la détention et la consommation de toute une série de substances psychoactives et punit les contrevenants. Même si la réduction des risques y a maintenant trouvé sa place, son article 1, alinéa a, demande que l'on prévienne la consommation de drogues « notamment en favorisant l'abstinence ».

Il existe pourtant une réalité, celle de la circulation et de l'usage de drogues, réalité bien plus complexe que la vision législative. La prévalence de la consommation de drogue au niveau mondial est restée relativement constante depuis près d'une décennie (EMCDDA 2014). Dans le meilleur des cas, les cinquante années de prohibition expliqueraient pourquoi la consommation n'a pas plus progressé qu'elle ne l'a fait. Dans le pire des cas, les diverses formes d'interdiction ont entraîné une série de dommages collatéraux, ceux que le discours politique regroupe sous l'euphémisme de « conséquences involontaires ». En effet, l'expérience a montré dans de nombreux pays qu'accroître la pression en augmentant la répression contre les consommateurs ne résolvait pas le problème.

La Suisse a vécu de manière traumatisante les effets de sa politique de la drogue centrée sur l'interdit appliqué systématiquement par la police et les autorités sanitaires jusque tard dans les années 80. On a combattu les scènes ouvertes surgies dans la majorité des villes du pays par des évacuations (Csetse 2010), le contrôle de l'usage des seringues (Wüthrich 2004, 19; Grob, 23), des mesures de répression ciblées contre les consommateurs (Nord/Stohler 2010) et par la stigmatisation de la consommation. A la fin des années 80, le Platzspitz de Zurich – un Needle Park dont les images ont fait le tour de la planète – voyait passer jusqu'à 3000 per-

sonnes par jour venues principalement pour y consommer de l'héroïne (Csetse 2010; MacCoun/Reuter 2001, 278-286). Un spectacle cauchemardesque et difficilement compréhensible pour les habitants de ce pays habitué au calme et au respect de la loi. Les overdoses y étaient quotidiennes. Le sida et l'hépatite C s'y propageaient rapidement.

RÉDUCTION DES RISQUES : DE L'EXPÉDIENT À L'ÉMBLÈME DE LA POLI- TIQUE SUISSE EN MATIÈRE DE DROGUES

Plus de vingt ans après son introduction en situation de crise, la réduction des risques a trouvé un ancrage dans la loi suisse sur les stupéfiants et figure désormais parmi les objectifs de la politique drogues au même titre que le soutien de l'abstinence. La prise en compte de la réduction des risques est certainement l'une des raisons des succès visibles et mesurables de la politique suisse de la drogue: disparition des scènes ouvertes, recul de la criminalité dite « d'acquisition » (Killias/Aebi 2000), baisse importante du nombre de décès liés aux drogues. La propagation du sida et de l'hépatite C entre consommateurs s'est ralentie et l'injection intraveineuse a fait partiellement place à des modes de consommation moins risqués. La réduction des risques a ainsi rendu l'usage de drogues moins risqué et plus supportable pour la cité, mais il a fallu beaucoup de temps et d'efforts pour la faire accepter au niveau politique.. Ce décalage important montre qu'en matière de politique drogues, l'efficacité d'une approche ne conduit pas automatiquement à son adoption.

Cette évolution résulte des interactions complexes entre différents acteurs agissant à différents niveaux politiques. Les choses n'ont pas progressé sans heurts. Au contraire: la perception des problèmes, les attentes mutuelles des acteurs, les objectifs à atteindre ainsi que la marge d'action des uns et des autres étaient loin d'être uniformes et conditionnés par des facteurs qui ne relevaient pas de la politique drogues au sens strict. Au cœur de ce processus, on distingue deux grands acteurs principaux: les milieux d'aide aux usagers de drogues et la police.

¹ Wüthrich, Astrid und Schneider, Christian (2014). Von der Nothilfe zur stadtverträglichen Drogenpolitik: Zur Rolle der Zusammenarbeit von Suchthilfe und Polizei im Spiegel drogenpolitischer Entwicklungen in der Schweiz. Zeitschrift für Polizeiwissenschaft und Polizeiliche Praxis 10(4): 67-78.

Les exemples ci-dessous illustrent clairement trois des défis concrets se présentant dans la pratique de la réduction des risques : la coordination entre police et le milieu de l'aide afin de réduire les externalités de la consommation de drogues, la coopération pour l'amélioration des solutions actuelles et le développement de nouvelles approches, tant théoriques que pratiques, d'adaptation aux problèmes qui surgissent.

COORDINATION : L'INTÉRÊT DES OFFRES À BAS SEUIL

Jusque tard dans les années 80, voire au-delà, l'usage ou la simple détention de seringues était déjà considéré comme un délit (Grob 2009, 36). Conséquence paradoxale: alors que, dans le cadre de l'aide ambulatoire proposée par exemple sur les scènes ouvertes, des travailleurs et travailleuses sociaux distribuaient des seringues propres, plus loin la police confisquait ces seringues, les produits et tout autre matériel pouvant servir à la consommation. S'en suivit une guerre d'usure entre travail social et la police sur la « bonne » politique drogues.

