

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDE

LA RÉDUCTION DES RISQUES AUJOURD'HUI

*Aujourd'hui qu'en est-il de la reconnaissance
des programmes de réduction des risques par
l'ensemble du réseau socio-sanitaire ?*

*Et qu'en est-il de l'opinion des professionnels
travaillant à l'interne sur l'adaptation du
pilier réduction des risques dans leur canton ?*

En 1991, la confédération, poussée par l'opinion publique opta pour le modèle des quatre piliers : prévention, thérapie, répression et réduction des risques. Mais cette dernière a été sujette à de nombreuses controverses. A l'heure actuelle, les professionnels travaillant dans ces associations de réduction des risques ainsi que leur réseau, jugent ce pilier nécessaire.

Mots-clés : reconnaissance (légitimité) – centres de réductions des risques – les professionnels socio-sanitaires faisant partie du réseau des centres de bas seuils – lutte des professionnels pour la légitimation de leurs actions – modèle des quatre piliers – besoins actuels – offres/demandes – limites/avancées.

Murisier Emmanuelle ES/TP03/Avril 2008

REMERCIEMENTS

Un grand merci à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à mon travail.

Un merci tout particulier aux professionnels et membres du réseau de la LVT à Sion et Martigny, Action communautaire et toxicomanie à Vevey, le centre St-Martin à Lausanne et Première Ligne à Genève qui m'ont généreusement accordé de leur temps et de l'intérêt vis-à-vis de ma recherche.

Merci à M. Jean-Michel Mathey, M. Marc-André Delitroz et M. Christian Pilloud pour leur précieuse aide et leur soutien.

Merci à mes parents, à mon ami ainsi qu'à ma famille pour leur si précieuse aide, leur soutien, leur patience ☺ et surtout leur amour qui est le plus beau des trésors.

Emmanuelle

*LES OPINIONS ÉMISES DANS CE TRAVAIL
N'ENGAGENT QUE LEUR AUTEUR.*

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION

.....	p.6
-------	-----

II. PARTIE THÉORIQUE

1. LA TOXICOMANIE

1.1 Quelques définitions

1.1.1 La drogue licite/illicite, dure/douce	p.7
1.1.2 La toxicomanie.....	p.8
1.1.3 Une explication de la construction de la dépendance.....	p.10
1.1.4 La réduction des risques (ou l'aide à la survie) / la réduction des dommages	p.11
1.2 Les principaux produits consommés et leurs effets	
1.2.1 Les dépresseurs de l'humeur.....	p.12
1.2.2 Les psychostimulants	p.14
1.2.3 Les hallucinogènes	p.15

2. LA POLITIQUE DES DROGUES EN SUISSE

2.1 Historique de la politique suisse en matière de drogues.....	p.17
2.2 Le modèle des quatre piliers (1991).....	p.22
2.3 Quelques différences entre cantons romands	
2.3.1 Le Valais	p.25
2.3.2 Vaud	p.25
2.3.3 Genève.....	p.33

3. LES PRINCIPAUX « OUTILS » DE RÉDUCTION DES RISQUES

3.1 La prescription de méthadone (Valais, Vaud et Genève)

3.1.1 Description de la méthadone ?	p.34
3.1.2 Son application en Suisse ?	p.34
3.1.3 Les différents apports de la méthadone	p.35
3.2 Les centres à bas niveau d'exigence dit « bas seuil » (Vaud et Genève) et l'échange de seringues (Valais, Vaud et Genève).....	p.35
3.3 Les locaux de consommation (Genève)	
3.3.1 En Suisse alémanique.....	p.37
3.3.2 En Suisse romande	p.37
3.4 La prescription médicale contrôlée d'héroïne (Genève)	
3.4.1 Sur le plan international.....	p.38
3.4.2 En Suisse.....	p.38
3.4.3 A Genève	p.39

4. LES PROFESSIONNELS DES CENTRES DE RÉDUCTION DES RISQUES

4.1 L'évolution des pratiques (tour d'horizon des quatre piliers)	p.41
4.2 Limites, enjeux.....	p.42
4.3 Leurs compétences	p.43

5. LES USAGERS DE DROGUES

5.1 Qui sont-ils ?	p.44
5.2 L'évolution des modes de consommation.....	p.45
5.3 Difficultés rencontrées par les personnes souffrant de toxicomanie.....	p.45

5.4 La parole aux personnes touchées par la toxicodépendance, sur la politique des quatre piliers.	p.46
---	------

III. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

1. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	p.47
2. TERRAIN D'ENQUÊTE	
1.1 La LVT (Valais)	
1.1.1 Historique et organisation	p.48
1.1.2 Admission et prise en charge aux centres CAP.....	p.50
1.1.3 Les différentes prestations des centres CAP.....	p.51
1.2 ACT (Vevey)	
1.2.1 Historique	p.53
1.2.2 Le public cible	p.54
1.2.3 Les différentes prestations du centre ACT	p.55
1.2.4 Conditions d'admissions et buts de centre ACT.....	p.56
1.3 St-Martin (Lausanne)	
1.3.1 Le contexte de l'époque.....	p.57
1.3.2 L'organisation du centre St-Martin et son équipe.....	p.57
1.3.3 L'évolution du centre St-Martin.....	p.58
1.3.4 Les différentes prestations du centre St-Martin.....	p.59
1.4 Quai9 (Genève)	
1.4.1 Historique.....	p.60
1.4.2 L'évolution de la structure	p.61
1.4.3 Règles, admission,	p.62
1.4.4 Les différentes prestations de Quai9	p.63
3. MÉTHODE DE RECUEIL DES DONNÉES	p.64

IV. ANALYSE DES DONNÉES

1. ANALYSE DES DONNÉES PAR INDICATEURS	
1.1 L'évolution de la population toxicodépendante	
1.1.1 Les produits consommés.....	p.66
1.1.2 Le profil de la population cible	p.69
1.1.3 La manière de consommer	p.71
1.2 Les actions concrètes mises en place par les centres fournissant des prestations de réduction des risques pour toucher la population cible.	
1.2.1 Par quel biais les professionnels arrivent-ils à s'informer sur les produits consommés, sur le profil de la population cible et sur la manière de consommer ?	p.73
1.2.2 Les actions, les points forts et les points faibles des centres fournissant des prestations de réduction des risques	p.74
1.3 Obstacles, limites et enjeux rencontrés par les professionnels	
1.3.1 Ethique	p.79
1.3.2 Institutionnel, politique, économique.....	p.82
1.4 Les perspectives des différents centres offrant des prestations de réduction des risques	
.....	p.85

1.5 Reconnaissance des différents outils de réduction des risques selon les professionnels interrogés

1.5.1 Centres de bas-seuils fournissant des prestations de réduction des risques tels que : distribution de matériel d'injection, prévention, entretiens.....	p.87
1.5.2 La méthadone	p.91
1.5.3 Les locaux d'injections.....	p.93
1.5.4 La prescription médicale d'héroïne.....	p.96

1.6 Reconnaissance des institutions fournissant des prestations de réduction des risques par leur réseau

1.6.1 Quelle est votre connaissance sur le travail effectué à la (LVT, Quai9, ACT) en matière de réduction des risques dans votre canton ?.....	p.98
1.6.2 Pensez-vous que (la LVT, Quai9, ACT) parvient à répondre aux besoins des personnes toxicodépendantes en matière de réduction des risques ?.....	p.98
1.6.3 Quelle est votre collaboration avec (la LVT, Quai9, ACT) en terme de temps et en terme de qualité ?	p.100
1.6.4 Avez-vous constaté des limites dans les actions de réduction des risques menées par (la LVT, Quai9, ACT) ?	p.100
1.6.5 Avez-vous constaté des améliorations dans la pratique professionnelle des travailleurs sociaux travaillant à (la LVT, Quai9, ACT) ?	p.101
1.6.6 Est-ce que selon vous, le travail effectué par (la LVT, Quai9, ACT) en matière de réduction des risques reste nécessaire encore à l'heure actuelle ?	p.101

2. ANALYSE DES HYPOTHÈSES

2.1 Les professionnels socio-sanitaires pensent que les centres de réduction des risques sont adaptés aux réalités actuelles et qu'ils restent donc nécessaires.

p.103

2.2 Sous hypothèse 1 : Ils permettent de réduire les risques de transmission du VIH et de l'hépatite et réduisent le nombre de décès dus à des overdoses.....

p.103

2.3 Sous hypothèse 2 : Ils se sont adaptés aux nouveaux modes de consommation de drogues (scènes cachées) et aux nouveaux consommateurs.

p.104

V. PERSPECTIVES ET PISTES D' ACTIONS PROFESSIONNELLES

..... p.105

VI. CONCLUSION

..... p.106

VII. BILAN PERSONNEL

..... p.107

VIII. BIBLIOGRAPHIE

..... p.108

VIII. ANNEXES

1. GRILLE D'ENTRETIENS

2. QUESTIONNAIRE

I. INTRODUCTION

A la fin des années 80, afin de lutter contre l'extension de l'épidémie du SIDA parmi la population toxicodépendante, les autorités de Zurich et d'autres villes acceptent les « scènes ouvertes ». L'une d'entre-elle, le Platzspitz, s'est rendue célèbre dans toute la Suisse et à l'étranger. « *Des milliers de personnes y ont afflué chaque jour pour y vendre, acheter, négocier, échanger, encaisser, consommer, jouir et souffrir, vivre et aussi mourir. Des quantités insensées de drogues dures y ont été écoulées, heure après heure, des milliers de seringues distribuées ou échangées, la dope, puisée dans des sachets à la pointe du couteau, emballée en petits sachets, conditionnée, pesée, mesurée, essayée et expertisée, marchandise échangée contre des billets, billets échangés contre des objets.* » (SCHNYDER Marco, 1993, p.21)

La situation devenant rapidement insoutenable, en 1991, la Confédération, poussée par l'opinion publique, doit apporter de nouvelles solutions et va alors adopter le modèle des quatre piliers : prévention, thérapie, répression et réduction des risques.

Les lieux donnant l'accessibilité à la réduction des risques sont les centres de bas seuils. Ceux-ci sont des programmes basés sur une aide médicale et sociale de base, sans visée d'abstinence, sans dossier ni prise en charge individuelle. Il peut s'agir d'antenne médicale, d'hébergement d'urgence ou encore de lieux offrant des repas ponctuels.

Ces associations de réduction des risques, qui n'existent que depuis peu d'années en Suisse, ont été sujettes à de nombreuses controverses. Certaines personnes voient ces centres comme un moyen d'aider les usagers de drogues à ne pas être victimes d'overdoses, ou si leur santé est définitivement condamnée, à ne pas mourir dans l'indifférence. Mais c'est aussi un moyen de les informer des différents risques liés aux injections (SIDA,...) et d'établir un contact en leur offrant l'accès à des espaces sécurisés, d'information et d'écoute. Pour d'autres, ces centres sont une solution de facilité qui ont pour but premier de protéger la population des personnes toxicomanes et de ne pas nuire, par la même occasion, à l'économie. Les personnes toxicomanes risquent de ne jamais quitter leurs milieux de dépendance puisqu'ils bénéficient de moyens sûrs pour s'injecter leurs produits. La décision d'entreprendre un traitement ou une thérapie pour une personne dépendante s'en trouve ainsi fortement réduite.

Depuis l'ouverture de ces centres, les professionnels du réseau ont actuellement pu se confronter à la réalité de la pratique. Je serais intéressée, en partant de leurs connaissances du terrain, de connaître ce qu'il en est à l'heure actuelle de ces centres. Correspondent-ils à la demande actuelle ? Répondent-ils aux besoins des différents usagers ? Quelles sont les avancées dans ce domaine ou quelles sont les limites auxquelles les professionnels se sont heurtés dans leur pratique professionnelle ? La notion de réduction des risques est-elle actuellement reconnue (légitimée : admise comme ayant une vraie valeur) ou non, par l'ensemble des travailleurs sociaux et sanitaires ?

En résumé, je me pose les deux questions suivantes :

1. « Aujourd'hui qu'en est-il de la reconnaissance des programmes de réduction des risques par l'ensemble du réseau socio-sanitaire ? »

2. « Et qu'en est-il de l'opinion des professionnels travaillant à l'interne sur l'adaptation du pilier réduction des risques dans leur canton ? »

Je vais essayer d'y répondre en infirmant, confirmant ou nuancant les hypothèses suivantes :

Les professionnels socio-sanitaires pensent que les centres de réduction des risques sont adaptés aux réalités actuelles et qu'ils restent donc nécessaires.

- Ils permettent de réduire les risques de transmission du VIH et de l'hépatite et réduisent le nombre de décès dus à des overdoses.
- Ils se sont adaptés aux nouveaux modes de consommation de drogues (scènes cachées) et aux nouveaux consommateurs.

II. PARTIE THÉORIQUE

1. LA TOXICOMANIE

Cette partie a été rédigée à partir du livre P. ANGEL [et al.], 2000, 276p. En relisant mon travail, je me suis rendue compte que le point 1.2 était trop long mais, j'ai tout de même pris la décision de le laisser ainsi, puisqu'il était déjà rédigé et parce qu'il apporte des informations complémentaires.

1.1 Quelques définitions :

1.1.1 La drogue licite/illicite, dure/douce :

Selon le Petit Larousse Illustré 2007, la drogue est une substance psychotrope¹ généralement nuisible pour la santé, susceptible de provoquer une toxicomanie, et consommée en dehors d'une prescription médicale. SYN. : stupéfiant². Par ext. Médicament pouvant provoquer une pharmacodépendance³ (benzodiazépine) ; substance dont la consommation chronique excessive est nocive (tabac, alcool).

D'un point de vue pharmacologique, toute substance active sur l'organisme (qui modifie le système de perception) est désignée comme drogue. Par exemple, les Anglo-saxons placent sous le terme « drug » aussi bien un médicament qu'un produit pris au sens de stupéfiant. C'est vers la fin du XIXe siècle, que la distinction entre ces deux notions est rendue effective en raison de l'usage « voluptueux » de psychotropes qui va être sujet à controverses et subir la réprobation sociale.

¹ Selon le Petit Larousse Illustré 2007. **Psychotrope** : Se dit d'une substance chimique (alcool, médicament, etc.) qui agit sur le psychisme.

² Selon le Petit Larousse Illustré 2007 : **Stupéfiant** : Substance psychotrope dont la consommation risque d'aboutir à une toxicomanie ; drogue.

³ Selon le Petit Larousse Illustré 2007 : **Pharmacodépendance** : Toxicomanie due à un médicament.

Certaines **substances** sont, à l'heure actuelle, classées **licites**. Dans cette catégorie nous avons, entre autre, l'alcool (de loin le psychotrope le plus répandu en France), le tabac et les médicaments psychotropes. Pour ce qui est des **drogues illicites** (cocaïne, amphétamines, héroïne, etc.), les enquêtes démontrent que l'usage est « quasiment inapparent » en population générale (à l'exception du cannabis). A contrario, l'alcool et le tabac demeurent de véritables problèmes de consommation de masse.

Pour le pharmacologue et le clinicien, une distinction entre ces deux notions n'a pas raison d'être. *Il semble plus pertinent d'établir une distinction entre les modes de consommation (usage, usage abusif ou nocif, dépendance) et les risques que font encourir cette consommation.* (P.ANGEL [et al.], 2000, p. 60).

Une distinction est également faite entre les **drogues** dites « **douces**⁴ » et celles dites « **dures**⁵ ». Les substances « douces » *seraient celles qui ne donneraient pas lieu à des effets toxiques sensibles chez une personne n'ayant pas d'antécédents de troubles psychologiques ou psychiques, et dont la consommation n'induirait pas de dépendances psychique ou physique* (P. ANGEL [et al.], 2000, p. 61). A l'heure actuelle, le cannabis est présenté comme une drogue, dite « douce ». L'alcool et le tabac ont également été pendant longtemps reconnus sous cette appellation malgré leur propension à induire chez l'utilisateur une consommation abusive et un comportement dépendant. *Cette typologie des psychotropes reste l'objet de controverses car les effets de produits, quels qu'ils soient, sont liés à la nature de la drogue, à la dose consommée, à la fréquence de la consommation mais aussi et surtout au contexte individuel et social de celle-ci.* (P. ANGEL [et al.], 2000, p. 61)

1.1.2 La toxicomanie

« Selon l'OMS, la définition stricte de la toxicomanie correspond à 4 éléments :

- Une envie irrépressible de consommer le produit
- Une tendance à augmenter les doses (tolérance⁶)
- Une dépendance psychologique et parfois physique
- Des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (émotives, sociales, économiques)⁷ »

En 1964, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), proposa d'abandonner ce terme au bénéfice de la notion de « **dépendance**⁸ ».

⁴ Selon le Petit Larousse Illustré 2007 : Drogue douce, réputée n'avoir que des effets mineurs sur l'organisme.

⁵ Selon le Petit Larousse Illustré 2007 : Drogue dure, qui engendre rapidement un état de dépendance physique.

⁶ **Tolérance** : Propriété de l'organisme de supporter des doses d'une substance donnée sans manifester de signes d'intoxication. Cette tolérance peut être soit congénitale, soit acquise. Tiré du Nouveau Larousse médical, 1981.

⁷ Tiré sur la page web : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Toxicomanie>

⁸ **Dépendance** : Besoin compulsif d'absorber une substance (drogue, alcool, tabac, etc.) pour faire cesser le malaise psychique (dépendance psychique) ou les troubles physiques (dépendance physique) dus au sevrage. Tiré du Petit Larousse Illustré, 2007.

C'est en 1969, que l'OMS définissait le concept de « pharmacodépendance » comme : « *Un état psychique et quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications de comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs produits.* » (P. ANGEL [et al.], 2000, p. 16)

Dans cette définition les notions de dépendance psychique (accoutumance), de dépendance physique et de tolérance sont prises en compte.

La dépendance psychique : état mental caractérisé par une impulsion qui requiert l'usage périodique ou continu d'une drogue dans le but de créer un plaisir ou d'annuler une tension.

La dépendance physique correspond à une exigence de l'organisme nécessitant, pour conserver son équilibre, l'apport régulier d'une substance chimique exogène. Cette dépendance se manifeste à travers les symptômes physiques survenant lors du sevrage et par la tolérance.

La tolérance est le processus d'adaptation d'un organisme à une substance, qui se traduit par l'affaiblissement progressif des effets de celle-ci et entraîne la nécessité d'augmenter la dose pour obtenir les mêmes effets.

L'introduction de ce nouveau concept a permis, d'avoir une vue plus globale sur le champ de la toxicomanie et ainsi de ne pas se cantonner seulement aux substances illicites. Selon le DSM IV : *C'est le mode d'utilisation compulsive de la substance qui caractérise désormais la dépendance. Dans cette perspective, la dépendance ne concerne pas tant l'objet (le produit) mais le sujet. Ainsi, au lieu de focaliser son intérêt sur la nature des produits, ce concept permet de se recentrer sur la problématique de ceux qui s'y adonnent.* (P. ANGEL [et al.], 2000, p.18)

Dans cet ordre d'idée, il est réducteur de penser que la dépendance peut porter uniquement sur des substances. La notion globale d'« **addiction**⁹ » regroupe toutes les formes de dépendance : dépendance à un produit mais aussi à un comportement (jeux vidéo, achats compulsif, relation affective, etc.)

« *La dépendance peut prendre toutes sortes de visages, mais (...) les mécanismes psychiques qui en sont à l'origine sont souvent les mêmes.* »

GUILLAUME Michel et ROTH Jean-Jacques, L'Hebdo, le 28 août 1997

⁹ **Addictif** : Relatif à l'addiction. Conduite addictive : comportement répétitif plus ou moins incoercible et nuisible à la santé (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, boulimie, anorexie). (Le Petit Larousse Illustré 2007)

1.1.3 Une explication de la construction de la dépendance

Explication Neurophysiologique d'après le Dr Jacques Besson, responsable du centre St-Martin à Lausanne¹⁰ :

La dépendance se construit dans le cerveau. L'absorption de drogues ou d'alcool, va venir stimuler les cellules nerveuses et accroître la production de neurotransmetteurs. Ces neurotransmetteurs servent à gérer la substance ingérée en tentant de compenser leurs effets.

Si, par exemple, nous ingurgitons de l'héroïne (drogue à effet sédatif), le cerveau va produire des neurotransmetteurs excitateurs (la dopamine). A l'inverse, si nous absorbons de la cocaïne (drogue à effet stimulant) il va fabriquer des neurotransmetteurs inhibiteurs (la sérotonine).

Le fait que le cerveau cherche à réguler les effets des stupéfiants va le rendre « esclave » de ses désirs.

Les plaisirs liés aux premières prises sont inscrits dans sa mémoire. Le cerveau va alors stimuler l'envie afin de recevoir plus, toujours plus.

Lorsque la personne entreprend de briser ce cercle infernal, l'équilibre qu'avait créé son cerveau n'est plus valable. Les neurotransmetteurs développés se retrouvent soudainement en trop. Ce qui va provoquer différents symptômes tels que : tremblements, arythmies cardiaques, sueurs et hallucinations lors du sevrage. Cette privation, sans un suivi médical approprié, peut conduire dans certains cas à la mort.

Mais, les explications cherchant à éclaircir le « fléau » de la dépendance sont multiples :

Il n'y a qu'à penser aux différentes interprétations dont est l'objet le problème drogue : pour les uns, la drogue est une des manifestations de la pathologie des consommateurs, pour les autres elle est l'effet de la crise des valeurs ou alors de la crise des institutions familiales, scolaires, etc., pour d'autres encore, elle n'est un problème que dans la mesure où des législations la rende illégale, etc. La définition d'un problème social est susceptible de varier d'un groupe social à l'autre, d'une culture à une autre et au cours de l'histoire.

ROY Louis-Pierre, 1978, p.30

« Les toxicomanies restent un problème à trois entrées : biologique, psychologique et sociale. Et réclament pour être vaincues, un accompagnement « thérapeutique » sur ces trois fronts. »

FREI, Pierre-Yves, L'Hebdo, le 28 août 1997

Être toxicomane est le résultat d'un apprentissage où interagissent le produit, la personne (ou plus précisément son état d'esprit) et le contexte. « Drug, set and setting »

LINDESMITH A. Tiré de COPPEL Anne, 2002, p.57

¹⁰ FREI, Pierre-Yves. *Dépendance : le cerveau dans l'étau*. L'Hebdo, le 28 août 1997, p.10-11

1.1.4 La réduction des risques (ou l'aide à la survie) / la réduction des dommages ?

Le concept de « harm reduction » a été inventé par les Anglais. Le terme est en général traduit par « réduction des risques » ou « des dommages », et les Français lui ont donné le nom plus imagé de « stopper la casse ». (Dr MINO Annie, 1996, p. 93)

Le but de la réduction des risques est de réduire les conséquences liées à la consommation de drogues en informant l'utilisateur des différents risques qu'il peut encourir (HIV, hépatites, etc,...). La réduction des risques comprend plusieurs mesures (distribution de matériels d'injection, locaux d'injections, programmes de prescription médicale d'héroïne, etc.)

La réduction des dommages, quant à elle, a pour but de conseiller par exemple un usager qui souffre déjà des conséquences de sa consommation (abcès, etc.) de se rendre à l'hôpital pour un contrôle.

Selon le Dr Stimson, la réduction des risques demeure légitime parce qu'elle nous permet de remonter aux objectifs premiers de la lutte contre les drogues : la protection de la santé. *« Il aura fallu la menace d'une maladie mortelle pour que la hiérarchie des risques devienne un principe politique ».* (COPPEL Anne, 2002, p.64)

« Cette politique de réduction des risques vise à sortir les toxicomanes de la scène ouverte de la drogue, à éviter la propagation du sida, le recours à la prostitution, dans une phase où les personnes concernées n'ont pas la volonté et l'énergie nécessaires pour s'en sortir. C'est une aide aux grands dépendants, et non une stratégie de libéralisation. Nous devons aussi tendre la main à ceux qui sont au fond de l'enfer. »

DREIFUSS Ruth¹¹

1.2 Les principaux produits consommés et leurs effets:

Selon M. Régis Volluz, intervenant à la Haute Ecole Valaisanne filière travail social, la liste des produits stupéfiants est variée. On ne connaît d'ailleurs, pas encore à l'heure actuelle toutes les substances provoquant des effets psychoactifs ou psychotropes. Par exemple, on a découvert tout récemment que, sur une île d'Océanie, on récolte les racines du Kawa-Kawa (Arabe). Le Kawa-Kawa provoque une somnolence et une euphorie plus on en consomme. La Beladone pris à certains dosages peut provoquer des hallucinations. Quant au coquelicot (produit parent de l'opium), il aide à dormir et à des vertus sédatives.

Les substances psychoactives¹² sont classées dans trois groupes :

¹¹ WICKY, Norbert. *Forum Drogue Valais à Sion*. Le Nouvelliste, le 27 mai 1994.

¹² **Psychoactive** : Agent psychoactif : substance chimique (morphine, cocaïne, par ex.) qui influe sur l'activité mentale. Tiré du Petit Larousse Illustré, 2007.

1.2.1 Les dépresseurs de l'humeur. Dans cette catégorie nous trouvons :

LES OPIACÉS¹³

- **Opium**

L'opium est le médicament le plus ancien connu à ce jour. Cette substance, riche en morphine, est obtenue par l'incision des capsules de pavot.

Traditionnellement l'opium est fumé ou inhalé. La chaleur produite par la combustion (narguilé) va vaporiser une partie de la morphine. Celle-ci parvient au cerveau en l'espace de quelques secondes. Les effets sont donc plus intenses et plus rapides, mais aussi moins prolongés, que par voie orale.

Selon MINO Annie, la manière de consommer (occasionnellement, quotidiennement ou intensivement sur un laps de temps donné) n'ont ni les mêmes effets, ni les mêmes conséquences. Ici, la consommation abusive d'opium va entraîner rapidement une addiction appelée : l'opiomane.

- **Morphine**

(Découverte en 1804 et réalisée pour la première fois en 1952) :

La morphine est un produit de synthèse de l'opium. Son nom, vient du dieu grec du sommeil : Morphée.

Cette substance agit sur le système nerveux central, elle atténue voir même supprime la douleur. A une certaine dose, la morphine peut provoquer un état euphorique ou dysphorique¹⁴ (). Et si elle est trop forte, elle peut induire des convulsions. La consommation répétée de morphine peut entraîner une dépendance psychique, physique ainsi qu'une tolérance.

- **Héroïne**

(Introduite en médecine en 1898 dans le traitement de la tuberculose)

L'héroïne est un dérivé semi-synthétique de la morphine. Elle se présente sous forme de poudre blanche et cristalline. Cette substance peut être consommée de différentes manières. La plus courante est l'injection intraveineuse. Celle-ci permet d'obtenir une action pharmacologique puissante de la drogue et donne l'effet violent de « flash ». L'héroïne peut également être prise (« sniffée ») ou fumée.

A poids égal, l'héroïne est deux fois plus puissante que la morphine mais agit de façon plus brève sur le système nerveux central. Après l'absorption d'héroïne, l'organisme transforme celle-ci en morphine. Mais « (...) les personnes qui ont consommé de l'héroïne ou de la morphine font état d'expériences très différentes. » (Dr MINO Annie, 1996, p.54)

¹³ **Opiacé** : Se dit d'une substance contenant de l'opium. Adj. Morphinique. Tiré du Petit Larousse Illustré, 2007.

¹⁴ **Dysphorie** : Trouble psychique caractérisé par une humeur oscillant entre tristesse et excitation. Tiré du Petit Larousse Illustré, 2007.

Effets : La morphine apaise la douleur, élimine l'anxiété et euphorise.

Début de l'effet du produit : par injection après environ 10 secondes, fumée et sniffée après quelques minutes.

Durée des effets : 2 à 5 heures, suivant la dose et la qualité.

Dépendance et tolérance : Le danger de dépendance psychique et physique est grand. Les symptômes de manque sont : sueurs et frissons, nez et yeux qui coulent, vomissements, diarrhées, agitation, irritabilité, anxiété, états dépressifs, crampes douloureuses, insomnies et plus rarement hallucinations, phases psychotiques et accès de crampes.

(Dépliant : Drugs just say know)

- **Méthadone :**

La méthadone est un opiacé qui est utilisé dans des traitements médicaux. Cette substance est développée dans le chapitre 3.

LES BARBITURIQUES

(Commercialisé au début du XXe siècle)

Effets : Ces substances ont un effet inhibiteur, hypnotique et anticonvulsivant.

Début de l'effet du produit : Consommés par voie orale ils agissent en environ une demi-heure.

Dépendance et tolérance : Certains barbituriques d'action rapide (pentobarbital, sécobarbital) peuvent provoquer une forte dépendance. Les symptômes sont : une importante réduction de l'activité intellectuelle, une irritabilité, une agressivité et des troubles de la personnalité proches de ceux décrits dans l'alcoolisme. Les sevrages effectués de manière brutale peuvent provoquer des états d'anxiété, d'attaques de panique, un état confusionnel, des bouffées délirantes. Des décès ont également été recensés.

LE CANNABIS

(Est utilisé depuis des millénaires pour des pratiques thérapeutiques ou chamaniques)

Les divers produits du cannabis sont issus à partir du chanvre. Le THC (Tétrahydrocannabinol) est le principe actif de cette plante. Les feuilles et les fleurs séchées, certaines fois mélangées à du tabac, peuvent être fumées (marijuana, herbe). Ces préparations peuvent contenir environ de 2% à 4% de THC. Le haschisch, quant à lui, est obtenu à partir de la résine séchée sécrétée par la plante et peut contenir jusqu'à 20% de THC (la sinsemilla obtenue en enlevant les pieds mâles afin de favoriser la croissance des pieds femelles plus riches en résine, peut exceptionnellement contenir jusqu'à 40% de THC.) Le haschisch se fume mais il peut également s'ingérer par exemple sous forme de gâteaux : space-cake.

Effets : Détend, calme, stimule l'appétit, intensifie les sentiments, euphorise ou provoque des accès non-motivés d'hilarité. La perception du temps change (le plus souvent celui-ci se ralentit). A hautes doses, le cannabis a une action légèrement

hallucinogène et peut affecter temporairement durant l'ivresse la concentration et l'attention.

Début de l'effet du produit : fumé en quelques minutes, mangé après 0,5 à 2 heures seulement.

Durée des effets : 1 à 2 heures fumé et 8 à 14 heures mangé.

Dépendance et tolérance : Si la consommation est régulière il y a un danger de dépendance psychique et des symptômes de dépendance physique peuvent apparaître en cas de sevrage. En cas de consommation chronique, le cannabis peut provoquer une perte de la réalité, des préjudices à la mémoire à court terme et une diminution de la capacité de motivation. Les joints sont plus nocifs que les cigarettes car la fumée est inhalée plus profondément et conservée plus longtemps dans les poumons.

(Dépliant : Drugs just say know)

1.2.2 Les psychostimulants tels que :

LA COCAÏNE

(Elle constitua un mode de consommation courant au XIXe siècle et fut utilisée en médecine)

La cocaïne est extraite des feuilles du coca. Elle se présente sous forme de poudre ou de masse cristalline et est, en règle générale, prise mais, peut être fumée (« free-base ») ou injectée. Le crack est une forme spécifique de la cocaïne. Ces vapeurs sont inhalées dans des pipes ou fumées en mélange avec du tabac. Ses effets sont proches du « flash » induit par l'injection. Cette forme de cocaïne induit une dépendance plus rapide et plus forte que la cocaïne « sniffée ».

Effets : Disparition des sensations de fatigue, de faim et de soif. Euphorie, impression d'efficacité accrue, confiance en soi démultipliée, besoin de mouvement, agitation, besoin de parler, perte des inhibitions et des craintes, propension accrue à la prise de risques, diminution de la capacité de jugement et d'esprit critique. En descente : épuisement, dépression, hypersensibilité, sentiments d'anxiété et fort besoin de prendre une nouvelle dose (« craving »).

Début de l'effet du produit : Les effets sont obtenus après 2 à 3 minutes « sniffée » et seulement après quelques secondes fumée ou injectée.

Durée des effets : sniffée 30 à 90 minutes, fumée ou injectée 5 à 20 minutes.

Dépendance et tolérance : Le consommateur perd vite le contrôle de l'usage de cette substance. La tolérance à ce produit est propre à chacun. La cocaïne est l'une des drogues les plus addictives. *Deviennent dépendants de la drogue 20% des usagers de cocaïne. Mais compte tenu de la proportion toujours plus élevée d'individus la consommant, notamment sous forme de crack ou par injection (des modes d'administration donnant un pic sanguin précoce et élevé, facteur connu pour favoriser la survenue d'une dépendance), le nombre de personnes incapables de maîtriser la consommation de cette drogue s'accroît.* (P. ANGEL [et al.], 2000, p.106)

(Dépliant : Drugs just say know)

LES AMPHÉTAMINES

(Etudiées par les pharmacologues de 1930 à 1950 et commercialisées comme médicaments jusqu'à dans les années 70)

Effets : Ils sont voisins aux effets procurés par la cocaïne. Les amphétamines sont des puissants stimulants et limitent la sensation de fatigue. Cette substance a été massivement utilisée par les soldats lors de la Seconde Guerre mondiale. Actuellement, elle est souvent utilisée par des sportifs ou des étudiants se trouvant dans un milieu exigeant et performant. Cette drogue peut être « sniffée », injectée ou inhalée et est souvent associée à la cocaïne.

Durée des effets : Elles durent en général 3 à 6 heures

Dépendance et tolérance : Les personnes consommant régulièrement ce produit ont généralement recours à des substances hypnotiques pour palier les effets indésirables des amphétamines (activité maniaque, augmentation de l'agressivité, insomnie, dépression,...). Cette substance est toxique et à un très fort potentiel de dépendance psychique. La consommation de ce produit peut provoquer des modifications et des dommages irréversibles du cerveau.

(Dépliant : Drugs just say know)

L'ECSTASY (MDMA)

(Synthétisée dès 1912-1914. Elle fut utilisée dans le cadre de psychothérapies par des psychiatres américains dans les années 70 et par des mouvements mystiques pour « modifier les états de la conscience et favoriser les élans religieux » (P. ANGEL [et al.], 2000, p. 110)

L'ecstasy (méthylène-dioxy-3 4- métamphétamine, abrégée en MDMA) est un dérivé des amphétamines. Elle est utilisée actuellement comme drogue « récréative » dans des soirées techno (raves). Cette substance se présente généralement sous forme de comprimés ou de gélules. Elle est le plus souvent avalée mais rarement sniffée.

Effets : Les sensations de faim et de soif sont réduites. *Les danseurs apprécient l'ecstasy car elle favorise un état proche de la transe, potentialise l'effet des rythmes et des décibels et empêche de ressentir la fatigue* (P. ANGEL [et al.], 2000, p.110).

Début de l'effet du produit : après environ 30 minutes. Certaines personnes peuvent ressentir les effets après 90 minutes.

Durée des effets : 4 à 6 heures.

Dépendance et tolérance : Cette substance n'engendre pas de dépendance physique mais elle est éprouvante pour le cœur, le foie et les reins. A fortes doses, l'ecstasy peut entraîner des dommages permanents au cerveau.

(Dépliant : Drugs just say know)

1.2.3 Les hallucinogènes :

Les hallucinogènes (du latin hallucinare, se tromper, divaguer) sont des substances psychoactives capables d'induire des hallucinations visuelles, auditives ou, rarement, tactiles. (P. ANGEL [et al.], 2000, p. 115-116) A dose normale, les hallucinogènes n'entraînent pas de confusion mentale, de troubles de la mémoire ou de

désorientation de l'espace et du temps. Il existe trois groupes d'hallucinogènes : Les phényléthylamines (mescaline,...), les dérivés indoliques (LSD,...) et les hallucinogènes de structure diverses (champignons,...)

LSD OU « ACIDE »

(Découvert en 1938, cette substance devint populaire grâce au mouvement du psychédéisme. Dans les années 60, deux psychologues fondèrent l'International Federation for Internal Freedom qui réunissait plusieurs milliers de membres. Timothy Leary, quant à lui, constitua une communauté de la contre-culture où le mysticisme était révélé par le LSD. De nombreux jeunes (hippies) fondèrent des communautés psychédéliques, la plus connue : Haight-Ashbury, près de San Francisco.)

Le LSD (acide lysergique diéthylamide) est obtenu à partir d'une synthèse chimique. Ce produit est extrêmement puissant et se présente sous différentes formes : de liquide, de comprimés, de petits blocs de gélatine (windowpane), de morceaux de buvards imprégnés, de poudre blanche ou de gélules.

Effets : L'acide intensifie et modifie les perceptions sensorielles et la conception de l'espace temps. L'humeur et les sentiments peuvent changer brusquement. A haute dose, un sentiment de dissociation de son corps peut apparaître.

Début de l'effet du produit : après 30 à 60 minutes

Durée des effets : environ 8 à 12 heures.

Dépendance et tolérance : Le LSD est peu toxique sur le plan somatique et sa consommation ne provoque pas de dépendance physique ou psychologique. Il n'induit non plus pas de tolérance (augmenter les doses). Mais il est extrêmement toxique au niveau psychique et il se peut que des troubles psychiques latents se déclarent.

(Dépliant : Drugs just say know)

LE PEYOTL

Le peyotl est un petit cactus originaire du Mexique et du sud des Etats-Unis. Lors de la récolte de cette plante par les indiens celle-ci fait l'objet de rites religieux. Cette substance est généralement mâchée et parfois bue en infusion.

Les effets sont analogues au LSD mais en moins puissant. Il peut induire des troubles psychiques importants et des illusions sensorielles.

Durée des effets : environ 12 heures.

LES CHAMPIGNONS HALLUCINOGENES

(Furent utilisés dans les années 60 par le mouvement psychédélique dans le but de favoriser l'introspection.)

Ces substances induisent des modifications sensorielles ou des hallucinations. Elles sont utilisées dans de nombreuses régions entre autre pour des pratiques chamaniques ou rituelles. Il existe deux groupes de champignons hallucinogènes : **les Agaricales** qui produisent des visions colorées comparables aux kaléidoscopes et plus rarement des hallucinations auditives. Certaines espèces sont consommées

lors de « raves ». La toxicité reste limitée mais peut provoquer des réactions psychotiques durables chez des personnes ayant des antécédents psychotiques. Et **les Amanites** (tue-mouche et panthère). Lors d'une intoxication à cette substance la personne peut ressentir : une ivresse, une excitation, un délire et parfois des hallucinations visuelles ou auditives. L'intoxication à l'amanite tue-mouche est rarement mortelle par contre, sans soins spécialisés, elle demeure plus fréquente avec l'amanite panthère.

LA KÉTAMINE

La kétamine fait partie des anesthésiques dissociatifs. Elle provoque des effets hallucinogènes et dissociatifs (flottement dans l'espace) et est utilisé, entre autre, pour des expériences psychédéliques. Cette substance est prisée mais peu aussi être ingérée ou injectée par voie intramusculaire.

Durée des effets : plusieurs heures

Dépendance et tolérance : Comme pour tous les hallucinogènes

Cette substance est généralement consommée dans des « raves » et est vendue parfois sous l'appellation d'ecstasy.

