

première ligne

RÉDUIRE LES RISQUES LIÉS AUX CONSOMMATIONS DE DROGUES

Édito

Il était une fois ...

Pierre-Yves Aubert
PRÉSIDENT

20 ans d'une politique de réduction des risques nous ont montré qu'il était non seulement possible de réduire les dommages sanitaires liés à la consommation illégale de drogues, mais également de mieux connaître leurs usagers pour renforcer leurs liens avec la collectivité et, par là-même, leurs capacités à sortir de leurs addictions.

Ces résultats ont été possibles grâce à une volonté politique affirmée par le Conseil d'État et à l'articulation de la réduction des risques avec les autres piliers de la politique en matière de drogues en Suisse: la prévention, le traitement et le contrôle des marchés. Un équilibre pas toujours facile à maintenir entre les intérêts de santé et de sécurité publique, mais dont les résultats suscitent un intérêt réel, comme l'attestent les délégations gouvernementales et les nombreux professionnels de la santé qui viennent régulièrement de par le monde visiter nos structures.

Un bilan que l'on doit également à la motivation et à la compétence des collaborateurs qui se sont succédés au cours des années. Avec une mention spéciale pour Christophe Mani qui a choisi de donner en 2010 une nouvelle orientation à sa carrière professionnelle. Engagé dès 2001 par le Groupe Sida Genève, Christophe a su fédérer de nombreux partenaires impliqués dans cette politique et développer, avec son équipe, un savoir-faire et des compétences spécifiques à la réduction des risques. Ce journal, auquel il a bien sûr participé, lui est en quelque sorte dédié.

Enfin, la réduction des risques ne serait pas envisageable sans la volonté des usagers de drogues eux-mêmes. L'investissement de certains dans l'activité au quotidien ainsi qu'auprès de la collectivité nous rappelle que nous ne saurions les réduire à leur seule consommation. La réduction des risques n'est pas qu'une affaire de soins, elle concerne également la collectivité dans son ensemble et sa capacité à intégrer les plus fragiles de ses membres.

Récit La célébration des 20 ans de la réduction des risques liés aux drogues est l'occasion de se remémorer la genèse et les premiers pas du BIPS, du Bus Boulevard et du Quai 9. Grands moments et petites anecdotes de ces expériences inédites.

Martine Baudin
DIRECTRICE
et Christophe Mani
EX-DIRECTEUR

Il y a 20 ans, la première structure destinée aux usagers de drogues, consommant activement par voie intraveineuse, démarrait à Genève. La mise à disposition de seringues stériles ne devait en aucun cas favoriser la concentration de personnes et troubler l'ordre public. C'est ainsi que l'idée d'un bus mobile a finalement convaincu les autorités. Malgré la nécessité de mobiliser un maximum d'usagers de drogues, population fortement touchée par les risques de transmission du sida, il fallait donner un maximum de garanties.

Le pas a été franchi par les autorités genevoises et les autorités policières qui ont eu une position très favorable, pour des raisons de santé publique avant tout.

Christophe Mani est alors engagé par Dominique Hausser et Annie Mino - des personnalités déterminantes dans l'histoire de la réduction des risques à Genève - alors président et membre du comité du Groupe sida Genève, un premier avril 1991 afin de mettre sur pied le BIPS (appellation de départ du Bus Itinérant Prévention Sida). Ce n'était pas un poisson d'avril et ce projet représentait un sacré challenge face aux peurs et aux représentations négatives à l'égard des consommateurs de drogues. Certains professionnels du réseau pensaient doucement que ces professionnels engagés étaient des criminels, le Conseil d'État tergiversait, l'équipe était impatiente de commencer alors que l'autorisation formelle tardait. Deux ans de phase expérimentale, des autorisations renouvelées de mois en mois, avec la possibilité de fermeture immédiate si le bus devait poser problème. Au final, les lieux de stationnement sont devenus stables et les emplacements principaux furent rapidement Le Lacustre, la plaine des Alpes et la Plaine de Plainpalais.

Christophe, Carmen, Alexandre, Annie, Isabelle, Richard et Rafaella ont ouvert ce premier accueil en soirée, un soir d'octobre 1991... Professionnalisation dans l'accueil, compétences et connaissances spécifiques, éthique, six professionnels en travail social ou en soins infirmiers, deux métiers complémentaires avec des regards croisés et des échanges de savoirs et d'expériences.