En 1986, lorsque le premier Fixerstübli (local d'injection) au monde toléré par les autorités ouvrit ses portes à Berne, les acteurs de la réduction des risques tenaient à protéger les consommateurs contre la police, ce qui, dans le contexte d'alors, n'était pas surprenant. Près de dix ans encore après l'ouverture du premier centre de contact et six ans environ après leur autorisation par le canton de Berne, les consommateurs se plaignaient explicitement de la conduite des policiers. Ils souhaitaient « être traités convenablement » et critiquaient « les manières souvent brutales de la police avec les consommateurs » (Braun et al. 1995, 94). Pour Braun et al., la criminalisation des consommateurs, mais également l'attitude de la police à leur égard firent initialement obstacle à la mise en place d'une collaboration centrée sur la réduction des risques. Il a fallu que la police et l'ensemble de la société reconsidèrent leur perception du problème pour que la remise de seringues propres ou les locaux d'injection ne soient plus considérés comme une incitation à la consommation. Bertino Somaini remarque que cette évolution a permis que « les consommateurs et prostituées redeviennent des citoyens suisses », lesquels, en tant que sujets de la politique fédérale, ne sauraient être rejetés par l'Etat (Somaini 202, 123).

Les premières concertations entre travailleurs sociaux et la police remontent déjà à l'époque du Platzspitz. Peter Gross décrit les patrouilles quotidiennes effectuées par les assistants « le long d'un itinéraire établi avec la police ». Les patrouilles « échangeaient les seringues et les aiguilles, distribuaient de la pommade pour les veines, des tampons d'alcool et des préservatifs, et prodiguaient les premiers secours » (Gross 2009, 55). Aujourd'hui comme alors, il s'agit pour les professionnels socio-sanitaires de créer des conditions de consommation aussi hygiéniques que possible pour prévenir la transmission des maladies et d'as-

surer des structures de jour aussi complètes que possibles, tandis que la police a pour mission de prévenir l'ouverture de scènes ouvertes, de lutter contre la consommation et le commerce de drogues illégales et d'assurer ou d'améliorer le sentiment de sécurité de la population. Ces deux groupes de professionnels travaillent sur le même groupe-cible avec pour but de réduire les nuisances publiques et privées, mais la mission des autorités de poursuite pénale est en conflit avec l'offre d'espaces protégés aux consommateurs (voir Bürge/Aegerter 2013).

Le principal obstacle à la bonne collaboration entre les parties est l'interprétation trop rigide de leur mission. Ouvrir un local d'injection ou simplement un centre d'accueil pour consommateurs de drogue n'a de sens que si on peut s'y rendre sans être interpellé par la police, qui se voit donc impliquée dans le bon fonctionnement de ces espaces protégés. De leur côté, les personnes qui gèrent ces centres d'accueil concluent avec la police des accords sur les conditions ou circonstances dans lesquelles elle peut y intervenir afin d'y assurer un certain niveau de sécurité et de prévenir les délits.

A Berne notamment, la collaboration des parties prévoit en outre la manière dont les gérants des centres d'accueil et l'unité de police concernée doivent se comporter ensemble face aux consommateurs et face au public, leur manière d'intervenir dans les réunions de quartier et de collaborer en cas de violences ou d'autres menaces (voir Bürge/Aegerter 2013). Il est crucial de définir clairement les responsabilités, de s'assurer qu'elles sont explicitement acceptées et de veiller à l'égalité des possibilités d'intervention de tous les acteurs.

COOPÉRATION : DE LA COEXISTENCE À LA COLLABORATION

Si l'exemple ci-dessus est pour ainsi dire l'exemple-type de collaboration, il existe d'autres formes de coopération. La ville de Saint-Gall a ouvert son premier local d'injection en 1990 déjà et l'a soumis à une évaluation constante, en particulier sur la propagation des maladies transmissibles. En 1991, toutefois, une votation populaire entraîna sa fermeture (Lander 1991).

Au cours des années 1990 et 2000, la municipalité a réussi à prévenir la réapparition de scènes ouvertes et à négocier une forme de coexistence acceptable entre habitants, consommateurs, professionnels socio-sanitaires et police, portant sur l'usage de l'espace public. Aujourd'hui, cette coexistence repose largement sur un document intitulé « Attitude à respecter dans les espaces publics de la Ville de Saint-Gall » cosigné par le responsable de la Fondation d'aide aux personnes dépendantes, celui du Secrétariat à la jeunesse et le commandant de la police municipale. Ce document affirme clairement que l'espace public est et doit rester ouvert à l'ensemble de la population et que, parallèlement, des lieux ont été créés à l'intention de « groupes marginaux » qui peuvent

les utiliser de manière largement autonome. Parmi les conditions posées à la jouissance de ces lieux, le document mentionne un comportement conforme aux lois, le respect des autres utilisateurs ainsi que le renoncement à toute exclusivité. Le document stipule en conclusion que cette collaboration ne peut se maintenir que moyennant « une communication régulière et formalisée entre toutes les parties responsables de la qualité de vie et de l'espace public ». Ce qui nécessite « des échanges constants aux niveaux tant stratégique qu'opérationnel » et le respect de l'attitude de base convenue d'un commun accord.

On peut regretter le manque de précision sur l'attitude que doivent adopter entre eux les trois partenaires du document. Mais c'est peut-être la condition pour que les aspects concrets de la collaboration stratégique et opérationnelle soient facilement renégociables et que le dispositif puisse ainsi s'adapter aux circonstances et aux besoins. Pour les acteurs soucieux de trouver une forme de collaboration sur l'usage de l'espace public, il serait fatal de vouloir se limiter à la recherche de solutions concrètes aux problèmes complexes qui se posent. Les solutions durables ne reposent pas que sur des procédures bien définies mais bel et bien sur un consensus portant sur un ensemble commun de valeurs et une compréhension assez large de la mission, en l'occurrence la sécurité de l'espace public et son ouverture à l'ensemble de la population.

PERSPECTIVES : LA COLLABORATION PEUT-ELLE OUVRIR DE NOUVELLES VOIES À LA POLITIQUE DROGUES ?