« La drogue fait peur. Si peur que tout le monde déraisonne à son sujet : thérapeutes, politiques, juges, policiers. L'héroïne tue, dit-on. Mais c'est d'autre chose que meurent les toxicomanes : misère, criminalité, sida, suicide sont les conséquences directes de l'exclusion. Sous prétexte de bannir la drogue, nous avons banni les toxicomanes. »

Dr MINO Annie, 1996, couverture du livre

2. LA POLITIQUE DES DROGUES EN SUISSE

Ce chapitre a été rédigé principalement sur la base de l'ouvrage de M. BOGGIO Yann, 1997, 105p. Cependant, dans un souci d'apporter un maximum d'éléments à ma recherche, certains passages ont été tirés d'articles de journaux et de sites Internet, tous mentionnés au cours de ce chapitre.

« A-t-on le droit de se droguer ? Durant un colloque en 1995 organisé par la Ligue des Droits de l'Homme un « oui » se dessinait. Oui, dans certaines limites : celles que dessine la responsabilité de chacun vis-à-vis de la société, de ses proches, de soi-même. Toute la difficulté réside dans la question des limites qui ne sont pas les mêmes pour tout le monde et qui varient selon les comportements, les rapports à l'environnement, la capacité à doser ses consommations. La société ne peut tenir un langage unilatéral, ni monolithique, ni principalement répressif. »

COPPEL Anne, 2002, p.6

2.1 Historique de la politique suisse en matière de drogues :

Le recours à des substances psychotropes est aussi vieux que l'humanité. Jadis, le recours à ces substances avait un sens idéologique. Pour exemple, la consommation de tels produits dans les tribus indiennes leur permettait de retrouver leurs ancêtres. Goethe, quant à lui, qualifiait le laudanum (ancienne préparation à base d'opium) de

« délicieux breuvage narcotique ». En France, certains écrivains comme Baudelaire, Rimbaud, Delacroix ou Hugo exploraient « Les Paradis artificiels » grâce au chanvre indien.



GUSTAFSON Scott, *Alice au Pays des Merveilles*,¹⁵

Durant la révolution industrielle, les chimistes vont découvrir les principes actifs contenus dans l'opium (morphine, héroïne,...), la coca (cocaïne) et le peyotl (la mescaline). A cette époque, les industries chimiques et pharmaceutiques sont en plein essor. La découverte de ces nouvelles substances va raviver les espoirs de guérison les plus fous. « *Les affiches publicitaires l'affirment : l'heure du remède universel a sonné. Si elles sont prescrites soigneusement par les autorités médicales, les drogues se vendent aussi librement, mêlant leur pouvoir à celui de diverses eaux miraculeuses. (...) Rien qu'en 1843, un pharmacien de Nottingham parvient à écouler trois tonnes du Godfrey's Cordial, sirop doux et parfumé à base d'opium destiné surtout aux enfants* » (BLUMIR 1976, cité par BOGGIO Yann, 1997, p.20). Autres exemples : Freud va mettre en avant les nombreuses vertus de la cocaïne dans un ouvrage publié en 1884. L'absorption de cocaïne permettrait, selon lui, de favoriser l'expression de l'inconscient. Quant à John Smith Pemberton, pharmacien, il va mettre au point une boisson « remède souverain » et « boisson désaltérante » appelée le Coca-Cola. « *Jusqu'en 1906, la formule de ce nouveau stimulant inclut de la cocaïne, comme d'ailleurs celle de ses nombreux concurrents.* » (BOGGIO Yann, 1997, p.21)

Mais, vers le début du 20^{ème} siècle, les médecins et pharmaciens se rendent compte que l'absorption non contrôlée de psychotropes s'avère dangereuse pour l'individu et pour la société. La consommation de drogues était, avant les années 60, majoritairement répandue dans les milieux artistiques, intellectuels,... Consommer restait cependant un phénomène marginal.

¹⁵ Photo tirée de la page web : <http://imago.joueb.com/news/scott-gustafson> (Page consultée le 22 septembre 2007)

Mais, durant les sixties, la toxicomanie devient un problème social en raison de la consommation accrue des jeunes et l'apparition de drogues dites synthétiques (Lysergic Saure Diéthylamine : LSD,...) qui provoquent des effets bien plus « intenses » que les drogues naturelles.

D'après Christiane Saint-Jean-Paulin¹⁶, aux Etats-Unis, c'est le mouvement contre-culturel qui marque cette époque. Les hippies, les enfants du baby-boom, majoritairement issus de la classe moyenne et les contestataires se révoltent contre la société de consommation. Ils veulent vivre différemment. Cette révolution revendique l'utopie et la fête. Révolution sexuelle, psychédélisme, drogue, mysticisme font partie intégrante de cette période foisonnante. L'exploration des paradis artificiels débouche alors sur une vague de spiritualités orientales. La drogue ouvre toutes grandes les « Portes de la Perception » et explore l'inconscient psychédélique chanté par les poètes beatniks.



17

L'Amérique va alors mener une politique répressive et faire pression sur les autres états pour interdire la consommation de stupéfiants.

En Suisse, la première Loi fédérale sur les stupéfiants (Lstup) date de 1924. Cette Loi mettait l'accent sur la répression et ne contenait pas de mesures médicales. Cela rendait quelque peu ambigu le statut de la personne toxicomane. Etait-il un délinquant ou une personne malade qui devrait jouir d'un traitement médical ?

En 1951, la Suisse va adopter une nouvelle Loi sur les stupéfiants. Elle régira la « lutte contre la drogue » jusque dans les années 70.

Durant cette période, la politique Suisse en matière de drogue vise principalement à réguler le marché des médicaments. Mais, dans les années 70, la jeunesse

¹⁶ SAINT-JEAN-PAULIN, Christiane. *La contre-culture. Etats-Unis années 60, la naissance de nouvelles utopies*. Editions Autrement, 1997. 218p.

¹⁷ Photo tirée de la page web : <http://www.whiteoakfoundation.org/hippies.jpg> (Page consultée le 20 septembre 2007)

européenne va rencontrer le mouvement hippie. Et, suite aux premiers décès dus à des overdoses, l'Office central de répression du trafic va tenter de maîtriser le marché illégal. Des organisations vont élargir leurs offres tout comme la « Ligue Valaisanne d'action antialcoolique » qui deviendra en 1970 la « Ligue Valaisanne contre les toxicomanies ».

Mais la loi de 1951 va être la proie à de violentes critiques, car elle ne correspond plus à la réalité du terrain. La loi ne fait pas de distinction entre le consommateur et le trafiquant. Dès 1975, date de la révision de la loi sur les stupéfiants, le consommateur est passible de peines plus légères. Les cantons, avec le soutien de la Confédération, sont tenus d'adopter des mesures de traitement et d'assistance.

Dans les grandes lignes, la Lstup contient une liste de produits stupéfiants engendrant la dépendance et ayant des effets du type morphinique, cocaïnique et cannabique (ex : l'opium, le chanvre, les hallucinogènes, le LSD, la cocaïne, les benzodiazépines, les barbituriques, l'ecstasy,...).

Ces substances ne peuvent être selon la loi, ni fabriquées, ni importées, ni exportées, ni entreposées, ni utilisées ou mises dans le commerce ; exception faite, si la personne obtient (pour des raisons médicales) l'approbation de l'institut suisse des produits thérapeutiques.

La personne allant à l'encontre de cette loi « *est passible, si elle a agi intentionnellement, d'une peine privative de liberté de trois ans et plus ou d'une peine pécuniaire. Dans les cas graves, la peine sera une peine privative de liberté de un an au moins qui pourra être cumulée avec une peine pécuniaire¹⁸* ». « *Dans les cas bénins, l'autorité compétente pourra suspendre la procédure ou renoncer à infliger une peine. Une réprimande peut être prononcée¹⁹* » « *Lorsque l'auteur sera victime d'une dépendance aux stupéfiants, le juge pourra ordonner son renvoi dans une maison de santé. (...)²⁰* »

Dès les années 80, la dimension mystique attachée aux drogues a disparu avec le mouvement hippie. La consommation de produits psychotropes devient une fin en soi. On consomme uniquement pour obtenir les effets des drogues et on consomme plus. « *Chez les indiens la drogue structure, chez nous elle détruit...* » (PERRIN Michel²¹)

La répression utilisée jusqu'alors pour lutter contre la toxicomanie coûte cher et les fonds disparaissent. De plus, la répression a ses limites et ne peut pas répondre à l'ensemble des besoins des personnes toxicomanes.

¹⁸ Tiré de la Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 3 octobre 1951. Art. 19⁵⁴ al. 1 [En ligne], Adresse URL : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/812.121.fr.pdf> (Page consultée le 1^{er} mai 2007)

¹⁹ Tiré de la Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 3 octobre 1951. Art. 19a⁵⁷ al. 2 [En ligne], Adresse URL : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/812.121.fr.pdf> (Page consultée le 1^{er} mai 2007)

²⁰ Tiré de la Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 3 octobre 1951. Art. 19a⁵⁷ al. 4 [En ligne], Adresse URL : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/812.121.fr.pdf> (Page consultée le 1^{er} mai 2007)

²¹ Tiré de Doctissimo [En ligne], Adresse URL : http://forum.doctissimo.fr/sante/cannabis/indiens-structure-detruit-sujet_146804_1.htm (Page consultée le 10 janvier 2008)

Dans les années 70, il est donc mis sur pied des thérapies visant à apporter de l'aide aux personnes rencontrant des problèmes de dépendance à des produits psychotropes. Différentes institutions voient le jour, subventionnées par l'état. Certaines visant l'abstinence tel que les *Foyers Rives du Rhône*, *Villa Flora* (alcool), *Via-Gampel* en Valais. La *Fondation Bartimée* à Grandson, *La Fondation La Clairière* à Chamby-sur-Montreux (Communauté de vie et de travail destinée à l'accueil et au soin d'adolescents et de jeunes adultes en difficulté, souffrant de toxicodépendance, d'une mauvaise insertion sociale ou de problèmes psychiques), *la Calypso* à Prilly (Unité d'hospitalisation volontaire pour personnes toxicodépendantes : sevrage résidentiel), *Le Levant*,...

Mais, la thérapie, tout comme la répression, coûtent cher à la société et ne connaissent pas un taux de réussite élevé. La misère est toujours grande auprès des personnes toxicomanes. Seuls certains privilégiés arrivent à se sortir des rouages de la dépendance.

Dans les années 80, un phénomène préoccupant interpelle : le SIDA. Le virus HIV, pouvant se transmettre par le sperme et le sang, fait un « ravage » chez les personnes toxicomanes. Lors de l'injection d'héroïne ou d'autres substances psychotropes, les personnes ont pour rites de s'échanger leurs seringues, ce qui favorisa la propagation du virus du SIDA.

A la fin des années 80, pour lutter contre la propagation du SIDA, les autorités de Zurich et d'autres villes acceptent les « scènes ouvertes » (Platzspitz,...). Les toxicomanes peuvent s'injecter de la « marchandise sûre » dans des conditions hygiéniques acceptables et sous surveillance sanitaire. Mais ces places vont attirer les dealers et elles vont devenir très vite des milieux où il est courant d'assister à des bagarres ou voir des jeunes mourir, l'aiguille encore plantée dans le bras.

Poussée tout d'abord par l'opinion publique, puis par les villes et cantons urbains, la Confédération va alors ordonner la fermeture des scènes ouvertes. Les interventions policières vont permettre la fermeture de ces scènes. Mais cette stratégie n'a fait que déplacer la concentration des usagers dans des lieux peu visibles. Les professionnels s'inquiètent : « *En donnant la chasse aux toxicomanes, on perd leur confiance et donc tout contact avec eux, comment dès lors poursuivre le travail de prévention (...) ?* » (CUAGNIER 1994, cité par BOGGIO Yann, 1997, p.54)



A l'époque, le Platzspitz puis le Letten (photo) attiraient des centaines d'héroïnomanes. (SWISSINFO²²)

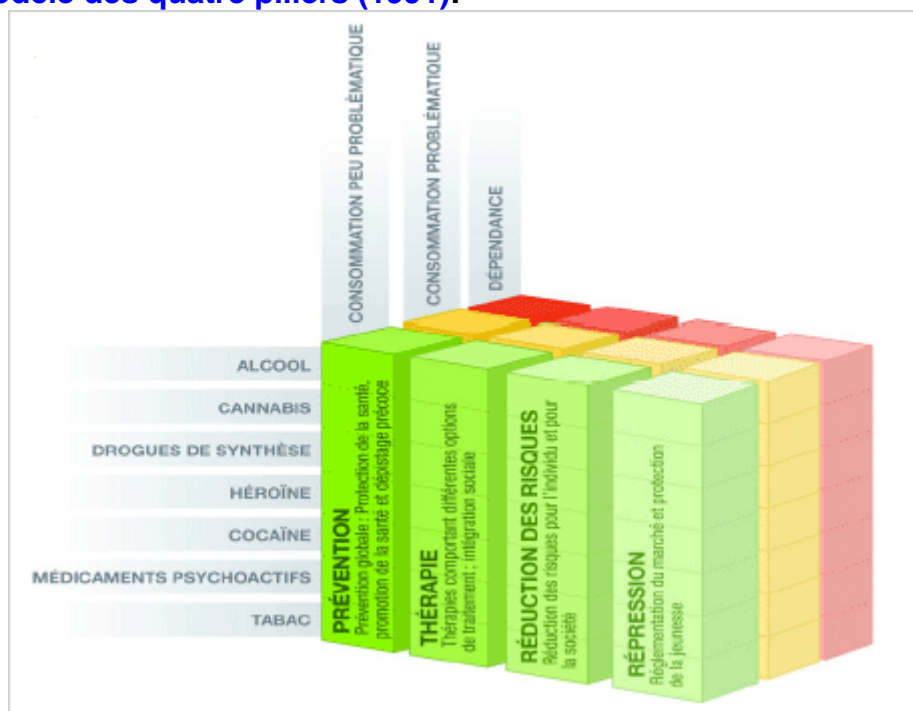
²² Tiré du site swissinfo. *La Suisse a tiré les leçons du Platzspitz* [En ligne], Adresse URL : <http://www.swissinfo.org/fre/Swissinfo.html?siteSect=111&sid=1013720> (Page consultée le 26 septembre 2007)

En 1990, des recherches soutenues par l'Office fédéral de la santé publique apporte une certitude : « *la multiplicité des situations problématiques causées par la dépendance aux drogues nécessite une multiplicité de réponses.* » (BOGGIO Yann, 1997, p.59) L'abstinence ne peut pas être la seule solution, c'est pourquoi d'autres programmes vont être développés, tels que la distribution contrôlée d'héroïne ou de méthadone et les locaux d'injections.

C'est également dans ces années là, qu'il y a eu une volonté de développer des activités de prévention. La prévention coûte moins cher, mais il est difficile de prouver la nécessité de telles activités, car les effets ne sont pas visibles et mesurables. Les pouvoirs publics étaient donc peu favorables à investir dans le domaine de la prévention. Mais ces dernières années, nous avons pu assister au développement de ce pilier. Les autorités voient actuellement la nécessité de l'intervention précoce. De nombreuses campagnes sont mises sur pied pour informer la société sur les risques qu'encourent les individus lors de consommations abusives de produits psychotropes, d'alcool,...

En 1991, la Confédération va donc proposer une politique proche de la réalité, la politique des quatre piliers (qui succède à la politique des trois piliers : réprimer, guérir et prévenir).

2.2 Le modèle des quatre piliers (1991):²³



Tiré du site www.bag.admin.ch © CFLD 2005

²³ Politique votée par le Conseil fédéral, les Chambres fédérales et le peuple suisse.

Il est important de préciser que la politique des quatre piliers n'est pas inscrite dans la loi sur les stupéfiants. C'est une mesure appliquée de manière différente par chacun des cantons afin de répondre au mieux aux problèmes liés à la dépendance.

Ces nouvelles mesures vont être sujettes à des débats passionnés. Vers la fin des années 90, deux initiatives opposées voient le jour. La première, en 1997, soutenue majoritairement par les partis de droite : **Jeunesse sans drogue** avait pour but de durcir la politique en matière de drogue. Puis, à environ une année d'écart, une initiative défendue par la gauche, **Droleg**. Celle-ci avait pour but de « (...) *légaliser achat, possession, consommation et culture des substances stupéfiantes pour la consommation personnelle, et instaurer un monopole étatique qui réglerait leur distribution.* » (BOGGIO Yann, 1997, p. 68) Ces deux initiatives seront enterrées et, de ce fait, le peuple suisse optera en faveur de la politique des quatre piliers ; politique plus modérée.

Actuellement, une révision de la loi sur les stupéfiants est en cours (**ProMeDro III**²⁴, Programme de Mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de Droque 2006–2011). Elle a été mise en place par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). Les trois objectifs principaux mis en place sont de :

- Diminuer la consommation
- Diminuer les conséquences de la consommation pour les consommateurs
- Diminuer les conséquences de la consommation pour la société

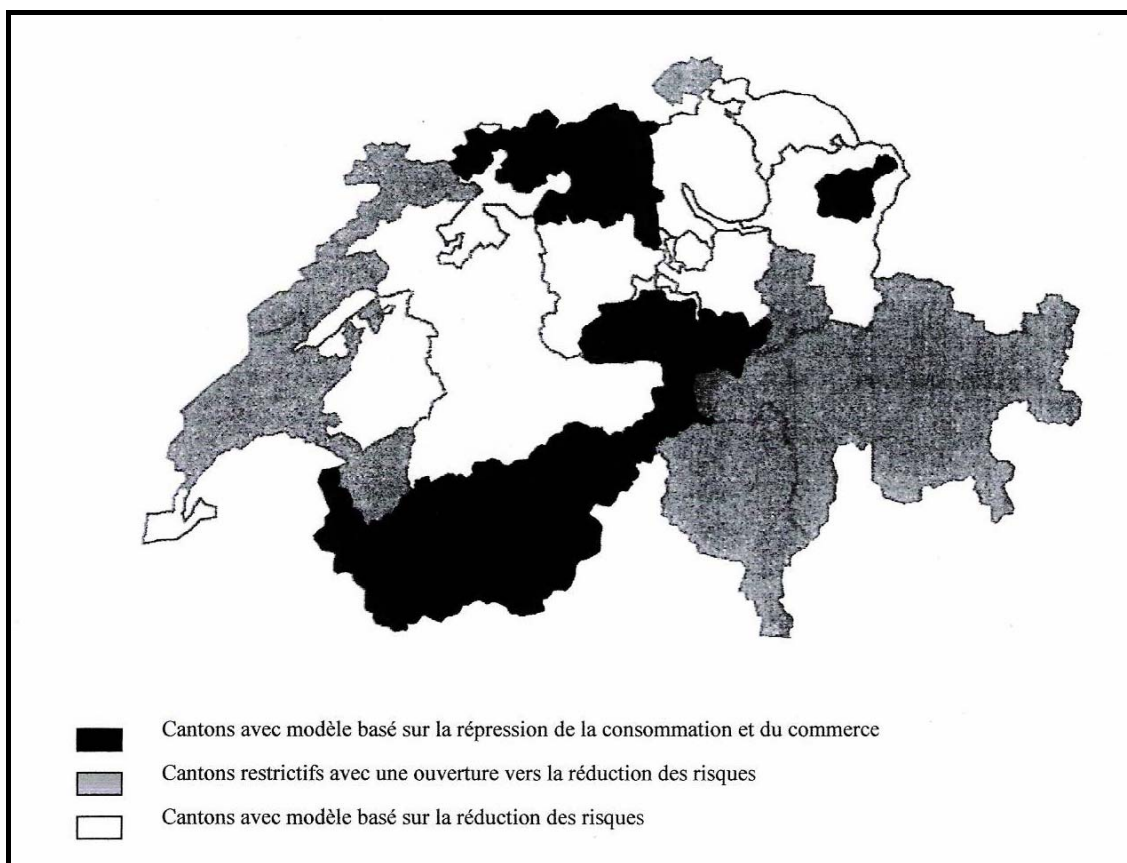
Après la fermeture du Letten (Zurich) en 1995, dans un souci de ne pas réitérer les mêmes erreurs lors de la fermeture de la scène ouverte du Platzspitz, les autorités ont décidé d'appliquer de nouvelles mesures, des mesures concrètes répondant à la multiplicité des problèmes que pose la drogue à la société : des usagers ont pu bénéficier des programmes de prescription médicale d'héroïne ou du traitement à la méthadone. Certains consommateurs se sont retrouvés dans les lieux de sevrage et d'autres ont été en contact avec des associations à bas seuil et ont pu se procurer du matériel d'injection dans des distributeurs de seringues « flashset-automates ».

La disparition des scènes ouvertes a eu des répercussions positives : « (...) *le taux d'infection par le VIH chez les usagers de drogue a chuté, le nombre de décès par overdose a diminué, les participants aux programmes de distribution contrôlée commettent moins de délits, les conditions sanitaire et sociale (logement et travail) des personnes qui se droguent se sont nettement améliorées.* » (BOGGIO Yann, 1997, p.82) Mais maintenant la population toxicodépendante demeure moins visible (scène cachée). La consommation de drogue est moins visible, mais elle existe toujours.

²⁴ LEDERMANN Simone [et al.]. *La politique suisse en matière de drogue* [En ligne]. Adresse URL : www.premiereligne.ch/elements/textes/documents_ProMeDro3.pdf (Page consultée le 26 septembre 2007)

2.3 Quelques différences entre cantons romands :

La Suisse compte 26 cantons, mais aussi 26 politiques différentes en matière de drogue. Chaque canton est libre de développer ses propres stratégies afin de venir en aide à la population toxicomane. Au début des années 80, la politique exercée par les cantons suisses était encore majoritairement répressive. Aujourd'hui elle demeure plus nuancée.



Etat des lieux de la politique Suisse en matière de drogue en 1997. Les différences qui existent en matière de réduction des risques entre chaque canton correspondent encore à la réalité d'aujourd'hui.²⁵

Encore aujourd'hui, il existe des différences notables entre certains cantons. Selon Yann Boggio, l'évolution en matière de réduction des risques a été moins spectaculaire en Suisse romande (à l'exception de Genève) qu'en Suisse alémanique. Dans cette partie de la Suisse, les mesures de réduction des risques ont été fortement médiatisées. Cela a suscité un débat public qui a permis de stimuler le « *processus d'apprentissage de la population* ». Un autre argument qui expliquerait cette diversité entre cantons : les cantons urbains, qui se sont vu envahir par le « fléau » de la toxicomanie à une large échelle (scène ouverte), ont adopté une politique plus ouverte et plus tolérante vis-à-vis des personnes dépendantes.

« (...) La déchéance, la violence, l'overdose et le sida ne sont pas des conséquences directes de l'usage de drogue. Ils échoient aux consommateurs d'héroïne en raison de choix politiques dont nous sommes responsables. »

²⁵ Tiré de BOGGIO Yann, 1997, p.72

Dans le cadre de ma recherche, j'ai choisi de cibler ma recherche sur trois cantons romands, où nous pouvons observer des différences notoires. Ces cantons sont : le Valais, Vaud et Genève. Je vais donc présenter dans ce prochain chapitre les grandes lignes de ces politiques.

2.3.1 Le Valais

Le Valais a traversé les années 80 sans trop de difficultés. Depuis longtemps, a été développée une politique basée sur l'abstinence, accompagnée de moyens répressifs conséquents.

Le système valaisan est unique puisque tous les différents acteurs du domaine de la toxicomanie se regroupent au sein d'une même organisation : la LVT (Ligue Valaisanne contre les toxicomanies). Cet état de fait a permis d'offrir à la population une référence stable en matière de toxicomanie et les usagers peuvent bénéficier d'une expérience ancienne en matière de soins.

La LVT a continuellement cherché à affiner ses interventions. Dès les années 80, elle met l'accent sur la prévention en instaurant un dispositif permettant de sensibiliser la population aux problèmes de toxicomanie.

Actuellement, cette association demeure donc active dans le domaine de la prévention, de la thérapie, mais elle offre également des prestations de réductions des risques dispensés dans les centres CAP (Centres d'Aide et de Prévention). En partenariat avec les pharmacies, celles-ci distribuent gratuitement des seringues (flashbox).

« Les solutions imaginées pour le Letten de Zurich ne sont pas adaptées aux besoins de nos communautés (...). Nous ne prétendons pas éradiquer la toxicomanie, mais nous tentons d'anticiper les problèmes en créant un réseau de compétences qui offre de meilleures réponses aux demandes, tout en stimulant les potentialités de chaque collectivité. »

M. BARMAN Jean-Daniel, directeur de la LVT²⁶

2.3.2 Vaud

Cette partie a été rédigée à l'aide de différents articles et d'ouvrages issus de sites Internet (voir bibliographie). Ce chapitre est volontairement plus long que le précédent et que le 2.3.3 parce que j'ai jugé intéressant d'apporter des éléments sur le débat récent qu'il y a eu à Lausanne au sujet de la votation sur l'établissement d'un local d'injection.

Après la révision de la loi en 1975, Vaud se trouve parmi les premiers cantons à organiser **la prescription de méthadone**.

²⁶ BONVIN, Jean-Michel. *A Martigny, toute la ville s'engage dans la lutte contre la drogue*. Le Nouveau Quotidien, le 24 novembre 1994.

Dès le début des années 80, Lausanne s'est attachée à concevoir sa nouvelle politique en matière de drogue. Mais les initiatives lancées par la ville se trouvaient bloquées par le gouvernement cantonal et par des problèmes financiers.

Dès le départ du chef du Département de la santé publique, la ville a pu obtenir les autorisations qu'elle attendait.

La distribution de matériels stériles choque certains. Serait-ce une incitation à consommer des produits stupéfiants ? Mais Lausanne bouge et en 1996, le Conseil communal accepte, à une large majorité, la distribution de **matériel d'injection**.

Dernier projet en date : ***l'ouverture d'un espace de consommation de stupéfiants ainsi qu'un bistrot social et le réaménagement du dispositif lausannois en matière de toxicomanie (ECstup) :***



Mix&Remix²⁷

Ce projet est l'aboutissement d'un long processus qui avait été lancé par les Autorités en 1996, avec la remise de matériel d'injection, puis, en 1999, par l'ouverture de lieux d'accueil à « bas seuil » pour des personnes souffrant de dépendances et/ou se retrouvant dans une situation de marginalisation.

Quant au projet d'un local d'injection à Lausanne, il a été lancé en 2001. Mais le Grand Conseil a refusé en 2003 cette initiative faute d'un soutien financier cantonal. Les autorités lausannoises ont alors décidé de faire aboutir seuls la démarche. Le 15 mai 2007, le Conseil communal de Lausanne a approuvé par 57 oui, 30 non et 1 abstention les conclusions du rapport de préavis sur le projet du dispositif communal. Le législatif a pris l'initiative, à l'unanimité, de soumettre les décisions prises à référendum²⁸. Lausanne s'est prononcé le 8 juillet 2007 sur ce projet.

²⁷ Infrarouge. *Lausanne : Bienvenue à « Dope City »* [En ligne], Adresse URL : <http://infrarouge.tsr.ch/gallery-7572006-lausanne-bienvenue-dope-city.html> (Page consultée le 23 janvier 2008)

²⁸ **Un référendum** peut être lancé par les dirigeants ou le peuple. Il permet d'obtenir un aval des gens pour un sujet important dans la vie de la collectivité.

➤ IDENTIFICATIONS DES PROTAGONISTES

Les groupes (partis, associations, mouvements,...) impliqués :

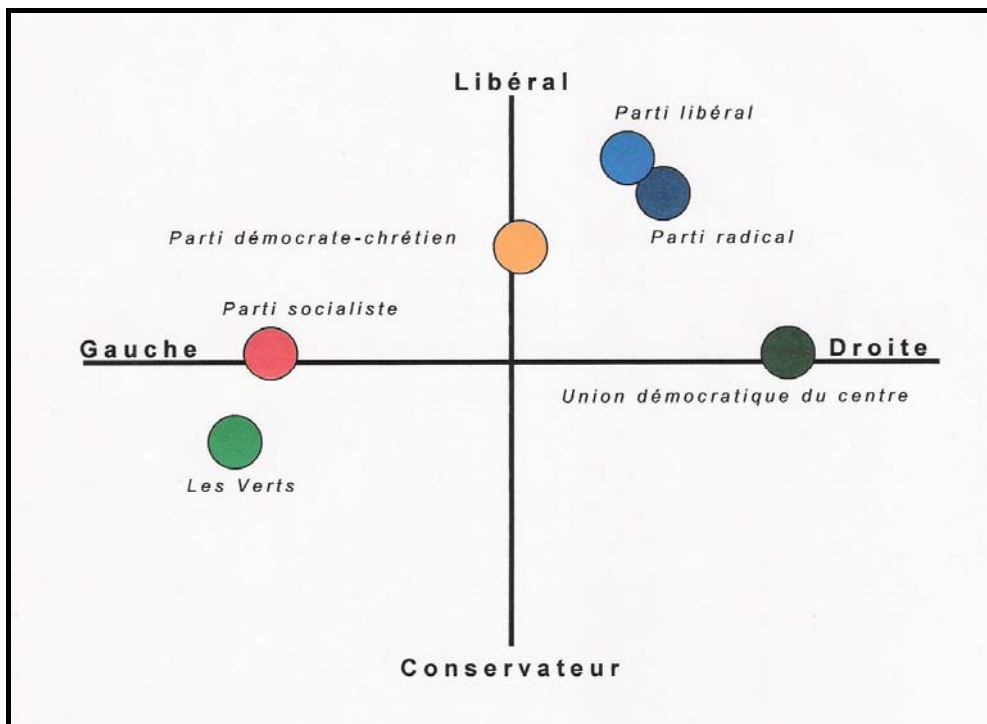


Tableau sur les principaux partis politique en Suisse²⁹

Le débat sur l'ouverture d'un local d'injection dans la région de Lausanne a été sujet à de nombreuses controverses. Une opposition marquée se dégage de ces échanges. On peut dire que ce débat s'est transformé en un **combat gauche-droite**.

La gauche et l'extrême gauche soutiennent activement la création d'un local de consommation de stupéfiants et d'un bistrot social au centre-ville de Lausanne. Voici quelques uns des partisans :

- le Parti Socialiste Lausannois
- Les Verts (Mouvement écologiste vaudois)
- A gauche toute ! (AGT) comprenant le Parti Ouvrier et Populaire vaudois (POP & gauche en mouvement)³⁰ et solidaritéS
- Ainsi que diverses associations d'aide aux marginaux (ARRUD : Association pour la réduction des risques liés à l'usage de drogues, AVMCT : Association Vaudoise des Médecins concernés par la Toxicomanie,...)

²⁹ **Le libéralisme** : Il est apparu au début du 19^{ème} siècle à travers les mouvements radicaux. Il revendique la liberté individuelle, la liberté de penser des individus, le libre échange des idées, le développement de l'économie suisse et promeut une politique garantissant les droits des minorités. Le libéralisme s'est affirmé contre le conservatisme.

Le conservatisme : Il est donc l'opposant au libéralisme. Les conservateurs sont attachés aux valeurs traditionnelles. Ce sont des défenseurs de la famille et ils sont proches des églises.

Le socialisme : Il met l'accent sur l'égalité des chances. Les socialistes sont en opposition avec le mouvement libéral et conservateur.

³⁰ Dans le POP vaudois, il existe une section appelée POP lausannois. Le POP est un parti influent à la gauche du PS et des Verts.

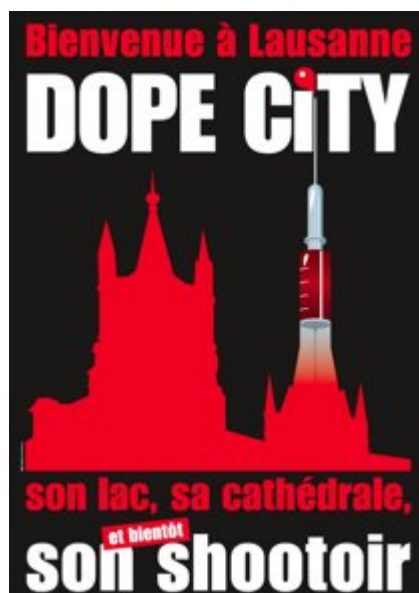
Les opposants à ce projet sont clairement les partis d'extrême-droite, de la droite et du centre qui ont d'ailleurs demandé à ce que la question soit posée aux citoyens lausannois par référendum. Ce sont principalement :

- l'Union Démocratique du Centre (UDC) qui est farouchement opposé à ce local.
- le Parti Radical Démocratique Vaudois (PRDV)
- le Parti Libéral Vaudois (PLV)³¹
- les commissaires de LausannEnsemble
- le Parti Démocratique du Centre (PDC)
- l'Union Démocratique Fédérale (UDF) – UDF la Côte
- Riviera Libre politiquement dégagés
- le Parti Evangélique Vaudois (PEV)

Selon Jean-Christophe Bourquin, municipal à Lausanne³², il y a clairement une majorité de gauche qui est favorable à ce projet et une minorité de droite qui le combat. Parmi les radicaux et les PDC, on trouve aussi des partisans à la réduction des risques.

Le local divise même les médecins et les toxicomanes. La Fondation du Levant suit quant à elle, la droite.

En ce qui concerne les affiches « choc » élaborées par l'UDC et les libéraux, certains membres radicaux pourtant opposants au local d'injection contestent cette campagne selon eux, très populiste et démagogique.



Tiré du site INFRAROUGE³³

³¹ **Le parti libéral** : défend clairement les intérêts et le développement de l'économie suisse. Il est le seul parti bourgeois suisse à développer un discours fédéraliste et humaniste.

³² DANESI, Marco. « Une bouée de sauvetage pour les plus démunis ». Le Temps, mercredi 16 mai 2007, p.11.

³³ Infrarouge. Lausanne : Bienvenue à « Dope City » [En ligne], Adresse URL : <http://infrarouge.tsr.ch/forum-212-lausanne-bienvenue-dope-city.html> (Page consultée le 23 janvier 2008)

➤ L'ARGUMENTAIRE

- **Les arguments allant en faveur de l'acceptation du projet « un espace de consommation de stupéfiants et bistrot social » :**

Ce local va, tout d'abord, permettre de transmettre les messages essentiels de prévention et, de ce fait, contribuer à améliorer l'état de santé des personnes toxicomanes. Cette aide a pour but d'éviter que les personnes souffrant d'une dépendance aux produits psychotropes, ne portent des séquelles psychiques, physiques (SIDA, hépatites,...) ou sociales (marginalisation, chômage,...) irréversibles toute leur vie. Le local est donc une sorte de protection dans l'ici et le maintenant, pour qu'ils puissent, quand ils seront prêts, entamer une cure et viser l'abstinence.

Ensuite, ce projet offrira une écoute et un lien social que la plupart des consommateurs n'ont plus. Il facilitera également l'orientation de ces personnes vers des structures de soins ou de traitements visant l'abstinence.

Le local d'injection et bistrot social vont permettre de minimiser les atteintes à l'ordre public. Actuellement, il existe, à la Riponne, une scène ouverte de la drogue. Grâce à ce projet, la population ne verra plus les toxicomanes s'injecter leur produit dans les toilettes, dans la rue et cela, dans des conditions d'hygiène déplorables. Elle ne croquera plus ces personnes démunies au quotidien. Les toxicomanes, qui occupent actuellement la Riponne, seront invitées à se rendre dans un bistrot social, diminuant ainsi les tensions quotidiennes avec le public. Ce sont des lieux où ils pourront exister et où ils ne seront plus insultés mais écoutés.

Le travail de ramassage fourni par ce centre permettra de réduire le nombre de seringues abandonnées.

Ce projet va également permettre de baisser les risques sanitaires et les coûts de la santé.

En bref c'est :

« Améliorer la santé, l'accompagnement social des toxicomanes et la sécurité de tous les lausannois qui voient ce qui se passe à la Riponne. »

PETERS Solange, conseillère communale socialiste³⁴.

- **Les arguments des opposants :**

Ce projet va avoir des répercussions néfastes pour les personnes toxicomanes. Un tel projet va les maintenir dans leur dépendance (chronicité des usagers) puisqu'elles pourront s'injecter des produits de manière facilitée. Cela va, à long terme, banaliser les drogues et inciter les jeunes à consommer sans risques.

³⁴ Tiré du débat réunissant Marlène Bérard et Solange Peters autour de la création d'un local d'injection à Lausanne sur TVRL, le 15 juin 2007.

Si ce projet passe, les institutions résidentielles visant à l'abstinence vont être fragilisées. En effet, elles seront privées de patients et de moyens financiers. La Fondation du Levant, par exemple, se trouve dans les chiffres rouges. Cet argent qui sera utilisé pour la création de ce local devrait permettre d'améliorer la rapidité d'une réinsertion sociale et professionnelle.

Le projet municipal ébranle également le pilier répression. Il crée une zone de non-droit à l'intérieur et aux abords du local, puisque la police municipale y est remplacée par des agents Securitas. Ce qui ne facilitera pas les interventions de la police

L'existence d'un local d'injection est également un puissant signal pour les dealers.

Les personnes habitant aux alentours du local d'injection, seront sujettes à de graves nuisances (déchets, bruits,...).

De plus, il est illusoire de penser que les personnes toxicomanes vont quitter la Riponne pour aller consommer leur drogue dans ce local. Ils se l'injectent, la sniffent ou l'inhalent dès qu'ils en ressentent l'irrépressible besoin. De plus, le centre ne sera pas ouvert 7 jours sur 7 et 24h sur 24.

En bref :

« C'est un leurre de croire que ça diminuera les risques d'infections, on ne réduira pas la toxicomanie, car l'usager n'est pas influencé à suivre une cure et on ne lui propose aucune solution d'avenir. »

BÉRARD Marlène, conseillère communale LausannEnsemble³⁵

► LES ENJEUX

- **Quelles sont les répercussions que ce projet peut avoir sur la société ?
Qu'est-ce qui est réellement en cause pour les différents protagonistes ? :**

Tout d'abord, il existe des **enjeux économiques** : Le pilier répression et thérapie coûte, jusqu'ici, cher à la population sans avoir de véritables résultats pour une grande partie des personnes touchées par la toxicomanie. La Riponne est le témoin qu'une bonne partie de ces personnes ne bénéficient pas d'une aide appropriée. Un tel centre coûterait moins cher à la collectivité et aurait un impact sur la scène ouverte.

La droite pense pourtant que ce local coûtera cher et cela, pour des résultats positifs à long terme qui ne sont pas prouvés³⁶.

³⁵ Tiré du débat réunissant Marlène Bérard et Solange Peters autour de la création d'un local d'injection à Lausanne sur TVRL, le 15 juin 2007.

³⁶ « Le coût du local d'injection lausannois est évalué à deux millions de francs par année. Il s'inscrit dans un budget global de la ville (6,3 millions) couvrant toutes les actions réalisées au profit des marginaux. » DURUZ Grégoire. « Lausanne, capitale de la drogue ? », Le Matin du 11 juin 2007

Si ce projet passe, **les subventions** seront réduites pour la répression et la thérapie. Cela voudra dire que certaines institutions se retrouveront dans des situations « difficiles ».