Les longues et froides soirées d'hiver, avec la fenêtre arrière du bus ouverte; ses pannes de moteur, les réanimations au fin fond des escaliers de secours du parking du Mt-Blanc... Du matériel d'injection stérile, des préservatifs, du café, du thé, du sirop, quelques biscuits, une présence, une oreille attentive, un tandem de professionnels, autant de prestations que de visiteurs différents qui ont contribué à conférer à ce bus une âme si particulière. Les usagers de drogues ont démontré au fil des années leur capacité à adopter des comportements préventifs.

Peu d'interrogations de la part des habitants de la cité, mais des touristes qui se sont parfois arrêtés en demandant la signification de ce bus!

Lieux de répit et de rencontre

En février 1996, le Bus Boulevards ouvre ses portes, un accueil de nuit entre 22h et 2h du matin. Cinq ou six jeunes femmes de moins de 18 ans qui venaient au BIPS se prostituaient et décrivaient le boulevard Helvétique comme un lieu de «prostitution sauvage», de prises de risques sexuels, de violences et de risques d'overdose importants. Ce projet naissant créait une synergie très intéressante entre Aspasie et le Groupe sida Genève: le partage

des compétences sur les questions sida-drogues et prostitution. Pour les femmes, il était une sorte de refuge ponctuel durant le temps de leur présence sur ce boulevard, hors de toute vie sociale et désert durant la nuit. Une parenthèse, un répit, se poser, se reposer, faire une coupure avec une activité souvent stressante et difficile à vivre. Des mots déposés, des ras-le-bol exprimés, des larmes, de la violence rapportée, des ambivalences, toujours...: «Je me prostitue pour la drogue mais c'est la drogue qui me permet de me prostituer, c'est une spirale infernale». Cette nouvelle action s'inspirait directement des priorités définies par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Aide suisse contre le sida (ASS). Ce nouveau projet s'appuyait également et largement sur des constats et des expériences déjà menées ailleurs, à Zurich, Lyon ou encore Paris.

La question des «échanges de service sexuel» a été l'une des réflexions majeures menées par le Groupe sida Genève et Aspasie.

En 1996 est également mis sur pied le travail de rue pour atteindre des usagers de drogues qui ne viennent pas au BIPS, en particulier les jeunes adultes et les mineurs. C'est également la période de l'explosion de la consommation de cocaïne par voie intraveineuse.

En 1999, le Groupe sida Genève dépose un nouveau projet de création d'un espace d'accueil avec possibilité d'injection. Une motion est adoptée par le Grand Conseil en mai 2000 et avalisée par le Conseil d'État en mai 2001. Une équipe est engagée dès l'automne, le Quai 9 ouvre ses portes le 26 décembre 2001...

Premier jour d'ouverture: «viendront-ils, ne viendront-ils pas?» Plusieurs ont osé pousser la porte de ce bâtiment orange - devenu vert depuis novembre 2009 -, insolite, et planté sur un îlot au milieu d'un carrefour. Ils en ont parlé dans «le milieu», d'autres sont venus peu à peu... sous consommation de cocaïne - hallucinations visuelles, auditives, comportements de paranoïa aiguë. Il fallait les rassurer longuement, s'assurer qu'ils puissent quitter le Quai 9 en meilleure forme; établir le contact, puis des liens de confiance pour que la parole puisse se délier, sans contrainte. Entre deux consommations, entre deux bols de céréales, des parties endiablées de Yass, des désaccords sur un point d'orthographe au Scrabble, la lecture du quotidien genevois, plus qu'une «salle d'attente», la salle d'accueil s'est peu à peu animée pour devenir un vrai espace de rencontre et de discussions.

Suite en page 4

première
ASSOCIATION GENEVOISE DE
RÉDUCTION DES RISQUES
LIÉS AUX DROGUES

6, rue de la Pépinière
1201 Genève
www.premiereligne.ch
T. 022 748 28 78
BCG compte K 3279.09.07

Tirage 5'000 ex. - Paraît 3 x par année

Éditeur responsable Martine Baudin
Coordination Virginie Monnet
Graphisme Alexandre Bergerioux
Illustrations Wazem

Ont également contribué à ce numéro
Dr Anne François, Dr Barbara Broers
Jean-Louis Nicou, Anne O'Neill,
Christophe Mani.