Le Canton-ville de Genève suit une voie différente et, à notre connaissance, unique en son genre sur le continent européen. En 2012 déjà, les spécialistes en addictions de Suisse romande ont demandé que la politique suisse de la drogue change de cap, le consensus sur l'équilibre entre la réduction des risques et la répression s'étant effrité (voir Savary 2013). A la même époque, un groupe de travail hors partis se constituait sur la question de la sécurité dans l'espace public, répondant au sentiment diffus d'insécurité de la population locale provoqué essentiellement par le développement du deal de rue. Si le groupe de travail hors partis a remis en cause la politique drogues, il n'a pourtant pas demandé l'augmentation des forces de police ou le renforcement des poursuites contre les dealers et les consommateurs. Pour lui, le seul moyen de répondre au deal de rue et à ses effets délétères est de changer de vision et de pratique dans nos rapports avec les substances illicites. Il demande en particulier que, pour des raisons de politique de sécurité, on renonce à poursuivre la consommation du cannabis et qu'on autorise sa production et sa vente dans un cadre bien précis. Concrètement, il s'agit de retourner le problème et de l'aborder sous l'angle de la politique de sécurité. L'expérience a démontré que l'application rigoureuse des mesures d'interdiction des substances illicites ne permettait ni d'améliorer la sécurité de l'espace public ni de protéger la santé publique. Il faut donc oser franchir le pas et adopter

d'autres modes de régulation (Francey 2013). La position du groupe de travail genevois est partagée par différents acteurs du terrain (professionnels socio-sanitaires, police), pour des raisons tant stratégiques qu'opérationnelles (voir en particulier Guénat/Savary 2014).

En ce qui concerne la collaboration entre le travail de réduction des risques et la police, l'exemple de Genève présente un grand d'intérêt car les autorités chargées de la sécurité y abordent la question de leur propre rôle. Du point de vue de la santé publique, la question des rapports entre la société et les drogues ne se pose plus de la même façon que dans la Suisse des années 2000. Le groupe de Genève a choisi de s'attaquer au marché noir et de reposer la question du rôle des professionnels du socio-sanitaire et de la police. Cela lui permet de discuter des réponses à apporter au sentiment d'insécurité, donc de débattre de vraies questions de politique de sécurité, et de répondre simultanément à la revendication centrale de la réduction des risques: la dépénalisation de la consommation et la mise à disposition de substances de bonne qualité. Il est clair que ces propositions exigeraient de chacun qu'il reconsidère son rôle et que l'on réinterprète la politique des quatre piliers.

PILOTER LE NON-PILOTABLE ? LA STRATÉGIE DES QUATRE PILIERS

Les trois exemples ci-dessus – qui illustrent des modes de collaboration en matière de coordination, de coopération et de poursuite de l'action – présentent plusieurs parallèles. Dans les trois cas, les acteurs locaux ont participé à l'analyse de la situation. Dans les trois cas, il a fallu pour s'attaquer aux problèmes que les deux parties (milieux socio-sanitaires et sécuritaires) reconsidèrent leurs principes de base, leur mission et leur identité. Dans les trois cas, la collaboration ne pouvait fonctionner que sur la base de propositions pragmatiques permettant de progresser parallèlement sur plusieurs problématiques. Le dernier exemple montre bien que cette démarche peut être fructueuse et permet de dégager des solutions dépassant, ou du moins remettant en cause les pratiques actuelles.

L'un des points importants de l'application des mesures de réduction des risques est, de toute évidence, d'accorder et de garantir une certaine marge de manœuvre aux acteurs locaux. Pour les autorités fédérales se pose la question de savoir si ce processus est réellement du pilotable, et à l'aide de quels instruments. En se contentant de faire confiance au potentiel d'innovation des acteurs locaux, elles ne répondraient pas à leur mandat de pilotage du processus et prendraient le risque de voir l'application des mesures s'arrêter à des niveaux différents selon les constellations politiques locales. Cela remettrait en cause les objectifs déclarés de la politique du pays en matière de drogue. Cependant, force est de constater que les solutions ne sauraient être simplement imposées par les autorités fédérales. Les solutions doivent en bonne partie être organisées sur le plan local.

De nombreuses villes suisses ont déjà créé des groupes de travail et des plateformes de collaboration chargés d'appliquer les mesures de politique de la drogue. Il ne s'agit pas que de créations spontanées nées des besoins des acteurs de terrain, mais également d'organes résultant d'une volonté politique. Leur particularité: les compétences décisionnelles y sont confiées aux spécialistes des milieux impliqués (voir Wälti et al. 2004; Kübler 2000). Le principal objectif de ces plateformes est la clarification des rapports entre les professionnels socio-sanitaires et la police et la mise en place des conditions-cadre nécessaires à une bonne collaboration. Les autorités fédérales ont imité cette stratégie en créant leur propre plateforme, la Plateforme de coordination et de services dans le domaine des dépendances (KDS). Sa tâche est d'assurer le transfert des connaissances entre services, organisations et acteurs, d'identifier les interfaces permettant d'agir localement, de favoriser le dialogue sur la mise en œuvre des dispositions légales et de lancer des ponts entre la politique fédérale et les réalités locales. Il ne s'agit pas pour le gouvernement fédéral de décréter le dialogue politique sur l'application des directives prévues par la LStup mais plutôt de créer les conditions nécessaires à son instauration.

Organiser les choses de la sorte, est-ce bien gouverner, est-ce bien piloter? Cela dépend de la vision qu'on a de l'Etat. Les travaux scientifiques sur la question signalent toutefois qu'il n'existe que peu d'alternatives à ce type d'arrangements. La collaboration ne peut pas simplement se décréter. Les lois peuvent difficilement forcer les parties réunies autour d'une table à s'entendre. Une pareille approche ne débouche généralement ni sur le partage d'une compréhension des situations, ni sur un mode de collaboration accepté de part et d'autre (Börzel 1998). En revanche, l'Etat coopératif (voir Braun/Guinand 2009) table sur des formes hybrides de collaboration plutôt que sur les ordres venant d'en haut, le réalisme montrant que ces derniers ne sont pas appliqués.