Il y a également des **enjeux politiques et stratégiques** : Selon Jean-Christophe Bourquin, municipal à Lausanne : « *La droite cherche à se replacer après la défaite aux élections communales de l'année passée. Elle exploite un terrain sensible à des fins politiques. Elle épouse les positions les plus radicales, prônées par quelques éléments du Parti libéral et de l'UDC, pour stopper la perte de voix et de consensus. En réalité, parmi les radicaux et les PDC, on trouve aussi des partisans de la réduction des risques* » (DANESI Marco, 16 mai 2007, p.11). Voici les mots de Claude-Alain Voiblet, coordinateur romand à l'UDC et président de la section du district de Lausanne : « *Nous n'avons jamais caché que nous voulions implanter l'UDC dans les villes romandes, et en particulier à Lausanne. Nous souhaitons notamment démontrer que nous sommes incontournables lors des questions de société liées à la vie urbaine. Le local d'injection est une formidable opportunité pour faire ce marketing politique. Ce n'est tout de même pas de notre faute si les autres formations de droite peinent à avoir des idées dans ce domaine.* » (M.-S.P., 11 juin 2007)

Enjeux sociaux (débat éthique) : Il est impossible de fermer les yeux sur la situation précaire rencontrée par les personnes fréquentant la place de la Riponne. Il faut donc agir :

La solution de gauche est d'offrir un local d'injection et un bistrot social, alors que la solution de droite est d'obliger les toxicomanes à entamer une cure dans des institutions spécialisées, voire en prison jusqu'à ce qu'ils soient sevrés.

La toxicomanie nous révèle également les côtés plus sombres de notre société : exclusion, précarité, chômage, solitude, maladie, handicap. La société a une part de responsabilité dans cet état de fait. Nous n'avons donc pas le droit d'être indifférents à la souffrance des plus fragiles.

Il existe également, un **enjeux pour les personnes qui habiteront à proximité de ce local** : Les nuisances tout d'abord (déchets, seringues abandonnées,...), mais aussi, leurs appartements qui auront beaucoup moins de valeur qu'auparavant. Il sera plus difficile d'attirer des locataires. De plus, cela ne facilitera pas le travail de la police, car elle devra effectuer plus de patrouilles et plus d'interventions.

Pour terminer, un argument lancé par LausannEnsemble : L'élaboration d'un tel projet permet aux autorités de se laver les mains et de justifier qu'elles se préoccupent du problème.

Et pourtant : « *Aujourd'hui, la plupart des grandes villes de Suisse ont adopté cette politique, avec des résultats avérés sur la santé des toxicomanes et la sécurité publique* »

THORENS Adèle, 22 juin 2007

Il existe un véritable dialogue de sourds entre partisans et opposants : Chaque camp met en avant ses spécialistes (souvent des médecins) et s'échine à prendre le contre-pied des arguments de la partie adverse.

► LES RÉSULTATS DES VOTATIONS DU 8 JUILLET 2007

Le 8 juillet 2007, les Lausannois ont rejeté le projet d'un local d'injection et bistrot social. 54,6% des électeurs refusent la proposition de la municipalité, sur un total d'un peu plus de 26'000 bulletins entrés (31% de participation).

Que dit la droite ?

A la fin de l'été, la droite va présenter toute une série de mesures pour venir en aide aux toxicomanes. La conseillère libérale Françoise Longchamp, annonce qu'il y aura, dès cet automne, des propositions « *concrètes et chiffrées* » qui répondront aux besoins des personnes toxicomanes. « *Il s'agira notamment de mettre en place les maillons manquants de la chaîne. Actuellement, entre les structures à bas seuil et les thérapies d'abstinence, il y a un saut trop important à faire pour le toxicomane* »³⁷.

Que dit la gauche ?

Certaines personnes pensent que le comité de soutien a commis des erreurs dans sa campagne. Par exemple, il n'aurait pas dû présenter le local d'injection avec le bistrot social et les autres mesures de soutien aux personnes marginalisées. En faisant ce choix, il a pris le risque de tout perdre. Il aurait également dû présenter l'espace de consommation comme une mesure allant dans la suite logique de ce qui existe à l'heure actuelle et non pas comme un projet complètement nouveau. La nouveauté peut inspirer la méfiance des gens.

La gauche invoque également le fait que les opposants ont beaucoup joué sur le côté émotionnel du sujet avec des campagnes « très agressives ». Solange Peters met également en avant le fait que la gauche a manqué de moyens financiers pour mieux communiquer les intérêts, les buts,... de ce projet³⁸.

« Tout laisse également à penser que si la droite avait non pas un, mais trois représentants sur sept à la municipalité, les partis bourgeois auraient été moins unis à combattre le local d'injection et le bistrot social. »

CASPARY Laurent (rédacteur en chef régional), le 8 juillet 2007

Fin septembre, LausanneEnsemble a présenté ses solutions. Celles-ci mettent l'accent sur la prévention. Et, afin de venir en aide aux personnes marginalisées fréquentant la Riponne, il projette d'ouvrir un « café-restaurant avec des repas gratuits ». Ce lieu sera ouvert 24 heures sur 24. Il offrira un espace d'accueil même

³⁷ Mme François Longchamp, conseillère libérale et présidente du comité référendaire « Non au local d'injection » : PIDOUX, Julian. *Le non d'Olivier Français au local d'injection étonne le syndic*. Le 24 heures, le 27 juin 2007.

³⁸ Le comité « Non au local d'injection » a engagé 50'000Fr. – dans sa campagne. Les fonds proviennent entre autres de dons privés (DE PREUX Patrick (député libéral), 21 juin 2007). Cette somme s'ajoute aux 40'000Fr. – de l'UDC. Quant à la gauche elle dispose de moins de moyens, car la majorité des gens qui la soutienne est peu fortunée. (DURUZ Grégoire, le 11 juin 2007)

de nuit, un lieu de vie ainsi qu'un espace de soutien aux familles des personnes marginalisées.

Selon le président du parti socialiste lausannois, Grégoire Junod³⁹, cette nouvelle proposition de LausanneEnsemble ne contient rien de neuf ni de novateur. Le projet refusé le 8 juillet contenait toutes ces mesures sauf le local d'injection.

2.3.3 Genève

Cette partie a été rédigée à partir du site officiel de l'Etat de Genève⁴⁰

Contrairement au canton de Vaud et Valais, il n'y a jamais eu à Genève de grandes polémiques ou de confrontations entre partis politiques concernant la politique en matière de drogue.

La politique Genevoise comprend quatre grands principes :

- *« informer de la façon la plus adéquate pour prévenir la toxicomanie*
- *soigner dès que possible, avant des dégâts irréversibles*
- *tout entreprendre en vue d'une réinsertion sociale réussie*
- *réprimer quand il le faut⁴¹ (...) »*

En partant de ces principes, Genève a pu, au fur et à mesure de l'évolution de la situation des personnes toxicodépendantes, réajuster leurs offres sans se heurter à des problèmes politiques ralentissant les actions des professionnels du terrain.

En matière de réduction des risques, Genève met tout d'abord sur pied le programme de prescription de méthadone vers la fin des années 70. Fin des années 80, c'est au tour des programmes d'échanges de seringues de faire leur preuve. Début 1990, le bus itinérant de prévention SIDA ouvre ses portes sous l'action du Groupe Sida Genève. Milieu 1990, c'est autour de la prescription médicale contrôlée d'héroïne d'entrer sur le marché (PEPS : Programme Expérimental de Prescription de Stupéfiants). Et enfin, début des années 2000, les usagers peuvent bénéficier d'espaces d'accueils ainsi que de locaux d'injections.

Dans le but de répondre aux mieux aux différentes situations rencontrées par les personnes souffrant de toxicodépendance, le Conseil d'Etat a mis en place un réseau autour des différents programmes à « haut seuil », « moyen seuil » et « bas seuil » (voir chapitre 3)

³⁹ PRIN, Mehdi-Stéphane. *La droite veut ouvrir un restaurant pour drogués*. Le 24heures, le 29 septembre 2007.

⁴⁰ Site officiel de l'Etat de Genève. *La politique genevoise en matière de toxicomanies : vers l'ouverture d'un espace d'accueil pour personnes toxicomanes avec un lieu d'injection* [En ligne], Adresse URL : <http://www.geneve.ch/social/presse/toxi.html> (Page consultée le 25 septembre 2007)

⁴¹ Site officiel de l'Etat de Genève. *La politique genevoise en matière de toxicomanies : vers l'ouverture d'un espace d'accueil pour personnes toxicomanes avec un lieu d'injection* [En ligne], Adresse URL : <http://www.geneve.ch/social/presse/toxi.html> (Page consultée le 25 septembre 2007)

3. LES PRINCIPAUX « OUTILS » DE RÉDUCTION DES RISQUES

3.1 La prescription de méthadone (Valais, Vaud et Genève) :

L'essentiel de ce chapitre a été tiré de l'ouvrage du Dr MINO Annie, 1996, 255p.

3.1.1 Description de la méthadone

La méthadone est un opiacé de synthèse et est utilisée à l'heure actuelle dans le cadre de traitement de substitution. Elle a les mêmes effets analgésiques que la morphine et induit comme elle la tolérance. C'est-à-dire le besoin de prendre des doses sans cesse croissantes.

La méthadone se prend oralement et son effet dure jusqu'à 24 heures. Durant ce laps de temps, la diffusion de celle-ci se fait de manière régulière dans l'organisme ; Contrairement à l'héroïne ou la morphine qui sont métabolisées en l'espace de quelques heures. La méthadone, dosée correctement, ne provoque ni euphorie, ni somnolence, ni variation d'humeur et si la quantité est suffisante, elle bloque les effets euphorisants d'autres drogues.

3.1.2 Son application en Suisse

D'après la page web du site de l'OFSP⁴², le traitement par prescription de méthadone est inscrite dans la Loi sur les stupéfiants depuis 1975 (15a, al.4).

A l'heure actuelle, la grande majorité des thérapies substitutives se font avec la méthadone. Seul un 10% des traitements est dispensé par le biais de l'héroïne et de la buprénorphine.

Le traitement sous méthadone peut se faire dans différents lieux. Elle peut être délivrée chez le médecin, dans une institution spécialisée, dans un service psychiatrique, dans des hôpitaux ou encore en prison.

D'après les informations recueillies sur le site Medrotox⁴³, le traitement s'effectue en quatre phases. La première phase, (« phase d'essai ») correspond aux premières semaines de traitement. Durant cette période, le but est de trouver le bon dosage de méthadone.

La deuxième phase se nomme « phase de réduction des risques ». Comme son nom l'indique, le but de celle-ci est de réduire les risques socio-sanitaires et de permettre à la personne d'accéder à une meilleure qualité de vie.

⁴² Office fédéral de la santé publique. *Traitement avec prescription de méthadone* [En ligne], Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/01190/index.html?lang=fr> (Page consultée le 10 octobre 2007)

⁴³ Medrotox. *Le traitement par phases* [En ligne], Adresse URL : http://www.lvt.ch/medrotox/fichiers%20pdf/9_3_traitement_phases.pdf (Page consultée le 12 octobre 2007)

Quant à la « phase de normalisation », elle s'adresse aux personnes désireuses d'atteindre des objectifs pour une meilleure gestion de leur vie sans drogues.

Et pour terminer, la « phase de sevrage », durant laquelle on va réduire petit à petit les doses de méthadone jusqu'à l'abstinence. Elle s'adresse donc à des personnes qui sont capables de maintenir leur équilibre de vie tout en baissant leurs doses.

La thérapie par la méthadone est généralement associée à un suivi psychosocial. Cette association permet une sensible amélioration physique, psychique et sociale.

3.1.3 Les différents apports de la méthadone

La méthadone a pour principe « la maintenance ». Elle permet au consommateur de ne plus être à la recherche de son produit et d'échapper aux conséquences négatives liées aux drogues illégales. Echapper à l'illégalité permet à la personne de se reconstruire physiquement et psychologiquement et de mener une vie sociale.

Le traitement par la méthadone permet également pour le professionnel d'entretenir un suivi régulier avec son patient.

Selon Anne Coppel, le fait de passer d'un produit psychotrope (en passant d'une drogue à un substitut) à un médicament de substitution permet de se distancer d'avec le produit de « prédilection ». La méthadone permet de mieux contrôler la consommation et de renoncer symboliquement à l'injection, ce qui est un pas non négligeable sur le chemin de l'abandon de leurs habitudes toxicomaniaques.

« Il me fallait retrouver des réflexes de médecin : cesser de penser mes actes thérapeutiques en termes de bien et de mal (en référence à quelle morale ?) pour les juger, plus modestement, en fonction de leur bon ou mauvais effet sur la santé de mes patients. »

Dr MINO Annie, 1996, p.35

3.2 Les centres à bas niveau d'exigence dit « bas seuil » (Vaud et Genève) et l'échange de seringues (Valais⁴⁴, Vaud et Genève) :

La première partie de ce chapitre a été tirée du site officiel de l'Etat de Genève⁴⁵. Pour ce qui est des informations sur les objectifs des centres de bas seuil, des règles et de l'équipe, elles proviennent du site Infodrog⁴⁶.

Tout d'abord, il est important de préciser que, dans l'ensemble des outils présents dans la palette thérapeutique, il existe trois niveaux d'exigences : le « haut seuil »,

⁴⁴ Le Valais ne dispose pas d'un lieu dit « bas seuil » mais dispense des prestations de réduction des risques (distribution de matériel stérile, entretiens, informations, prévention tertiaire,...).

⁴⁵ Site officiel de l'Etat de Genève. *La politique genevoise en matière de toxicomanies : vers l'ouverture d'un espace d'accueil pour personnes toxicomanes avec un lieu d'injection* [En ligne], Adresse URL : <http://www.geneve.ch/social/presse/toxi.html> (Page consultée le 25 septembre 2007)

⁴⁶ Groupe de spécialistes CA&C. *Standards pour les centres d'accueil et de consultation (CA&C), à seuil bas dans le domaine des dépendances* [En ligne], Adresse URL : <http://www.infodrog.ch/txt/brr/StandardsCAC.pdf> (Page consultée le 2 octobre 2007)

« moyen seuil » et le « bas seuil ». Le « seuil » indique ici le niveau d'accessibilité. Actuellement ces trois termes sont plutôt « désuet ».

Pour pouvoir bénéficier de prestations dit « haut seuil », il faut être sevré et avoir la volonté d'être abstinent. Des mesures de réinsertion sont également mises en place.

Les centres de « moyen seuil », quant à eux, offrent un suivi médico-psychosocial et fixent des objectifs thérapeutiques. Néanmoins, ils acceptent que la personne soit dépendante à un produit sous prescription médicale (méthadone,...).

Et pour terminer, les centres de « bas seuil ». Ces centres ont vu le jour à la fin des années 80, dans les villes et au milieu des années 90, dans les régions rurales. Leurs buts premiers étaient d'infléchir la propagation du virus du SIDA et le nombre d'overdoses. Toute personne peut s'y rendre durant des horaires fixes quand elle le désire.

➤ Ces centres ont pour **objectifs** de :

- Réduire les conséquences négatives liées à la consommation de drogues (transmission du VIH/sida et des hépatites, infections diverses, overdoses, problèmes psychologiques et sociaux, associés à l'usage de drogues) grâce à la distribution de seringues, de préservatifs et de conseils dispensés par des professionnels.
- Offrir l'accès aux prestations sociales et médicales de base.
- Encourager et favoriser le maintien du lien social afin que l'usager de drogue ne se retrouve pas marginalisé.
- Etablir un contact et développer une relation de confiance avec la personne dépendante en lui offrant un espace d'accueil et d'écoute.
- Promouvoir l'information aux personnes souffrant de dépendance et de ce fait favoriser l'accès aux institutions prodiguant un traitement pour la dépendance (Tremplin pour démarrer une cure,...)
- Fournir des données sur l'évolution des modes de consommation, sur les nouvelles problématiques et initier des projets de réduction des risques.
- Informer et collaborer avec la population sur les problèmes liés à l'usage de drogues. Sensibiliser le public à cette problématique.
- Selon le mandat de la région, ces centres peuvent proposer un travail d'information envers la police et le voisinage ou d'autres prestations tels que : un repas simple, la possibilité de prendre une douche, de se laver, de réparer ses habits. Un lieu pour lire, jouer ou écouter la radio ou la TV.

➤ **Les règles** inhérentes au lieu : Il est interdit de vendre de la drogue et d'avoir des gestes de violences physique ou verbal.

➤ **L'équipe** : Elle doit être mixte et interdisciplinaire (éducateur, animateur socioculturel, infirmier,...) Ils doivent suivre régulièrement des supervisions ainsi que des réunions d'équipe et effectuer une formation continue, car chaque membre de l'équipe doit pouvoir agir de la bonne manière en cas d'urgence.

« S'occuper de leur corps est une première urgence et un premier moyen de les revaloriser à leurs propres yeux. »

Dr MINO Annie, 1996, p.151

3.3 Les locaux de consommation (Genève) :

Le chapitre 3.3.1 a été rédigé à partir de l'article de Mme Catherine DUBOULOZ⁴⁷ et le 3.3.2 avec celui de Mme A. François [et al.]⁴⁸.

3.3.1 En Suisse alémanique, dans des grandes agglomérations telles que Berne ou Zurich, différents centres à « bas seuils » disposent depuis déjà une quinzaine d'années de salles réservées à l'injection. Cette mesure, pour lutter contre les risques liés à la consommation de produits par intraveineuse, est entrée dans les mœurs et rencontre des résultats positifs.

3.3.2 En Suisse romande, il faudra attendre 2001, pour qu'un tel centre puisse ouvrir ses portes. A l'heure actuelle, seule Genève dispose de cet outil.

Le projet du Groupe Sida Genève, Quai9 a été accepté par une majorité de la population genevoise et par les milieux politiques. En effets, certains problèmes, inhérent à la consommation de drogues, ont poussé ceux-ci à adopter cette nouvelle mesure.

Tout d'abord, la situation des personnes toxicomanes demeurait inquiétante. Beaucoup d'entre eux sont sans domicile fixe et se retrouvait à s'injecter leur produit dans des conditions sanitaire déplorable. De plus, les statistiques montrent une augmentation de la consommation par injection.

Ensuite, cette situation menaçait l'ordre public. Dans certains quartiers, des seringues étaient régulièrement abandonnées dans les préaux, dans les immeubles et le nombre de piqûres involontaires est en augmentation.

➤ **Les usagers** fréquentant le local d'injection doivent être des consommateurs, quotidien ou occasionnel, de produits psychotropes par voie intraveineuse.

➤ **L'objectif** premier d'un local d'injection est de permettre de réduire la transmission de maladies infectieuses (virales, bactériennes et fongiques). C'est un dispositif qui vient compléter les mesures existantes en matière de réduction des risques. (voir chapitre 3.3)

Pour ce faire, l'équipe soignante va proposer à l'utilisateur du matériel stérile, des conseils et leur offrir un cadre sécurisant.

⁴⁷ DUBOULOZ Catherine. *Genève osera-t-elle ouvrir un local d'injection pour les toxicomanes ?* Le Temps, le 26 avril 2000.

⁴⁸ A. François, M. Baudin. *Quai9, espace d'accueil et d'injection pour usagers de drogues à Genève : bilan et réflexions après 18 mois de fonctionnement.* Médecine&Hygiène 2451, le 24 septembre 2003.

Le niveau d'exigence est bas néanmoins ; il est interdit d'exercer un trafic, de consommer et de se réunir en groupe à proximité immédiat du local.

➤ La salle est sous surveillance constante. Les **professionnels** sont formés à la réanimation cardio-respiratoire et assistent aux injections. En Suisse, aucune overdose mortelle ne s'est produite dans un espace de consommation.

3.4 La prescription médicale contrôlée d'héroïne (Genève) :

Les chapitres 3.4.1 et 3.4.3 ont été rédigés principalement avec l'aide du site officiel de l'Etat de Genève⁴⁹. Et, le 3.4.2, en me basant sur une page web de l'OFSP⁵⁰.

3.4.1 Sur le plan international, la prescription médicale contrôlée d'héroïne ou de morphine n'est pas interdite, si, toutefois, son but est de réduire la consommation et s'il existe des mesures répressives et de prévention couplées à ce dispositif. Actuellement, les Pays-Bas, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, l'Espagne, le Canada et la Belgique disposent de leur propre projet de prescription médicale contrôlée d'héroïne.

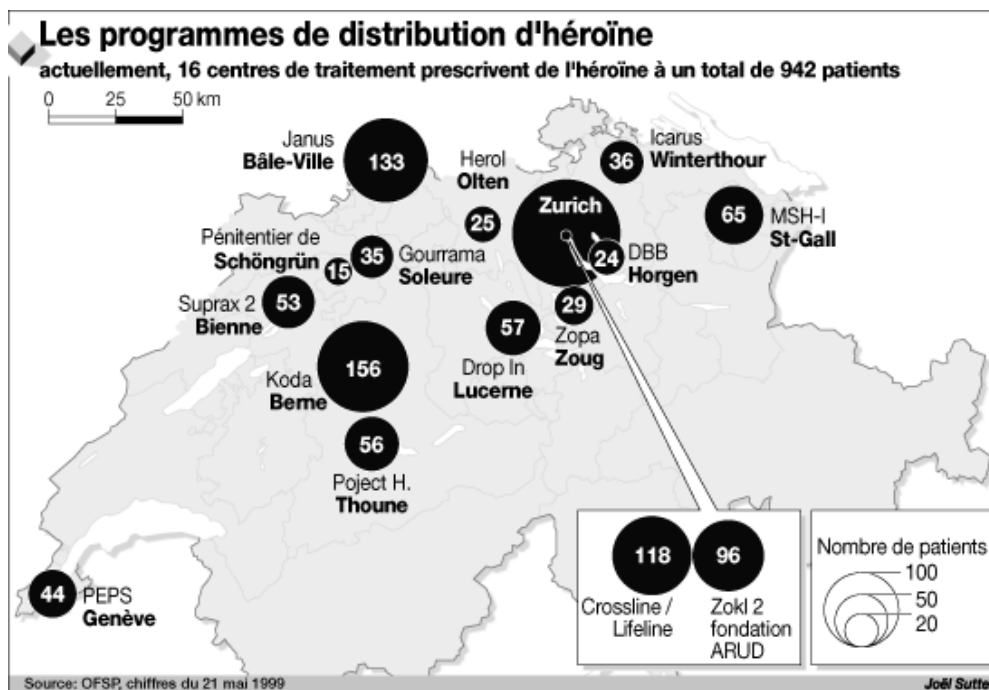
3.4.2 En Suisse, le programme de prescription médicale contrôlée d'héroïne a été mis à l'essai entre 1994 et 1996 dans différents cantons. Les résultats, suite à cet essai, furent dans l'ensemble très positifs. L'OFSP (Office Fédéral de la Santé Publique) a constaté une amélioration de la santé physique et psychique des usagers. Une amélioration de leur situation sociale ainsi qu'une diminution de la délinquance. Mais, la fin de la période d'essai et ces premières conclusions vont provoquer des débats passionnés au sein de la classe politique suisse et de la population suisse. Certains milieux approuvent ce projet, d'autres plaident pour son abandon.

Après le refus en 1997 de l'initiative populaire « Jeunesse sans drogue », et suite aux résultats positifs de l'étude de l'OFSP, la Suisse va adopter l'arrêté fédéral en 1998 (celui-ci figure dans la Loi sur les stupéfiants, art.8, al.6 à 8) et l'ordonnance⁵¹ en 1999 sur la prescription médicale contrôlée d'héroïne. Le traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe) se retrouve donc intégré à l'un des quatre piliers, le pilier « thérapie ». L'arrêté fédéral sera ensuite prolongé, par les Chambres, jusqu'à fin 2009. La poursuite du projet se trouve donc garantie jusqu'à cette date.

⁴⁹ Site officiel de l'Etat de Genève. *La politique genevoise en matière de toxicomanies : vers l'ouverture d'un espace d'accueil pour personnes toxicomanes avec un lieu d'injection* [En ligne], Adresse URL : <http://www.geneve.ch/social/presse/toxi.html> (Page consultée le 25 septembre 2007)

⁵⁰ OFSP. *Traitement de substitution en cas d'héroïnomanie* [En ligne], Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/01191/index.html?lang=fr> (Page consultée le 2 octobre 2007)

⁵¹ La loi a été soumise à votation et approuvée par la population avec plus de 54% des voix.



Début 2006, près de 1300 patients sont en cure dans 21 centres ambulatoires.

3.4.3 A Genève, le Conseil d'Etat a décidé de lancer, en 1995, le Programme Expérimental de Prescription de stupéfiants (PEPS) provenant de l'étude fédérale.

➤ Selon l'ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne⁵², **les principaux critères exigés pour pouvoir bénéficier de ce programme** sont les suivants : Il faut être âgés de plus de 18 ans, avoir échoué ou interrompu plus de 2 traitements thérapeutiques, avoir consommé de l'héroïne au minimum pendant 2 ans et présenter des troubles sérieux tant physiques que psychiques provenant d'une addiction à l'héroïne.

Selon une évaluation faite après 5 ans de fonctionnement, **le profil des patients** fréquentant le PEPS sont, dans la grande majorité, des jeunes hommes âgés de plus de 30 ans qui s'injectent de l'héroïne depuis plus de 12 ans. « Ils ont fait plus de 8 tentatives de traitement, plus de 4 overdoses sérieuses et ont tenté de se suicider à plusieurs reprises. Plus de la moitié consomme des benzodiazépines quotidiennement et l'usage de la cocaïne intraveineuse est en augmentation. Leur histoire médicale révèle une haute prévalence de troubles psychiatriques. Plus d'un quart sont positifs pour le VIH. (...) Une petite minorité travaille de manière précaire. Plus de la moitié reçoit des aides sociales. Les patients restants ne semblent pas avoir de moyens légaux de survie. » (Site officiel de l'état de Genève, p.5)

➤ Le PEPS reprend **les objectifs** fixés par le Conseil fédéral dans l'ordonnance du 8 mars 1999.

Ce centre doit donc permettre aux personnes souffrant depuis des années des effets de la consommation de drogues de reprendre contact avec un réseau sanitaire. A

⁵² Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne. [En ligne], Adresse URL : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/812.121.6.fr.pdf> (Page consultée le 2 octobre 2007)

plus long terme, ce réseau a pour but de les conduire, petit à petit, vers des traitements de substitution par la méthadone ou d'abstinence. Ce programme a également pour objectif de réduire les risques en matière de maladies transmissibles et d'améliorer la situation sociale de la personne toxicodépendante en lui permettant entre autre de sortir de l'illégalité (plus d'achats illégaux de stupéfiants, donc plus de délinquance), de quitter la scène de la drogue et de lui permettre de développer ses aptitudes à travailler.

« Le fait de disposer, par exemple, d'un revenu assuré, même d'une pension pour invalide, d'un lieu pour dormir, de points de chute réguliers au cours de la journée, représente un facteur d'apaisement qu'on pourrait qualifier, déjà, de thérapeutique. Il nous arrive en tout cas de voir disparaître rapidement chez certains patients des traits pathologiques qui étaient sans doute directement liés à leurs conditions de vie : la rue, le stress, la délinquance et la violence ne laissent pas indemne. (...)La stabilisation de leur situation physique et socio-économique permet aussi à nos patients de passer à d'autres préoccupations, plus ambitieuses. »

Dr MINO Annie, 1996, p.153-154

➤ Quant à **l'équipe soignante**⁵³, elle est composée d'un médecin dont le rôle est de dispenser un suivi médical et d'évaluer les différents troubles psychiques et physiques.

Un assistant social se charge d'améliorer les conditions de vie des personnes en les aidant à trouver un emploi, un logement. En leur permettant de bénéficier d'une assurance invalidité, de la caisse maladie ou encore en leur apportant de l'aide lors de problèmes judiciaires.

Pour finir, trois infirmières ont pour tâche d'accueillir et d'évaluer les différents problèmes d'ordre médical ou relationnel. Elles préparent les traitements, les distribuent, interviennent s'il y a d'éventuel cas d'intoxication et veillent à maintenir la salle d'injection propre.

➤ **Les résultats** : En 2000, 50 patients suivent le PEPS. *« Tous sont assurés. Presque tous ont réglé leurs problèmes financiers. Certains travaillent ou ont entrepris des activités occupationnelles en milieu protégé ou adapté à leurs capacités. »* (Site officiel de l'état de Genève, p.5)

La prescription médicale contrôlée d'héroïne apporte des conclusions satisfaisantes. En effet, la santé physique et mentale des personnes toxicodépendante s'améliore. Les tentatives de suicides sont en diminution. Il y a une baisse sensible des activités illégales liées au marché de la drogue. On peut également remarquer une amélioration des conditions de logement et de la situation professionnelle.

L'ouverture de ces programmes apportent également des résultats positifs auprès des populations concernées : diminution de la délinquance, diminution du commerce

⁵³ Informations tirées à partir de la page web : SWAPS, « Le Programme expérimental de prescription de stupéfiants » Adresse URL : www.pistes.fr/swaps/8_86.htm (Page consultée le 11 juin 2007)

illégal, ainsi qu'une diminution des coûts liés à la répression, à l'exécution des peines et des traitements des maladies.

Mais, en 2002, une étude de l'OFSP⁵⁴ démontre que le 86% des patients des centres de traitement avec prescription d'héroïne, souffre de comorbidité. Il reste donc des améliorations à effectuer dans ce sens afin de répondre aux mieux aux attentes des personnes à double diagnostic (toxicodépendance et troubles psychiques).

Les drogues de synthèse et la cocaïne sont également des problèmes d'actualité, car ces substances sont en forte augmentation depuis quelques années. A l'heure actuelle, il n'existe pas un seul médicament de substitution ou une pharmacothérapie ayant fait ses preuves. En 2004, une étude pilote visait à administrer chez les patients dépendant à la cocaïne de la ritaline. Les résultats en 2006 n'ont pas montré une diminution évidente de la consommation de cocaïne. L'OFSP a donc renoncé à suivre ce projet.

« Le vrai scandale n'est pas de prescrire de la drogue à des drogués. C'est d'avoir, pendant des années, disserté sur la culture du partage de la seringue alors que ce partage dérivait directement de la rareté que nous avons suscitée en les interdisant ou en rendant leur acquisition plus difficile. C'est d'avoir affirmé que la toxicomanie était un choix suicidaire, alors que c'est notre politique de prohibition qui imposait aux toxicomanes de risquer la mort à chaque shoot. C'est d'avoir, en un mot, enfermé les consommateurs de drogue dans une image fausse, fabriquée par la prohibition, qui justifiait l'abandon sanitaire dans lequel nous les laissions. »

Dr MINO Annie, 1996, p. 244

4. LES PROFESSIONNELS DES CENTRES DE RÉDUCTION DES RISQUES

4.1 L'évolution des pratiques (tour d'horizon des quatre piliers).

L'essentiel de ce chapitre est tiré de l'ouvrage de BOGGIO Yann, 1997, 105p.

Au fil des années, **la prévention** a pu faire ses preuves et s'est attachée à suivre l'évolution en matière de dépendance.

Pendant un certain temps, elle se basait sur la « dissuasion ». A l'heure actuelle, elle aborde la situation de manière différente : Les mesures visent à informer et développer un réseau d'aide envers la personne toxicodépendante. Et la dépendance regroupe maintenant une large palette de drogues : alcool, tranquillisants, héroïne, jeux vidéo, achats compulsifs,...

⁵⁴ Informations tirées à partir de la page web : OFSP : *Traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe). Questions et réponses 2006* [En ligne], Downloads PDF, Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/01191/index.html?lang=fr> (Page consultée le 2 octobre 2007)

Quant à **la répression**, elle vise à différencier les consommateurs des commerçants. L'évolution du statut du toxicomane a eu une répercussion sur le comportement des différents acteurs du domaine de la toxicomanie. Pour la police, la personne toxicomane devient une personne « qui a fait fausse route » et il faut donc adopter une attitude de tolérance vis-à-vis de celle-ci. Mais par contre, la lutte contre le trafic est intensifiée.

La thérapie reste un pilier important et elle vise à offrir une offre variée, afin de répondre aux besoins de tous les consommateurs (sevrage sous narcose, prescription médicale contrôlée d'héroïne considérée à long terme,...).

Et pour terminer, **la réduction des risques**. Celle-ci s'est tout d'abord développée pour parer l'explosion de l'épidémie du SIDA, et les nombreuses maladies transmissibles. Ces associations de réduction des risques, qui n'existent que depuis peu d'années en Suisse, ont continué leur « combat » et ont élargi leurs objectifs.

Depuis l'ouverture de ces centres, les professionnels ont actuellement pu se confronter à la réalité de la pratique.

Ma recherche aura pour but de partir de leurs connaissances du terrain, afin de mieux cerner ce qu'il en est à l'heure actuelle de ces centres. Correspondent-ils à la demande actuelle ? Répondent-ils aux besoins des différents usagers ? Quelles sont les avancées dans ce domaine ou quelles sont les limites auxquelles les professionnels se sont heurtés dans leur pratique professionnelle ? Et encore, est-ce que la notion de réduction des risques est actuellement reconnue ou non, par l'ensemble des travailleurs sociaux et sanitaires ?

4.2 Limites, enjeux

Deux articles rédigés en 2002⁵⁵ (après 8 mois de fonctionnement) et 2003⁵⁶ par des professionnels travaillant à Quai9 (Genève) nous font part des enjeux et des limites qu'ils rencontrent dans leur pratique.

Quelles sont, par exemple, les conduites à adopter face à des personnes qui se « suicident à petit feu » ? Que faire face à des usagers de drogues, à peine relevés d'une complication sérieuse due à leur consommation, désireux de s'injecter à nouveau leur produit ? Et que faire encore face à des femmes enceintes s'injectant régulièrement de la drogue avec tous les risques que cela peut faire encourir à leur enfant ?

Mais encore, comment vivre avec l'utilisateur le rituel de l'injection ?

Selon Martine Baudin, il est important de se mettre en position d'apprentissage, d'observer et d'entrer en contact avec l'utilisateur. C'est l'enjeu de la relation dans l'ici et

⁵⁵ BAUDIN, Martine. *Les enjeux de la salle d'injection autour des comportements à risques et des messages de prévention*, 2002.

⁵⁶ FRANCOIS, A. *Quai9, espace d'accueil et d'injections pour usagers de drogues à Genève : bilan et réflexions après 18 mois de fonctionnement*, 2003.

le maintenant ; il faut essayer de comprendre et d'accepter la pratique de l'utilisateur dans une attitude de non-jugement pour ainsi pouvoir échanger avec lui des messages de préventions qui auront plus de chance d'aboutir. Il est également important de définir le sens du mot « aider », puisqu'il faut évoluer en adéquation avec les demandes des usagers.

L'équipe ressent également le besoin « d'affirmer le bien-fondé de cette nouvelle structure et d'y asseoir une existence reconnue dans le paysage socio-sanitaire de Genève ».

Lors de ce bilan en 2002, un certain nombre de questionnements, de limites et d'objectifs sont ressortis, mais aucune réponse précise et catégorique n'a pu être donnée. Fin 2007, où en sont-ils ?

« Avoir beaucoup de questionnements permet de rester en éveil et d'approfondir les points sensibles. C'est aussi offrir des repères aux gens avec lesquels nous travaillons. »

BAUDIN Martine, 2002, p.6

4.3 Leurs compétences

Selon Anne Coppel⁵⁷, un acteur « crédible » de la réduction des risques doit maîtriser des informations scientifiques sur les effets des produits et leurs interactions. Il doit sans cesse actualiser ses connaissances (nouvelles drogues, nouveaux types d'usagers, etc.).

Il doit également être capable de tisser une bonne collaboration avec l'utilisateur. Le professionnel doit pouvoir s'appuyer sur l'expérience de l'utilisateur afin de faire passer au mieux son message de prévention. Ils élaboreront ensemble une solution afin d'éviter le maximum de risques lié à la consommation. La réduction des risques c'est : connaître les usagers, leurs pratiques et les risques qu'ils prennent.

« Connaître les façons de faire mais aussi les façons de dire et les façons de penser de l'utilisateur de drogue, c'est se donner les moyens d'une communication sans laquelle on ne peut prétendre avoir une quelconque action sur les comportements. »

« Pour comprendre ce qu'il dit, il faut connaître ce qu'il vit ».

COPPEL Anne, 2002, p.66 et p. 342

Son travail, c'est aussi de comprendre et d'accepter la toxicodépendance de l'autre pour pouvoir entrer en relation avec lui. *« Il y a toutes les chances que celui qui s'injecte taise ses pratiques aussi longtemps que le médecin ou l'acteur de prévention donne à la parole le statut d'aveu, c'est-à-dire de reconnaissance d'un acte honteux ou pathologique. L'évitement, le silence ou le mensonge sont les réponses les plus probables, si la distance entre ce que pensent les uns des autres est infranchissable. »* (COPPEL, 2002, p.96)

⁵⁷ COPPEL, Anne. 2002, p.39 + p.55

Mais aussi, le statut de «non-consommateurs » de l'acteur de la réduction des risques va agir comme un miroir sur la personne toxicodépendante. Cela peut les aider à prendre du recul par rapport à leur consommation.

5. LES USAGERS DE DROGUES

5.1 Qui sont-ils?

Selon Anne Coppel⁵⁸, le statut du toxicomane a bien changé au fil des années. Jadis, on donnait au toxicomane un statut de délinquant, souvent dangereux, sans foi ni loi, toujours à la recherche de son « shoot ». L'unique solution était de le conduire en prison ou alors de lui permettre de se sevrer et de suivre une thérapie.

Durant les années 80, les actions de réductions de risques ont bouleversé nos propres croyances. Le statut du toxicomane change. Il devient une personne malade qu'il faut aider.

En Suisse romande, la drogue (hashisch) a d'abord touché les jeunes issus d'un milieu plus aisé et culturellement plus riche. Ces fils de « bonne famille » vivent souvent une sorte de parenthèse avant de reprendre leurs études et obtenir un travail. Cette vie de « marginal » va attirer d'autres jeunes issus du milieu populaire qui ont de la peine à rentrer dans le « moule ». Ces jeunes en rupture vont rejoindre le sous-prolétariat. *« On a ainsi passé en quelques années (de 1970 à 1975 grosso modo), d'une situation où les « drogués » sont des fumeurs de haschisch issus de classe moyenne et supérieure – avec les moyens culturels que l'on sait – à une situation où les « drogués » comprennent quelques fils de « bonne famille » déclassés, et une masse d'enfants de milieux populaires, dont beaucoup sont accrochés aux drogues dures. »* (ROY Louis-Pierre [et al.], 1978, p.60)

Chaque consommateur de drogues doit maintenir un équilibre entre la consommation et les activités de la vie quotidienne (travail, relation familiale, sociale,...). Pour certains, cet équilibre est difficile et les périodes d'accalmie sont peu nombreuses. D'autres y arrivent après quelques années et avec l'aide des traitements de substitutions. D'autres encore, trouvent dès le début un équilibre stable et peuvent le maintenir sur la durée. Certains usagers d'héroïne peuvent avoir un emploi précaire et d'autres sont journaliste ou médecin. Tant que la consommation est contrôlée par l'usager, elle reste invisible.

Il y a donc des personnes toxicodépendantes qui échappent à la prison, aux hospitalisations, aux overdoses, aux tentatives de suicide, mais aussi aux différents « systèmes de soins ». *« Des recherches ethnographiques ont décrit le mode de vie très organisé des héroïnomanes des ghettos américains, dont une part n'est connue ni des services de police ni des services de soins. Ces héroïnomanes se lèvent le matin comme tout un chacun, ils s'habillent, sortent de chez eux, vaquent à leurs*

⁵⁸ COPPEL Anne. *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques.* Paris : Edition La Découverte, 2002, 382p.

activités qui sont souvent aussi routinières que celles de la plupart des gens. »
(COPPEL Anne, 2002, p.214-215)

Ces « (...) personnes dépendantes et socialement intégrées doivent faire face à leur maladie en silence, éviter la confrontation avec les regards désapprobateurs et éviter de courir le risque de perdre leur emploi ou d'avoir des démêlées avec la justice. »
(MANI Christophe, Première Ligne n°4, janvier 2007) Ces personnes, les organismes d'aide les rencontrent très peu.