Guy-Olivier Segond : « Si l'on veut sauver un toxicomane, il faut d'abord qu'il reste vivant ! »

Interview Les initiateurs du BIPS et du Quai 9 doivent beaucoup à Guy-Olivier Segond. Président du Département de la Santé et de l'Action Sociale il y a 20 ans, ce décideur a soutenu la mise en place d'une politique de réduction des risques crédible et largement acceptée par la population genevoise. L'ancien Conseiller d'État radical explique comment son parcours personnel, mais aussi des circonstances particulières, ont facilité la prise en charge innovante des consommateurs de drogues.

Virginie Monnet
COORDINATRICE DU JOURNAL

Quel est le contexte de la mise en place de la politique de réduction des risques ?

Il est difficile de dire quel jour cette politique a été mise en œuvre. Elle est issue d'une réflexion menée à partir des années 70 avec l'apparition du phénomène de la drogue. Cela a commencé avec le côté post-soixante-huitard idéalisé, la route de Katmandou, les hippies... Dans ces années-là, j'étais le directeur de cabinet d'André Chavannes au Département de l'Instruction Publique. Et, c'est précisément dans les écoles que l'on a d'abord fait face à ce phéno-

des cours dans les écoles, une consultation à l'hôpital et a doté la police d'une brigade des stupéfiants.

Dans les années 80, alors que cette politique était rodée et acceptée, le sida est apparu. On a découvert que le virus se répandait dans la population des toxicomanes et qu'il passait par les seringues. Si l'on voulait arrêter sa propagation, il fallait empêcher l'usage multiple d'une même seringue. Échanger donc la seringue usagée contre une seringue neuve. On ne pouvait le faire ni à un poste de police, ni à l'hôpital, car il faut décliner son identité... Heureusement, nous avons eu l'idée de mettre un pharmacien à la tête de la Commis-

sivement pour apprivoiser le sujet et la solution. Toutes les décisions ont été prises en commission avec des personnes qui s'inspirent des expériences menées ailleurs. Il y a, certes, eu des confrontations et des querelles d'école chez les médecins, entre ceux qui étaient pour et contre la méthadone, les partisans du traitement de substitution et ceux du sevrage; il y avait même les sectes qui tentaient d'entrer, comme la secte Moon ou la Scientologie... Nous avons été clairs mais sans conférence de presse, ni roulement de tambours. Cela ne s'est pas fait dans la discrétion, mais pas dans la polémique non plus. Pour la pré-

aussi la proposition de contrôler médicalement l'héroïne, car si la seringue est propre et que l'héroïne est sale et mélangée, elle peut faire des dégâts au cerveau. Cela s'est fait de manière très pédagogique et progressive. Si l'on veut sauver un toxicomane, il faut d'abord qu'il reste vivant! Finalement, cette politique a relativement bien marché car lorsqu'il y a eu des votes parlementaires et populaires sur la prescription médicale d'héroïne, la majorité de la population a dit oui.

Genève a donc eu une position assez avant-gardiste et courageuse...

Oui. D'ailleurs cette politique n'existe pas encore en

sitif, je l'ai simplement permis. La fonction politique est de faire l'arbitrage entre l'idéal et le réalisable, de mettre les personnes en contact les unes avec les autres grâce à son carnet d'adresse. Je trouve que cela a très bien marché, c'est une œuvre de toutes sortes de gens qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble: enseignants, médecins, policiers, assistants sociaux ou encore éducateurs. Généralement, l'administration a pris l'habitude de la guerre entre les services, entre l'État et la Ville, etc. On a réussi à éviter tout cela. Il y a aussi les circonstances personnelles qui voulaient que j'étais, par hasard, très bien placé. J'avais une très bonne connaissance du DIP, et lorsque j'ai été élu à la Ville, j'étais en contact avec la population des quartiers et des milieux urbains. Finalement, une fois au Conseil d'État, j'ai hérité du Département de l'Action Sociale et de la Santé. Aujourd'hui, l'Action

sociale et la Santé étant séparées entre deux départements, les arbitrages seraient beaucoup plus compliqués. Ce qui me frappe, c'est qu'en 10 ans tout s'est vraiment normalisé. On parle de base légale, de contrat de prestations. Il y a beaucoup plus de procédures qui finissent par être paralysantes.