Ces formes hybrides de gouvernance ne fonctionnent pas automatiquement à satisfaction. La recherche a identifié une série de facteurs qui, non seulement simplifient la gouvernance coopérative, mais lui confèrent aussi toute son efficacité. Hughes et al. (2013) les classent selon huit critères: un accès facilité aux processus de recherche de solutions, la recherche du consensus, une claire attribution et acceptation des responsabilités, la transparence des processus, la réactivité (se donner les moyens de réagir à temps aux problèmes que l'on voit poindre), l'efficacité et l'efficience dans l'utilisation des ressources, l'égalité des chances de participation pour tous les acteurs et l'existence de bases légales au processus. Il est sans doute impossible de satisfaire sans fautes toutes ces exigences, si bien que ces huit critères sont plutôt des principes de bonne gouvernance et que leur utilité est surtout de permettre d'analyser les aspects de la coordination insuffisamment développés ou simplement ignorés.

Le fait que la plupart des villes suisses aient trouvé depuis une bonne décennie la manière de traiter la partie publique et visible de leur «question drogues», et le fait que les pla-

teformes de coopération au niveau local et national continuent de fonctionner suggèrent que la voie choisie par le gouvernement fédéral pour piloter et appliquer les mesures qu'il préconise est appréciée des cantons et des villes. De même, les instruments de pilotage semblent assez souples pour intervenir sur des problèmes dont les contours changent avec le temps. Sans pouvoir qualifier la politique suisse en matière de drogues d'exemple de bonne gouvernance au sens de la définition ci-dessus, on peut se féliciter que l'arrangement actuel ne soit pas ignoré des acteurs chargés de résoudre les problèmes.

CONCLUSION

L'histoire de la politique suisse en matière de drogues est celle d'un radical changement de cap. L'échec de la stratégie répressive – fondée sur une illusion – a ouvert la voie au développement d'approches intégratives. Les autorités supérieures – ici le gouvernement et les autorités – jouent un rôle important puisqu'il leur revient de créer les conditions permettant de dégager des solutions locales, d'identifier les interfaces et d'assurer la diversité des contributions. Mais dans une approche intégrative, la responsabilité, la compétence et l'inventivité nécessaires à l'émergence des solutions est le fait de chacun. Dans le cas de la politique suisse en matière de drogues, une bonne partie de l'innovation vient de la collaboration entre professionnels socio-sanitaires et la police. A la confrontation initiale – provoquée surtout par la différence des perspectives, des missions et des priorités des deux groupes professionnels – a succédé la voie des arrangements ayant permis de résoudre une série de problèmes locaux, une voie accidentée dont on ne pouvait prévoir qu'elle ouvrirait sur une nouvelle approche de la politique de la drogue.

Avant d'aborder en commun la question de leurs rôles respectifs et de la manière de les interpréter, les professionnels socio-sanitaires et la police doivent bien réfléchir à la nature de leur mission, aux conséquences de leurs actes et, surtout, bien percevoir les objectifs sociaux supérieurs en jeu. Au niveau politique, cela signifie qu'il faut trouver un équilibre entre les objectifs de la santé publique et ceux de l'ordre public, équilibre que la simple interdiction à tout prix de consommer et de détenir des drogues ne suffit pas à établir. Les deux milieux professionnels doivent également pouvoir remettre régulièrement en cause leurs rôles et leurs modes d'intervention, et régulièrement reformuler leurs objectifs de manière à rester en phase d'une part avec l'accompagnement des usagers, et d'autre part avec les tâches de police. Etant donné qu'aussi bien les milieux socio-sanitaires que sécuritaires doivent jouir d'un appui social, politique, professionnel et régional, il semble bien que la recherche de la forme idéale de collaboration ne sera jamais vraiment terminée.

Courriel :

astrid.wuethrich@bag.admin.ch

Christian.Schneider@fedpol.admin.ch

QUI FINANCE LA RÉDUCTION DES RISQUES ?

Nicolas Dietrich, délégué aux questions liées aux addictions du canton de Fribourg

Si la réduction des risques a trouvé un ancrage politique depuis 2008 dans la LSTUP, qu'en est-il de son financement en Suisse romande ? Quelle est la part de la Confédération, des cantons, des communes ? Existe-t-il d'autres sources de recettes ? Nicolas Dietrich a mené l'enquête auprès de huit institutions romandes. (réd.)

La réduction des risques est un des 4 piliers de la politique nationale en matière d'addictions. Elle est à la fois un modèle d'intervention, une pratique et une politique destinée aux consommatrices et consommateurs de substances psychotropes (1). Depuis les années 90, la réduction des risques a trouvé sa concrétisation dans une palette d'offres, qui forme moins un ensemble structuré qu'une constellation de prestations s'adaptant constamment aux besoins des usagers. Parmi celles-ci, on peut citer la mise à disposition de lieux d'accueil, d'espaces de consommation, d'actions de prévention des maladies transmissibles ainsi que l'accès à certains droits civiques et sociaux, comme par exemple accéder à un domicile fixe.

Même si la réduction des risques est un thème plus ou moins sensible selon les cantons, son financement ne touche pas seulement aux questions politiques, mais aussi à celles de l'intégration de ces offres spécialisées dans la santé publique et la prévoyance sociale. Cet article en examine les derniers développements et le rôle de chaque acteur.