Tous les consommateurs n'ont pas non plus tous un comportement « autodestructeur ». *« Pour un grand nombre, fréquentant des salles d'injections, la consommation de psychotropes a surtout une fonction d'automédication, visant à soulager un certain nombre de souffrances physiques ou psychologiques. »*
(BAUDIN Martine, 2002, p.5)

A l'heure actuelle, qui sont les « nouveaux » consommateurs ? Est-ce que les professionnels de la réduction des risques arrivent à entrer en contact avec eux ? Si oui, comment ?

5.2 L'évolution des modes de consommation

Ce chapitre a été rédigé en se basant sur les écrits du site SRG SSR idée suisse⁵⁹.

Vers la fin des années 80, l'héroïne est devenue la principale drogue consommée dans les villes en Suisse. Face aux scènes ouvertes, à l'expansion du SIDA, etc., les villes touchées ont fermé leurs « Platzspitz » et ont ouvert des centres de prescription sous contrôle médical d'héroïne et de méthadone.

Mais pendant ce temps, d'autres drogues ont fait irruption sur le marché. L'ecstasy fait son apparition avec le mouvement techno lors des « raves party ». Le cannabis, quant à lui, revient en force. Des boutiques de chanvre fleurissent dans les zones frontalières. Mais les polices cantonales mettent fin à ce business en 2003.

La prohibition du cannabis va entraîner une baisse de prix de la cocaïne et celle-ci va devenir accessible aux consommateurs moins aisés.

Mais quels sont les modes de consommation actuels ? Qu'en est-il de l'usage de seringues ? Est-ce que les usagers de drogues ont renoncé à cette pratique ?

« Un des facteurs qui a une incidence sur l'évolution des consommations ce sont les politiques de santé ou de répression. »

COPPEL Anne, 2002, p.219

5.3 Difficultés rencontrées par les personnes souffrant de toxicomanie.

Actuellement, les personnes souffrant de dépendance à des produits illicites se retrouvent dans des logiques contradictoires. En effet, la politique des quatre piliers

⁵⁹ SRG SSR idée suisse. *Le débat sur la drogue* [En ligne], Adresse URL : <http://www.ideesuisse.ch/209.0.html?&L=1> (Page consultée le 26 septembre 2007)

comporte à elle seule 4 buts différents. Cette politique a été élaborée pour protéger la personne dépendante. Mais dès qu'une personne se trouve dans la spirale de la consommation de produits illicites, elle est immanquablement projetée dans la petite ou grande criminalité, et sera donc confrontée à la police, aux tribunaux et à effectuer des séjours en prison. La toxicomanie a pour conséquence de stigmatiser la personne et de la marginaliser.

« Les usagers de stupéfiants restent des hors-la-loi et ce statut les rend vulnérables. »

BOGGIO Yann, 1997, p.94

« La marginalité handicape bien plus que la dépendance »

MINO Annie, 1996, p.195

Que faudrait-il mettre en œuvre pour améliorer cet état de fait? Yann Boggio avance une solution. Celle de remplacer la politique répressive par une régulation de la distribution de stupéfiants. Police et justice pourraient donc se concentrer plus à fond sur la lutte contre le trafic illicite et les professionnels pourraient montrer les effets positifs d'une intégration sociale des usagers. (Boggio, 1997, p.95)

5.4 La parole aux personnes touchées par la toxicodépendance, sur la politique des quatre piliers.

En 2006, à Genève, Conseiller d'Etat, chef de la police, président de l'association Première Ligne et un usager se sont retrouvés pour un débat public. Un usager a revendiqué une place pour les usagers de drogues en tant que citoyens. Il a relevé la nécessité de développer des petits jobs de réinsertion accessibles malgré la consommation, ainsi qu'un besoin de cohérence entre les acteurs de la prévention et de la répression. Il existe un décalage entre autorités et terrain.

« J'accuse les spécialistes, les hommes politiques et les journalistes qui dissertent sur la drogue et ses méfaits sans prendre la peine de confronter leurs certitudes avec les faits de mensonge. »

MINO Annie, 1996, p.7

Les usagers présents à ce débat ont fait part de leurs difficultés à vivre dans un contexte les criminalisant pour leur situation de dépendance et de contradiction permanent entre accès aux soins et poursuites pénales. Certains ont suggéré une mise à disposition contrôlée de produits, afin qu'ils puissent sortir de la criminalité.

« Renoncer aux drogues, c'est se changer soi-même, c'est aussi changer de façon de vivre. »

Stanton Peel, cité par BOGGIO Yann, 1997, p.320

III. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

1. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Maintenant que le contexte théorique est posé, revenons aux questions de départ qui étaient :

1. *«Aujourd'hui qu'en est-il de la reconnaissance des programmes de réduction des risques par l'ensemble du réseau socio-sanitaire ? »*

2. *« Et qu'en est-il de l'opinion des professionnels travaillant à l'interne sur l'adaptation du pilier réduction des risques dans leur canton ? »*

Le but de ma recherche étant de répondre à cette interrogation, je me suis tout d'abord attachée à y répondre en formulant des hypothèses de recherche.

Je pars donc de l'hypothèse suivante :

1. Les professionnels socio-sanitaires pensent que les centres de réduction des risques sont adaptés aux réalités actuelles et qu'ils restent donc nécessaires.

1.1 Ils permettent de réduire les risques de transmission du VIH et de l'hépatite et réduisent le nombre de décès dus à des overdoses.

1.2 Ils se sont adaptés aux nouveaux modes de consommation de drogues (scènes cachées) et aux nouveaux consommateurs.

Le résultat de ma recherche me permettra d' :

- **Effectuer un bilan de la politique en matière de drogues à l'heure actuelle.** Ce bilan me permettra de mettre en exergue l'évolution des modes de consommations et de la situation des personnes toxicomanes en parallèle à l'évolution du travail effectué dans les centres de réduction des risques et de la politique en matière de drogues. Cet objectif me permettra de me situer dans le contexte dans lequel s'insèrent actuellement les centres de réduction des risques, en comparant leur existence passée à celle d'aujourd'hui.
- **Identifier l'application du pilier réduction des risques par les cantons de Vaud, Valais et Genève.**
- **Répertorier les différentes tâches accomplies par les professionnels travaillant dans les centres de bas seuils. Quels sont leurs objectifs, leurs groupes cibles, leurs mandats et leurs réseaux.** Ce deuxième point, me permettra de faire une sorte d'état des lieux des offres d'aides proposées aux personnes rencontrant des problèmes de dépendances à des produits psychotropes.

- **Identifier les limites, les compétences ainsi que les enjeux** rencontrés quotidiennement, par les professionnels, dans les salles d'injections autour des comportements à risques et des messages de prévention. Cela me permettra de vérifier si la prise en charge fournie dans les centres de bas seuils à l'heure actuelle correspond à la demande et d'envisager quelles sont les perspectives d'avenir à ce propos.
- **Connaître la légitimité à l'heure actuelle des centres de réduction des risques par l'ensemble de leur réseau et qu'en est-il de leur collaboration.** Les objectifs des centres de bas seuils sont-ils connus par l'ensemble du réseau? Sont-ils encore acceptés ? (Si oui, pourquoi ? si non pourquoi ?).

Ces objectifs me permettront d'entrer au cœur de la situation actuelle en matière de réduction des risques et ainsi mieux comprendre la réalité du terrain.

Pour mener à bien mon étude, j'ai choisi de travailler sur deux axes :

1. Tout d'abord, récolter l'avis des professionnels faisant partie du réseau des programmes de réduction des risques. Je veux parler ici des pharmaciens, des hôpitaux, des médecins,...
2. Dans un deuxième temps, interroger les professionnels travaillant dans les programmes de réduction des risques.

2. TERRAIN D'ENQUÊTE

Ma recherche s'est portée sur les quatre terrains d'enquêtes ci-après :

1.1 La LVT (Valais)

L'ensemble de ce chapitre s'est basé sur les informations recueillies lors des deux entretiens et du site de la LVT⁶⁰.

1.1.1 Historique et organisation

La LVT a été fondée en 1954. Au départ, il existait deux branches distinctes au sein de cette association. CONTACT s'occupait uniquement des problèmes liés à l'alcool. Et la LVT, quant à elle, était plutôt spécialisée dans le domaine des drogues. Il y a 25-30 ans en arrière, elles ont fusionné pour fonder la « Ligue Valaisanne contre les toxicomanies » qui englobe à l'heure actuelle, tout le domaine de la toxicomanie et de la dépendance en Valais.

La LVT est composée de centres ambulatoires, dits CAP, (Centres d'Aide et de Prévention) spécialisés dans le domaine des dépendances et répartis dans 5 villes : Monthey, Martigny, Sion, Sierre et Brigue. Et, de trois institutions résidentielles gérées par la LVT : les Rives du Rhône, comprenant deux structures, l'une à Salvan

⁶⁰ Ligue valaisanne contre les toxicomanies [En ligne], Adresse URL : http://www.lvt.ch/index_fr.cfm (Page consultée le 20 janvier 2008)

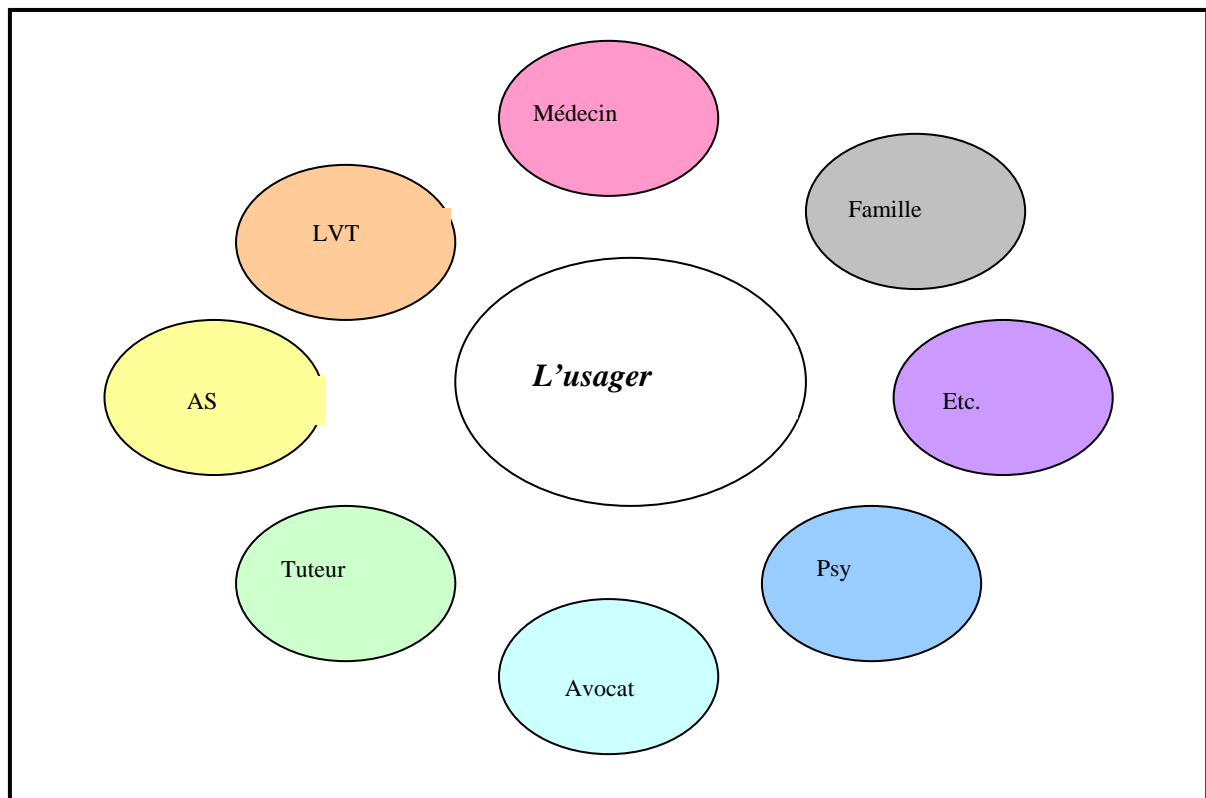
et l'autre à Sion. Villa Flora, spécifique alcool à Sierre. Et Via Gampel, spécifique alcool dans le haut Valais. Afin d'être le plus accessible possible, la LVT a dû se développer en fonction de la géographie du canton du Valais. C'est pourquoi, aucune prestation n'a pu être centralisée, d'où, l'établissement de plusieurs centres CAP délivrant les mêmes services et jouissant chacun d'un vaste réseau.



Tiré du site de la LVT⁶¹

Celui-ci comprend le médico-hospitalier (les hôpitaux, les hôpitaux psychiatriques, les pharmacies,...), le social (les centres médico-sociaux, le service de tutelle, les EMS,...), le judiciaire (le tribunal, le service d'exécution des peines, la brigades des stup', la police communale,...), l'économique (l'ORP, les structures de chômages, l'AI, l'IPT,...) et pour le secteur prévention : différentes écoles tels que cycles, école de commerce, Ardeva, etc. Cette collaboration entre les différents corps de métier demeure indispensable et précieuse. En effet, chacun des membres LVT est un spécialiste en ce qui concerne les problèmes de toxicomanies, mais ceux-ci ne représentent pas à eux seul les spécificités de chaque profession en lien avec la problématique de leurs clients. L'utilisateur se retrouve donc au centre des préoccupations et, autour de lui, gravite la LVT ainsi que tout le réseau.

⁶¹ Centres d'aide et de prévention. *Nous trouver* [En ligne], Adresse URL : http://www.lvt.ch/CAP/nous_trouver.html (Page consultée le 20 janvier 2008)



1.1.2 Admission et prise en charge aux centres CAP

Les intervenants des centres CAP, sont amenés à travailler aussi bien avec des personnes ayant un objectif d'abstinence, qu'un objectif de consommation contrôlée ou, de réduction des risques. La prise en charge demeure très différente selon ces différentes situations. Pour les usagers ayant une démarche d'abstinence ou de consommation contrôlée la prise en charge est assez structurée. La personne bénéficie d'entretiens réguliers et doit s'y rendre à des heures fixes. Par contre, pour celui qui est en réduction des risques, il peut se rendre au centre quand il le souhaite et obtenir un rendez-vous assez rapidement. Les exigences sont également différentes d'une situation à l'autre.

Il peut arriver qu'un intervenant CAP intervienne auprès d'une personne durant des années en matière de réduction des risques et puis, au fur et à mesure d'entretiens, progressivement plus longs et plus structurés, il sera amené à l'accompagner dans une cure méthadone ; voir, une démarche d'abstinence.

L'association la LVT est SMQ (Système Management Quality). Cela signifie qu'au niveau administratif tout se trouve unifié. Par exemple, les formulaires de demandes de traitements méthadone sont identiques aussi bien dans le Bas-Valais que dans le Haut-Valais.

Afin de faire passer l'information dans tous les CAP, un représentant de chacun de ces centres va participer à des groupes « outil prévention » « réduction des risques », etc. Puis, ils seront chargés de donner un retour à leurs collègues durant les colloques d'équipe.

Dans le cadre du SMQ, en 2003, la LVT a mis en place un questionnaire d'admission unifié. Ce questionnaire est rempli par toutes les personnes dépendantes qui se rendent à la LVT. Cet outil donne des renseignements précieux sur l'indice de gravité des toxicomanies.

Il touche l'aspect de la consommation, comme par exemple : quels sont les différents produits ingérés ? A quelle fréquence ? Quel est l'âge de la première consommation ? Quel est le mode d'administration ? etc.

L'aspect de la santé : Est-ce que la personne est suivie par un médecin ? A t'elle déjà eu des crises d'angoisses, des delirium tremens, des overdoses, etc ? Souffre t'elle du SIDA, d'une hépatite, d'abcès cutanés, etc. ? Est-ce qu'elle prend des médicaments pour des problèmes psychologiques ? Est-ce qu'il y a déjà eu des relations non protégées ? etc.

Et pour terminer, l'aspect social. Dans cette partie, on s'interroge sur les relations de l'utilisateur. Qui est susceptible de pouvoir lui offrir du soutien ? Est-il à la rue, propriétaire ou locataire ?

Ce questionnaire n'est pas rempli lors du premier contact, ni d'ailleurs, lors de situations de crise. Mais, il concerne des personnes qui entrent dans une démarche sur le long terme. Le but étant de « débroussailler » la situation afin que le professionnel sache sur quel point il doit orienter son action. Si la personne n'a pas d'emploi, le membre de la LVT va lui proposer, par exemple, une rencontre à l'ORP. Si, il a des difficultés financières, il lui proposera peut-être un plan de désendettement, etc. Et, à l'inverse, si l'utilisateur bénéficie, par exemple, de l'appui de son entourage, le professionnel va pouvoir le solliciter, entrer en contact avec celui-ci et, dans certains cas, offrir du soutien à l'entourage de la personne souffrant d'un problème de dépendance (notamment dans les situations de co-dépendance des proches,...).

La prise en charge à la LVT est en perpétuelle mouvance. Afin de faire avancer le plus rapidement possible la situation de l'utilisateur, l'objectif est de permettre que les informations le concernant, circulent le plus rapidement possible entre tous les membres du réseau de l'utilisateur (employeur, famille, entourage, médecin, etc.). La LVT se montre également très rigoureuse sur la disponibilité de leurs services. Ils répondent aux demandes des personnes le plus rapidement possible.

1.1.3 Les différentes prestations des centres CAP

La LVT est une association privée reconnue d'utilité publique. L'Etat du Valais mandate les centres CAP pour tout ce qui est prévention (primaire, secondaire et tertiaire) dans les cycles d'orientations, dans les écoles du deuxième degré, collèges et centres professionnels.

Mais aussi, pour tout ce qui est prévention sur le terrain (prestations extérieures) comme par exemple « FIESTA ». Cette campagne essaie de sensibiliser et de responsabiliser les organisateurs des manifestations. Un autre exemple de campagne : « Be My Angel ». Le but est d'intervenir durant les soirées afin de faire

signer un contrat symbolique à certains jeunes. Ce contrat les engage à ne pas boire d'alcool et à ramener leurs copains en fin de soirée. En contrepartie, ils reçoivent par exemple des bons pour des boissons non alcoolisées.

Les centres CAP offrent de l'aide, conseils soutien (entretiens) à toutes personnes touchées de près ou de loin par un problème de dépendance et c'est par eux que les contrats méthadones doivent obligatoirement passer.

Ils effectuent également des rapports d'évaluations pour certains services, pour la justice, etc. Et, dispensent des informations sur la problématique des dépendances (prescription de méthadone, distribution de seringues,...) aux médecins, par le biais de Medrotox (En ligne sur le site de la LVT).

Et pour terminer, les centres CAP sont mandatés pour effectuer un travail de réduction des risques :

➤ Prestations plus spécifiques réduction des risques.

Les CAP sont chargés de :

- Faire passer des messages préventifs (risques liés aux overdoses, transmission du SIDA et hépatites, etc.) et offrir de l'aide, conseils, soutien aux personnes concernées ainsi qu'aux proches lors d'entretiens.
- Offrir une accessibilité à du matériel d'injections en distribuant gratuitement des boîtes flash par le biais des pharmacies de références ou par les centres CAP.
- Et s'occuper de la récupération du matériel usagé en mettant à disposition des boîtes de récupération de seringues. Pour l'échange de seringues, le n+2 est appliqué. C'est-à-dire que, si la personne rapporte une seringue (seringue = n). On lui en donne une, plus deux autres seringues.

Chacune des boîtes flash contiennent : deux seringues, un préservatif, du NACL (de l'eau), des tampons pour désinfecter avant et après l'injection et enfin de l'Ascorbin qui est utilisée pour préparer la « mixe ». Il permet de casser la poudre d'héroïne.

Tout récemment, la LVT distribue également des kits de snif. Ces kits contiennent, un préservatif, un lubrifiant, un objet servant à écraser la poudre du mieux possible afin d'éviter que de petits cailloux restent crochés dans les cloisons nasales. Car ceux-ci peuvent provoquer des saignements de nez, des infections, des attaques ou parfois des perforations nasales. Un carton, servant à préparer le « rail ». Deux mouchoirs pour nettoyer le nez et le préparer à recevoir la cocaïne. Et enfin les deux pailles servant à sniffer la poudre. Il est conseillé d'utiliser une paille par narine. Après 10 minutes, quand les effets de la drogue sont quasiment passés, il est conseillé de se nettoyer à nouveau le nez afin d'éviter que la cocaïne attaque les cloisons nasales.

1.2 ACT (Vevey)

L'essentiel de ce chapitre s'est basé sur l'entretien avec M. C, de la brochure de l'institution et du site Internet⁶².

1.2.1 Historique

➤ Mythe fondateur

Il y a environ une quarantaine d'années, une infirmière de retour de mission, Mme Berthe de Benoît, investi un logement à Vevey. Un soir, elle entend frapper contre la paroi de son appartement. Elle apprendra, un peu plus tard, que c'était une personne qui appelait au secours et qui avait finalement été conduite à l'hôpital.

Des suites de cette histoire, cette femme seule, très engagée religieusement, décida d'ouvrir sa maison à toutes personnes se trouvant dans la précarité (plus relationnelle). Etant donné qu'ils vont être de plus en plus nombreux à se rendre chez Mme Berthe de Benoît, elle va finalement décider d'ouvrir un local pour les jeunes au Clos d'Aubonne, à la Tour de Peilz. Et c'est comme ça qu'est né le « CLODO » (raccourci de Clos-de-Aubonne).

➤ Du CLODO à ACT



Tiré du site CAP⁶³

En 1976, les communes du district de Vevey vont mandater Mme Berthe de Benoît afin qu'elle mette en place l' « Association pour la Prévention et la Lutte contre la Toxicomanie » dans le but d'accueillir une population marginalisée.

Vingt ans plus tard, cette association deviendra « Action Communautaire & Toxicomanies ». ACT se situait à l'époque dans deux lieux : l'un à Montreux et l'autre

⁶² ACT. *Plan du site* [En ligne], Adresse URL : <http://www.act-riviera.ch/> (Page consultée le 20 janvier 2008)

⁶³ ACT. *Plan du site* [En ligne], Adresse URL : <http://www.act-riviera.ch/> (Page consultée le 20 janvier 2008)

à Vevey. Ces centres avaient mis en place des ateliers d'insertion. Ceux-ci étaient axés sur la brocante, le déménagement, les livraisons, la verrerie, etc. dans le but de favoriser l'insertion professionnelle.

Et puis, la toxicomanie a beaucoup évolué et, aujourd'hui, les professionnels se retrouvent face à des poly-toxicomanes. Afin de « coller » le mieux possible à la réalité du terrain, l'institution s'est montrée attentive à évoluer en fonction des changements. C'est pour ça qu'il y a 7 ans, « Action Communautaire et Toxicomanie », situé à la Riviera, a concentré ses efforts sur le centre de bas-seuil avec toute une logique de réduction des risques. Les prestations se sont transformées, entre autre, parce que les ateliers de réinsertion n'étaient plus rentables.

L'Etat a donc sectorisé les différentes prestations. C'est-à-dire, qu'à l'heure actuelle, il y a une institution qui travaille sur l'insertion professionnelle (qui est subventionnée par le service de l'emploi), une autre qui travaille sur l'insertion sociale, et puis une autre qui s'occupe du bas-seuil. ACT ne s'occupe donc plus du pôle insertion professionnel et de l'aspect communautaire (activités tels que tournois de billard, soirées à thèmes, sorties, etc.)

Action Communautaire & Toxicomanie est reconnue d'utilité publique et s'engage dans des programmes communaux, régionaux, cantonaux et fédéraux.

Contrairement au canton du Valais, le pilier réduction des risques constitue un pilier à par entier. Par exemple, ACT est subventionné par le Service de la Santé Public et l'OFAS. Mais le résidentiel et les foyers, eux dépendent, pour les subventions, de « Prévoyance et aide sociale ». ACT bénéficie donc de subventions publiques (fédérales et cantonales) mais aussi, du soutien des communes du district de Vevey. Les cotisations des membres et les dons privés participent également à l'élaboration du budget de l'Association.

En ce qui concerne l'équipe d'ACT, elle était jadis, constituée de bénévoles. Aujourd'hui ses membres sont composés de six professionnels formés dans les métiers de la santé et du social. Quatre, sont éducateurs (-trices) spécialisés (-ées) dont le directeur du centre. Une, est infirmière et une autre titulaire d'une formation de MSP (Maître sociaux professionnel) et travaillant depuis longtemps dans le domaine de l'éducation.

1.2.2 Le public cible

ACT a pour but d'apporter des réponses aux problématiques liées à la dépendance et à l'exclusion sociale. L'équipe accueille une large population de tous les horizons sociaux. Ces bénéficiaires peuvent être : des enfants, des jeunes en rupture, des personnes toxicodépendantes, des personnes se retrouvant en situation de précarité sociale ou isolées, des personnes ayant un revenu insuffisant, des proches d'une personne concernée par la dépendance, des élèves des écoles la Riviera ou encore des professionnels se trouvant face à des questionnements.

1.2.3 Les différentes prestations du centre ACT

Action Communautaire & Toxicomanie est chargée, dans son mandat, d'effectuer un travail de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) et de réduction des risques. Pour cela, elle s'investit dans l'accueil, l'accompagnement, l'orientation et l'information des personnes concernées par des problèmes liés à la précarité sociale et à la toxicomanie. Elle est active dans trois domaines d'intervention : la structure d'accueil, les rues de Vevey, de Montreux et des environs et les centres scolaires de la Riviera.

Depuis 3 ans, le travail de rue et la prévention en milieu scolaire ont été renforcés. ACT est présent dans les festivals, dans les manifestations,... Participe à des moments d'échange entre professionnels. L'aide alimentaire et l'appui social individuel ont également été renforcés.

➤ Les prestations spécifiques centre d'accueil

Le centre est ouvert à toute personne adulte en difficulté sociale ou concernée par un problème de dépendance. Voici donc ses prestations :

- L'équipe effectue tout d'abord, un travail de réduction des risques afin de réduire les nombreux risques liés à la consommation de stupéfiants (maladies transmissibles, exclusion sociale, etc.). Pour cela, elle effectue des échanges de matériel stérile et dispense des messages de prévention.

Pour la distribution des seringues, auparavant, elle se faisait suivant le principe $n+2$. Dans le but d'éviter l'abandon de seringues, dès 2007, la distribution se fait comme ceci $n=n$. Pour une seringue achetée (0,20cts), le centre lui en donne une (En pratiquant ce nouveau principe, ACT n'a pas observé une réduction de la demande de seringues.)

Le centre est également habilité à dispenser de la méthadone sous délégation médicale.

- Elle accueille, accompagne et oriente lors d'entretiens individuels ou en compagnie d'un proche. ACT s'investi à accompagner la personne dans une recherche d'emploi ou de logement. L'aider à gérer sa situation financière ou son temps libre. Lui fournir des renseignements en ce qui concerne le domaine administratif, etc.

- Action Communautaire & Toxicomanie offre un lieu où la personne peut prendre une douche, laver son linge et acheter de la nourriture à un moindre prix. Il est également prévu deux repas communautaires par semaine pour la modeste somme de Fr.3.-

- Et pour terminer, ACT à également des activités « Hors Murs ». Les professionnels se déplacent donc pour des suivis à domicile, mais aussi dans des établissements publics (bars, etc.). Ils accompagnent certaines personnes lors de jugements, en prison, chez le médecin, etc.

Pour le travail effectué dans un centre à bas niveau d'exigences, on parlera plutôt de prise en compte, que de prise en charge. Les intervenants en réduction des risques doivent prendre sur le moment ce qu'ils ont comme éléments et puis, « tricoter » une solution rapide avec cette personne. Peut-être que celle-ci ne reviendra pas le lendemain, peut-être qu'elle ira voir un autre centre ou une autre personne, etc. A l'inverse, dans un centre résidentiel, le suivi se fait sur le moyen à long terme.

- **Les prestations spécifiques écoles**

ACT effectue un travail de prévention primaire auprès des élèves de la 6^{ème} à la 9^{ème}, au sein des écoles supérieures et professionnelles, et également auprès des parents. Elle y développe, avec différents partenaires, des actions de promotion de la santé.

- **Les prestations spécifiques rues**

A la Riviera, deux éducateurs de rues assurent le travail social dans les lieux publics des régions de Vevey et Montreux. Ces professionnels vont aller à la rencontre des gens qui ne peuvent ou ne veulent pas se rendre à ACT.

Leur travail consiste à informer, orienter et accompagner des personnes qui ne fréquentent pas le centre. Leurs prestations sont similaires à celles fournies au centre (Ecoute, entretiens, recherche d'emploi, échange de matériel stérile,...). Dans certaines situations, ils peuvent être amenés à agir en tant que médiateur dans des lieux « à risques ».

Le pourcentage de personnes suivies « Hors Murs » est assez faible. Sur environ 225 dossiers, une vingtaine ne fréquente pas le centre et est accompagnée sur l'extérieur.

1.2.4 Conditions d'admissions et buts du centre ACT

Les personnes se rendent à ACT sous le principe de la libre adhésion. Ils ne bénéficient pas d'un anonymat, mais par contre les données sont confidentielles. Le centre a l'obligation de donner un certain nombre d'informations et notamment l'identité des gens afin de pouvoir bénéficier des subventions par l'OFAS. Les données sont codées par la faîtière de la « CRIADE ». Puis, elles partent à Berne pour être recodé et enfin ces données sont envoyées à l'OFAS sans clés de lecture. Cela veut dire que, théoriquement, ce que peut savoir l'OFAS c'est, si il n'y a pas eu de doublon (si ils n'ont pas payé deux fois pour la même personne, ni dans deux endroits différents, etc.).

N.B. : Malgré tout il existe un risque de traçabilité des gens. Actuellement, ce n'est pas encore le cas mais il se pourrait que, par exemple, si une personne a déjà bénéficié trois fois du résidentiel et que celle-ci est toujours « accro » à la cocaïne et aux benzodiazépines ; elle se voit refusé son entrée en résidentiel parce que ça coûte trop cher. On va alors préférer une stabilisation en ambulatoire.

Les règles inhérentes à ce lieu sont : l'interdiction de dealer, de consommer des produits stupéfiants et de se montrer violent.

Le but principal d'ACT est de permettre aux personnes de restaurer un lien avec eux-mêmes, avec leurs proches et avec la société. Le fait de retrouver des compétences vont leur permettre d'entrer en relation avec autrui et ainsi enterrer la stigmatisation qui enferme la personne dépendante dans un sentiment négatif d'elle-même. Mais, la personne est libre de refuser de l'aide et bénéficie du non jugement de l'équipe.

1.3 St-Martin (Lausanne)

Ce chapitre a été rédigé à partir de l'entretien effectué auprès de M.S.

1.3.1 Le contexte de l'époque

Il y a environ une trentaine d'années, l'accompagnement des personnes toxico-dépendantes dans le canton de Vaud, s'organisait en deux branches distinctes : la socio-éducative, avec des centres résidentiels centrés sur l'abstinence comme par exemple le Levant, les Oliviers, etc. (« L'abstinence n'est pas un but, mais un moyen. »). Et, la prescription de méthadone, faite par les médecins de manière assez isolée dans des cabinets.

Après que Genève, Bâle, Zurich et Bienne aient développés leurs piliers réduction des risques afin de faire disparaître les scènes ouvertes et offrir de l'aide aux personnes marginalisées, le canton de Vaud avait l'impression d'être un peu en arrière garde. De plus, il y avait une très forte demande de la part des personnes concernées (scène ouverte à la place St-Laurent à Lausanne). C'est pourquoi le canton de Vaud décida d'élargir ses prestations.

1.3.2 L'organisation du centre St-Martin et son équipe

Le centre St-Martin a ouvert ses portes fin 96. Ce centre médico-social fait partie du département universitaire de psychiatrie. Et, ce dernier, fait maintenant partie du CHUV. De ce fait, St-Martin est devenu un centre offrant, entre autre, des prestations médicalisées. Il bénéficie de l'apport, à l'interne, de plusieurs professionnels venant d'horizons différents (Psychiatres, psychologues, médecins, infirmiers et une équipe socio-éducative composée d'assistants sociaux et d'éducateurs) et a également développé tout un partenariat avec une multitude d'institutions de bas-seuils, moyens-seuils et hauts-seuils.

L'équipe du centre St-Martin fonctionne sous le principe de l'interdisciplinarité. Tout corps de métier se charge de l'accueil, fait la permanence des nouveaux cas qui arrivent et devient référent des personnes fréquentant le centre qu'elles soient ou non en cure méthadone.

Une fois par semaine, toute l'équipe se réunit. Les intervenants qui ont accueilli les nouveaux cas doivent présenter aux colocataires disciplinaires ces situations, en partant du modèle du RAP. Le « Raping Addiction Profile » est un outil avec lequel le

professionnel va indiquer des cotations en terme de gravité (de 1 à 5. 1 étant le moins grave et à contrario, 5 le plus grave) sur le plan somatique, sur le plan psy, sur le plan de la crise (Pourquoi il vient maintenant ?), sur le plan de la motivation, et sur le plan des ressources. En fonction de ces cotations, le professionnel va prendre un certain nombre de décisions : suivi au centre pour une certaine durée, orientation chez un médecin, orientation résidentielle, travail motivationnel, etc. Par la suite, l'équipe va attribuer à un des membres la référence d'un des patients. Un co-référent médecin est également toujours désigné pour des raisons médico-légales (dès qu'il y a prescription de méthadone).

1.3.3 L'évolution du centre St-Martin

A son ouverture, il était prévu que St-Martin accueille environ 400 personnes en trois ans. La surprise fut que le centre atteignit ce nombre en seulement une année. L'équipe était composée d'un tiers de moins qu'à l'heure actuelle et il n'était pas rare que les intervenants travaillent jusqu'à douze heures par jour. De plus, l'organisation du centre n'était pas encore très structurée à cette époque. Actuellement, le centre St-Martin est à peu près stabilisé à 400-450 patients en file active.

Le centre St-Martin, inséré dans le département psychiatrie, a rencontré, tout d'abord, des difficultés à faire comprendre à leurs partenaires du domaine psychiatrique que, parmi la population polytoxicomane il existe un taux de comorbidité très important. C'était des patients qui n'étaient, généralement, pas les bienvenus en milieu hospitalier en raison de leurs problèmes de comportements liés à leurs troubles psychiques. St-Martin s'est alors montré attentif à rapprocher deux cultures : la médicale et la socio-éducative, afin d'améliorer la prise en charge envers les patients. Auparavant, ces deux « mondes » se connaissaient peu l'un l'autre. Pour les médecins, par exemple, le résidentiel pouvait avoir des similitudes sectaires et pour les sociaux, les médecins étaient des frénétiques du tout médicaliser et de ce fait ils déresponsabilisaient.

Le centre a dû également faire connaître ses prestations à l'ensemble du réseau Lausannois. Il effectua tout un travail de « marketing » en se rendant chez les différents partenaires socio-éducatifs afin de promouvoir en quelque sorte la réduction des risques.

Par exemple, le centre s'est attaché à convaincre les foyers résidentiels de prendre des personnes sous méthadone. Une des raisons étant qu'une partie d'entre elles, sortant de l'hôpital, étaient désireuses de se diriger vers du résidentiel afin de se sortir de leurs situations précaires. Mais il ne pouvait le faire, car les exigences de ces structures étaient beaucoup trop élevées (sevrages,...). La majorité de ces personnes rechutaient.

Sous l'impulsion du centre St-Martin, ces centres de hauts-seuils (tels que le Levant, les Oliviers,...) ont abaissé leurs seuils et sont donc devenus des centres de moyens-seuils.

A l'heure actuelle, le centre est amené à renseigner les institutions sur l'adaptation de leurs programmes en fonction des patients qui sont accueillis au centre St-Martin.

1.3.4 Les différentes prestations du centre St-Martin

St-Martin est en quelque sorte une « porte d'entrée ». Le centre est chargé d'accueillir des personnes toxicomanes de la région lausannoise, de les traiter et de les orienter dans le réseau.

Le centre est habilité à dispenser des cures méthadones. Elle offre également une accessibilité aux soins et une entrée en relation par le biais d'entretiens motivationnels (La roue motivationnelle de Minervonick. Ce sont des entretiens centrés sur la personne).

L'équipe dispense du matériel d'injection ainsi que des conseils appropriés. Si une personne ne désire remplir aucune feuille administrative et vient uniquement chercher du matériel stérile il va pouvoir l'obtenir. Mais St-Martin fait partie du DSB (Dispositif bas-seuils de Lausanne) et si une personne ne souhaite pas d'un suivi, l'équipe va, par exemple, plutôt l'orienter au Passage.

Le centre St-Martin propose également des formations aux médecins généralistes. Il faut savoir qu'il y a plus de 1200 cures qui sont octroyées dans le canton de Vaud par ceux-ci et, il arrive, qu'ils se retrouvent dépassés par une situation. Le centre va donc leur proposer, par exemple, un coach socio-éducatif qui va faire le lien avec le réseau. Ce système a permis de terminer des cures méthadone qui se prolongeaient et d'orienter des personnes qui se retrouvaient enlisées dans une situation donnée.

Pour terminer, il est important de préciser que l'intervenant au centre St-Martin est amené à effectuer des prises en charge très différentes selon le programme suivis par la personne (bas-seuil, méthadone, etc.) et doit s'adapter.

Celui-ci peut très bien accueillir une personne insérée socialement, qui gagne bien sa vie mais qui est confronté à des problèmes de cocaïne. Ce n'est pas la mission première de ce centre mais, si ils ne savent pas où l'orienter, le référent va faire un bout d'accompagnement spécifique avec lui (programme cocaïne). Mais, il peut également se retrouver à accompagner une personne poly-toxicomane complètement désinsérée et souffrant d'une co-morbidité. Pour cette personne, l'intervenant ne va pas, par exemple, l'embêter ou le sanctionner si il rate un rendez-vous. Le professionnel doit rester centré sur le patient et, en fonction de ses capacités, élever ou descendre le niveau d'exigences. Le centre se retrouve donc accessible à une large population et s'adapte en fonction de celle-ci.

1.4 Quai9 (Genève)

L'ensemble de ce chapitre a été rédigé à partir du site Internet Première Ligne⁶⁴ et des deux entretiens accordés auprès de Mme A. et de Mme N.

⁶⁴ Première Ligne [En ligne], Adresse URL : <http://www.premiereligne.ch/index.htm> (Page consultée le 28 décembre 2007)

1.4.1 Historique

L'ouverture du local d'injection (Quai9) vient d'un mandat lancé par l'état de Genève au groupe SIDA Genève. Cette organisation a pour but premier de réduire les risques liés à la propagation du virus du SIDA et des hépatites (surtout hépatites C).

Avant l'élaboration de Quai9, la structure BIPS (Bus Itinérant de Prévention Sida) menait déjà des actions de réduction des risques. Ce bus, initié en 1991, sillonne encore à l'heure actuelle la ville, autour des points de regroupement et des points de vente de produit. L'équipe distribue du matériel d'injections, des préservatifs, etc. et effectue un travail de prévention et de relais.