LES SOURCES DE FINANCEMENT

Comme il n'existe ni chiffre ni étude sur le financement des offres de réduction des risques en Suisse, quelques questions ont été soumises aux 6 institutions romandes fournissant les 8 offres principales afin de connaître leurs sources de financement (voir tableau et graphique). D'emblée, nous pouvons constater une hétérogénéité entre les 6 institutions, qui appelle les commentaires suivants :

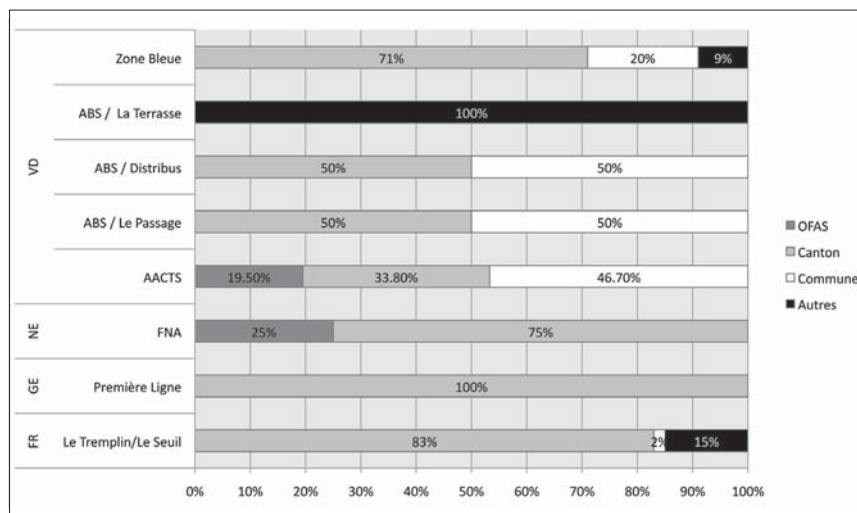
1. Pour 5 offres parmi les 8, le canton verse la part principale. Concernant *Première Ligne*, il finance même le 100%. Si *Le Passage* a un financement paritaire entre le canton et les communes aujourd'hui, la part communale passera à 40% et celle du canton à 60% dès 2015. Pour la majorité des offres, le canton est donc le principal pourvoyeur.
2. Pour 4 offres parmi les 8, les communes sont les deuxième financeurs. Selon les informations fournies par les institutions, ce financement leur est octroyé sous forme de subvention collective non spécifique provenant par exemple d'un fond régional alimenté par des montants versés en fonction du nombre d'habitants.
3. La Confédération ne finance ce type d'offre que via l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) à travers l'application de l'article 74 de la Loi sur l'assurance-invalidité (LAI) : *L'assurance subventionne l'aide*

privée aux invalides pour l'exercice des activités suivantes : conseiller et aider les invalides, conseiller les proches d'invalides, favoriser et développer l'habileté des invalides en organisant des cours spéciaux à leur intention (2). Il s'agit d'une subvention tributaire du nombre de consommatrices et consommateurs invalides au sens de la LAI fréquentant l'institution. L'OFAS finance entre 20% et 25% du budget pour 2 offres parmi les 8.

4. Le financement par la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) est actuellement inexistant dans les institutions de réduction des risques en Suisse romande. Ceci s'explique par le fait qu'il s'agit d'institutions sociales, non liées aux assureurs-maladie.
5. La rubrique « Autres » est constituée du produit des ventes de repas dans un lieu d'accueil (*Le Tremplin/Le Seuil*), d'indemnités perçues pour l'accompagnement des stagiaires des hautes écoles, de cours dispensés, de cotisations ou de dons reçus (*Zone Bleue*). Elle finance entre 10 et 15% du budget de 2 offres parmi les 8. Concernant *La Terrasse*, projet pilote lancé depuis février 2014 pour une période de deux ans, le financement provient à 100% de la dîme de l'alcool et du « fond drogues ».

		OFAS	Canton	Commune	LAMal	Autres
FR	Le Tremplin/ Le Seuil	0	83%	2%	0	15%
GE	Première Ligne	0	100%	0	0	0
NE	FNA	25%	75%	0	0	0
VD	AACTS	19.5%	33.8%	46.7%	0	0
	ABS/ Le Passage	0	50%	50%	0	0
	ABS/ Distribus	0	50%	50%	0	0
	ABS/ La Terrasse	0	0	0	0	100%
	Zone Bleue	0	71%	20%	0	9%

Tableau : Sources de financement des institutions de réduction des risques, Suisse romande, année 2014



Graphique : Sources de financement des institutions de réduction des risques, Suisse romande, année 2014

QUELLES TENDANCES ?

Hormis les questions de sources de financement, les directions d'institutions ont été interrogées sur les tendances financières et les événements marquants constatés lors des dix dernières années.

HAUSSE DES BESOINS DES CONSOMMATEURS

Durant cette période, les institutions ont vécu à la fois une extension et une diversification de leurs offres. En effet, elles ont pu créer de nouvelles prestations en faveur de certains groupes-cibles (milieu festif, consommateurs d'alcool, etc) et ont aussi élargi leur action, par exemple à d'autres modes de consommation que l'injection comme l'inhalation et le sniff. Par ailleurs, elles ont diversifié leurs offres en traitant des questions de logement, de risques psychiques et de précarité sociale. Ces besoins sont en hausse à l'heure actuelle.

LES CANTONS JOUENT LE PREMIER RÔLE

L'ancrage de la réduction des risques dans la Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup) a été obtenu grâce à la révision entrée en vigueur au 1er janvier 2008. Cette base légale ne garantit toutefois aucun financement. De manière générale, la LStup attribue aux cantons les compétences en matière de traitements, de prise en charge, d'autorisation des traitements au moyen de stupéfiants, de réinsertion ainsi que de réduction des risques. Les communes n'ont pas de compétence définie au niveau fédéral, mais en ont dans le cadre des lois cantonales et communales, par exemple via les lois de police, de gestion de l'espace public et via la loi sur l'aide sociale.