Tiré du site Première Ligne⁶⁵

Le bus boulevard est également une structure qui existait bien avant le local d'injection. Avec la collaboration du Groupe Sida Genève et d'ASPASI, le bus boulevard a vu le jour en 96. C'est une structure d'accueil pour les femmes principalement consommatrices de drogues et/ou se livrant à la prostitution. Elle est basée sur les mêmes principes que le BIPS.



Tiré du site Première Ligne⁶⁶

Le local d'injection a fonctionné trois ans au sein de la structure du groupe SIDA Genève et, par la suite, elle est devenue une association indépendante. Ceci, afin de pouvoir mieux cibler ses efforts sur la réduction des risques et pour que le Groupe SIDA Genève puisse cibler ses énergies dans la prévention de la contamination du VIH.

⁶⁵ Première Ligne. *Bus d'information et de prévention de la santé (BIPS)* [En ligne], Adresse URL : <http://www.premiereligne.ch/association/bips.htm> (Page consultée le 20 janvier 2008)

⁶⁶ Première Ligne. *Boulevards* [En ligne], Adresse URL : <http://www.premiereligne.ch/association/boulevards.htm> (Page consultée le 20 janvier 2008)



Tiré du site Première Ligne⁶⁷

Cela fait donc depuis 2004 qu'est née Première Ligne avec ses différentes structures qui sont : Quai 9 (local d'injection), BIPS et le Boulevard.

Première Ligne est également entré en partenariat avec plusieurs institutions genevoises comme par exemple : Nuit blanche. Celle-ci effectue de la réduction des risques ciblée sur la consommation festive. Ces actions sont plutôt dirigées vers des produits tels que l'ecstasy ou les produits synthétiques.

Récemment, à Genève, le débat a été lancé de pouvoir proposer une nouvelle prestation faisant partie du pilier réduction des risques : le testing. Les autorités genevoises ont finalement refusé d'octroyer cette prestation lors d'une Lake Parade avec pour argument que c'était une forme d'incitation à la consommation. Pour le moment, le testing n'est toujours pas autorisé mais est sujet à un débat passionnés et, l'idée de pouvoir, un jour, proposer cette prestation, est encore bien présente. A Berne et à Bienne ils l'utilisent mais à Genève, Première Ligne manque peut-être encore de moyens pour arriver à communiquer cette valeur là aux autorités. (Mme A).

1.4.2 L'évolution de la structure

Etant donné que dans ses débuts, le local d'injection faisait partie du groupe SIDA Genève, l'équipe était très axée sur les messages de prévention en ce qui concerne les risques de contamination. Au fil du temps, Quai 9 c'est un peu dégagé de cela pour être plus en lien avec la préventions comportementale : à la relation de l'utilisateur face à son produit, aux conséquences qu'elles engendrent dans sa vie, aux relais que l'on peut faire, etc.

Quai9 a également évolué dans ses prestations. Au départ, elle offrait principalement un accueil, l'échange de seringues et une salle d'injection. Depuis 2 ans ½, 3 ans, l'équipe propose des supports d'activités tels que les repas, l'initiation à l'auto-défense, des interventions extérieures (la LAVI, solidarité femmes,...).

Il y a également une évolution qui a été constatée en lien avec le réseau. La collaboration envers ceux-ci demeure plus active et plus directe qu'autrefois. La communication, au sein du réseau, c'est développé durant ces 5-6 dernières années.

⁶⁷ Première Ligne. Quai9 [En ligne], Adresse URL : <http://www.premiereligne.ch/association/quai9.htm> (Page consultée le 20 janvier 2008)

En ce qui concerne l'accueil, Quai9 n'a pas changé ses valeurs. Elle accueille toujours une population large. Elle peut être migrante, étrangères, non cantonale, etc. Ce qui est entrain de changer c'est le concept d'accueil pour les femmes. Le pourcentage de femme, fréquentant ce genre de structure, est bien moins élevé que les hommes (20% de femmes).

Et ce, pour différentes raisons : tout d'abord, il y a moins de femmes consommatrices que d'homme consommateur. Ensuite, les femmes ont, le plus souvent, un appartement, à contrario des hommes, qui eux, sont, le plus souvent dans la rue. Souvent, les femmes consomment de manières plus discrètes que les hommes, elles osent moins afficher leur dépendance que les hommes. De plus, l'accès direct au Quai9 est plus compliqué pour les femmes parce que, celle-ci, doivent, en quelque sorte, passer des barrages d'hommes et être confrontées à leur regard.

Au départ, les recommandations fédérales étaient d'offrir un temps d'accueil réservé spécifiquement aux femmes. Quai9 a donc commencé par proposer deux heures par semaines. Après avoir constaté le peu de femmes qui se rendaient au local, l'équipe a essayé de déplacer les horaires le soir en pensant qu'elles auraient, peut-être, plus de disponibilités. Mais, il n'y avait pas plus de monde. Après d'autres changements de ce type, Quai9 a finalement décidé de décentraliser le lieu afin que les consommatrices osent plus facilement s'y rendre.

1.4.3 Règles, admission,...

Chaque usager doit remplir un questionnaire d'entrée, une sorte de contrat entre l'utilisateur et la structure. Cet acte a pour but de faire connaître à la personne les règles, les usages, le fonctionnement et les différentes prestations du lieu. Il doit également remplir un questionnaire sur ses habitudes de consommations et répondre à des questions en lien avec sa santé. Les réponses apportées par la personne vont permettre à l'équipe d'évaluer et de modifier leurs prestations en fonction de la demande et d'avoir une connaissance sur la population accueillie. Toutefois, la personne, jouit à Quai9 d'un anonymat (il n'est pas demandé à la personne son nom ainsi que ses papiers !).

Pour pouvoir bénéficier du local d'injection, il faut être majeur (par contre dans les bus, il n'y a pas de limites d'âge) et respecter deux règles inhérente au lieu : la non-violence physique ou verbale et l'interdiction d'effectuer des transactions ou de dealer.

Quai9 est tenu d'accueillir toutes personnes consommatrices de drogues. Toutefois, si la personne a des comportements « hors norme » par rapport au règlement, l'intervenant peut lui interdire l'entrée à la structure. Si un usager met en danger le lieu, l'intervenant peut lui interdire de se rendre à Quai9 pendant une semaine, un mois ou plus si il a commis des choses graves. Cela peu aller jusqu'à une durée indéterminée s'il y a eu mise en danger du personnel à cause d'un comportement agressif.

1.4.4 Les différentes prestations de Quai9

Quai9 vend les seringues et un set qui l'accompagne, 20cts. Dans ce set il y a un coton sec, du coton désinfectant, une fiole d'eau pour dissoudre le produit, une cuillère et de l'acide ascorbique si besoin est.

Les usagers peuvent s'injecter leur propre produit dans des salles où les conditions d'hygiène et de sécurité sont optimales. Une évaluation de la situation du consommateur est faite avant qu'il puisse se rendre à la salle d'injection afin de prévenir une overdose. Si la personne est jugée trop « imbibée » de produit, l'équipe ne va pas la laisser s'injecter dans la salle. Par mesure de précautions, un intervenant est en permanence dans la salle d'injection. Il va pouvoir intervenir dans différentes situations : il arrive que certains usager s'automutilent avec les seringues, parte en overdose, etc.

L'équipe, composée de travailleurs sociaux et d'infirmières, est amenée à faire de petits soins. Par exemple, un pansement sur une plaie, etc. Mais, ce n'est pas une structure médicalisée. Si la personne souffre de problèmes plus sérieux, l'équipe dirige l'usager vers une autre structure ou appelle un médecin ou une ambulance.

Toutefois, un médecin est habilité à se rendre 2 fois par semaine (durant deux heures de temps) au local. Celui-ci a un impact important car il est habilité à prescrire une mise à l'abri, une hospitalisation, des ordonnances, d'inciser des abcès, etc. sans devoir passer par une autre personne.

L'équipe fournit également tout un travail autour de l'accueil. L'usager peut se poser, boire un café et se réchauffer. C'est un moment où l'intervenant peut entrer en contact avec le consommateur. Mais, il doit se montrer attentif à ne pas faire peser sur l'usager des pressions le poussant à se livrer malgré lui. Il faut que la personne se sente à l'aise et l'intervenant doit effectuer tout un travail de finesse visant toujours à répondre, le mieux possible, aux besoins de la population concernée.

Pour terminer, Quai9 se charge d'effectuer des relais vers les domaines de la santé, du social, du logement, de lieux où ils peuvent bénéficier de repas gratuits, etc. et organise, lors de moments particuliers, des repas (Pâques, moment femmes, moment hommes,...) ainsi que des brunchs le dimanche.

Important ! Quai9 ne distribue aucun produit, méthadone comprise. Tout comme le médecin qui vient faire des permanences au centre. Aucun membre du personnel ne pratique l'aide à l'injection. L'usager doit le faire lui-même et peut recevoir une aide indirecte (ex. : « Regarde où sont tes veines, fais le comme ça pour que tu ne te blesse pas. » etc.) par le biais d'un intervenant.

3. MÉTHODE DE RECUEIL DES DONNÉES

Ma méthode sera d' :

- Effectuer un état des lieux de ce qui existe en matière de réduction des risques dans différents cantons romands. Mon choix s'est porté sur Vaud, Valais et Genève étant donné que ce sont trois cantons qui ont un fonctionnement, un historique, une évolution, un contexte et des mesures très différents les uns des autres en matière de réduction des risques.
- Choisir deux centres (étant donné qu'il existe plusieurs structures indépendantes les unes des autres) effectuant de la réduction des risques dans le canton de Vaud et un centre, dans le canton du Valais et Genève.
- Définir le réseau de chacun de ces centres.
- Interroger, sous forme de grille d'entretien, 2 professionnels travaillant dans chacun des trois cantons.
- Prendre contact par téléphone avec différentes personnes faisant partie du réseau de ces institutions fournissant des prestations de réduction des risques et leur envoyer par mail un questionnaire.

La grille d'entretien et le questionnaire tenteront de déterminer si les centres de bas seuils :

- Sont adaptés à la demande actuelle
- Jouissent d'une légitimité au sein du paysage socio-sanitaire

Pour les entretiens, j'ai choisi d'utiliser la méthode semi-directive ce qui a favorisé un échange libre, cependant avec un léger recadrage à différents moments. Cette méthode s'est avérée efficace étant donné que les personnes interrogées avaient beaucoup de choses à dire et peu de difficulté à s'exprimer.

Le guide d'entretien m'a permis de rester ciblée sur mes hypothèses afin d'obtenir des réponses à mes interrogations du départ.

Les interviews ont duré en moyenne 1h30. J'ai pu, avec l'autorisation de chaque personne, enregistrer l'ensemble de nos échanges. Par la suite, je les ai intégralement retranscrits et ai classé les informations suivant les indicateurs établis initialement. Cela m'a permis d'identifier les commentaires similaires et divergents afin d'établir un comparatif et de rédiger mon analyse.

Pour cela, je me suis attachée à mêler des données théoriques avec celles recueillies lors des entretiens afin d'apporter des réponses les plus complètes possibles.

Ensuite, j'ai repris mes hypothèses de départ, et je les ai confrontées aux réponses fournies par les indicateurs, dans le but de les confirmer ou de les infirmer ou encore, de les nuancer.

Je vous laisse maintenant découvrir le résultat de mes recherches :

IV. ANALYSE DES DONNÉES

1. ANALYSE DES DONNÉES PAR INDICATEURS

Avant d'entamer ce chapitre, il me semble important, dans un premier temps, de vous présenter les différents indicateurs :

1.1 L'évolution de la population toxicodépendante

Ce premier indicateur va me permettre d'identifier la manière de consommer, les différents produits utilisés par les usagers à l'heure actuelle et de mieux cerner la population cible des centres de réduction des risques.

1.2 Les actions concrètes mises en place par les centres fournissant des prestations de réduction des risques pour toucher la population cible.

Cet indicateur me permettra d'identifier par quel biais les professionnels de ces différents centres arrivent à s'informer des nouveaux modes de consommation et à toucher la population cible. Il me permettra également d'apporter quelques exemples d'actions concrètes mises en place par les quatre institutions sur lesquelles porte ma recherche et de mettre en exergue certains de leurs points forts ou de leurs points faibles.

1.3 Obstacles, limites et enjeux rencontrés par les professionnels

Le but de cet indicateur est, dans un premier temps, d'apporter des exemples d'actions concrètes, dans le quotidien des travailleurs sociaux, qui leur posent parfois des problèmes relationnels et éthiques. Et, dans un second temps, des exemples d'obstacles d'un point de vue institutionnel, politique ou économique qui compliquent, voire même mettent en danger leur travail.

1.4 Les perspectives des différents centres offrant des prestations de réduction des risques.

Quelles sont les éventuelles modifications à apporter afin de coller le plus parfaitement possible à la réalité du terrain ? Les réponses fournies, par les différents intervenants interrogés, portent sur l'évolution à moyen terme, voire à court terme des institutions fournissant des prestations de réduction des risques, car l'anticipation n'est pas facile dans ce milieu. Les intervenants ne peuvent pas décrire à l'avance ce que sera la population cible dans quelques années.

1.5 Reconnaissance des différents outils de réduction des risques selon les professionnels interrogés

Dans ce point, je me suis tout d'abord attachée à récolter les avis des six professionnels sur les différents outils de réduction des risques mis à disposition des usagers. Dans un deuxième temps, je leur ai posé une question plus subjective : Est-ce que selon vous la notion de réduction des risques est bien acceptée par votre

réseau, les usagers et la population en général ? Afin de cerner s'ils se sentent reconnus à travers leur réseau.

1.6 Reconnaissance des institutions fournissant des prestations de réduction des risques par leur réseau.

Afin de répondre à cet indicateur, des questionnaires ont été envoyés à plusieurs membres de chacun des réseaux des institutions concernées. Ceux-ci me permettront d'identifier si les centres de réduction des risques jouissent d'une reconnaissance et d'une bonne collaboration envers leur réseau.

Voici les personnes que j'ai pu interroger :

- Un intervenant d'Action Communautaire et Toxicomanie à Vevey.
- Un intervenant du centre St-Martin à Lausanne.
- Deux intervenantes à Première Ligne à Genève, Madame A et Madame B.
- Un intervenant de la Ligue Valaisanne contre les toxicomanies à Martigny, Monsieur C.
- Un intervenant de la Ligue Valaisanne contre les toxicomanies à Sion, Monsieur D.
- Et pour terminer, dans un souci d'apporter le plus d'éléments possibles à mon travail, j'ai eu la possibilité d'interroger une personne supplémentaire, Monsieur E de la LVT à Martigny. Lors de cette interview, je n'ai pas suivi de manière fixe la grille d'entretien. Les éléments apportés par Monsieur E sont des apports supplémentaires.

1.1 L'évolution de la population toxicodépendante

1.1.1 Les produits consommés :

Avant d'entamer ce premier point, je souhaite tout d'abord préciser que le résultat de mes recherches porte sur six professionnels socio-sanitaires. Il est bien évident que les résultats ci-dessous n'ont pas la prétention de mesurer l'ampleur de la consommation de tels ou tels produits en Suisse, mais de nous apporter des éléments sur la population cible de Vaud, Valais et Genève⁶⁸.

- La première constatation que je peux faire, c'est que, les intervenants interrogés dans le canton du Valais et de Vaud, m'ont fait part d'une progression de la consommation de **cocaïne**, surtout par les jeunes.

Dans les débuts du centre St-Martin, la grande majorité des patients se trouvaient essentiellement sous cure méthadone. Maintenant, ce n'est pas tout à fait les 2/3 de leur population. Comme nous l'avons vu précédemment dans le chapitre 3.1, uniquement les patients dépendant de l'héroïne peuvent accéder au traitement sous

⁶⁸ L'équipe de Quai9 sait en permanence ce que les usagers consomment. Ceux qui désirent se rendre à la salle d'injection sont obligés de signaler ce qu'ils consomment. Et, pour ceux qui viennent seulement chercher du matériel, l'intervenant peut le lui demander ou il le sait suivant ce que l'utilisateur vient chercher (si l'utilisateur prend de l'acide ascorbique, il va consommer de l'héroïne ; s'il prend de plus grandes seringues, c'est de la méthadone, etc.)

méthadone. Ce qui veut dire que la consommation d'héroïne est en baisse. Selon l'intervenant de St-Martin, il y a beaucoup de demandes par rapport à des problèmes liés à la consommation de cocaïne. Celle-ci est bien plus présente que l'héroïne depuis environ 4 ans. En Valais, M. C et M. D de la LVT, ont constaté également une nette baisse des personnes consommant de l'héroïne et une augmentation très nette de consommateurs de cocaïne. M. P. Angel, en 2000, confirmait déjà cette tendance, en France, en stipulant qu'il y avait déjà une proportion toujours plus élevée d'individus consommant de la cocaïne et de personnes incapables de maîtriser la consommation de cette drogue.

Cependant, à Genève, la tendance s'est inversée. Dès l'ouverture de Quai9 en 2001, le produit injecté le plus massivement était la cocaïne. Et, depuis environ 2-3 ans, la consommation de cocaïne a chuté pour laisser place à **l'héroïne**, consommée par la majorité des gens se rendant au local.

Selon Mme A de Quai9, cet état de fait est en lien direct avec la politique de répression de Genève. Leur mandat était d'amoindrir le trafic de cocaïne, voire, si possible, l'éliminer. Cette action a eu une répercussion directe sur le local d'injection et a provoqué un éclatement de la scène au niveau de la cocaïne. *« C'est une chose que l'on n'arrive pas à vérifier très concrètement, mais on soupçonne qu'il y a toujours de la consommation de cocaïne,... il y a toujours du trafic de cocaïne ! »* Auparavant, elle était située principalement vers la gare. Actuellement, le trafic se serait déplacé dans différents lieux du canton. Cette situation fait qu'il est régulier que les consommateurs de cocaïne s'injectent leur produit sur place. Lorsqu'une personne consomme de manière compulsive⁶⁹ de la cocaïne, il lui est impossible de différer sa consommation de 45 minutes, ce qui lui permettrait de prendre un bus et de se rendre au local. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1.2.2, l'effet de la cocaïne est immédiat et dure en général 30 minutes. L'utilisateur est donc poussé à répéter plusieurs fois son opération dans la journée. Selon l'intervenante de Quai9, certains consommateurs, se rendant au local, s'injectent leur produit 10 à 15 fois par jour, certaines fois 20. A contrario, l'héroïne est bien assimilée par l'organisme. Suivant le taux d'accoutumance de la personne, son action peut durer de 5 à 6 heures⁷⁰. Le nombre d'injections est donc moindre et il serait possible pour cet usager de différer son attente et de se rendre à Quai9.

- La deuxième constatation, c'est que la consommation **d'alcool** et de **médicaments** demeure inquiétante et qu'elle touche, cette fois-ci, les trois cantons romands. L'intervenant du centre St-Martin reçoit beaucoup de demandes par rapport à des problèmes liés à la consommation d'alcool. Il fait également remarquer que la consommation de médicaments (benzodiazépines) est devenu un problème important. Selon l'intervenant d'ACT, l'alcool reste la principale drogue. La plupart des gens consomment des médicaments tout en buvant des litres d'alcool. De ce fait,

⁶⁹ Selon Mme A, il est important de rappeler qu'il n'y a pas de dépendance physique à la cocaïne, mais une dépendance psychique. Quand une personne se retrouve à consommer ce produit de manière compulsive, elle n'est pas en état de manque physique, mais malgré tout, elle ne pourra pas différer son attente. Comme nous l'avons vu précédemment dans le chapitre 1.2.2, la cocaïne est l'une des drogues les plus addictives et le consommateur perd vite le contrôle de l'usage de cette substance, notamment, s'il en consomme sous forme de crack ou par injection.

⁷⁰ Selon P. ANGEL cité dans le chapitre 1.1.1, les effets de produits quels qu'ils soient ; sont liés à la nature de la drogue, à la dose consommée, à la fréquence de la consommation, mais aussi et surtout au contexte individuel et social de celle-ci.

ils n'ont plus besoin d'aller dealer et ils ne ressentent pas la douleur, ils oublient, sont désinhibés, peuvent aborder des gens sans problèmes, etc. « Pourquoi aller s'envoyer des trucs dans les veines, quand vous pouvez tout autant vous en envoyer dans l'estomac, et prescrit en plus ? » A Genève, l'équipe de Quai9 a constaté que la consommation actuelle se tourne vers les médicaments et qu'une bonne quantité de gens en consomment. Quant à l'alcool, les intervenantes de Quai9 notent qu'il est important de ne pas négliger cette dépendance. Pour finir, selon M. E de la LVT, le problème premier en Valais reste l'alcool.

- Quant à l'**ecstasy**, selon M. S de la LVT, elle est un peu moins consommée que les précédentes substances, car elle est généralement prise dans des soirées techno. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1.2.2 l'ecstasy (MDMA) est utilisée actuellement comme drogue « récréative » dans des raves. Généralement consommée par voie orale, elle va réduire les sensations de faim et de soif, potentialiser l'effet des rythmes et des décibels et empêcher de ressentir la fatigue. Du fait que cette drogue est principalement consommée par voie orale et dans un milieu festif, Mme A de Quai9 m'a confié ne pas avoir vu des usagers consommant de l'ecstasy dans leurs locaux. Quant aux autres intervenants interrogés dans le canton de Vaud et à Martigny, ils ne m'en ont pas parlé. Selon une enquête effectuée en milieu festif par Mme Léonie Chinet⁷¹, celle-ci a montré qu'il y avait une hausse de la consommation de substances psycho-stimulantes dont l'ecstasy. Mais celles-ci sont généralement consommées en fin de semaine et de manière festive⁷². Les conclusions de l'enquête nous rendent attentifs au fait que : « *les profils de consommation varient suivant les contextes* ».

- D'après cette même enquête, le **cannabis** est consommé régulièrement par le 68% des personnes interrogées⁷³. M.C de la LVT a attiré mon attention sur cette substance. Selon lui, il y a eu de grands changements dans la consommation de cannabis. Il y a 30-40 ans, les produits contenaient environ 3% de THC. Aujourd'hui, les substances actives vont jusqu'à 30%. Jadis, on disait que le cannabis ne produisait aucune dépendance. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas. Des usagers disent qu'ils se sentent physiquement dépendants. En effet, selon le dépliant « Drugs just say know » la consommation régulière de cannabis peut provoquer une dépendance psychique et des symptômes de dépendance physique lors de sevrage. « *Avant les gens crochaient sur des acides. Maintenant c'est le cannabis qui fait cet effet.* » M. C de la LVT. Il peut accélérer ou déclencher le processus de graves troubles psy.

- Pour terminer, comme nous l'avons vu précédemment, M. P. ANGEL nous disait que c'était le mode d'utilisation compulsive de la substance qui caractérise désormais la dépendance. La dépendance ne concerne donc pas tant le produit, mais le sujet. Il est donc réducteur de penser que la dépendance se cantonne uniquement aux produits licites ou illicites et il faut opter pour une vision plus globale

⁷¹ Sources tirées du forum sur la réduction des risques, le 6 juin 2007 à Sion. Forum organisé par la LVT. Intervenant :Mme Léonie Chinet, psychologue.

⁷² Comme nous l'avons vu précédemment dans le chapitre 1.2.2, l'ecstasy n'engendre pas de dépendance physique. Cependant, elle est éprouvante pour le cœur, le foie et les reins. Et, à fortes doses, elle peut entraîner des dommages permanents au cerveau.

⁷³ Cette enquête a été effectuée par des personnes menant des actions de prévention en milieu festif. Les questionnaires ont été distribués à l'entrée de la soirée et rempli par 302 participants. Les ¾ ont, en moyenne, 25 ans.

de celle-ci. C'est ce que les deux intervenants de la LVT ainsi que Mme B de Quai9, ont relevé. Il y a d'autres formes de dépendances qui sont tout autant dévastatrices : la dépendance aux **jeux vidéo**, à **Internet**,...

En résumé :

Les professionnels du canton de Vaud et du Valais ont remarqué une progression de la consommation de **cocaïne** et une baisse de l'**héroïne**. Cependant, à Quai9, la tendance s'est inversée. Peut-être est-ce en lien avec la politique de répression de Genève ?

Quant à l'**alcool** et aux **médicaments**, la consommation devient de plus en plus inquiétante et touche, cette-fois ci, les trois cantons.

Le **cannabis** est une substance fortement consommée et contient, à l'heure actuelle, plus de THC. Ce qui peut induire, chez le consommateur actif, une dépendance physique et/ou accélérer voire déclencher le processus de graves troubles psy (schizophrénie,...).

Quant à l'**ecstasy**, elle est un peu moins consommée que les précédentes substances du fait qu'elle est, en général, prise lors de fêtes.

Pour terminer, il est important de souligner que la dépendance ne se cantonne pas uniquement aux produits licites ou illicites. D'autres dépendances tels que le **jeu**, **Internet**, etc. doivent, eux aussi, être pris en compte.

1.1.2 Le profil de la population cible :

- Dans les 3 cantons, la **polytoxicomanie** est présente. Selon l'intervenant de St-Martin, parmi les consommateurs actuels, il y a quelques rares personnes qui consomment des monosubstances (héroïnomanes) et qui ont vieilli avec leur produit (personnes âgées d'environ 40 ans). Comme le dit également M. E de la LVT, la population des personnes toxicomanes s'injectant de l'héroïne est en nette diminution et demeure vieillissante. Auparavant, les personnes étant « accro » à l'héroïne s'en sortaient ou périssaient. Actuellement les traitements à la méthadone leur permettent de vivre. Malheureusement, les effets de l'héroïne ajoutés à la malnutrition et aux nombreux risques liés à la consommation (maladies), provoquent un vieillissement précoce chez la personne (démence, ostéoporose,...). A 55 ans, elle peut souffrir de maux d'une personne de 80 ans.

Il y a également une population de polytoxicomanes qui vieillissent avec leurs produits (héroïne, cocaïne, cannabis, alcool, etc.). Et puis, il y a maintenant, une nouvelle population, plus jeune, qui se trouve en difficulté avec des consommations de cocaïne, cannabis et alcool (beaucoup plus que d'héroïne pure). Selon l'intervenant d'ACT et Mme B de Quai9, la polytoxicomanie devient un phénomène de plus en plus présent. Il y a 11 ans, on parlait de toxicomanes et aujourd'hui, les usagers consomment en une soirée plusieurs substances. M. D et M. E de la LVT ont eux aussi remarqué une augmentation de la polytoxicomanie : Ces usagers prennent, par exemple, de l'ecstasy le week-end. Et puis, pour éviter les symptômes de fatigue, ils vont prendre de l'héroïne pour se relâcher et dormir rapidement. Le matin, pour éviter les symptômes de grippe (symptômes du manque d'ecstasy) un rail de cocaïne pour se lancer dans la course. Et enfin, pour calmer les douleurs, et les difficultés, un rail de Dormicom. Selon l'enquête menée en milieu techno, en

Valais, il a été remarquée une augmentation des personnes mélangeant les substances.

- Les intervenants interrogés dans les 3 cantons m'ont fait part d'un phénomène inquiétant touchant la population toxicodépendante : **les problèmes d'insertion**. Comme nous l'avons vu précédemment, Yann Boggio disait qu'aux Etats-Unis, dans les années 60, la population consommant des drogues était majoritairement issue du mouvement artistique et intellectuel. Par la suite, la consommation de produits stupéfiants toucha une population bien plus large et plus jeune. Ce même phénomène a été constaté en Suisse romande d'après le livre « Qui shoote qui ? » (Cité au chapitre 5). Avant les années 70, la drogue touchait principalement les jeunes issus d'un milieu plus aisé et culturellement plus riche. Ceux-ci vivaient généralement une sorte de parenthèse dans leur vie et, par la suite, ils pouvaient espérer se réinsérer professionnellement et socialement. Mais, durant les seventies, la drogue attira une masse de jeunes issus de milieux populaires. Malheureusement, ceux-ci se retrouvent peu armés pour faire face à la désinsertion professionnelle et sociale. C'est ce que M. D de la LVT a constaté. A l'heure actuelle, il y a beaucoup de jeunes (de 18-22 ans, qui ont commencé à consommer vers les 15-16 ans) qui sont en consommation active de cocaïne et d'héroïne. Ces jeunes sont, soit dans une démarche d'entrer en cure méthadone, soit en traitement stationnaire. La grande difficulté, c'est qu'ils sont en rupture d'apprentissage et qu'ils n'ont aucune formation. De ce fait, la prise en charge par les professionnels demeure plus ardue étant donné que, quand la personne a terminé son traitement, elle n'a pas la possibilité de s'insérer professionnellement et socialement. Celle-ci va donc se retrouver au chômage ou en réinsertion professionnelle, etc. et voir ses perspectives d'avenir se restreindre. Il est difficile de tenir la distance lorsque l'on n'a pas d'objectifs ou de points sur lesquels s'accrocher. La rechute risque d'arriver très rapidement ! C'est ce que m'a également dit l'intervenant d'ACT : Il y a 11 ans, les cocaïnomanes étaient, par exemple, souvent des médecins ou des banquiers. Ils avaient assez d'argent pour s'en sortir seuls et étaient instruits. « *Dans les années 70, un chien avec une canne pouvait trouver du travail s'il était motivé. Et puis, aujourd'hui, un universitaire peut timbrer au chômage.* » Il y a un réel problème de marginalisation. D'ailleurs, l'intervenant à St-Martin a remarqué une courbe en nette augmentation en ce qui concerne les problèmes d'insertion. Et, Mme B de Quai9 m'a fait part du nombre de jeunes qui sont souvent en rupture et qui se retrouvent à la rue. Lors d'un débat public à Genève (chapitre 5.4), un porte-parole des usagers a fait part de la nécessité de développer des petits jobs de réinsertion accessibles malgré la consommation. Ceci permettrait aux personnes toxicomanes de posséder des armes pour lutter contre la désinsertion et la marginalisation.

« *La marginalité handicape bien plus que la dépendance.* »

Dr MINO Annie 1996, p.195

Cependant, il est important de tempérer ce discours, car l'ensemble des consommateurs actifs ne sont pas tous désinsérés socialement et professionnellement. Comme nous l'avons vu précédemment dans le chapitre 5.1, certains usagers peuvent avoir un emploi précaire et d'autres sont journalistes ou médecin. Tant que la consommation est « contrôlée » par l'utilisateur, elle reste invisible.

- Au chapitre 3.1.2, nous avons vu qu'une étude, effectuée dans un centre de prescription d'héroïne avait démontré que le 86% des patients souffraient de **comorbidité**⁷⁴. Selon les intervenants de St-Martin et d'ACT, il y a une réelle explosion des cas psychiatriques. Il est difficile pour eux de savoir, si c'est à cause d'une maladie psychique que la personne, « pour se soigner », est devenue dépendante ou si c'est sa consommation qui lui a développé un trouble psychiatrique. Quoiqu'il en soit, les intervenants doivent porter leur attention sur les deux troubles : toxicomanie et problèmes psychiques. En Valais, ce problème a également été mis en lumière et à Genève, Mme B m'a fait part du fait que l'injection répétée de certains produits comme la cocaïne pouvait provoquer parfois, chez l'utilisateur, des états délirants et des problèmes psychiques.

- Pour terminer, j'ai pu remarquer que, l'ensemble des intervenants, interrogés dans les 3 cantons romands, est unanime pour dire que la population cible est de plus en plus **jeune**. A Genève, par exemple, les deux personnes que j'ai interrogée m'ont fait part du fait que la population de Quai9 s'était beaucoup rajeunie. Cet état de fait n'apparaît pas encore dans les statistiques, mais l'équipe a l'impression qu'il y a plus de jeunes entre 20-25 ans et plus de migrants qu'au départ. Et, selon une étude épidémiologique de la toxicomanie effectuée dans le canton de Vaud par l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, il existe une hausse de la consommation précoce et régulière de substances psychoactives légales et illégales.⁷⁵

En résumé :

Actuellement, il y a une infime partie d'utilisateurs (âgé d'environ 40 ans) qui consomme des monosubstances. Cette population, ainsi que certains polytoxicomanes ont vieilli avec leurs produits. Maintenant, il existe une nouvelle population, plus jeune et dépendante à plusieurs produits. Selon les différents intervenants interrogés, la **polytoxicomanie** demeure un phénomène de plus en plus présent.

Il a été constaté une nette augmentation des **problèmes d'insertion**. Beaucoup de jeunes consommateurs (18-22 ans) se retrouvent en rupture d'apprentissage et sans formation. Ils ont peu de possibilités de s'insérer professionnellement et socialement.

L'ensemble des intervenants a également constaté une explosion des cas psychiques (**comorbidité**) et des consommateurs de plus en plus **jeunes**.

1.1.3 La manière de consommer

- Pour répondre à cette question, reprenons, tout d'abord, certains points développés dans le chapitre 2.1. Comme l'expliquait Yann Boggio, jadis, le recours à des substances avait un sens idéologique (ex : mouvement hippies). Dès les années 80, la dimension mystique attachée aux drogues a disparu et la consommation devient une fin en soi. Du coup, on consomme uniquement pour obtenir les effets

⁷⁴ Comorbidité : personne souffrant, en parallèle, d'une toxicodépendance et de troubles psychiques (double diagnostic).

⁷⁵ Tiré du Forum LVT, Sion, 6 juin 2007. En ligne sur le site de la LVT : www.lvt.ch/Library/forum/07_risques_festif_chinet.pdf

désirés et l'utilisateur consomme plus. C'est ce qui se passe à l'heure actuelle, avec l'apparition d'un nouveau mode de consommation : le « **binge drinking** » ou la « biture express ». Selon, l'intervenant d'ACT et les deux intervenants de la LVT, il y a actuellement une population qui consomme régulièrement de la drogue et qui pratique cette consommation excessive d'alcool sur une soirée. Auparavant, il y avait plutôt une population qui « s'explorait la tête » une fois par mois et une autre qui consommait tous les jours. A l'heure actuelle, une partie des personnes vont, par exemple, tous les vendredis soirs, après leur travail, acheter deux bières d'un demi-litre au supermarché. Ils surenchérisent avec du whisky et seulement après, ils vont en boîte de nuit boire un verre et sortent régulièrement de celle-ci pour vider leur bouteille d'alcool fort, cachée à proximité. La citation ici de M. Michel Perrin, résume bien cette nouvelle manière de consommer :

« Chez les indiens la drogue structure, chez nous elle détruit... »

Michel Perrin⁷⁶

- Lors de l'ouverture de Quai9 à Genève en 2001, nous avons vu que les statistiques montraient une augmentation de la consommation par injection (chapitre 3.3.2). A l'heure actuelle, ce n'est plus tout à fait le cas. Les intervenantes de Quai9 et l'intervenant d'ACT ont remarqué une **diminution de l'injection** et, donc, une **augmentation de la « prisée »** (sniff) **et de la fumée** (inhalation). Des gens qui ne sont pas dans l'injection, mais qui connaissent le lieu parce qu'ils sont en contact avec d'autres consommateurs. Les intervenants interrogés en Valais ont également constaté cet état de fait.

- Comme nous l'avons vu précédemment dans le chapitre 2.1, Yann Boggio nous disait que vers la fin des années 80, les autorités de certaines villes de Suisse autorisaient les scènes ouvertes afin de lutter contre la propension du SIDA. Mais ces places vont rapidement devenir problématiques et les cantons urbains, touchés par ce phénomène, vont ordonner la fermeture de ces lieux. Dès lors, les consommateurs se sont déplacés dans des lieux peu visibles, rendant le travail de prévention plus difficile pour les professionnels du terrain. Selon M. E, M. D et M. C de la LVT, Mme B de Quai9 et l'intervenant de St-Martin, la consommation, à l'heure actuelle, ne se fait effectivement plus tellement à la vue de tout le monde, mais généralement dans des appartements, des parkings, des lieux désaffectés, des « shootoirs » improvisés et insalubres (**scènes cachées**).

En résumé :

A l'heure actuelle, il existe une nouvelle manière de consommer : le « **binge drinking** ». Cette méthode consiste à consommer de manière excessive de l'alcool sur une seule soirée.

Les intervenants ont constaté une baisse de l'injection au « profit » de la « **prisée** » (sniff) et de la **fumée** (inhalation).

Pour terminer, la consommation ne se fait plus tellement à la vue de tout le monde, mais dans des « shootoirs » improvisés (**scènes cachées**).

⁷⁶ Tiré de Doctissimo [En ligne], Adresse URL : http://forum.doctissimo.fr/sante/cannabis/indiens-structure-detruit-sujet_146804_1.htm (Page consultée le 10 janvier 2008)

1.2 Les actions concrètes mises en place par les centres fournissant des prestations de réduction des risques pour toucher la population cible.

1.2.1 Par quel biais les professionnels arrivent-ils à s'informer sur les produits consommés, sur le profil de la population cible et sur la manière de consommer ?

- L'ensemble des intervenants que j'ai pu interroger lors de ma recherche s'informe des nouveaux modes de consommation, des nouveaux produits et de la population cible grâce aux **usagers** qui fréquentent déjà leur établissement. D'après l'ensemble des intervenants interrogés, le biais le plus important reste les patients eux-mêmes, car ce sont eux qui savent le mieux ce qui se passe dans la « zone ». Les usagers se passent, entre eux, les informations et le bouche à oreille fonctionne très bien. C'est la meilleure carte de visite ! De plus, étant donné que certaines prestations sont attractives (appui alimentaire, douche, lessive, etc correspondant aux besoins de base) elles attirent automatiquement du monde.
- Le deuxième biais, ce sont les professionnels du **réseau**. Les différentes institutions interrogées sont soucieuses d'entretenir une collaboration étroite avec les membres de leur réseau dans un souci de complémentarité et dans le but de toucher un maximum de personnes toxicodépendantes.

Certaines pharmacies, par exemple, qui distribuent gratuitement des seringues, sont en contact avec des usagers qui ne fréquentent pas forcément les centres. Selon M. D de la LVT, le nombre d'usagers venant chercher des seringues à la LVT est très faible (deux ou trois personnes). Ceux-ci préfèrent se rendre dans les pharmacies. C'est pour cela que les intervenants de la LVT sont soucieux d'entretenir de bons rapports professionnels avec celles-ci. De plus, pour un consommateur par injection, il va être difficile de ne pas connaître l'existence de la LVT, parce que, pour acquérir une seringue, il doit passer soit par la pharmacie, soit par l'hôpital ou par le biais d'un centre fournissant des prestations de bas seuil.

Autre exemple : Les intervenants sont en liens avec les hôpitaux, parce que ce sont des lieux où il est fréquent de rencontrer des gens avec des problèmes de consommation (sevrage, problèmes de santé liés à l'alcool, chutes liées à la consommation de produits,...). Par exemple, selon M. E de la LVT, c'est lors d'états de crises (ruptures) vécues par la personne que celle-ci entre en contact avec le CAP. Par exemple, lorsqu'elle se rend à l'hôpital des suites d'une overdose ou qu'elle se retrouve désinsérée professionnellement, socialement, scolairement, etc. Dans la majorité des situations, c'est la personne elle-même qui prend l'initiative de contacter la LVT, souvent sous la pression de son entourage.

- **Les éducateurs de rues et les prestations extérieures** effectuées par les intervenants (sorties dans des bistrot, dans des repas communautaires où un certain nombre de toxicomanes se rendent régulièrement, travail de ramassage de seringues à Genève, etc...) sont encore des occasions qui permettent de faire connaître les différentes prestations des centres et d'entrer en contact avec une population qui ne les fréquente pas encore ou qui ne désire pas s'y rendre.