Dans la pratique, aucun financement n'est octroyé de manière automatique et il appartient aux institutions de s'appuyer sur ces textes pour rendre concrètes ces dispositions légales. C'est une des raisons qui explique la variabilité du financement de la réduction des risques selon les cantons. L'hétérogénéité des sources de financement n'a rien d'exceptionnel car on connaît déjà cette situation dans d'autres domaines des addictions, notamment dans le pilier « thérapie ». Dès 2008, certaines tâches sont passées de la Confédération aux cantons par la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT). Selon les cantons, il peut arriver que plusieurs départements ou directions financent une part de ces institutions. Ce sont le plus souvent la Santé publique, la Prévoyance sociale et/ou l'Action sociale.

En ce qui concerne la réduction des risques, la plus grande part du financement est liée aux structures (financement par objet) et non aux clients. Ce qui place ces offres dans une situation très différente de celle des institutions de thérapies résidentielles qui, elles, ont une part importante de financement liée aux clients (subvention publique via le client et financement sortant de la poche du client) et sont donc tributaires de leur taux d'occupation (3). Selon la Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI) (4), les cantons garantissent que les personnes invalides domiciliées sur leur territoire ont à leur disposition des institutions répondant adéquatement à leurs besoins. Pour ce faire, les cantons doivent arrêter un plan stratégique visant à promouvoir l'intégration des personnes invalides et/ou en situation de handicap. Si les institutions ont la liberté de proposer de nouveaux projets, l'analyse globale des besoins et la validation des prestations relèvent donc des cantons.

PRESSION SUR LE DOMAINE SOCIAL

Face à l'augmentation des besoins et des coûts, les cantons ont réformé le financement et la planification du domaine social. Cette réforme a aussi eu des conséquences sur les structures de réduction des risques. Parmi elles, on peut mentionner l'introduction de standards de qualité et de contrats de prestations, l'adaptation des salaires sur les échelles de classement de l'Etat ou encore l'application de coupes budgétaires découlant des mesures d'économie cantonales. Deux directions d'institution ont fait part de réductions allant de 5 à 10% sur certaines années, ce qui a notamment contraint une institution à ne pas repourvoir 2.85 EPT dès 2013 (4 collaborateurs à temps partiels).

LES COMMUNES DOIVENT GÉRER L'ESPACE PUBLIC URBAIN

L'argument politique avancé par les communes pour financer la réduction des risques est principalement celui de la sécurité dans l'espace public, un thème politiquement très présent durant les dix dernières années. Par ailleurs, il existe une pression politique de plus en plus forte sur l'aide sociale qui s'accompagne d'une augmentation de la précarité dans certains segments de la population. Dans ce contexte, les communes donnent parfois des impulsions pour soutenir certains groupes-cibles en fonction de l'agenda politique. On constate toutefois une diminution progressive des subventions communales et une reprise de celles-ci par les cantons.

COHÉRENCE ET COOPÉRATION SOUHAITABLES

Les éléments qui précèdent nous permettent de conclure que le retrait progressif de la Confédération dans le financement du domaine des addictions n'a pas entraîné le démantèlement des offres de réduction des risques. Globalement, celles-ci ont plutôt obtenu une reconnaissance auprès des financeurs, fruit d'années d'efforts de persuasion pour en montrer les résultats. Par contre, le domaine des addictions dans son ensemble connaît une fragilité financière, et par conséquent celui de la réduction des risques aussi. A cheval sur plusieurs bases légales, son financement est morcelé et appellerait une coordination plus forte.

Dans un contexte où les finances publiques sont sous pression, le moment est propice à une approche rationnelle et au développement d'un modèle intégratif des offres dans le domaine des addictions. Les cantons ont renforcé leur rôle dans le pilotage des prestations tout en se gardant de les rationner avec un pur esprit d'économie, ce qui a rassuré les institutions par rapport aux craintes qu'elles avaient exprimées en 2003 (5). Les cantons gèrent simultanément la planification de la santé, en particulier hospitalière, et le domaine des institutions sociales pour invalides et/ou pour personnes en situation de handicap, ce qui permet une harmonisation progressive des approches de planification. Afin de garantir une bonne réactivité face aux nouveaux risques émergeant dans la population, des espaces de concertation entre cantons et institutions restent très utiles pour relever ensemble les défis à venir.

Courriel :

nicolas.dietrich@fr.ch

Bibliographie :

- 1) La Charte Européenne pour la Réduction des Risques, ERIT avec le soutien de la Commission européenne.
- 2) Nouvelle teneur selon le ch. II 25 de la LF du 6 octobre 2006 (Réforme de la péréquation financière) en vigueur depuis le 1er janvier 2008.
- 3) Herrmann Hannes, Simmel Ueli, Chisholm Alison, Dietrich Nicolas, Keller Aline (2006), *Financement des thérapies résidentielles des dépendances en Suisse, Enquête nationale menée auprès des institutions de thérapie résidentielle des dépendances pour les années 2004 et 2005*, Berne.
- 4) Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides LIPPI, 6 octobre 2006 (Etat le 1er janvier 2008).
- 5) Lindenmayer Hannes, (2003), *Bericht zu aktuellen Situation Niederschwelliger Einrichtungen für Suchtkonsumentende in der Schweiz*, FASD, Zurich, pp 16-21.

DE L'OUVERTURE DES PREMIERS CENTRES D'ACCUEIL À LA RÉDUCTION DES RISQUES

Nicolas Pythoud, directeur de la Fondation ABS, Lausanne

La réduction des risques a une histoire. L'auteur retrace ici pour nous les premiers pas de cette approche dans les années 70, en prenant l'exemple de l'association du Release, dont il est un des fondateurs. Cela lui permet de mesurer la distance qui la sépare du travail aujourd'hui. (réd.)

La réduction des risques a pris de l'ampleur au cours des années 80, rencontrant un intérêt certain dans toute l'Europe. Si l'avènement du virus du sida a joué un rôle prépondérant dans le développement de ce modèle, de nombreuses pratiques visant à limiter les dommages liés aux consommations de drogues existaient déjà depuis le début des années 70.

Souvent dans l'urgence, différents acteurs intervenant à différents niveaux ont mis en place des stratégies de réduction des risques. La mobilisation des étudiants en médecine durant le « Summer of love » à San Francisco en 1967, la création du Syndicat des junkies (junkie bond) ou des Cafés héroïne aux Pays Bas (1979) ou encore les premiers échanges de seringues au début des années 80 à Amsterdam et en Angleterre ne sont que quelques exemples des premières stratégies dites de réduction des risques antérieures à l'épidémie du sida.

Néanmoins, l'apparition du V.I.H a incontestablement modifié l'approche en matière de drogue, notamment au niveau des soins et de la prévention, en questionnant les politiques de santé publique des différents pays touchés; des politiques souvent lacunaires incapables de répondre globalement aux problèmes sanitaires et sociaux posés par les usagers de drogue.

Parallèlement à l'apparition du sida, d'autres facteurs ont également participé à promouvoir la réduction des risques. En effet, la crise économique qui a touché l'Europe dans les années 80 a fortement contribué à la dégradation des conditions de vie de l'ensemble de la population et en particulier des personnes les plus démunies. Les conditions de vie des groupes déjà stigmatisés et fragilisés, dont une large partie des usagers de drogue, ont été profondément péjorées. Cette « clochardisation » a participé à élargir la vision de la réduction des risques jusque-là fortement orientée vers la résolution des problèmes sanitaires.

L'EXEMPLE FRIBOURGEOIS

En Suisse, les premiers centres d'accueil à « bas seuil » ouvrent leurs portes au début des années 70 et se développent dans l'ensemble des cantons à partir des années 80. Ils sont principalement destinés aux usagers de drogue et aux personnes en situation de grande précarité.

En Suisse romande, les premiers centres ouvrent leurs portes à Bienne en 1972 et à Fribourg en 1973. Puis en 1974 viendra s'ajouter le Drop-in de Neuchâtel. Ensuite, il faudra attendre la moitié des années 80 pour que d'autres centres s'ouvrent à l'image du Clodo à Vevey et Trans-At à Delémont. Dans les années nonante, d'autres centres s'implanteront un peu partout en Suisse romande. Toutefois, aucun de ces centres ne comporte d'espace de consommation. Il faudra attendre 2001 pour que le premier centre d'accueil avec espace de consommation s'ouvre à Genève, le Quai 9, et qui reste malheureusement unique en Suisse romande.

Le Release est un enfant de 68, comme beaucoup de projets alternatifs en travail social au début des années 70.

Le Release est né d'une double rupture :

- D'une part, celle de l'usager et en particulier des jeunes face aux valeurs idéologiques dominantes, dans lesquelles ils ne se reconnaissent pas forcément.
- Et, d'autre part, celle de certains professionnels du travail social face à l'institution sociale, avec laquelle il étaient en désaccord. Les raisons des uns et des autres étaient souvent voisines.

Rupture donc, volonté de changement, recherche d'une justice sociale. Voilà ce qui pouvait caractériser très grossièrement l'émergence des pratiques sociales alternatives dont le Release se revendiquait alors.

C'est donc dans ce contexte que des étudiants en psychologie de l'Université de Fribourg ouvriront le centre d'accueil le Release en 1973. Leur but était de créer un lieu accessible aux usagers fribourgeois pour pouvoir échanger et offrir un soutien, sans jugement sur le modèle du Speak-Out à Zürich qui fut le premier centre d'accueil en Suisse.

Pour ce faire, ces étudiants constitueront préalablement l'Association Release en juin 1972 afin de doter le futur centre d'accueil d'une structure juridique et ceci principalement pour bénéficier de ressources financières.

Le centre ouvrira donc ses portes en février 1973. Il reposait sur le principe de l'accueil dit à « bas seuil ». Les valeurs qui en découlaient étaient les suivantes :

- **Travail sans mandat**
- **Pas de dossiers**
- **Respect de la personne et de sa sphère privée**
- **Action non-coercitive axée sur la prise de conscience**

Dès son ouverture, le centre Release démontrera très rapidement son utilité. Entre 1973 et 1974, il enregistra plus de 2'800 passages pour pas moins de 428 usagers. En 1975, le Release passait la barre des 5'000 visites pour plus de 870 usagers. Cependant le centre fut partiellement déserté par les usagers de drogues à la fin des années 70.

Parallèlement à l'accueil au centre, les travailleurs sociaux développent un travail de rue afin d'aller à la rencontre des usagers de drogues qui ne fréquentent pas la structure.

Toutefois, les problèmes sanitaires rencontrés sur le terrain poussent les intervenants à s'adjoindre les services d'un médecin conseil en 1975. Dans un premier temps, le Dr. Steiert recevait les usagers du Release pour leur prescrire un traitement de substitution à la méthadone, traitement dégressif dans une perspective de sevrage et pour leur offrir des soins de base. Rapidement, le médecin s'est rendu compte que la prescription de méthadone à visée d'abstinence pour la majorité des usagers qu'il suivait n'était que peu efficace et que les usagers passaient d'une dépendance illégale à une dépendance légale.