- **Les réunions de réseau, les séances d'informations, les commissions inter-cantoniales et les forums organisés** permettent également de faire circuler les informations. Pour exemple, la LVT organise environ tous les mois un débat ou une séance d'informations sur différents thèmes. Tous les membres du réseau y sont conviés afin de permettre un échange et de faire mûrir certains questionnements dans le but d'entrevoir des solutions.

- Quant à la LVT, les deux intervenants interrogés m'ont fait part du fait que cette organisation jouit, à l'heure actuelle, d'une **reconnaissance** (d'une vitrine). A l'époque, les intervenants devaient aller au devant des demandes, sortir beaucoup plus de l'institution afin de faire connaître la LVT. Aujourd'hui, il y a moins besoin de le faire. Mais **les campagnes et les affiches** contribuent toujours à promouvoir les prestations de la LVT.

En résumé :

Le biais le plus important permettant aux professionnels de s'informer et de se faire connaître reste **l'usager**. C'est lui qui est le plus à même de savoir ce qui se passe dans la « zone » et généralement entre usagers, ils se passent les informations. C'est la meilleure carte de visite !

Le deuxième biais, c'est **le réseau**. Chaque institution est d'ailleurs soucieuse d'entretenir une bonne collaboration avec chaque membre de leur réseau.

Les éducateurs de rues et les prestations extérieures tels que les repas communautaires, les sorties dans des bistrot, etc. sont également des moyens pour toucher la population cible.

Les réunions de réseau, les séances d'informations, les commissions intercantionales et les forums organisés permettent également de faire circuler les informations

Pour terminer, en ce qui concerne la LVT, celle-ci jouit d'une **reconnaissance** (d'une vitrine). Les intervenants sont moins obligés de sortir de leur centre afin de promouvoir leurs prestations. **Les campagnes et les affiches** permettent également de faire connaître la LVT.

1.2.2 Les actions, les points forts et les points faibles des centres fournissant des prestations de réduction des risques :

St-Martin :

A la question : Avez-vous le sentiment que St-Martin correspond actuellement aux besoins des usagers ?

- L'intervenant m'a répondu qu'il existe, au sein de l'équipe, un réel souci de **remise en questions** sur les différentes pratiques. St-Martin a la volonté d'être **accessible** et de travailler sur le concept de la réduction des risques. L'institution se montre également attentive à jouer d'une **bonne collaboration avec les différents acteurs de la toxicomanie** (médecins, unité de sevrage cantonal de la Calypso, etc.).

- Comme nous l'avons vu précédemment, la consommation d'alcool devient de plus en plus inquiétante et touche de plus en plus de personnes. La problématique de **l'alcool** a souvent été sous-estimée par St-Martin, mais actuellement, l'équipe est soucieuse de changer cet état de fait et se montre plus en lien avec l'alcoologie.

- Une autre action de St-Martin : afin de toucher **les jeunes** consommateurs (12-20 ans) qui sont de plus en plus nombreux, St-Martin a créé un nouveau programme interdisciplinaire : « Départ ». Ce projet a été développé par trois personnes (un professeur responsable de l'unité multidisciplinaire des adolescents, un psychiatre de la psychiatrie des adolescents et l'intervenant de St-Martin), sur le même modèle que fonctionne St-Martin. Ce programme offre un accès bas-seuil et permet d'effectuer un travail en réseau, afin d'être connu des différents acteurs (protocoles de collaboration avec les institutions). Par exemple, le 70% des adolescents consommant des drogues sont vus par leur médecin généraliste, mais le problème de consommation n'est souvent pas dépisté. Afin d'éviter cela, St-Martin a développé un outil de dépistage précoce.

Cet outil vise par exemple, lors d'un entretien, à ce que l'adolescent revienne la fois suivante. Généralement, il ne va pas demander de l'aide par rapport à sa consommation, c'est un peu comme une histoire d'amour entre lui et son produit. Il ne faut surtout pas y toucher. Et puis, au bout de 15-20 entretiens, il arrive que ça bascule d'un coup. Certaines situations apparemment désespérées, en 6 mois, changent complètement. « A 16-17 ans, on change beaucoup plus vite qu'un polytoxicomane de 26 ans ! »

- Autre exemple : dans un souci d'être **accessible**, les intervenants travaillent également par le biais du natel et se déplacent s'il le faut. Par exemple, si une personne n'arrive pas à venir à un rendez-vous et qu'elle doit prendre sa méthadone, l'intervenant va la lui apporter à domicile.
- Pour terminer, en lien avec la croissance de personnes souffrant de **comorbidité**, il a été créé un programme de psychiatrie mobile qui fait partie du département de psychiatrie communautaire. Ce programme s'est inspiré du modèle de St-Martin et se déplace à domicile.

ACT :

Est-ce qu'Action Communautaire et Toxicomanie correspond actuellement aux besoins des usagers ?

- Selon l'intervenant d'ACT, le but est d'opérer un changement. Bon nombre de personnes partent avec un mieux (une meilleure qualité de vie) ou en ayant atteint leurs objectifs. ACT est confrontée à la réalité du terrain et de ce fait, elle peut s'adapter. Les intervenants sont en constante interaction avec les usagers et ils répondent aux risques ainsi qu'à leurs demandes : « Ils sont en **collage immédiat** ! ». Pour ce qui est des risques à moyen ou à long terme, ils ne peuvent pas être juges. C'est l'apanage des cliniciens de répondre à ces questions. D'après les éléments tirés de la pratique, ils vont conceptualiser et tirer ensuite des tendances. ACT correspond également aux besoins des instances publiques et de la population en général. L'équipe peut mieux faire mais, ce que l'on peut dire, c'est qu'en 4 ans les personnes fréquentant ACT ont triplé.
- Cependant, malgré le « filet social » vaudois, qui est extrêmement bien maillé, il y a beaucoup de gens qui passent à travers (Si une personne a besoin de l'aide sociale, mais que son revenu est supérieur de 100 francs à la limite imposée, elle n'y

aura pas droit.). Du coup, **le coup de pouce alimentaire** proposé par ACT aide beaucoup de personnes précarisées. Les membres d'ACT les **aident également dans leurs démarches**. Par exemple, pour bénéficier de l'aide sociale (papiers à fournir, etc.).

- Face aux **problèmes d'insertion**, ACT a décidé d'agir et concentre ses efforts sur la recherche d'emplois, la recherche d'appartements, etc. L'équipe est constamment à la recherche de solutions pragmatiques et rapides, car les situations à l'heure actuelle, deviennent de plus en plus urgentes.

- ACT est également soucieuse d'entretenir une **bonne collaboration avec l'ensemble de son réseau**. Le glissement de la population a obligé les professionnels à discuter entre eux. Il y a 10 ans, cela se passait tout différemment. ACT milite beaucoup en faveur de l'interprofessionnel (tout en gardant les spécificités de chacun) et travaille énormément en réseau (6 intervenants travaillent à ACT pour environ 225 patients !).

Grâce à la réduction des risques, il y a des jeunes de 20-22 ans qui ont un passé de toxicomanie intense de 6 mois et qui ne souffrent pas de maladie de type VIH, hépatites, etc. Il y a également une population qui n'existait que peu auparavant : des toxicomanes âgés qui vont décéder dans des EMS.

LVT :

Est-ce que la Ligue Valaisanne contre les toxicomanies correspond actuellement aux besoins des usagers ?

- Selon les deux intervenants interrogés, l'une des forces de la LVT c'est qu'elle est soucieuse d'entretenir de **bons liens** et, de se montrer le plus **disponible** possible **envers l'ensemble du réseau** de la personne dépendante (employeur, famille, médecin, etc.). Lorsque l'équipe accompagne un usager, ce dernier jouira de l'ensemble des prestations du réseau de la LVT.

- La LVT se soucie également d'**être en permanence en mouvement au niveau de la prise en charge** afin de rester proche de ce qui s'opère sur le terrain (phase pilote d'un projet, évaluation de celui-ci et réajustement). Dans ce même souci, des enquêtes sont faites pour évaluer le degré de satisfaction du réseau et des prestations de la LVT, afin de se réajuster si besoin est.

- Malgré tout, M. D pense que le centre **CAP touche une certaine partie des consommateurs**. Selon lui, pousser la porte d'un centre CAP, ce n'est pas si facile que cela : *« Je reste persuadé que si on ouvrait une structure bas-seuil, il y aurait du monde ! Et ce serait une autre population que celle que l'on a au centre CAP ». Il y a une sorte de « zone » que la LVT n'arrive pas à toucher. Celle-ci entre en contact avec les intervenants de la LVT, lorsqu'elle est signalée par l'hôpital de Malévoz ou l'hôpital de Sion. « Il est clair que si l'on crée l'offre, on va créer la demande ! » Cependant, est-ce qu'il y aurait beaucoup de valaisans qui s'y rendraient ?* La question reste ouverte. D'après M. C les usagers qui se rendent à la LVT sont déjà conscients de quelque chose. Ils ont dû prendre un rendez-vous. Ils sont déjà dans un *« vouloir changer quelque chose »*. Les locaux d'injections, quant à eux, sont *« là*

où les gens consomment ». Les intervenants font presque un autre métier que celui qui est exercé par les membres de la LVT.

- Selon M. E **le Valais ne rencontre pas les mêmes besoins que Vaud et Genève**. D'une part, il n'a pas été sujet aux scènes ouvertes et, d'autre part, le Valais se trouve dans une zone périphérique. De ce fait, il ne rencontre **pas les mêmes réalités qu'en ville**. Une recherche en 2000 a démontré que bon nombre de personnes toxicodépendantes valaisannes s'approvisionnaient en matériels stériles et en drogues plutôt dans les cantons urbains et logeaient en Valais (pendulaires). Il y a plusieurs raisons à cela :

- L'anonymat dont on peut bénéficier en vivant dans une grande ville.
- La facilité de se procurer son produit.
- La pression policière qui y est moins grande. Dans des petits villages, tout se sait et il est plus aisé de retrouver les personnes, parce que la superficie est moins grande qu'en ville.
- L'effet attractif des nombreuses structures mises à disposition des personnes toxicomanes (Sleep-in, Mère Sophia, etc.)
- L'aide sociale facilitée grâce au RMI (Revenu Minimum d'Insertion : pour les personnes ne touchant pas le chômage, sans domicile,...) qui n'existait pas encore en Valais.

Selon M.C et M.D de la LVT, il existe toujours à l'heure actuelle cette **décentralisation des usagers** dans le canton de Vaud et Genève, mais cela représente un faible pourcentage. *« Il y a une population qui ne trouve plus sa place ici, parce qu'ils sont trop désinsérés. »*. Mais, il y a aussi des toxicomanes vaudois ou genevois qui viennent en Valais dans le but de se protéger et d'échapper à la « zone ». Mais cet « exode » n'est pas important et ne justifie pas de mettre en place des structures appropriées tels que des sleep-in, etc. D'ailleurs, d'après l'intervenant d'ACT, il arrive que l'équipe entende que certains usagers, fréquentant ACT, se sont achetés beaucoup de « matos » dans un appartement sur Sion pendant une semaine et après on n'en entend plus parler. Et à l'inverse, il leur arrive d'accueillir des personnes originaires du Valais.

De plus, l'historique en Valais est différent de celui de Vaud et Genève. Pendant longtemps, le Valais a prôné l'abstinence. M. C : *« Au début, on pensait que la seule manière d'envisager et de traiter les problèmes de dépendances, c'était de se tourner vers l'abstinence. Aujourd'hui, la LVT parle de consommation contrôlée. C'est un concept nouveau ! Les gens peuvent se rendre à la LVT en continuant de consommer, mais consommer moins, ou différemment. »*

- Selon M. C, à l'heure actuelle, la LVT rencontre quelques **difficultés à toucher les jeunes** de 16-18 ans. Elle n'est pas assez présente dans *« là où ils sont »* et ne les connaît peut-être pas très bien. D'ailleurs, peu sont en contact avec la LVT hormis, par le biais de la prévention. Afin de toucher ces jeunes, des campagnes de prévention ont été mises sur pieds comme « Be my Angel ». Celle-ci a pour but de former des jeunes (16-25 ans) qui devront sensibiliser d'autres jeunes aux risques de conduire en état d'ébriété. Le principe est de désigner, dans un groupe, un conducteur pour la rentrée. Celui-ci bénéficiera de certains avantages comme par exemple un bon pour des boissons non alcoolisées, etc. Une autre campagne :

« Fiesta », qui a d'ailleurs de très bons résultats, a pour but de réduire les risques liés à l'absorption d'alcool. On va, par exemple, lors de fêtes, proposer des sodas moins chers que les boissons alcoolisées, organiser les retours, repérer les mineurs et ne pas leur servir de boissons alcoolisées, etc. La LVT organise le canevas et ce sont les communes, les polices, les organisateurs de fêtes, etc. qui décident, par la suite, de prendre ou non certaines mesures.

- Comme nous pouvons le constater, ces prestations sont **plus orientées vers la consommation d'alcool**. Le fait est, que le problème premier en Valais reste l'alcool. Selon M. E, dans le canton de Vaud et Genève, on dénombre plus ou moins 1500 traitements méthadone contre 200 en Valais. C'est pourquoi la LVT a élargi le concept de réduction des risques et a opéré un décroisement entre l'alcool et la drogue. **Les dépendances sont vues au sens large** et l'équipe est active dans les différentes formes de dépendances : dépendances aux jeux, à Internet, etc. Elle doit proposer une offre de traitements et une offre de préventions ainsi que trouver des réponses à : Comment comprend-on le phénomène ? Comment va-t-on informer la population cible et la population en général ?

- En lien avec l'augmentation de la consommation par sniff, la LVT a mis, tout récemment, à disposition des « **kits de sniff** ». Pour le moment, l'équipe en distribue très peu. Le problème est que, lorsqu'une personne consomme de manière frénétique de la cocaïne, il est très contraignant pour elle de respecter les conseils de réduction des risques, puisque, comme nous l'avons vu précédemment, les « shoots » à la cocaïne sont très réguliers. Par le biais de ce kit, la LVT va toucher plutôt un public qui consomme de manière contrôlée (le week-end ou parfois la semaine).

- Pour terminer, la LVT est également active dans **la prévention précoce**. Il est important que la personne reste le moins longtemps possible dans son problème de dépendance et réagisse le plus rapidement possible. Pour cela, les intervenants mettent en place des campagnes publicitaires afin de sensibiliser la population. Ils entrent aussi en contact avec les entreprises dans le but d'effectuer de la prévention et d'obtenir un partenariat.

Quai9 :

Est-ce que Quai9 correspond actuellement aux besoins de la population cible ?

- Selon les deux intervenantes interrogées, le travail qui est effectué à Quai9 s'effectue dans **l'ici et le maintenant**. L'équipe travaille dans une espèce de spontanéité et répond sur le moment aux différentes demandes des usagers. Comme toutes les autres institutions, Quai9 est également soucieuse d'entretenir de **bonnes relations avec son réseau**. Elle travaille beaucoup en réseau et élabore des projets en fonction des demandes diverses et variées des usagers.

- Actuellement, un **projet de sleep-in** est à l'étude, afin d'offrir un lieu, où les personnes sans domicile fixe, pourront passer la nuit. Tout récemment, après réflexions et multiples demandes des usagers, **deux places de sniff** ont été mises à leurs dispositions.

- Au fil des années, l'équipe a pu observer que les usagers avaient de la peine à établir eux-mêmes des relais directs avec le réseau (difficulté à aller frapper à la bonne porte). Quai9 a donc **fait appel à différentes instances**. Par exemple, les membres du PEPS (Programme Expérimental de Prescription de Stupéfiants) interviennent régulièrement, depuis le début de l'année, à Quai9. Ils viennent effectuer des permanences, afin de permettre un lien direct avec l'utilisateur.

En résumé :

Ce que j'aimerais mettre en lumière ici, c'est que l'ensemble des professionnels rencontrés sur Vaud, Valais et Genève doivent se **remettre en question et s'adapter en permanence** (que ce soit par rapport à la population, aux modes de consommations, aux différents produits ou à la spécificité de chaque canton). Leurs forces c'est qu'ils sont en « **collage** » **immédiat** avec la population concernée et qu'ils subissent directement les effets de leurs actions. Par le biais des usagers et d'un large réseau, ces institutions fournissant des prestations de réduction des risques peuvent toucher la population cible et réajuster leurs prestations si besoin est. **La collaboration** reste un **puissant levier** ! En effet, selon Anne Coppel, citée dans le chapitre 4.3 : « *Un acteur « crédible » de la réduction des risques doit (...) sans cesse actualiser ses connaissances (nouvelles drogues, nouveaux types d'usagers, etc.). Il doit également être capable de tisser une bonne collaboration avec l'utilisateur.* » Pour qu'un message de prévention soit efficace, l'utilisateur et l'intervenant doivent, en partenariat, élaborer une solution.

« La réduction des risques, c'est : connaître les usagers, leurs pratiques et les risques qu'ils prennent. »

« Il y a un glissement de la population, mais il y a également un glissement dans la prise en charge. Il y a 40 ans, un «tolar-toxicomane », on le sevrant « à sec », et, puis après, on lui donnait du boulot. Maintenant, il n'y a plus de travail. Les consommateurs sont sous médicaments et certaines fois, à la place d'être « accro » à l'héroïne ou à la cocaïne, ils le sont avec la méthadone ou avec les benzodiazépines. »

L'intervenant d'ACT

1.3 Obstacles, limites et enjeux rencontrés par les professionnels

1.3.1 Ethique

- Pour les intervenantes de Quai9, il est difficile d'**assister impuissante à une dégradation physique et psychique**. (Se sentir impuissante face à un comportement d'autodestruction.) Il arrive que certaines personnes refusent toutes formes d'aides (relais, soins,...) et l'intervenant est forcé d'accepter son choix. C'est ce que M. D de la LVT m'a également fait part. Pour lui, il est mis face à ses limites, lorsqu'il reçoit une personne toxicodépendante souffrant, par exemple, d'un abcès dû à des injections répétées. Il ne peut pas la forcer à se rendre à l'hôpital et, s'il décide de la mettre en PLAFA (Privation de Liberté A des Fins d'Assistance), la personne va « fuir ». C'est là que les centres CAP ont toute leur importance, parce qu'ils sont le dernier lien avec la « zone », avec les personnes qui ont été expulsées.

Selon l'intervenant de St-Martin, il est difficile, mais important que dans certaines situations le professionnel laisse une situation se dégrader. « *Parfois, si l'on reste*

uniquement dans « l'acting », c'est-à-dire la recherche d'appartements, ou la solution de certains problèmes, etc., la personne ne va pas forcément faire un travail de remise en question. Il faut donc certaines fois accepter que la situation se dégrade et que, pour un moment, le référant ne puisse rien y faire. » Mais cela ne signifie pas pour autant « abandonner » la personne (durant ce laps de temps, il peut mourir, se faire contaminer par le VIH, etc.). L'intervenant va donc l'accompagner dans son processus et au bon moment lui proposer certains services.

« C'est savoir que la personne a besoin de s'autodétruire, et puis, que vous ne pouvez absolument rien faire d'autre que de la respecter assez pour l'accompagner un bout là dedans. Et « choper » le bon moment où elle peut entendre. »

Mais, l'intervenant doit rester vigilant, car s'il reste uniquement dans les choix de l'autre, il peut être confronté à de la co-dépendance. L'intervenant ne doit pas hésiter, dans certaines situations, à recadrer même si l'entretien peut devenir conflictuel (effectuer, par exemple, un placement à fin d'assistance). Il doit dire à un certain moment : *« Stop ! Là, je ne t'accompagne pas. »* ou *« Là, je peux respecter ton choix, mais je ne le cautionne pas. Etant donné que je ne le cautionne pas, je ne vais pas t'aider. »*

- Selon l'intervenant de St-Martin et Mme B de Quai9, il arrive qu'ils se retrouvent face à un paradoxe. Certaines fois, le comportement des bénéficiaires justifierait que l'intervenant **refuse de lui ouvrir la porte** (violence, trafic de produits, etc...). Cependant, si la personne n'a plus accès aux prestations de l'institution, généralement, elle ne peut se retourner vers personne et le risque de séroconversion est grand.

- La plus grande difficulté pour Mme A de Quai9, c'est d'accepter et d'accueillir une **femme enceinte dans sa consommation active** (certaines fois HIV positive). M. D a également mentionné cette situation. Faut-il, à un moment donné, faire une dénonciation à la chambre pupillaire ? Mettre sous curatelle éducative son enfant et mettre cette femme sous tutelle ? Dans cette situation la LVT est entrée en collaboration avec le pédopsychiatre, le centre médico-social, le gynécologue, les infirmiers de l'hôpital. Et puis, il y a eu dénonciation à la chambre pupillaire par toute cette commission.

- Un des plus grands problèmes rencontré par l'intervenant de St-Martin reste **l'ambivalence du toxicomane**. Pour un patient qui est par exemple borderline, arrêter de consommer va le déprimer, mais s'il continue, il déprime également. Le discours c'est : *« Au secours ! Ne m'aidez pas ! »* ou *« Aide-moi, mais si tu t'approches trop, je te rejette ! »*. Dans cette situation, il est important qu'une relation de confiance s'installe entre l'intervenant et l'usager. Un travail de recadrage doit également être mis sur pied, car il est régulier qu'ils attaquent le cadre.

- Les limites rencontrées par l'intervenant de St-Martin, en tant que référant, sont également liées à **la répétition des situations**. Au bout d'un moment, il arrive que l'intervenant n'ait plus l'énergie de rappeler pour la quinzième fois qu'un patient a manqué son rendez-vous.

- Quant à l'intervenant d'ACT, il nous rend attentif à certaines difficultés qu'il a pu rencontrer. Voici quelques exemples très éloquents de limites :

Que doivent faire les intervenants, quand ils sont au courant qu'une mère de deux enfants, Valérie, va peut-être obtenir un appartement plus grand pour accueillir ses enfants qu'elle n'a pas revus depuis trois mois, parce qu'elle fait le trottoir et qu'elle consomme activement de la drogue. Et, de l'autre côté, il y a une famille qui aurait besoin de cet appartement. Doivent-ils expliquer cette situation ou pas ?

Que doivent-ils faire lorsqu'une jeune femme charmante est au bras du plus gros dealer de Vevey et qu'elle n'est pas au courant qu'ils vont repartir d'ACT avec une voiture volée ?

Que doivent-ils faire lorsque la police frappe à la porte de l'institution pour venir chercher un usager ?

Que doivent-ils faire lorsqu'un couple, durant un entretien, explique que tout va bien, mais l'intervenant est au courant que l'un des époux vient chercher des seringues quotidiennement.

Que faire lorsque l'on se retrouve face à deux personnes, l'une ayant abusé sexuellement de l'autre.

Etre intervenant à ACT, c'est entendre une personne dans son envie d'arrêter de consommer et, à la fin de la discussion, accepter que celui-ci demande 10 seringues pour pouvoir faire la fête le soir même.

- Quant à M. C de la LVT, il ne se sent **pas assez formé dans le domaine de la réduction des risques**. Il s'est rendu à des cours pour apprendre à faire des injections propres, mais il se sent incapable de pouvoir enseigner à un usager une injection propre du début jusqu'à la fin sans revoir certains ouvrages. Il y a des intervenants LVT qui font plus de réductions des risques que d'autres, mais M. C reçoit très peu de personnes désireuses de bénéficier de ses prestations.

- Selon M. S, un des obstacles, pour l'intervenant, c'est **l'énergie que met la personne à « bloquer » son traitement**, à mettre des freins et des limites qu'elle s'impose.

- Pour terminer, une des plus grande difficulté pour Mme A de Quai9, c'est, suivant l'âge de la personne, de **savoir si c'est sa première injection ou pas**. Il est arrivé que certaines personnes arrivent à Quai9 en disant : « *Je ne me suis jamais injecté, mais je veux le faire !* » Dans ce genre de situation, il est difficile de se positionner. Les intervenants arrivent toujours à avoir des arguments censés pour dire oui ou pour dire non, mais tout se défend ! Dans ce cas de figure, le professionnel va essayer d'avoir un entretien motivationnel avec cette personne, de s'interroger sur sa motivation, de tenter de trouver une alternative, de comprendre pourquoi il veut le faire. Et s'il est vraiment déterminé, il vaut mieux qu'il le fasse à Quai9 pour qu'il se mette le moins possible en danger. L'intervenant pourra lui transmettre des informations afin qu'il puisse un maximum préserver ses veines et avoir un acte d'injections le plus correct possible. Dans le chapitre 4.2, Martine Baudin nous disait :

« C'est l'enjeu de la relation dans l'ici et le maintenant ; il faut essayer de comprendre et d'accepter la pratique de l'usager dans une attitude de non-jugement pour ainsi pouvoir échanger avec lui des messages de préventions qui auront plus de chance d'aboutir. »

1.3.2 Institutionnel, politique, économique

- Selon Mme B de Quai9, un des obstacles c'est **la mauvaise opinion que les gens ont des personnes toxicodépendantes**. Cela fait déjà un certain temps que Quai9 souhaite déménager ses locaux, mais c'est la croix et la bannière pour trouver un nouvel endroit, car personne ne veut se retrouver avec des toxicomanes proches de chez eux. L'intervenant d'ACT rencontre le même problème. Par exemple, en ce qui concerne les dons, il est plus difficile pour ce genre d'institution d'en obtenir. On donnera volontiers, par exemple, 100 francs (ou un emploi, un appartement, un sourire,...) à une personne handicapée mentale, parce qu'en somme elle n'y peut rien d'être comme ça. Mais pour les personnes souffrant de dépendances, marginalisées ou faisant la manche, c'est autre chose. Ils ont généralement « une étiquette » très négative : ce sont des personnes contre-productives, agressives, commettant des infractions, contractant des dettes, etc. et c'est de leurs fautes, si elles sont dans cet état. L'envie de donner de l'argent à des personnes comme celles-ci ou à l'institution qui s'occupe d'elles, sera moindre que pour une autre.

- Les deux intervenants du canton de Vaud, m'ont fait part de **l'écart qui existe entre la politique et la réalité du terrain**. Selon l'intervenant de St-Martin, la politique durcit et idéologise toujours l'approche du terrain. Les programmes thérapeutiques doivent se baser sur l'expertise scientifique et sur la littérature. La politique, quant à elle, est un moyen d'obtenir des financements. Il arrive que sur le terrain, les professionnels soient confrontés à une certaine incompréhension des systèmes, des institutions,... Mais toutefois, la situation va en s'améliorant, étant donné que St-Martin a élargi son réseau. Quant à l'intervenant d'ACT, son premier obstacle est de pouvoir faire remonter les réalités du terrain aux politiciens, à ceux qui paient les prestations. Le problème c'est que, celui qui paie, ce n'est pas celui qui bénéficie des prestations. Et en général, celui qui paie, c'est celui qui donne les ordres. Cependant, actuellement, dans le canton de Vaud, les rapports avec le réseau politique sont bons. M. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Chef du département de la santé et de l'action sociale, est une personne possédant une fibre sociale ainsi que des compétences dans ce domaine. Il sait où il veut aller et quelle est la population qui a besoin d'aide.

Afin d'améliorer cet état de fait, ACT est soucieuse de produire des statistiques. Les rapports annuels ainsi que les bulletins d'informations sont des outils précieux pour faire remonter l'information.

- Un autre grand obstacle, c'est qu'ACT est une toute petite institution comprenant peu d'employés. Lorsque 1 million tombe pour le secteur, ACT n'obtient qu'une infime partie. Etant donné qu'ACT n'a que 5 intervenants, elle **manque de temps pour répondre à toutes les demandes**. Cette institution accueille environ 60 personnes par jour avec seulement une permanence de deux éducateurs de 10h à 12h, et de 14h à 17h30. M. S de la LVT m'a également fait part de cette limite : le manque de temps.

- Les intervenants sont également confrontés à des limites socio-économiques :

Par exemple, le « TARMED » (Tarification médicale) a été introduit à St-Martin, afin de pouvoir facturer les prestations sociales. Cette nouvelle tarification a mis, dans les premières années, tout un système en crise. Actuellement, tout est contrôlé, les intervenants doivent justifier tout ce qu'ils font, remplir des papiers, négocier pour obtenir des postes, etc. Tout ceci demande beaucoup d'énergie et **les professionnels se demandent s'ils ne se « fatiguent » pas plus dans le fonctionnement institutionnel qu'avec leurs patients.**

Selon M. C de la LVT, il est difficile de faire face aux **pressions économiques**. Il faut pouvoir diriger le patient vers le meilleur traitement au meilleur coût. Il faut : faire mieux, en un temps plus court et à moindre frais (le social a, à l'heure actuelle, moins d'argent). **La société** exige des réponses plus rapides. Elle **est dans le « tout, tout de suite »**. *« On veut venir voir quelqu'un, deux ou trois fois et puis que ça aille mieux. »*

- Une autre limite invoquée par M. D de la LVT : **les suivis psychiatriques**. Pour obtenir un premier rendez-vous, il faut attendre environ trois mois. Et ensuite, il y a un rendez-vous qui est programmé chaque mois. C'est insuffisant.

- Les intervenants de la LVT, selon M. D rencontrent des difficultés avec **la lenteur administrative**. Au niveau des institutions, cela fonctionne plutôt bien. Lorsqu'on appelle pour un rendez-vous de pré-admission, l'usager est reçu relativement rapidement (tout en étant conscient qu'il ne faut pas entrer dans le tout, tout de suite du toxicomane). Dès que l'usager reçoit une réponse favorable, à ce moment-là, il serait bien de pouvoir fixer une date d'entrée, organiser le sevrage, etc. Mais ce n'est pas possible, parce qu'auparavant, il faut être en possession d'une demande de garantie financière, avoir une réponse de la commune, une autorisation de placement hors canton, etc. et cela peut prendre jusqu'à un mois. De plus, durant ce laps de temps, l'intervenant est chargé de rassembler des documents, remplir des formulaires, etc. Pour une personne plus ou moins « stable », il est difficile de « s'accrocher » et d'y répondre. Alors, pour une personne toxicodépendante, qui est à bout émotionnellement, la tâche est encore plus ardue et le risque de rechute, présent. Mais, il est vrai également que cette démarche va leur permettre de se retrouver face à leurs responsabilités. Cependant, dans l'ensemble, cela fonctionne bien.

- Quant à Quai9, selon les deux intervenantes interrogées, elles subissent des pressions économiques. Pour exemple, la seringue est vendue 20cts. Mais certaines d'entre elles ne sont pas pourvues de filtres. Il faut donc que l'usager les achètent séparément et ceci en raison de **contraintes budgétaires**. Autre exemple : Quai9 souhaiterait pouvoir ouvrir une salle d'inhalations, parce que la demande des usagers est très forte. Une demande auprès des autorités a été faite et accordée, mais il n'y a pas le budget pour construire cette salle. Il serait également appréciable d'avoir un médecin présent tous les jours au local d'injections (actuellement, 2 fois deux heures par semaine).

En résumé :

Ethique :

Il est difficile pour certains professionnels d'**assister impuissants face à une dégradation physique ou psychique**. A ce moment-là, ils sont forcés d'accepter le choix de l'utilisateur et de laisser la situation se dégrader. Mais cela ne signifie pas pour autant l'abandonner et dans certaines situations, le fait de rester toujours dans « l'acting » (recherche d'appartement,...) peut empêcher la personne d'effectuer un travail de remise en question. Les intervenants vont l'accompagner dans son processus tout en lui proposant certains services au bon moment. Les centres fournissant des prestations de réduction des risques restent, souvent, le dernier lien avec le consommateur.

Dans certaines situations, les intervenants doivent **refuser d'ouvrir la porte à certains usagers** dont le comportement porte préjudice au centre. Cependant, le risque de séroconversion est grand !

Il est également difficile d'**accepter et d'accueillir une femme enceinte dans sa consommation active**.

Une autre difficulté, c'est **l'ambivalence du toxicomane** : « Au secours ! Ne m'aidez pas ! » ou encore **la répétition des situations** qui peut, à la longue, faire perdre de l'énergie à l'intervenant.

Les freins, les limites que l'utilisateur lui-même s'impose sont également des limites pour l'intervenant,

Et pour terminer, il arrive que certains professionnels se retrouvent face à des personnes désireuses d'obtenir du matériel stérile pour pouvoir s'injecter de l'héroïne pour la première fois. « **Je ne me suis jamais injecté, mais je veux le faire !** ».

Institutionnel, politique, économique :

La mauvaise opinion que les gens ont des personnes toxicodépendantes. De ce fait, les centres de réductions des risques ont plus de mal à trouver des fonds ou un endroit dans lequel s'implanter.

L'écart qui existe entre la politique et la réalité du terrain. Les professionnels sont confrontés à une certaine incompréhension. Toute la difficulté réside dans le fait de faire remonter la réalité du terrain aux politiciens.

Le manque de temps pour répondre à toutes les demandes en partie lié aux **contraintes budgétaires**.

Les pressions économiques : La société, tout comme les personnes toxicodépendantes exigent des réponses rapides. Ils sont, tous deux, dans le « tout, tout de suite ! ».

L'énergie que met l'intervenant dans le fonctionnement de l'institution (ex : TARMED). Cette énergie, il ne la met pas au service des usagers !

Au niveau des **suivis psychiatriques**, les rendez-vous sont **très espacés**, parce que la demande est grande.

La lenteur administrative. Lorsqu'une personne toxicodépendante fait part de son envie d'entrer en cure, elle se trouve généralement à bout émotionnellement. Cependant, celle-ci doit remplir des papiers, rassembler des documents,... pour pouvoir bénéficier d'un traitement et cela sans forcément avoir de date fixe d'entrée. La lenteur de cette procédure peut, dans certaines situations provoquer une rechute. Cependant, cette démarche administrative peut aussi leur permettre de se retrouver face à leurs responsabilités.

1.4 Les perspectives des différents centres offrant des prestations de réduction des risques.

- L'équipe de St-Martin est très soucieuse du problème de **comorbidité** qui ne cesse de croître. Comme nous l'avons vu précédemment dans le chapitre 6.3.2, St-Martin fait partie du département universitaire de psychiatrie et dispose de plusieurs professionnels venant d'horizons différents comme par exemple des psychiatres et des psychologues. De ce fait, peut-être est-elle encore plus sensibilisée que d'autres institutions à ce problème ? L'intervenant de St-Martin pense qu'il faudra que le centre soit plus en lien avec le réseau psychiatrique, afin que ce milieu apprenne à mieux connaître les polytoxicomanes, et vice-versa. La psychiatrie doit être plus proche des réalités sociales et communautaires. L'intervenant d'ACT souhaiterait, quant à lui, bénéficier d'une équipe constituée de psychologues et d'infirmiers en psychiatrie, afin d'offrir des prestations les plus en liens avec la problématique des usagers. Quant à la LVT, elle est en train de s'orienter vers les problèmes de comorbidité, mettant en place un groupe chargé de trouver des mesures adéquates (formation du personnel, etc.).
- Comme nous l'avons vu précédemment, un des principaux moyens, permettant aux professionnels de se tenir informés de l'évolution des besoins des usagers, reste une **collaboration** fructueuse entre les membres du réseau. L'intervenant de St-Martin pense qu'il est important que la structure continue à effectuer des protocoles de collaboration et à élargir leur réseau socio-éducatif. Quant à l'intervenant d'ACT, il désire renforcer les liens avec le réseau sanitaire de Vevey.
- Afin de lutter contre **la marginalité**, ACT est par exemple en train de s'allier avec d'autres collègues pour développer des hébergements d'urgences, des hébergements sociaux, des banques alimentaires pour les personnes fréquentant ACT, mais aussi pour les « working poor ». Il y a beaucoup de gens qui aimeraient bénéficier de ces prestations, parce que les fins de mois sont difficiles ; ils travaillent, ils ont des enfants à nourrir, etc. ACT désire continuer à fournir à leurs usagers des prestations de type bas-seuil et rester active sur des axes tels que le logement, l'inactivité, l'estime de soi, les entretiens motivationnels, etc. Quai9 est également soucieuse de continuer à développer des projets tels que les sleep-in, etc.
- L'ensemble des intervenants m'a fait part de l'importance de **continuer à émettre des messages de réduction des risques**. Selon Mme A de Quai9, il faut continuer à encourager les usagers à venir s'injecter leurs produits dans des salles appropriées plutôt que de le faire dans des lieux insalubres. Il faut continuer de travailler sur l'aspect sanitaire et remettre l'accent sur les risques de propagations. Prochainement, Quai9 va lancer une campagne sur l'hépatite C et le VIH, parce qu'il y a de nouveau du souci à se faire sur ce plan-là. La transmission du VIH a diminué pendant 5-6 ans. A Genève, on ne dénombrait aucune contamination par voie intraveineuse, mais l'année passée, il y a eu 3 cas. Il est important que ce genre d'organisation continue à exister et pour ce faire il faut continuer le combat et sensibiliser la population. Quai9 dépend de la politique de Genève et des subventions de l'état !
- Comme m'en a fait part l'ensemble des professionnels interrogés, nous sommes face à une proportion toujours plus grande de **jeunes consommateurs**. Lorsque les

intervenants effectuent de la prévention dans des cycles d'orientation, ils se retrouvent déjà en face d'ados ayant déjà absorbé des drogues. Selon M. D de la LVT : « *Il faut intervenir le plus tôt possible afin d'être plus performant dans le traitement.* » La LVT va axer son travail sur la prévention précoce ciblée sur les 5^{ème}-6^{ème} primaire. Quant à ACT, elle va continuer d'effectuer un travail de prévention dans les écoles veveysannes.

- Nous avons vu précédemment que **le domaine de la dépendance ne se cantonne pas seulement aux produits illicites**. Je pense que la LVT a été sensibilisée très tôt à cet état de fait. Peut-être parce qu'en Valais le problème d'alcool est plus prédominant que les produits stupéfiants ainsi la LVT a dû, dès le début, élargir le concept de réduction des risques? En tous les cas, l'une des perspectives de la LVT, c'est d'offrir de nouvelles prestations afin d'être en lien avec de nouvelles formes de dépendances : la dépendance sans produits (cyber-dépendance, casino, tactylo, black-jack, poker, jeux vidéo,...). Actuellement, les deux intervenants interrogés dans le canton de Vaud sont sensibilisés aux problèmes liés à la dépendance à l'alcool (généralement couplée avec une dépendance aux produits stupéfiants). Quant à Genève, Mme A de Quai9 m'a fait part qu'il faudrait que le centre prenne plus en charge les dépendances dans un sens plus large (alcool, jeux,...) : ne pas se limiter à l'héroïne, cocaïne et médicaments, car il y a de nombreux volets à la dépendance.

- Afin de coller à la demande des usagers fréquentant Quai9 (diminution de l'injection et augmentation de la prise et de la fumée), l'équipe souhaite ouvrir une **salle d'inhalation** et faire également évoluer le **moment femme**, car le pourcentage de femmes fréquentant cette structure est très faible.

- Comme nous l'avons vu précédemment, un des obstacles d'ACT c'est que c'est une toute petite institution et qu'elle comprend peu d'employés. De ce fait, les intervenants sont obligés d'aller à l'essentiel et **manquent de personnel** pour répondre à toutes les demandes, car la charge de travail est trop importante. L'intervenant d'ACT souhaiterait donc agrandir son équipe et disposer d'un collègue supplémentaire. Mais cela dépend bien entendu du budget de l'institution !