Fort de ce constat, l'équipe du Release et en accord avec son médecin a donc progressivement abandonné le recours aux traitements de substitution à la méthadone, ce d'autant plus que la remise de méthadone biaisait les rapports que l'équipe entretenait alors avec les usagers.

Toutefois et conscient de la nécessité des traitements de substitution afin de réduire les risques de manque, le Release était alors partisan que ces traitements soient remis dans des centres spécialisés. A la fin des années 70 déjà, il préconisait également que ces mêmes centres puissent recourir à la prescription d'héroïne pour les personnes les plus dépendantes qui le désiraient.

Au début des années 80, l'Association Release ira encore plus loin en prônant la dépénalisation de la consommation et la légalisation des drogues. Mais les positions progressistes prises publiquement par l'Association provoqueront une animosité certaine entre elle et les Autorités politiques fribourgeoises ce qui menacera gravement son subventionnement. Elle se mettra également à dos une bonne partie du réseau professionnel romand. Il faut préciser qu'à cette époque, le discours se résumait bien souvent au « tout abstinence » comme le préconisaient de nombreux intervenants en toxicomanie, principalement dans le secteur résidentiel, mais pas seulement.

Et c'est bien l'arrivée du sida au milieu des années 80 et l'émergence des scènes ouvertes de la drogue à Berne comme à Zürich à la fin des années 80 qui permettront de faire évoluer la politique suisse en matière de drogues. C'est dans ce mouvement d'ouverture qu'est né le pilier « aide à la survie et réduction des risques » de la politique suisse en matière de drogue, même si sur le terrain, c'est déjà en 1984 que le concept de réduction des risques a pris forme pour tenter d'enrayer l'épidémie du sida.

Auparavant, l'action des premiers centres d'accueil était principalement orientée vers l'aide à la survie et plus précisément sur les besoins sociaux des usagers de drogues.

Comme nous avons pu le voir, les pionniers de l'accueil des usagers avaient déjà posé les bases de l'accueil dit « à bas seuil » et défriché patiemment le chemin de la réduction des risques. Pour ce faire, ils ont pris des risques sur le plan professionnel en s'engageant personnellement contre le discours et les pratiques professionnelles majoritaires. Ils ont osé faire valoir le bon sens au détriment de la morale. Ils ont fait preuve d'un pragmatisme humaniste face au défi que représentaient le sida et les grandes scènes ouvertes, même s'ils ont été aidés par ces deux phénomènes. Ils ont mis en place les premiers échanges de matériel stérile et le premier local de consommation à Berne en 1986 déjà.

ET AUJOURD'HUI ?

Sans l'engagement de ces visionnaires, qui ont su faire bouger les lignes dans les années 70, il est probable que la réduction des risques n'ait jamais pu émerger au niveau national et devenir une des bases de notre politique drogues. C'est en effet grâce à un certain courage des premiers « pionniers » de la réduction des risques que le discours sur la drogue a pu évoluer. Les pratiques ont bénéficié de cette remise en cause radicale qui était proposée sur le terrain, entre idéalisme, militantisme. Parfois peut-être emprise d'une certaine naïveté, cette posture ne manquait jamais de sincérité et de solidarité.

Une telle histoire serait-elle encore possible aujourd'hui ? A l'heure de la professionnalisation du travail de réduction des risques, ne sommes-nous pas en train de limiter nos propres risques professionnels, liés à une posture militante et à la défense de valeurs humanistes ? Si faire de la réduction des risques à ses débuts signifiait s'engager personnellement sur des chemins non balisés et en innovant, qu'en est-il de nos jours à l'heure des contrats de prestations, des systèmes qualité et des conventions collectives ?

Avons-nous encore l'espace pour créer, pour imaginer de nouvelles approches hors des zones de confort alors que les défis que nous avons à relever aujourd'hui sont encore plus nombreux que jadis ? A n'en pas douter, la relève sera au rendez-vous et saura nous bousculer dans nos certitudes. En premier lieu, avec les usagers eux-mêmes. Mais il est important de souligner que le consensus actuel sur la réduction des risques procède d'une histoire difficile et complexe, qui a vu des personnes s'engager sans retenue, en prenant des risques majeurs, tant judiciaires que professionnels. Ainsi, si nous avons réussi à mieux conceptualiser nos pratiques pour réduire les risques des usagers, il convient de ne pas oublier qu'en matière de posture professionnelle, le risque peut aussi être utile !

Courriel :

nicolas.pythoud@fondationabs.ch

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Suisse
Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne

Groupe romand d'études des addictions GREA
Rue Saint-Pierre 3, CP 6319, 1002 Lausanne

Rédaction :

Corine Kibora, Addiction Suisse
Jean-Félix Savary, GREA

Comité de rédaction :

Pierre-Yves Aubert
directeur adjoint Service Santé de la Jeunesse (DIP) Genève
Barbara Broers
médecin, Service de médecine de premier recours, HUG, Genève
Etienne Maffli
psychologue, Lausanne
Renaud Stachel
resp. du secteur suivi et accompagnement thérapeutique,
FVA, Lausanne
Ann Tharin
professeure, EESP, Lausanne
Frank Zobel
adjoint de direction, Addiction Suisse

Administration et abonnements :

Claude Saunier
Addiction Suisse
CP 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85
fax 021 321 20 40
csaunier@addictionsuisse.ch

Parution

3 fois par an

Abonnement

Suisse : Fr. 45.- par an
Etranger : Fr. 57.- 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

Photos

Istockphoto

Ligne graphique

SDJ.DESIGN
Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368