- Pour terminer, M. C de la LVT m'a également fait part de la volonté de l'équipe de continuer à être présente et à faire évoluer l'aide envers **les proches**. La LVT s'interroge sur ce qu'elle pourrait mettre en place pour venir en aide aux enfants et aux proches des personnes dépendantes.

« Quai9 dépend beaucoup de ce qui se passe dans la rue et des nombreux acteurs. Mme N ne sait pas ce qui va se passer dans 5 ans. D'ailleurs, la situation actuelle est très différente d'il y a 5 ans. L'anticipation n'est pas facile ! »

Mme B de Quai9

En résumé :

Comme nous l'avons vu précédemment, il y a une réelle explosion des cas psychiatriques. De ce fait, les intervenants ont pour perspectives de s'orienter et d'apporter des réponses les plus adéquates possible face aux problèmes liés à la **comorbidité**.

Les professionnels tiennent également à renforcer et à **maintenir une bonne collaboration** avec l'ensemble de leur réseau étant donné que celui-ci est un des principaux moyens leur permettant de se tenir informé de l'évolution de la population cible.

Il faut **continuer la lutte contre la marginalité**. ACT et Quai9 veulent développer de nouveaux hébergements d'urgence, des banques alimentaires, etc.

Selon l'ensemble des intervenants, il est également important de **continuer à émettre des messages de réduction des risques**. Selon Mme A de Quai9, il y a de nouveau du souci à se faire sur ce plan-là. Il faut continuer le combat et sensibiliser la population.

A l'heure actuelle, il y a **de plus en plus de jeunes** qui consomment **de plus en plus jeune**. Les intervenants sont donc soucieux de continuer à effectuer de la prévention primaire et d'intervenir plus tôt (5^{ème}-6^{ème} primaire).

L'ensemble des intervenants est conscient qu'il est important d'**élargir le domaine des dépendances**. La LVT veut offrir de nouvelles prestations, afin d'être en lien avec les nouvelles formes de dépendances tels que cyber-dépendance, jeux vidéo, etc.

Pour Quai9, en lien avec l'augmentation de la prise et de la fumée, l'équipe désire **ouvrir une salle d'inhalation** et **faire évoluer le moment femme** étant donné qu'il y a un très faible pourcentage de femmes fréquentant le local d'injection.

ACT désire **agrandir son équipe**, car la charge de travail est trop importante.

Pour terminer, la LVT désire faire évoluer l'aide envers **les proches**.

1.5 Reconnaissance des différents outils de réduction des risques selon les professionnels interrogés

En ce qui concerne ce chapitre, par manque de temps lors des entretiens, j'ai dû me résoudre à aller à l'essentiel et certaines questions, n'ont malheureusement pas pu être posées à tous les intervenants. Cependant, tous ont répondu à la question principale qui était : Selon vous, qu'en est-il, à l'heure actuelle, de la reconnaissance de la réduction des risques par votre réseau, vos usagers et la population en général ?

1.5.1 Centres de bas-seuils⁷⁷ fournissant des prestations de réduction des risques tels que : distribution de matériel d'injection, prévention, entretiens :

- Que pensent les professionnels des centres sur ces prestations ?

Selon les différents acteurs interrogés, la réduction des risques est, encore à l'heure actuelle, nécessaire. Comme le dit l'intervenant de St-Martin, la réduction des risques se justifie de différentes manières :

Tout d'abord, d'un point de vue de **santé publique** : un consommateur de cocaïne actif peut, par exemple, s'injecter jusqu'à 30-40 doses par jour. S'il n'y a pas de dispositif, où vont aller les seringues ? Dans les parcs ?

⁷⁷ Certains professionnels à St-Martin espèrent qu'on parlera bientôt de seuil centré sur le patient. C'est-à-dire qu'on adaptera le seuil en fonction de la personne en ayant des outils d'évaluation et des programmes qui correspondent à la situation où se trouve le patient.

Il y a également des **raisons sanitaires et épidémiologiques** à cela : On ne peut pas attendre que les usagers soient motivés d'entreprendre une cure, car les risques de séroconversion, d'hépatites C et autres sont trop importants. « *La société est responsable de générer une population de plus en plus fragile socialement et psychologiquement.* » Elle doit donc agir en leur fournissant une aide et une écoute. Actuellement, la manière la plus adéquate pour traiter les toxicomanies reste l'approche médico-socio-éducative. « *Il est important d'avoir une vision la plus holistique possible.* » Comme le disait l'Office fédéral de la santé publique : « *la multiplicité des situations problématiques causées par la dépendance aux drogues nécessite une multiplicité de réponses.* » (Boggio, 1997, p.59)

Toutefois, M. D de la LVT a soulevé un point sur lequel le professionnel doit se montrer attentif : « *Il y a toujours un grand danger, à la prévention ou à la réduction des risques, c'est de **rendre beaucoup trop disponibles les produits ou les outils.*** » Cela peut aider une personne à se décider à consommer de la drogue. Ce qu'il faut savoir, c'est que l'usager encoure des risques de transmission de maladies, même s'il fait très attention à l'hygiène lors de son injection. Par exemple, il a été constaté que des personnes en consommation active de cocaïne (européens) développent des maladies spécifiques aux personnes africaines. Pour effectuer le passage de la cocaïne, certains dealers vont cacher les boulettes de cocaïne dans leur bouche. Lorsqu'on ouvre le sachet, le produit entre en contact avec les bactéries contenues dans la salive. Il existe donc également un risque de transmission de maladies, même si l'on consomme dans de bonnes conditions d'hygiène.

Un moyen pour faire face à ce danger peut être la relation qu'entretiennent le professionnel et l'usager. M. C de la LVT tient à souligner l'importance du contact avec l'usager. La distribution de matériel doit pouvoir permettre au professionnel d'entrer en lien avec cette population. La réduction des risques c'est, entre autre, savoir maintenir une relation avec l'usager et ainsi lui permettre, au bon moment, de passer dans une autre phase de motivation (programme de substitution, PEPS, cure, désintoxication,...).

Pour terminer, grâce à ces mesures, en Valais, on dénombre un **recul des overdoses**. « *Il n'y en a pas eu en 2006 et 2007 alors qu'avant on en dénombrait chaque année* » M. C de la LVT.

- Selon les professionnels des centres, leurs prestations sont-elles bien acceptées ?

En Valais, selon M. D, la distribution de matériel d'injection est bien acceptée par le **réseau**. « *Même les pires démantailleurs du social s'y attaquent assez peu ! On les entend, mais peu* ». L'intervenant d'ACT nous dit que c'est grâce à une collaboration entre le centre et les professionnels du milieu médical, que ceux-ci comprennent maintenant ce qu'est la réduction des risques. Auparavant, il existait un décalage entre ces deux « mondes » et travailler santé-social ensemble a été un réel défi. Pour ce qui est des collègues sociaux hors du domaine de la dépendance, la réduction des risques ne leur parle pas vraiment. Ils sont peut-être plus proches de l'avis du citoyen.

Selon M. C de la LVT, en Valais, l'avis des **usagers** est partagé. Cependant, M.D de la LVT entend dire des usagers qu'il rencontre, qu'ils préfèrent la distribution de matériel d'injection, parce qu'avouer être toxicomane en Valais, est mal perçu. Les usagers essaient de se cacher et préfèrent donc prendre plutôt le matériel que de se rendre dans un local d'injections aux vues d'un certain nombre de gens. Quant aux usagers fréquentant ACT, ils tiennent tous le même discours : « *Heureusement qu'il y a ça, sinon je sais très bien que je m'injecterai pour la dixième fois avec la même seringue.* »

En ce qui concerne **la population** vaudoise, la réduction des risques est maintenant rentrée dans les mœurs. Cependant, elle n'est pas toujours comprise, peut-être à cause d'un manque d'informations ? : « *Vous faites un drôle de métier quand même !* ». En Valais, la population est mitigée. Selon M. D de la LVT, une partie de la population accepte plus facilement cette mesure que les programmes de prescription médicale d'héroïne ou les locaux d'injections parce que, par principe, c'est quelque chose que l'on fait de manière cachée. Quant à l'autre partie de la population, elle pense que ces mesures vont aider les usagers à se droguer. Pour terminer, à Genève, certaines personnes pensent encore que l'unique solution reste le sevrage, mais la majorité des gens ont compris que la distribution de matériel avait une réelle utilité. Si, l'utilisateur n'a pas de matériel à disposition, il trouvera quand même à se le procurer, mais cette fois-ci, sale et avec les risques d'infections.

L'ensemble des intervenants évoque l'importance d'informer et de sensibiliser l'ensemble des acteurs de la toxicomanie ainsi que la population en général à la politique des quatre piliers. Ceci, afin qu'ils comprennent mieux l'importance de disposer de plusieurs outils venant en aide à un maximum de personnes souffrant de dépendances.

Dans le canton de Vaud, ce n'est pas le mandat d'ACT et de St-Martin d'informer la population, mais de l'ISPA. La prévention, l'information, la communication d'images de la réduction des risques passe aussi par la politique et c'est, entre autre, aux responsables de centres d'entrer en relation avec eux, afin de casser les idées préconçues.

Néanmoins, St-Martin va intervenir en matière de prévention, en donnant des cours sur la réduction des risques aux étudiants et/ou en participant à des congrès sur cette thématique, etc. Et ACT, grâce à la prévention des toxicomanies et des dépendances en milieux scolaires, va toucher beaucoup de gens (environ 1500 élèves et donc autant de parents).

Lors de présentations d'ACT auprès de certains parents, l'intervenant profite de l'occasion pour leur expliquer que la réduction des risques est le premier échelon qui va mener vers autre chose. Les citoyens ne veulent pas de seringues abandonnées dans les couloirs ou des consommateurs dans les escaliers de leurs immeubles. Eux-mêmes ont peur de cette image-là, ils ont peur aussi pour leurs enfants. Et cela se justifie. Cependant, s'il n'y a pas de réduction des risques, ils auront plus de chance que leurs enfants croisent un usager « démonté » alors qu'ils peuvent peut-être en croiser 10 dans la journée sans s'en apercevoir, si ceux-ci bénéficient d'un soutien adéquat.

Un autre argument « choc » : Si un jour, un de leurs enfants devient dépendant à une substance, il pourra s'en sortir sans trop de dommages (VIH, hépatites, marques au bras, etc.) C'est quelque chose qui marque les parents. Mais, il est vrai que la population a des préjugés, des clichés concernant la réduction des risques et elle agit en conséquence.

En Valais, la LVT sensibilise régulièrement la population sur les problèmes de dépendances. Il a beaucoup de choses qui sont faites dans ce sens (affiches, campagnes,...). De plus, elle jouit d'une certaine image et le bouche à oreille fonctionne. « *Faire exister la LVT permet, aux personnes, qui en ont besoin, que celle-ci soit visible et présente. Le reste se fait intra-muros.* ». Néanmoins, la notion de réduction des risques reste difficile à faire passer et il arrive que certaines personnes ne soient pas au courant de l'activité de ce centre.

Quant à Quai9, un travail très important de communication envers la population habitant dans les environs du local d'injections a été effectué. « *La population toxicodépendante est très stigmatisée et fait peur.* » L'équipe a donc mis en place des soirées publiques (environ 3-4 par année) où les gens (journalistes, médiateurs, police, consommateurs, habitants du quartier, etc.) peuvent afficher leurs doléances et les partager avec les personnes présentes.

Quai9 a également organisé des ramassages de seringues dans le quartier, s'est investi dans la formation des concierges des immeubles environnants, a effectué un travail de sensibilisation auprès des écoles et distribue, au réseau, aux associations, aux habitants du quartier, un journal qui paraît 3-4 fois par année. Il est tiré à 5000 exemplaires (peut se consulter sur le site Internet de Première Ligne) et parle des usagers ainsi que de tout ce qui touche la réduction des risques. Pour terminer, Quai9 a également effectué un important travail de dédramatisation des usagers, car en effet, seule une minorité parmi ceux-ci sème la « pagaille ».

A l'heure actuelle, grâce à tout ce travail d'informations, cela va mieux. Les habitants n'hésitent pas à appeler Première Ligne en cas de problèmes.

En résumé :

L'ensemble des intervenants interrogés pense que la distribution de matériel stérile reste nécessaire. Pour plusieurs raisons : entre autre sanitaire, épidémiologique et de santé publique. Cependant un intervenant attire notre attention sur le danger de rendre trop accessibles les produits et les outils. Pour y faire face, la relation et le contact qu'entretient l'intervenant avec l'utilisateur est indispensable.

Selon les professionnels de la réduction des risques, la distribution de matériel d'injection est, en général, bien acceptée par leur réseau. En ce qui concerne les usagers, ceux-ci sont mitigés en Valais. Néanmoins, ils préfèrent cette alternative au local d'injection ou le PEPS, étant donné qu'avouer être toxicomane en Valais, est mal perçu. Ils préfèrent rester cachés. Quant aux usagers d'ACT, ils sont tous unanimes à dire que la remise de matériel est nécessaire. Pour terminer, dans le canton de Vaud et Genève, la distribution de matériel d'injection est rentrée dans les mœurs. A Genève, la majorité a compris l'utilité de cet outil. Cependant, elle n'est pas toujours comprise par l'ensemble de la population. En Valais, la population est mitigée, mais elle accepte plus facilement la distribution de matériel d'injection que les autres outils de réduction des risques.

Globalement, la population est empreinte de préjugés et de clichés vis-à-vis de la réduction des risques. C'est pourquoi, les différents centres, sont soucieux d'informer et de sensibiliser les différents acteurs du domaine de la dépendance ainsi que la population en général. L'ensemble des centres intervient en donnant des cours aux étudiants, aux parents, etc. La LVT effectue des campagnes, afin

d'informer la population. Quai9 a mis en place des soirées publiques, a organisé des ramassages de seringues et rédige un journal 3-4 fois par année destiné aux habitants du quartier et aux usagers.

1.5.2 La méthadone :

- Les professionnels de ces centres, que pensent-ils de la méthadone ?

Selon Mme A de Quai9, « *La méthadone est une bonne alternative, qui était une des solutions les moins mauvaises pour que la personne puisse ne pas être en manque et sortir de tout ce qu'implique l'acquisition du produit dans la rue et des conséquences sociales pour la personne d'acquérir un produit illégal* ». L'intervenant d'ACT et celui de St-Martin vont également dans ce sens. En effet, selon Annie Mino, médecin psychiatre, la méthadone a pour principe « la maintenance ». D'ailleurs l'ensemble des intervenants interrogés pensent, que la méthadone donne des résultats positifs en terme de **stabilisation de la situation**. « *Les usagers sont tellement déstructurés qu'il faut qu'ils s'orientent dans de longues cures.* » M. C de la LVT. Un autre effet positif, selon l'intervenant de St-Martin et Mme Annie Mino, c'est que, par ce biais, **la personne va pouvoir entrer dans un réseau** et de ce fait bénéficier de la réduction des risques, de soins, du relationnel, etc.

« *Il faut considérer la méthadone comme un moyen et non un but !* »

Intervenant à St-Martin

« *Ce traitement est adéquat s'il permet d'atteindre les buts recherchés.* »

M. C intervenant à la LVT

Cependant, selon l'intervenant de St-Martin, étant donné que la personne ne court plus après son produit, elle risque de **stagner dans son ambivalence**. Pour certaines personnes, c'est le cas et pour d'autres pas. Il est vrai que certains consommateurs, si aucune décision n'est prise à un moment donné, les cures méthadone s'éternisent.

Comme nous l'avons vu précédemment dans le chapitre 3.1.2, les traitements sous méthadone peuvent être délivrés par le médecin, une institution spécialisée, un service psychiatrique, des hôpitaux ou en prison. Et, afin de permettre une sensible amélioration de l'état de l'usager, il faut que ce traitement soit associé à un suivi psychosocial. Selon l'intervenant de St-Martin, il a été démontré que les médecins installés avaient du mal à terminer des cures méthadone, parce qu'il n'y avait pas d'objectifs fixés. De ce fait, ils stagnaient au niveau de la réduction des risques. C'est également sur ce point que Mme A de Quai9 m'a rendue attentive. Selon elle, certaines fois, l'éthique médicale n'est pas toujours très respectée. Dans certaines situations, la méthadone est prescrite par des médecins privés. Le risque est que, le médecin peut exercer une toute puissance sur son patient, car celui-ci ne bénéficie pas de l'appui de tout un réseau (référénts, infirmiers, groupe de réflexion,...). Il est arrivé qu'un bon nombre d'usagers se plaignent de la trop grande quantité de méthadone prescrite par leur médecin. Pouvons-nous dire qu'il y a une volonté de pouvoir simplement garder un patient ? « *Il y a derrière un bénéfice médical incroyable... ce que ça rapporte simplement au médecin.* » Nous pouvons également nous interroger sur le lien entre le médecin et le patient. Mais, tous ne

sont évidemment pas dans ce registre-là. La grande majorité des médecins n'exercent pas ce genre d'abus.

Selon les intervenants, l'usager peut également subir des conséquences négatives liées à la prise de méthadone : il **souffrira d'une addiction plus forte que l'héroïne** elle-même. Et, pour certains consommateurs, il se peut qu'ils doivent supporter des **effets secondaires lourds**. Le **sevrage** est également **beaucoup plus difficile** qu'avec l'héroïne, car la méthadone circule plus longtemps dans le cycle de métabolisation.

« D'une certaine manière, il est un peu « contre nature » de donner un produit de substitution qui va rendre l'héroïnomanie dépendant de celui-ci. »

M. D de la LVT

Est-ce un changement de dépendance finalement ? Je pense que la citation de Mme Anne Coppel dans le chapitre 3.1.3 peut répondre en partie à cette question. Le fait de passer d'un produit psychotrope à un médicament de substitution permet à l'usager de se distancer d'avec le produit de « prédilection ». La méthadone permet de mieux contrôler la consommation et de renoncer symboliquement à l'injection. Cependant Mme A de Quai9 relève un point important qu'elle a pu d'ailleurs vérifier sur le terrain : *« La méthadone ne règle pas forcément le problème de dépendance plus général, de comportements problématiques liés à une dépendance. Les usagers peuvent donc être suivis avec un traitement à la méthadone et, reporter leur dépendance sur un autre produit : l'alcool par exemple. Il arrive que certaines personnes prennent de la méthadone quasiment à vie. Et d'autres, malgré leur traitement, courent toujours après d'autres produits. »*

De plus, un autre inconvénient, c'est que la méthadone est prescrite sous forme liquide et si l'usager a montré qu'il était capable de bien gérer sa consommation de méthadone, il va obtenir sa médication pour une semaine, voire un mois. De ce fait, **il existe un gros trafic** de ce produit au marché noir et beaucoup se l'injectent au lieu de le boire. Cette manière de consommer provoque de gros dégâts sur les veines.

- Selon eux, la méthadone est-elle bien acceptée ?

Selon les intervenantes de Quai9, certains **usagers** supportent la méthadone et sont contents d'avoir leur prescription, afin de ne pas souffrir de manque. D'après l'intervenant de St-Martin, certains usagers ont demandé une cure méthadone non pas pour « changer leur vie » mais pour « souffrir moins ». Par contre, d'autres sont furieux, parce qu'ils trouvent que la prise de méthadone est contraignante, qu'elle peut créer un sentiment de dépression et que le sevrage est extrêmement difficile, car le manque de méthadone est terrible.

Le réseau est aussi mitigé. Par exemple, en Valais, certains professionnels (des Rives du Rhône, Villa Flora) sont dans un concept très fort d'abstinence et sont opposés à la méthadone. Mais, comme nous l'avons déjà vu, le Valais n'est pas un pionnier en la matière, car il dénombre très peu de demandes pour ce genre de prestations.

De la part de **la population**, il arrive que l'intervenant entende : « Vous donnez de la drogue aux drogués ! ».

En résumé :

Les points positifs du traitement par la méthadone sont :

- La **stabilisation de l'usager**. Celui-ci peut sortir de tout ce qu'implique l'acquisition d'un produit illégal.
- Par le biais d'un traitement méthadone, l'usager va pouvoir **entrer dans un réseau** de professionnels.
- En prenant la méthadone par voie orale, il va pouvoir se **distancer d'avec son produit de prédilection**.

Les points négatifs sont :

- L'usager risque de **stagner dans son ambivalence** et de ce fait la cure méthadone s'éternise. De ce fait, il est important que ce traitement soit associé à un suivi psychosocial et que l'usager puisse bénéficier de l'appui d'un réseau (Attention à la toute puissance qui peut, dans certains cas, être exercée par le médecin !)
- La personne va **souffrir d'une dépendance plus forte** que celle occasionnée par l'héroïne.
- L'usager peut avoir des **effets secondaires lourds**.
- Le **sevrage** est **plus difficile** qu'avec l'héroïne.
- La prise de méthadone **ne va pas régler le problème de la dépendance et les comportements liés à l'usage de drogue**.
- Il existe un gros **trafic de ce produit au marché noir** et beaucoup d'usagers se l'injectent au lieu de le boire, ce qui provoque de gros dégâts sur les veines.

En définitive, comme le dit M. C de la LVT, il ne faut pas que la méthadone devienne un but en soi.

Quant aux usagers de Quai9, leurs avis sur la méthadone sont mitigés. Certains la supportent et sont contents de ne **pas souffrir du manque**. D'autres sont furieux, car elle peut créer un sentiment de dépression et le sevrage est très difficile. Le réseau est également mitigé et la population, étant donné qu'elle n'est pas sur le terrain, à des préjugés face à cet outil. Il arrive que les intervenants entendent : « Vous donnez de la drogue aux drogués ! ».

1.5.3 Les locaux d'injections

- Les professionnels interrogés, que pensent-ils des locaux d'injections ?

L'ensemble des professionnels est unanime pour dire que cette prestation est indispensable. Selon l'intervenant de St-Martin, il arrive que des membres de son équipe apprennent que des consommateurs s'injectent leurs produits dans des appartements insalubres : un peu comme dans une sorte de « local d'injections sauvage ». Selon lui, il manque un échelon dans la politique vaudoise en matière de dépendance. Le local d'injections permettrait que Lausanne possède tout le dispositif.

Avoir un local d'injection permet, tout d'abord, d'**avoir un regard sur les pratiques de consommations**. Selon M. C d'ACT, certaines personnes, au bout de 15 ans de consommation, ne savent pas, par exemple, qu'il ne faut pas s'injecter un produit dans le sens du cerveau. Il faudrait également éviter le cou, parce que c'est une zone à risques énormes, etc.

Les chiffres montrent que ce dispositif permet également de **réduire les risques sanitaires, d'amener une stabilisation des situations** et de **créer un lien social**.

Selon M. D de la LVT, qu'on le veuille ou non, les usagers existent et le local leur permet d'avoir une certaine **dignité**. Certains consommateurs actifs s'injectent leurs produits dans les toilettes publiques et il leur arrive de prendre l'eau des toilettes pour pouvoir faire leur « mixe » ! Ils s'injectent leur produit dans la rue, à la gare et personne ne les remarque. Au moins, dans ces centres, ils existent.

De plus, les usagers fréquentant ces centres sont tenus de respecter certaines règles. Et c'est peut-être les seules fois où ils répondent à des exigences que la société leur pose.

Cependant, à Vevey et en Valais, il n'y aura pas de locaux d'injection, parce que le nombre qui pourrait y recourir est très faible et ce ne serait pas rentable.

« Je n'ai pas de problème moral avec ça, sachant pertinemment que ce n'est pas ces lieux-là qui incitent les gens à consommer. »

Mme B de Quai9

- Selon eux, le local d'injections est-il bien accepté ?

Dans le canton de Vaud, l'avis des **usagers** est très partagé. Certains disent que « *c'est une ineptie parce qu'on pousse les gens à rester là-dedans.* » Et puis, d'autres pensent que c'est une bonne chose. L'intervenant d'ACT estime que c'est à peu près $\frac{3}{4}$ - $\frac{1}{4}$. Les $\frac{3}{4}$ des usagers disent que c'est une bonne chose. « *Quand moi j'étais toxicomane injecteur, j'aurai bien voulu avoir un lieu comme ça. Personne vous voit vous injecter, ça fait moins honte.* » « *Je me serais peut-être retrouvé tout seul dans une cage d'escaliers, parce que mes potes se cassent quand je fais une OD.* » « *J'aurai peut-être agressé une personne pour lui prendre son sac.* » Et puis, le $\frac{1}{4}$ dit : « *Oui, mais en même temps, ça m'aurait peut-être maintenu plus longtemps dans l'injection.* » Mais quand on leur demande : « *C'est vrai ça ?* », ils ne sont plus aussi sûrs que ça. Quant aux usagers fréquentant Quai9, en général, ils trouvent cela bien. Mais, il y aura toujours des personnes qui n'aimeront pas s'y rendre, parce qu'ils trouvent ce lieu violent, stressant et préféreront se retrouver dans des lieux plus discrets. En Valais, selon M. D de la LVT, les usagers n'en parlent pas.

En ce qui concerne **le réseau** dans le canton de Vaud, l'avis est également partagé. Certains pensent que le local d'injections ne réglera pas tout et qu'il y aura toujours des personnes qui iront s'injecter ailleurs. Afin de permettre le débat, le GREA (Groupe Romand d'Etudes des Addictions) a mis sur pied une plate-forme de réflexions, où différents points de vues sont abordés. Cependant, à Genève, le local d'injection est bien accepté par l'ensemble du réseau (même la police). Il est d'ailleurs reconnu comme étant d'utilité publique et jouit d'une réelle reconnaissance. Par contre, si nous prenons le réseau plus large, il n'a pas encore bien compris le concept de réduction des risques. Quant à la population valaisanne, elle est soulagée que le débat au sujet du local d'injection se passe dans le canton de Vaud. Selon M. D de la LVT, il y aurait beaucoup de difficultés pour qu'un tel projet puisse voir le jour en Valais, car la toxicomanie est très cachée :

« Certaines personnes, quand ils me demandent où je travaille, et que je leur répond : à la Ligue valaisanne contre les toxicomanies, ils me disent : Oh, mais il y en a ? »

Dans le canton de Vaud, comme nous l'avons vu précédemment, **la population** a refusé un tel lieu. Selon l'intervenant de St-Martin, l'une des raisons principales de ce refus, c'est que celle-ci a été très mal informée par les campagnes de presse.

« Pour bien connaître un problème, il faut rentrer dedans. »

Et pour terminer, à Genève, cela fait depuis 2001 que Quai9 s'est établi et, actuellement, il est accepté par le voisinage. Mais, il y aura toujours des personnes qui ne comprendront pas le travail qui est effectué dans cette structure et qui la critiqueront de manière très virulente.

« Je ne parle pas de mon travail à n'importe qui parce que je sais que ça va susciter des réactions pas indifférentes ! ». Mme N

Pour ce qui est de la population prise dans un sens plus large, il existe une grande confusion entre les prestations du PEPS, le programme méthadone et le Quai9. L'équipe doit, par exemple, en permanence réexpliquer qu'il ne distribue pas de produits. Le concept de réduction des risques n'est, encore, pas du tout bien compris par la population.

En résumé :

L'ensemble des intervenants est unanime pour dire que le local d'injection est indispensable. Il permet d' :

- Avoir un **regard sur les pratiques de consommations**
- De **réduire les risques d'un point de vue sanitaire**
- De **stabiliser la situation** de la personne toxicodépendante
- De **créer un lien social**
- De permettre à la personne toxicomane de **recouvrir une certaine dignité**. Dans les centres, ils existent.

L'avis des usagers concernant le local d'injection semble, selon l'avis des intervenants, mitigé. Certains disent que c'est une bonne chose. D'autres pensent que cela les aurait maintenus plus longtemps dans l'injection et d'autres encore ne veulent pas s'y rendre, parce qu'ils trouvent ce lieu stressant et violent. Ils préfèrent se rendre dans un lieu plus discret.

Dans le canton de Vaud, l'avis du réseau est également partagé. Certains pensent qu'il y aura toujours des gens qui iront s'injecter leurs produits ailleurs. A Genève, Quai9 est bien accepté par son réseau et est reconnu d'utilité publique. Cependant, en Valais, il serait beaucoup plus difficile qu'un tel projet voit le jour.

Et, dans le canton de Vaud, la population a refusé en 2007 la construction d'un tel lieu. Cependant, à Genève, le voisinage a accepté Quai9. Toutefois, il y aura toujours des personnes qui ne comprendront pas le travail effectué dans ce centre et qui le critiqueront de manière très virulente.

1.5.4 La prescription médicale d'héroïne

- Que pensent les professionnels sur la prescription médicale d'héroïne ?

L'ensemble des intervenants interrogés pense que la prescription médicale d'héroïne est une bonne chose. Selon Mme A de Quai⁹, entre la méthadone et le PEPS, ce dernier est la meilleure alternative.

Comme nous l'avons vu précédemment dans le chapitre 3.4.3 et selon l'intervenant de St-Martin, il a été constaté que les personnes suivant ce programme ont remarqué une **amélioration de leur qualité de vie** et une **amélioration de leur santé**. Si cette solution n'existait pas, ils se retrouveraient certainement livrés à eux-mêmes et en proie à des risques liés à leur consommation active.

« Dans ces centres, l'héroïne est distribuée de manière contrôlée et, en ce qui me concerne, je la place dans la liste des médicaments. Le diabétique a besoin de son insuline, sinon il décède. L'héroïnomane a besoin de son produit, sinon il risque de transmettre ou d'attraper des maladies, d'être en contact avec la petite ou grande criminalité, etc. »

L'intervenant de St-Martin

De plus, comme nous l'avons vu précédemment dans la partie théorique, pas n'importe qui peut bénéficier d'un tel programme. Il faut être âgé de plus de 18 ans, avoir échoué ou interrompu plus de 2 traitements thérapeutiques, avoir consommé de l'héroïne au minimum pendant 2 ans et présenter des troubles sérieux tant physiques que psychiques provenant d'une addiction à l'héroïne.

Toutefois, selon Mme A de Quai⁹, cette prestation est assez **contraignante** pour l'usager. Celui-ci doit entrer dans un programme et venir s'injecter son produit 3 fois par jour. L'intervenant de St-Martin pense également que celle-ci est trop médicalisée. **La dimension sociale, la dimension de projet n'est pas assez travaillée**. Il serait bien de mettre sur pied, dans ces programmes, un travail motivationnel, afin d'accompagner au mieux la personne dans son traitement. L'accompagnement, la continuité dans l'accompagnement, le coaching, le lien avec la communauté sont très importants.

Pour terminer, l'intervenant d'ACT pense que ce serait intéressant d'avoir un programme de prescription médicale d'héroïne, par exemple, à Montreux. Mais, encore une fois comme pour le local d'injection, la cohorte est très faible et cette prestation est efficace seulement pour des personnes dépendantes à l'héroïne.

« Il y a une usagère qui a commencé sa prescription ce printemps. Sa vie a complètement changé, elle est transformée. Il y a des personnes qui ne peuvent pas se séparer de l'héroïne, qui en ont besoin, et qui en auront besoin toute leur vie. Arriver un jour à renoncer totalement à un produit est utopique et pas forcément souhaitable (risque de rechute vers un autre produit : l'alcool). »

Mme A de Quai⁹

- Selon les professionnels, la prescription médicale contrôlée d'héroïne est-elle bien acceptée ?

Les deux intervenantes de Quai9 pensent que cette prestation est bien acceptée par les **usagers**. Cependant M. D de la LVT soulève un problème intéressant qui peut apparaître lorsqu'un outil est mal connu. Voici ce que certains usagers, dialoguant avec lui, pensent de la prescription médicale d'héroïne : « *La majeure partie des usagers qui souhaiterait bénéficier de cette mesure ont l'illusion que ce sera la panacée. A choisir entre la méthadone ou, devoir courir après un produit qui n'est pas « sûr », ils préfèrent opter pour la prescription médicale d'héroïne afin de pouvoir continuer à se « shooter », sans changer. Ces personnes sont en consommation active, dans un déni absolu et ne sont pas dans une démarche de changement. Ils ne voient pas tout ce qu'il y a en amont dans le parcours de la personne qui suit ce traitement médical. Pour d'autres, indirectement, ils n'ont pas envie d'arriver jusque-là parce que ça serait pris comme un échec.* »

A Genève, l'équipe de Quai9 et son **réseau** sont en parfait accord sur cet outil et encouragent certains usagers (après avoir identifié à quel stade de consommation et à quelle étape de vie ils sont) à suivre ce programme.

En résumé :

L'ensemble des professionnels interrogés pense que la prescription médicale contrôlée d'héroïne est une bonne chose. Elle améliore, entre autre, la qualité de vie de l'utilisateur ainsi que sa santé. Certaines personnes, après de multiples essais, ne peuvent pas envisager de se séparer de leur produit. En attendant, ils peuvent recouvrer une vie plus « stable ». Mme A de Quai9 pense que le PEPS est une meilleure alternative que la prescription de méthadone. Cependant, la prescription médicale d'héroïne est contraignante. L'utilisateur doit se rendre 3 fois par jour au centre. Et, selon l'intervenant de St-Martin, le PEPS est trop médicalisé. La dimension sociale et de projet n'est pas assez travaillée.

Les deux intervenantes de Quai9 pensent que cette prestation est bien acceptée par les usagers. Cependant, en Valais, certains consommateurs de drogue, ignorant le but de cet outil et les modalités d'entrées, pensent que la prescription médicale d'héroïne est une meilleure alternative que la méthadone, parce qu'ils pourront continuer à se « shooter ». D'autres, par contre, ne veulent pas en arriver jusque-là. Etre admis au PEPS serait pris comme un échec.

En ce qui concerne le réseau de Quai9, ils sont tous en parfait accord sur cet outil.

Comme le dit M. C de la LVT :

« S'il y avait UN bon traitement, ça se saurait ! ». Il faut donc proposer des offres variées pour que chaque usager, se trouvant dans des motivations ou des situations différentes, puisse atteindre ses propres objectifs. Toutes ces prestations de réduction des risques ne doivent pas être vues comme une fin en soit, mais comme un moyen !

1.6 Reconnaissance des institutions fournissant des prestations de réduction des risques par leur réseau.

Avant d'entamer ce dernier chapitre, je tiens tout d'abord à préciser que le résultat de mes recherches n'aura aucune valeur statistique. Malheureusement, les réponses que je peux apporter ici, se basent sur un faible pourcentage de réponses. Après avoir demandé aux intervenants de chaque centre une liste de leur réseau, je les ai tous personnellement contacté par téléphone (2 personnes à Genève, 4 sur Vaud et 10 en Valais). Cependant, après plusieurs relances je n'ai pu bénéficier que de très

peu de retours : en ce qui concerne le Valais, j'ai obtenu 4 réponses, Vaud 2 et Genève 1. Je reconnais avoir été un peu trop ambitieuse. Mais j'avoue que je m'attendais quand même à recevoir un peu plus de réponses étant donné qu'ils avaient tous accepté ma demande par téléphone.

Voici donc les réponses obtenues :

1.6.1. Quelle est votre connaissance sur le travail effectué à la (LVT, Quai9, ACT) en matière de réduction des risques dans votre canton ?

- En Valais (LVT) :

A cette question, deux membres du réseau ont répondu que leurs connaissances en matière de réduction des risques étaient moyennes, l'un, parce que cet aspect du travail de la LVT n'entre pas dans sa sphère d'intérêt, l'autre, par manque de temps.

Quant aux deux autres intervenants, ils ont des avis très partagés. L'un juge ses connaissances comme étant bonnes et cite 3 actions concrètes effectuées par la LVT : le passage systématique deux fois par semaine à l'hôpital, la collaboration qu'ils entretiennent avec les membres du réseau et le contact de la LVT avec Villa-Flora. L'autre, par contre, qualifie ses connaissances comme étant insuffisantes. Ce qui empêche, selon lui, une meilleure connaissance de leur travail c'est que les intervenants de la LVT ne se retrouvent pas sur le terrain. Ils se sont spécialisés en prévention et en entretien tenus dans leurs locaux.

- A Genève (Quai9) :

La seule personne interrogée a répondu que ses connaissances étaient bonnes. D'ailleurs, elle a pu citer quelques actions concrètes : l'échange et le ramassage de seringues, l'accueil, l'orientation et la prévention.

- Et Vaud (ACT) :

Les deux intervenants interrogés ont répondu qu'ils avaient de bonnes connaissances en matière de réduction des risques et ils ont cité comme actions concrètes d'ACT : le travail de rue effectué par les éducateurs, la prévention dans les écoles, le travail de réseau effectué avec le centre social, l'action préventive lors du Festival de Jazz à Montreux et l'animation d'un groupe de pairs en association avec l'UAS (Unité Ambulatoire Spécialisée de Montreux).

1.6.2 Pensez-vous que (la LVT, Quai9, ACT) parvient à répondre aux besoins des personnes toxicodépendantes en matière de réduction des risques ?

- En Valais (LVT) :

Deux membres du réseau pensent que la LVT s'est **adaptée aux nouveaux modes de consommations**. Par contre, le troisième ne se prononce pas et le quatrième pense que la LVT n'a pas pu s'adapter aux besoins des usagers étant donné que les

professionnels ne sont pas directement sur le terrain. Cela empêche de pouvoir vraiment répondre aux besoins des usagers.

Un membre du réseau pense que le travail fourni par la LVT a une **répercussion positive en matière de réhabilitation** professionnelle. Les autres ne se prononcent pas. En ce qui concerne la santé et la vie sociale, deux professionnels pensent que la LVT a une répercussion positive. Les autres ne savent pas. Selon une personne travaillant à la tutelle, la LVT a une répercussion positive étant donné qu' « *elle entretient une excellente collaboration avec les différents services d'aide sociale. Les membres de la LVT participent activement à la réinsertion des personnes dépendantes.* »

Pour terminer, deux personnes pensent que **le travail fourni** par les intervenants LVT **a un réel impact en matière de maladies transmissibles** (SIDA, hépatites,...) et sur les risques d'overdoses. Ceci grâce « *aux contacts réguliers et à la relation personnelle que la plupart des membres de la LVT entretiennent avec leurs dépendants.* » Les autres intervenants interrogés ne savent pas.

- A Genève (Quai9) :

L'intervenant pense que Quai9 s'est **adapté aux nouveaux modes de consommations**. Selon lui : « *En proposant une approche communautaire et un partenariat accru avec les professionnels de la santé et du social, Quai9 est la tête de pont sur des questions liées à l'évolution de la scène. Le contact avec les usagers et la place donnée va dans le sens de la recherche d'une meilleure adaptation.* »

Selon lui, le travail fourni par Quai9 a une **répercussion positive** en ce qui concerne la santé des usagers. Pour ce qui est de leur **réhabilitation** professionnelle et de leur vie sociale, il ne le sait pas. Cependant, il constate parfois une amélioration sur le plan social avec des personnes que l'association voit en parallèle.

Pour terminer, il pense que le **travail effectué** par Quai9 (prévention et réduction des risques) en matière de **maladies transmissibles** et sur les risques d'overdoses sont efficaces. « *Les statistiques officielles en la matière le démontre.* »

- Et Vaud (ACT) :

Les deux intervenants pensent qu'ACT s'est **adaptée aux nouveaux modes de consommations**.

- Ils pensent également que le travail d'ACT a des **répercussions positives** aussi bien **en matière de réhabilitation** professionnelle qu'en ce qui concerne leur santé et leur vie sociale. Néanmoins, l'un des intervenants désire attirer l'attention concernant certains patients qui n'ont pas la capacité d'élaborer une demande claire de réhabilitation et qui peuvent rester dans leur « immobilisme ». Il a le sentiment qu'ACT « n'entre en matière que lorsque les demandes sont formulées de manière claire. En d'autres termes, il s'agirait de déterminer comment ACT tient compte de l'handicap psychique dans son champ d'actions. C'est pour cela qu' ACT utilise le réseau pour ce genre de problématique ». D'ailleurs, dans le chapitre IV 1.4, il a été mentionné par l'intervenant d'ACT qu'il souhaiterait bénéficier d'une équipe

constituée de psychologues et d'infirmiers en psychiatrie, afin d'offrir des prestations les plus en lien avec la problématique de comorbidité.

Pour terminer, les deux membres du réseau pensent qu'ACT a un réel **impact en matière de maladies transmissibles et des risques d'overdoses**. Selon eux, les intervenants d'ACT sont « *au clair concernant la prévention tertiaire et utilise les ressources des personnes toxicodépendantes, afin que ces dernières soient vectrices des différents messages de prévention auprès d'autres.* » Les intervenants aident les usagers à la prise de conscience de leur situation et font appel à leurs responsabilités.

1.6.3 Quelle est votre collaboration avec (la LVT, Quai9, ACT) en terme de temps et en terme de qualité ?

- En Valais (LVT) :

La tutelle et le service social ont des contacts avec la LVT une à deux fois par mois. Le premier qualifie leur collaboration de très bonne, le deuxième de moyenne étant donné que « *les attentes de leur service ne trouvent que peu d'écho du côté de la LVT.* » Le membre du réseau travaillant à l'hôpital entretient des contacts avec la LVT deux fois par semaine. Il trouve que le personnel de la LVT est « *disponible et sympathique* ». Ils entretiennent également une collaboration étroite avec le psychiatre de liaison. Et pour ce qui est de la personne travaillant à Villa Flora, elle n'a pas répondu à ces questions étant donné qu'elle fait partie de la LVT.

- A Genève (Quai9) :

Leur collaboration est régulière (chaque quinzaine) et, en terme de qualité, très bonne. La présence de l'association dans les locaux de Quai9 leur permet de garder des liens avec des usagers qui sont en rupture de traitement chez eux. L'association peut également présenter leurs prestations à d'autres usagers.

- Et Vaud (ACT) :

Les deux membres du réseau se voient régulièrement (plusieurs contacts par semaine) et qualifient leur collaboration comme étant très bonne. L'un évoque « *la pertinence et la qualité de leur complémentarité* ». L'autre, « *le respect et la prise en considération du travail effectué par chacun (excellents contacts depuis plusieurs années, connaissance mutuelle de chaque structure,...)* ».

1.6.4 Avez-vous constaté des limites dans les actions de réduction des risques menées par (la LVT, Quai9, ACT) ?

- En Valais (LVT) :

Trois intervenants ont répondu qu'ils ne le savaient pas et le quatrième met en avant (voir question n°1) que les intervenants LVT ne sont pas assez proches du terrain.

- A Genève (Quai9) :

Il ne sait pas. Pas de commentaires.

- Et Vaud (ACT) :

Un des intervenants a relevé qu'ACT n'effectuait pas de vaccination des hépatites A et B, mais orientait les patients vers leurs médecins traitants ou vers d'autres structures à même de pouvoir le faire. L'autre ne se prononce pas.

1.6.5 Avez-vous constaté des améliorations dans la pratique professionnelle des travailleurs sociaux travaillant à (la LVT, Quai9, ACT) ?

- En Valais (LVT) :

L'ensemble des intervenants ne sait pas si la LVT a amélioré sa pratique professionnelle. Cependant, deux ont fait des commentaires. Le premier nous dit qu'en 5 ans de collaboration, dans certaines situations, les membres de la LVT étaient plutôt compétents. Le deuxième, pense que certains travailleurs LVT se donnent de la peine, mais « *il semble que la priorité de l'institution ne soit pas la prise en charge des personnes.* »

- A Genève (Quai9) :

Il ne sait pas. Pas de commentaires.

- Et Vaud (ACT) :

Les deux intervenants ont relevé une amélioration au niveau de la collaboration. « *La communication entre nos structures s'est étoffée et permet ainsi un regard ou une approche plus globale des problématiques des usagers. Les actions se retrouvent plus efficaces et mieux ciblées.* »

1.6.6 Est-ce que selon vous, le travail effectué par (la LVT, Quai9, ACT) en matière de réduction des risques reste nécessaire encore à l'heure actuelle ?

- En Valais (LVT) :

Trois intervenants pensent qu'il est indispensable que la LVT s'occupe de la réduction des risques. Par contre, l'intervenant travaillant à Villa Flora se sent très peu concerné par la politique de réduction des risques : « *Peut-être a-t-elle son utilité. Mon champ d'investissement est autre.* »

- A Genève (Quai9) :

Selon lui : « Cette action reste nécessaire, car les produits consommés et les modes de consommation changent. Les groupes d'usagers se modifient (occasionnels, festifs, insérés, etc.) »

- Et Vaud (ACT) :

Les deux intervenants pensent que les actions menées par ACT sont indispensables. « Toutes structures, comme ACT, participent activement à la réduction des risques par leurs actions et leurs savoirs. Les maladies telles que les hépatites, le HIV,... demeurent encore très présentes dans le paysage de la toxicomanie. Les risques liés à l'injection sont permanents dans cette population. »

Globalement :

Les membres du réseau interrogés ont, dans l'ensemble, une bonne connaissance du travail effectué sur le centre fournissant des prestations de réduction des risques dans leur canton. Cependant, en Valais, deux personnes ont des connaissances dites « moyennes », l'une, en raison d'un manque de temps, l'autre, par un manque d'intérêt vis-à-vis de la réduction des risques. Et, une autre, à des connaissances insuffisantes. Selon elle, la LVT n'est pas assez présente sur le terrain.

La majorité des intervenants pense que les centres de réduction des risques se sont adaptés aux **nouveaux modes de consommations**. Cependant, en lien avec la précédente question, en Valais, une personne penche pour dire que la LVT n'a pas pu s'adapter aux besoins des usagers étant donné qu'elle ne se trouve pas assez sur le terrain. En ce qui concerne la **réhabilitation professionnelle**, 4 personnes ne se sont pas prononcées et les autres ont répondu positivement. Pour terminer, pour ce qui est des retombées positives du travail des intervenants sur la **vie sociale** et la **santé** de l'utilisateur, trois personnes ont répondu qu'elle ne le savait pas et les autres ont répondu positivement.

La grande majorité des membres du réseau entretiennent une collaboration régulière (env. deux fois par semaine) avec les centres de réduction des risques et celle-ci est qualifiée de « très bonne ». Cependant, en Valais, deux personnes entretiennent des rapports occasionnels (env. une à deux fois par mois) et l'une d'entre elle qualifie cette collaboration de « moyenne » étant donné que « les attentes de leur service trouvent peu d'écho du côté de la LVT ».

Cette même personne a constaté des limites dans les actions de réduction des risques menées par la LVT (voir question n°1) : elle n'est pas assez présente sur le terrain. Sinon, ils ont tous répondu qu'ils ne savaient pas si les centres rencontraient des limites dans leur travail.

En Valais, l'ensemble des intervenants ne sait pas si la LVT a effectué des améliorations dans leur pratique professionnelle. Deux ont effectué des commentaires : Le premier dit qu'en 5 ans de collaboration, dans certaines situations, les membres de la LVT étaient plutôt compétents. Le deuxième, pense que certains travailleurs LVT se donnent de la peine, mais « il semble que la priorité de l'institution ne soit pas la prise en charge des personnes. » Dans le canton de Vaud, les deux intervenants ont mis en avant une amélioration au niveau de leur collaboration. Sinon, les autres intervenants ont répondu qu'ils ne savaient pas.

Pour terminer, à l'exception d'une personne travaillant à la Villa Flora et qui se sent très peu concernée par la politique de réduction des risques, l'ensemble des intervenants pense que les actions en matière de réduction des risques restent indispensables.

2. ANALYSE DES HYPOTHÈSES

2.1 Les professionnels socio-sanitaires pensent que les centres de réduction des risques sont adaptés aux réalités actuelles et qu'ils restent donc nécessaires.

Lors de mes recherches j'ai pu constater que les professionnels travaillant dans les centres fournissant des prestations de réduction des risques sur Vaud, Valais et Genève se remettent régulièrement en question et s'adaptent face l'évolution permanente de la population cible, des modes de consommations et des différents produits consommés. Leurs forces c'est qu'ils sont en contact direct avec les usagers et la « zone ». De ce fait, ils subissent directement les effets de leurs actions. L'ensemble des professionnels est également attentif à développer et à maintenir une étroite collaboration avec les différents membres de leur réseau ainsi qu'avec les usagers, car celle-ci est considérée comme étant un puissant levier.

Selon l'ensemble des intervenants interrogés, les prestations de réduction des risques restent, à l'heure actuelle, nécessaires. Et ce, pour plusieurs raisons : entre autre d'un point de vue sanitaire, épidémiologique et de santé publique. Cependant, le danger de la réduction des risques, c'est de rendre trop accessible les produits et les outils. Pour y faire face, la relation qu'entretiennent le professionnel et l'utilisateur est indispensable.

Comme le dit M.C de la LVT :

« S'il y avait UN bon traitement, ça se saurait ! ». Il faut donc proposer des offres variées pour que chaque usager, se trouvant dans des motivations ou des situations différentes, puisse atteindre ses propres objectifs. Toutes ces prestations de réduction des risques ne doivent pas être vues comme une fin en soit, mais comme un moyen !

En ce qui concerne le réseau des centres fournissant des prestations de réduction des risques (je veux parler ici des 7 personnes interrogées), celui-ci est également favorable à ce pilier et le juge indispensable. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, il existe des différences significatives entre cantons. Par exemple, en Valais, où la notion d'abstinence est encore forte, un membre du réseau se sent très peu concerné par le pilier de réduction des risques : *« Peut-être a-t-elle son utilité. Mon champ d'investissement est autre. »*. Autre exemple, le local d'injection jouit d'une plus grande reconnaissance des membres du réseau dans le canton de Genève. Dans le canton de Vaud, certains membres du réseau pensent que les usagers iront toujours s'injecter leur produit dans des lieux insalubres. Et, en Valais, cette prestation aura plus de peine à s'implanter.

2.2 Sous hypothèse 1 : Ils permettent de réduire les risques de transmission du VIH et de l'hépatite et réduisent le nombre de décès dus à des overdoses.

L'impression générale des intervenants interrogés tend à dire que la réduction des risques a permis de réduire les risques de transmission du VIH et de l'hépatite ainsi

que les décès dus à des overdoses. Cependant, il est important de continuer à émettre des messages de prévention. Selon Mme A de Quai9, il y a de nouveau du souci à se faire sur ce plan là. Il faut continuer le combat et sensibiliser la population.

Quant aux membres du réseau, l'ensemble des professionnels est unanime pour dire que les prestations de réduction des risques, offertes par les différents centres, ont un réel impact en matière de maladies transmissibles et sur les risques d'overdoses. Selon les deux intervenants du canton de Vaud « Toutes structures, comme ACT, participent activement à la réduction des risques par leurs actions et leurs savoirs. Les maladies telles que les hépatites, le HIV,... demeurent encore très présentes dans le paysage de la toxicomanie. Les risques liés à l'injection sont permanents dans cette population. »

2.3 Sous hypothèse 2 : Ils se sont adaptés aux nouveaux modes de consommation de drogues (scènes cachées) et aux nouveaux consommateurs.

A l'heure actuelle, la polytoxicomanie demeure un phénomène de plus en plus présent. Ces personnes sont dépendantes à plusieurs produits et pas seulement des substances illicites (cocaïne, héroïne, etc.). L'ensemble des intervenants est conscient qu'il est important qu'ils élargissent le domaine des dépendances. La LVT est d'ailleurs, depuis déjà un certain temps, en lien avec l'alcoologie et désire offrir de nouvelles prestations en lien avec les nouvelles formes de dépendances tels que : jeux vidéo, cyberdépendance, etc.

Face à l'augmentation des problèmes d'insertion, ACT et Quai9 veulent développer de nouveaux hébergements d'urgence, des banques alimentaires, etc. Quant à la LVT, grâce à son large réseau, elle peut offrir à l'usager une chance de se réinsérer.

L'ensemble des intervenants a également remarqué une explosion des cas de comorbidité et des consommateurs de plus en plus jeunes. Les professionnels ont pour perspectives de s'orienter et d'apporter des réponses les plus adéquates possible face à ces problèmes. Ils vont également continuer à effectuer un travail de prévention précoce, afin de toucher un maximum de jeunes, avant qu'ils ne commencent à consommer des produits.

Après avoir remarqué une baisse de l'injection au « profit » de la « prisée » et de la fumée, Quai9 a monté un projet de salle d'inhalation. Quant à la LVT, elle a récemment mis à disposition des usagers des kits de sniff.

En ce qui concerne les membres du réseau, la majorité pense que les centres fournissant des prestations de réduction des risques se sont adaptés aux nouveaux modes de consommations. Cependant, une personne, faisant partie du réseau de la LVT, penche pour dire que celle-ci n'a pas pu s'adapter aux besoins des usagers parce que, selon elle, les intervenants ne sont pas assez en contact avec la « zone ».

V. PERSPECTIVES ET PISTES D' ACTIONS PROFESSIONNELLES

En définitive, mon travail met en exergue cinq points indispensables sur lesquels le travailleur social doit constamment porter son attention si il veut être « efficace ». L'élaboration de ce mémoire m'a donc rendu attentive aux notions suivantes :

- Premièrement, dans le domaine de la dépendance, les choses évoluent rapidement. Il est donc nécessaire que le professionnel actualise en permanence ses connaissances et se remette en question régulièrement. Il est, je pense, primordial de quitter ses propres préjugés et de faire preuve d'ouverture d'esprit face aux différentes opinions et aux nouvelles théories. Le savoir permet de nuancer les propos et va permettre aux professionnels, de se montrer le plus pertinent possible face à leurs actes éducatifs, voir thérapeutiques.

« Les préjugés sont la raison des sots. »

Voltaire, extrait de Poème sur la Loi Naturelle

- Deuxièmement, afin de pouvoir s'informer et de se faire connaître par la population cible, il est obligatoire d'avoir un contact direct avec celle-ci. Pour se faire, la collaboration reste un puissant levier. Le professionnel doit se montrer attentif à nouer un partenariat avec l'utilisateur ainsi qu'à entretenir une collaboration fructueuse avec le réseau.

Pour avoir une chance qu'un message de réduction des risques soit efficace, il faut que l'utilisateur et l'intervenant élaborent ensemble une solution. L'intervenant doit être à l'écoute et conscient des capacités ainsi que des limites de l'utilisateur, afin de l'orienter vers le traitement qui lui correspondra le mieux. Comme le dit Martine Baudin dans le chapitre 4.2 part.II, *« C'est l'enjeu de la relation dans l'ici et le maintenant ; il faut essayer de comprendre et d'accepter la pratique de l'utilisateur dans une attitude de non-jugement pour ainsi pouvoir échanger avec lui des messages de préventions qui auront plus de chance d'aboutir. »*.

« Un acteur « crédible » de la réduction des risques doit (...) sans cesse actualiser ses connaissances (nouvelles drogues, nouveaux types d'utilisateurs, etc.). Il doit également être capable de tisser une bonne collaboration avec l'utilisateur. »

COPPE Anne, citée dans le chapitre 4.3 part.II

Cependant, dans certaines situations, il arrive que l'utilisateur montre des comportements d'autodestruction et qu'il refuse toutes formes d'aides. Pour l'intervenant, forcé d'accepter le choix de l'utilisateur, il est difficile d'assister impuissant face à cette dégradation. Mais, dans l'accompagnement de cette personne, le professionnel va pouvoir saisir le bon moment pour lui proposer certains services (cure, placement, etc.). Il faut néanmoins se montrer attentif à ne pas rentrer dans de la co-dépendance. L'intervenant ne doit pas rester uniquement dans le choix de l'autre et ne pas hésiter à recadrer, même si l'entretien peut devenir conflictuel. Il doit dire à un certain moment : *« Stop ! Là, je ne t'accompagne pas. »* ou *« Là, je peux*

respecter ton choix, mais je ne le cautionne pas. Etant donné que je ne le cautionne pas, je ne vais pas t'aider. »

De plus, il est essentiel que l'utilisateur bénéficie de l'apport de tout un réseau de professionnels. Comme nous l'avons vu précédemment, pour améliorer l'état de l'utilisateur, il faut que le traitement (méthadone, PEPS,...) soit associé à un suivi bio-psycho-social. Et cela fait appel à différents types de professionnels. De plus, le fait que l'utilisateur soit entouré de plusieurs professionnels peut permettre d'éviter les abus (manipulation, toute puissance d'un professionnel sur un patient,...).

- Troisièmement, je pense qu'il est primordial que le travailleur social fasse remonter les réalités du terrain aux autorités politiques et à la population en général. Comme nous l'avons vu précédemment, dans le domaine de la toxicomanie, la mauvaise opinion que les gens ont des personnes toxicodépendantes est un réel obstacle pour les intervenants (nouveaux locaux, dons, etc.) et l'écart, qui existe entre la politique et le terrain, provoque des incompréhensions dans les deux camps. Pour améliorer cet état de fait, il faut, entre autres, continuer à élargir le réseau et produire des statistiques ainsi que des rapports annuels qui permettront de faire remonter l'information aux autorités.

Quatrièmement, selon moi, il serait intéressant d'offrir des formations continues autour de la co-morbidité aux professionnels travaillant dans les centres de réduction des risques. Comme nous avons pu le voir, l'ensemble des intervenants interrogés ont remarqué une hausse des cas psychiatriques et les professionnels désirent être plus en lien avec cette problématique.

Pour terminer, je pense qu'il est primordial d'offrir aux usagers des offres variées (voire personnalisées). Selon moi, un seul traitement ne peut pas apporter une solution valable pour l'ensemble des personnes toxicodépendantes. Celles-ci se trouvent chacune dans des motivations et des situations différentes. Les objectifs doivent donc être adaptés en conséquence. Quant à l'ensemble des prestations de réduction des risques, elles représentent un moyen, parmi d'autres (abstinence, internat,...), pour que la personne puisse atteindre ses objectifs.

VI. CONCLUSION

Dans la perspective de ma recherche je devais apporter des réponses sur l'adaptation des centres de réduction des risques aux réalités actuelles et, si ceux-ci étaient toujours nécessaires. A l'heure actuelle, je peux y répondre de manière positive. Les professionnels du domaine de la toxicomanie jugent le pilier réduction des risques comme étant nécessaire. Afin de répondre à la multiplicité des situations des personnes toxicodépendantes, il est indispensable d'offrir une large palette de services. Selon les intervenants interrogés, la réduction des risques a permis de réduire les risques de transmission du VIH et de l'hépatite ainsi que les décès dus à des overdoses. Cependant, il est important de continuer à émettre des messages de prévention car les risques liés à l'injection sont permanents et il y a de nouveau du souci à se faire sur ce plan là.

Pour se faire les professionnels doivent en permanence se remettre en question et actualiser leurs connaissances. Leurs forces c'est qu'ils sont en contact direct avec la population cible et qu'ils sont soucieux de créer un partenariat avec l'utilisateur ainsi qu'à entretenir des liens étroits avec l'ensemble de leur réseau.

Quant aux membres du réseau socio-sanitaire, je regrette qu'il n'y ait pas eu plus de retours afin que je puisse me baser sur des statistiques plus fiables. Mais, l'ensemble des professionnels interrogés est unanime pour dire que les prestations de réduction des risques, offertes par les différents centres, ont un réel impact en matière de maladies transmissibles et sur les risques d'overdoses. La majorité des intervenants socio-sanitaire pense que les centres offrant des prestations de réduction des risques se sont adaptés aux nouveaux modes de consommations et qu'ils restent indispensables.

« S'il y avait UN bon traitement, ça se saurait ! ». Il faut donc proposer des offres variées pour que chaque usager, se trouvant dans des motivations ou des situations différentes, puisse atteindre ses propres objectifs. Toutes ces prestations de réduction des risques ne doivent pas être vues comme une fin en soit mais comme un moyen !

M.C de la LVT

VII. BILAN PERSONNEL

Mon choix s'est porté sur cette thématique parce que j'avais besoin de me positionner face à la politique de réduction des risques. Mon avis était, dès le départ, très partagé mais au fur et à mesure de ma recherche mon opinion s'est peu à peu précisée. Le fait d'avoir parcouru bons nombres d'ouvrages et d'avoir pu m'entretenir avec des professionnels du domaine de la dépendance, m'a permis de mieux cerner à l'heure actuelle, ce qu'il en est des problèmes de toxicomanie et de la politique en matière de drogues en Suisse.

Je suis maintenant favorable aux différents outils de réduction des risques. La toxicodépendance fait malheureusement partie de notre société et c'est elle qui est en partie responsable de cet état de fait (société stressante, de consommation, individualiste, productive. Celle-ci se trouve dans le tout, tout de suite comme la personne toxicodépendante !). La toxicomanie nous révèle les côtés sombres de notre société : exclusion, précarité, chômage, solitude, maladie, handicap et nous n'avons pas le droit d'être indifférents face à cela. Selon moi, nous nous devons d'apporter des réponses variées (les quatre piliers) afin de venir en aide à une population large et se trouvant dans des situations très différentes. La réduction des risques permet à ceux qui ne sont pas dans une motivation d'entreprendre une cure, de se préserver un maximum et, quand ils seront prêts, d'envisager d'autres possibilités (elle peut être un tremplin pour démarrer un sevrage, etc.). Elle permet également d'encourager et de favoriser un lien social avec des personnes qui, le plus souvent, se retrouvent marginalisées.

L'enseignement pédagogique le plus important que je peux retirer de ces mois de travail c'est l'importance d'acquérir une argumentation étoffée avant de se prononcer sur un sujet. Je pense qu'il est primordial d'adopter une attitude de tolérance et d'ouverture d'esprit face à des opinions nouvelles ou différentes de la nôtre. Il faut continuellement actualiser ses connaissances afin d'avoir assez d'éléments pour se forger son propre avis et pour qu'il soit le plus objectif possible.

Pour terminer, j'avoue que l'élaboration de ce mémoire m'a provoqué quelques maux de têtes et a été la source de pas mal de stress. Mais, en définitive, cela m'a permis, de comprendre comment on effectue une démarche méthodologique (question de départ, hypothèses, etc.) et une grille d'entretien. Sur un plan personnel, j'ai pu vaincre mon appréhension à diriger des entretiens. J'ai fini par y prendre plaisir parce que le sujet était vraiment passionnant. Cependant, ce qui a été le plus difficile pour moi, c'est de relancer à plusieurs reprises les membres du réseau parce que j'avais une certaine crainte de les déranger. Il est peut-être important, que j'apprenne à m'imposer un peu plus.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

BOGGIO Yann [et al.]. *Apprendre à gérer : la politique suisse en matière de drogue*. Genève : Editions Médecine et Hygiène, 1997. 105p.

COPPEL Anne. *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*. Paris : Edition La Découverte, 2002, 382p.

Dr MINO Annie, ARSEVER Sylvie. *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*. Edition Calmann-Lévy, 1996. 255p.

SCHNYDER Marco. *Scène ouverte Platzspitz dans le feu de la drogue*. Edition Georg, 1993, 261p.

P. ANGEL, D. RICHARD, M. VALLEUR. *Toxicomanies*. Paris : Masson, 2000. 276p.

QUIVY, Raymond, CAMPENHOUDT, Luc Van. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 3ème éd. Paris : Dunod, 2006. 256 p.

ROY Louis-Pierre [et al.]. *Qui shoote qui ?* Lausanne : Editions d'en bas, 1978, 258p.

SAINT-JEAN-PAULIN, Christiane. *La contre-culture. Etats-Unis années 60, la naissance de nouvelles utopies*. Editions Autrement, 1997. 218p.

ZERMATTEN Jean [et al.]. *Mnémosyne I regards : initiative jeunesse sans drogue*. Sion : Collection Les Voies Symbolique, 1993. 83p.

Le Petit Larousse Illustré 2007

Le Nouveau Larousse médical, 1981

ARTICLES

A. François, M. Baudin. *Quai9, espace d'accueil et d'injection pour usagers de drogues à Genève : bilan et réflexions après 18 mois de fonctionnement*. Médecine&Hygiène 2451, le 24 septembre 2003.

BONVIN, Jean-Michel. *A Martigny, toute la ville s'engage dans la lutte contre la drogue*, Le Nouveau Quotidien, le 24 novembre 1994.

BRELAZ, Daniel. *Libérez la Riponne !* Le 24heures, le 21 juin 2007.

CASPARY, Laurent. « *Le local d'injection, victime de la politique locale* ». Le 24heures, le 8 juillet 2007

CHENAUX Jean-Philippe. *Un local d'injection à Lausanne ? Dix bonnes raisons de voter « non ! »*. La Nation n°1812, le 8 juin 2007.

DANESI, Marco. « *Une bouée de sauvetage pour les plus démunis* ». Le Temps, mercredi 16 mai 2007, p.11.

DE PREUX, Patrick. *De la culture gnangnan...* Le 24heures, le 21 juin 2007.

DUBOULOZ Catherine. *Genève osera-t-elle ouvrir un local d'injection pour les toxicomanes ?* Le Temps, le 26 avril 2000.

DURUZ, Grégoire. *Lausanne, capitale de la drogue ?* Le Matin, le 11 juin 2007

EMERI, Evelynne. Olivier Français : « *Ce local, c'est un gros mensonge !* ». Le Matin, le 27 juin 2007.

FREI, Pierre-Yves. *Dépendance : le cerveau dans l'étau*. L'Hebdo, le 28 août 1997, p.10-11

GILLIARD, Diane. *Chassez ces gueux, mais maintenez-les en vie !* solidaritéS n°109, le 30 mai 2007, p.14.

GUILLAUME Michel et ROTH Jean-Jacques. *Où commence la toxicomanie ?* L'Hebdo, le 28 août 1997, p.5-9

MANI Christophe. *La dépendance cachée*. Première Ligne n°4, janvier 2007, p.1

M.-S.P. *L'UDC se dope avec le local d'injection*. La Tribune de Genève, le 11 juin 2007.

PIDOUX, Julian. *Lausanne votera sur la politique de la drogue*. La Tribune de Genève, le 16 mai 2007.

PIDOUX, Julian. *Le non d'Olivier Français au local d'injection étonne le syndic*. Le 24heures, le 27 juin 2007.

PIDOUX, Julian. « *Les Lausannois disent un non sec et sonnante au local d'injection* » Le 24heures, le 8 juillet 2007.

PINGET, Emmanuel. *La gauche veut un local d'injection à Lausanne*. Le Courrier, 12 juin 2007.

PRIN, Mehdi-Stéphane. *La droite veut ouvrir un restaurant pour drogués*. Le 24heures, le 29 septembre 2007

SDA/ATS. *Un local d'injection à Lausanne ?* Le 20 minutes, le 16 mai 2007.

THORENS, Adèle. *La morale au secours de la toxicomanie ?* Le Tromblon n°1 en version abrégée, Des mots, le 22 juin 2007.

ZEITOUN, Nicolas. *Le local d'injection divise même les médecins*. Le Matin Bleu, le 11 juin 2007.

SITES INTERNET

ACT. *Plan du site* [En ligne], Adresse URL : <http://www.act-riviera.ch/> (Page consultée le 20 janvier 2008)

Centres d'aide et de prévention. *Nous trouver* [En ligne], Adresse URL : http://www.lvt.ch/CAP/nous_trouver.html (Page consultée le 20 janvier 2008)

Comité « NON au local d'injection », resp. F. Longchamp. *Pourquoi s'opposer à l'ouverture...* [En ligne], Adresse URL : www.referendum-local-injection.ch/nouvelle_page_1.htm (Page consultée le 2 juillet 2007)

Groupe de spécialistes CA&C. *Standards pour les centres d'accueil et de consultation (CA&C), à seuil bas dans le domaine des dépendances* [En ligne], Adresse URL : <http://www.infodrog.ch/txt/brr/StandardsCAC.pdf> (Page consultée le 2 octobre 2007)

Infrarouge. *Lausanne : Bienvenue à « Dope City »* [En ligne], Adresse URL : <http://infrarouge.tsr.ch/forum-212-lausanne-bienvenue-dope-city.html> (Page consultée le 23 janvier 2008)

LEDERMANN Simone [et al.]. *La politique suisse en matière de drogue* [En ligne]. Adresse URL : www.premiereligne.ch/elements/textes/documents_ProMeDro3.pdf (Page consultée le 26 septembre 2007)

Ligue valaisanne contre les toxicomanies [En ligne], Adresse URL : http://www.lvt.ch/index_fr.cfm (Page consultée le 20 janvier 2008)

Medrotox. *Le traitement par phases* [En ligne], Adresse URL : http://www.lvt.ch/medrotox/fichiers%20pdf/9_3_traitement_phases.pdf (Page consultée le 12 octobre 2007)

Office fédéral de la santé publique. *Traitement avec prescription de méthadone* [En ligne], Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/01190/index.html?lang=fr> (Page consultée le 10 octobre 2007)

Office fédéral de la santé publique (OFSP). *Traitement de substitution en cas d'héroïnomanie* [En ligne], Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/01191/index.html?lang=fr> (Page consultée le 2 octobre 2007)

OFSP : *Traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe). Questions et réponses 2006* [En ligne], Downloads PDF, Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/01191/index.html?lang=fr> (Page consultée le 2 octobre 2007)

Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne. [En ligne], Adresse URL : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/812.121.6.fr.pdf> (Page consultée le 2 octobre 2007)

POP Lavaux-Oron. *Local d'injection à Lausanne* [En ligne], Adresse URL : www.popvaud.ch/lavaux-oron/?p=8 (Page consultée le 2 juillet 2007)

POP & Gauche en mouvement. *Votation populaire lausannoise le 8 juillet 2007* [En ligne], Adresse URL : www.poplausanne.org/actualites/referendums/07local/07local.htm (Page consultée le 2 juillet 2007)

Première Ligne [En ligne], Adresse URL : <http://www.premiereligne.ch/index.htm> (Page consultée le 28 décembre 2007)

Site officiel de l'Etat de Genève. *La politique genevoise en matière de toxicomanies : vers l'ouverture d'un espace d'accueil pour personnes toxicomanes avec un lieu d'injection* [En ligne], Adresse URL : <http://www.geneve.ch/social/presse/toxi.html> (Page consultée le 25 septembre 2007)

SRG SSR idée suisse. *Le débat sur la drogue* [En ligne], Adresse URL : <http://www.ideesuisse.ch/209.0.html?&L=1> (Page consultée le 26 septembre 2007)

PERSONNES RESSOURCES ET AUTRES

Monsieur Christian Pilloud

Monsieur Jean-Michel Mathey

Monsieur Marc-André Delitroz, Educateur spécialisé travaillant au service social de Martigny.

M. Régis Volluz, intervenant à la HEVS2 de Sion. Cours sur la politique de la drogue, 2007.

Débat public clôturant la séance de la journée d'information sur le thème « espace public et toxicomanie », où il a été question de la création future d'un local d'injection à Lausanne. Sur TVRL, le 15 juin 2006. www.toxicomanie-lausanne.info/category/des-mots/ (Page consultée le 4 juillet 2007)

Débat réunissant Solange Peters et Marlène Bérard autour de la création d'un local d'injection à Lausanne, le 15 juin 2007 sur TVRL. www.toxicomanie-lausanne.info/debat-solange-peters-marlene-berard/ (Page consultée le 4 juillet 2007)

Dépliant : Drugs just say know. Substances, risques, effets secondaires, safer use. Groupe de travail DRUGS 04, 2004.

BAUDIN, Martine. *Les enjeux de la salle d'injection autour des comportements à risques et des messages de prévention*. Texte élaboré en septembre 2002 dans le cadre du Forum mondial drogues-dépendances, 6p.

GRILLE D'ENTRETIEN

(Pour les membres d'un centre fournissant des prestations de réduction des risques)

- 1. POUVEZ-VOUS ME DONNER QUELQUES INFORMATIONS SUR L'HISTORIQUE DE L'INSTITUTION (LA LVT / PREMIÈRE LIGNE / ST-MARTIN / ACT) ?**
 - La date de création ?
 - Les motivations qui ont poussé cette structure à s'établir ? Elle devait répondre à quels besoins ?
 - Comment la structure a été mise en place ?
- 2. Y'A T'IL DES ÉLÉMENTS DE PRISE EN CHARGE QUI ONT ÉTÉ MODIFIÉS DEPUIS LA CRÉATION DE VOTRE STRUCTURE ?**
 - Si oui, pourquoi ? Pour quelles raisons avez-vous du vous adapter ?
 - Comment cela s'est-il passé ?
- 3. EST-CE QUE SELON VOUS LA POPULATION DONT VOUS VOUS OCCUPEZ S'EST MODIFIÉE AU COURS DU TEMPS JUSQU'À AUJOURD'HUI ?**
 - Si oui, quels sont les changements majeurs ?
 - Avez-vous remarqué des changements dans la manière de consommer ?
 - Avez-vous remarqué des changements dans les produits consommés ? (Explosion des drogues synthétiques, cocaïne)
 - Avez-vous remarqué un changement de la population toxicodépendante depuis l'ouverture de votre structure ?
 - Avez-vous le sentiment que (la LVT / Première Ligne / St-Martin / ACT) correspond actuellement aux besoins des usagers en regard des risques : Immédiats (intoxications, accidents, violence, infections, poly-consommation, ...)
Et à long terme (désinsertion sociale, vieillissement précoce, marginalisation, personnes rencontrant des troubles psychiques (co-morbidité),...)
 - Comment expliquez-vous cette évolution (des modes de consommation,...) malgré l'augmentation des prises en charge (prévention, etc...) ?
- 4. QUELLES SONT LES ACTIONS CONCRÈTES MISE EN PLACE POUR TOUCHER LA POPULATION CIBLE ?**
 - Comment vous êtes-vous informé des nouveaux modes de consommations ? (Est-ce que l'information vient spontanément ou faut-il aller la chercher ? Et comment ?)
 - Et des nouveaux produits introduits sur le marché ?
- 5. QUELS SONT LES OBSTACLES (LIMITES) QUE VOUS RENCONTREZ DANS VOTRE LUTTE POUR RÉDUIRE LES RISQUES EN MATIÈRE DE DÉPENDANCE ?**
 - Quelles sont les actions concrètes dans votre quotidien qui vous posent parfois des problèmes relationnels, techniques et éthiques ? (ex. : chronicité des personnes fréquentant les centres, femmes enceintes, co-morbidité...)
 - Y'a t'il des obstacles d'un point de vue institutionnel, politique ou économique qui complique, voir mette en danger votre travail ? Si oui, lequel ou lesquels ?

6. QUELLES SONT LES PROGRÈS DANS LE DOMAINE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES À L'HEURE ACTUELLE ?

- Peut-être de manière plus spécifique que dans la question n°2

7. QU'EN EST-IL DE LA RECONNAISSANCE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES PAR LE RÉSEAU ET LA POPULATION ?

- **Vous :** Que pensez-vous de :
La distribution de matériels d'injections ?
Et de préservatifs ?
De méthadone ?
Des locaux d'injections ?
De la prescription médicale d'héroïne ?
 - **Le réseau :** Est-ce que, selon vous...
La distribution de matériels d'injections ?
Et de préservatifs ?
De méthadone ?
Des locaux d'injections ?
De la prescription médicale d'héroïne ?
... est bien acceptée par votre réseau ?
 - **La population :** Est-ce que, selon vous...
La distribution de matériels d'injections ?
Et de préservatifs ?
De méthadone ?
Des locaux d'injections ?
De la prescription médicale d'héroïne ?
... est bien acceptée par la population ?
 - **Les usagers :** Est-ce que, selon vous...
La distribution de matériels d'injections ?
Et de préservatifs ?
De méthadone ?
Des locaux d'injections ?
De la prescription médicale d'héroïne ?
... est bien acceptée par les usagers ?
 - Est-ce qu'il y aurait des représentations, des préconstruits de la part de tiers (population, réseau, usagers) qui influence votre travail au quotidien ? En quoi ? De quelle manière ?
 - Est-ce que dans votre mandat un travail d'information et de communication auprès du réseau et/ou de la population est organisé ?
- 8. QUELLES SONT LES PERSPECTIVES ? COMMENT VOYEZ-VOUS L'ÉVOLUTION À MOYEN TERME (5 ANS) DE (LA LVT / PREMIÈRE LIGNE / ST-MARTIN / ACT) ?**
- 9. EST-CE QUE VOUS AIMERIEZ RAJOUTER QUELQUE CHOSE ? EST-CE QUE SELON VOUS UNE QUESTION OU UN THÈME N'AURAIT PAS ÉTÉ ABORDÉ ?**

QUESTIONNAIRE ANONYME

1. Quelle est votre connaissance sur le travail effectué à (...) en matière de réduction des risques dans votre canton?

☐ Bonne

Citez 3 ou 4 actions concrètes : _____

☐ Moyenne

Qu'est-ce qui empêche une meilleure connaissance de leur travail ? _____

☐ Insuffisante

Qu'est-ce qui empêche une meilleure connaissance de leur travail ? _____

Commentaires : _____

2. Pensez-vous que (...) parvient à répondre aux besoins des personnes toxico-dépendantes en matière de réduction des risques?

Selon vous, (...) s'est-elle adaptée aux nouveaux modes de consommations (poly-consommation, produits synthétiques, cocaïne, scène cachées,...) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Commentaires : _____

Selon vous, le travail fourni à (...) a-t-il une répercussion positive en matière de réhabilitation...

Professionnelle

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

En ce qui concerne leur santé

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

En ce qui concerne leur vie sociale

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Commentaires : _____

Selon vous, est-ce que le travail effectué par (...) a un impact réel sur les personnes toxico-dépendantes en matière de maladies transmissibles (SIDA, hépatites,...) et sur les risques d'overdoses?

☐ Oui

Pourquoi ? _____

☐ Non

Pourquoi ?

☐ Je ne sais pas

Commentaires :

3. Quelle est votre collaboration avec (...) ?

En terme de temps :

☐ Régulière

A quelle fréquence en moyenne ?

☐ Occasionnelle

A quelle fréquence en moyenne ?

☐ Quasiment nulle

A quelle fréquence en moyenne ?

En terme de qualité :

☐ Très bonne

En quoi est-elle très bonne ?

☐ Bonne

En quoi est-elle bonne ?

☐ Moyenne

En quoi est-elle moyenne ?

☐ Insuffisante

En quoi est-elle insuffisante ?

Commentaires :

4. Avez-vous constaté des limites dans les actions de réduction des risques menées par la (...) ?

☐ Oui

Quelles sont-elles ? _____

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Commentaires : _____

5. Avez-vous constaté des améliorations dans la pratique professionnelle des travailleurs sociaux travaillant à la (...) ?

☐ Oui

Quelles sont-elles ? _____

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Commentaires : _____

6. Est-ce que selon vous, le travail effectué par (...) en matière de réduction des risques reste nécessaire encore à l'heure actuelle ?

☐ Oui

Pourquoi ? _____

☐ Oui, mais elle doit encore subir des améliorations

Lesquelles ? _____

☐ Non

Pour qu'elle(s) raison(s) ? _____

Commentaires : _____

Autres propositions ou réflexions : _____

Un tout grand merci pour votre aide !