Quel est votre regard sur les usagers de drogue ?

Aujourd'hui, le nombre de vrais toxicomanes représente toujours une portion stable de la population de 1% à 2%. L'accessibilité de la drogue a pourtant augmenté. Grâce à la substitution avec la méthadone, il y a un certain nombre de réinsertions sociales qui marchent. Le toxicomane est là, on ne l'ignore pas, on ne le laisse pas mourir seul et s'il veut être aidé, il trouve les moyens d'être aidé. La prise en charge est une réflexion de 30 ans relativement aboutie et suffisamment acceptée. C'est un acquis.

« C'est une œuvre de toutes sortes de gens qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble: enseignants, médecins, policiers, assistants sociaux ou encore éducateurs »

mène. L'école était jusque-là un lieu très protégé et on était un peu démunis.

On a vite compris que pour que notre action soit acceptée par la population, il fallait mettre l'accent sur une approche d'ensemble, relativement intégrée. Mais c'était difficile. L'école n'avait pas l'habitude de travailler avec la police, ni avec les professionnels de la santé. On a alors élaboré la politique des quatre piliers: répression (Département Justice et Police), prévention (DIP), prise en charge sociale et sanitaire (Département de l'Action Sociale et de la Santé). L'instrument de cette politique était une commission mixte entre les différents services de l'État, le secteur public et le secteur privé. Le président de cette commission – qui échappait à l'autorité hiérarchique pyramidale habituelle – était le pharmacien André Bédard, un député libéral. Au départ, cette commission a mis en place

sion mixte. Ainsi, assez naturellement, ce sont les pharmacies qui se sont imposées comme le lieu idéal pour effectuer cet échange sans qu'il y ait besoin d'une ordonnance. Chaque étape était bien sûr discutée, il y a eu des polémiques mais la plupart des pharmaciens ont joué le jeu.

En 1991, la mise en place du BIPS (appellation de départ Bus Itinérant Prévention Sida) par le Groupe sida Genève s'est aussi inscrit dans cette logique d'aller à la rencontre des personnes susceptibles d'être infectées par le virus, avec la pensée sous-jacente, d'éviter l'apparition d'un lieu où tout le monde se concentre comme cela c'est passé à Zurich.

Y a-t-il eu des oppositions à cette politique ?

Il n'y a jamais eu de loi contraignante pour ça. (ndlr. donc pas de débat au parlement, ni de référendum). Cette politique s'est mise en place progres-

sivement pour apprivoiser le sujet et la solution. Toutes les décisions ont été prises en commission avec des personnes qui s'inspirent des expériences menées ailleurs. Il y a, certes, eu des confrontations et des querelles d'école chez les médecins, entre ceux qui étaient pour et contre la méthadone, les partisans du traitement de substitution et ceux du sevrage; il y avait même les sectes qui tentaient d'entrer, comme la secte Moon ou la Scientologie... Nous avons été clairs mais sans conférence de presse, ni roulement de tambours. Cela ne s'est pas fait dans la discrétion, mais pas dans la polémique non plus. Pour la pré-

Comment sont nés les programmes tenant compte du produit ?

Ayant été en poste jusqu'en 2001, j'ai eu le temps de mettre en route le Quai 9, mais c'est mon successeur M. Pierre-François Unger qui l'a inauguré!

Dans les années 90, nous avons mis en place la stratégie des trois seuils. Nous avons présenté cela en disant que notre objectif était l'abstinence, un objectif idéal bien sûr. Pour conduire les toxicomanes à l'abstinence, il fallait entrer en contact avec eux et leur proposer quelque chose d'attrayant! Comme il y avait le sida, le fait de distribuer une seringue propre était attrayant, mais

France et, en Suisse, elle ne se fait que dans certaines villes. Mais Genève est quand même le siège mondial de l'OMS! Et puis, à ce niveau-là, la Suisse a sûrement l'avantage du fédéralisme. Vous pouvez avoir un canton urbain comme Genève qui peut mener une politique dont les autres cantons ne veulent pas entendre parler. En France, c'est le Ministre qui décide et il ne se passe rien, car les gens dans les hôpitaux disent qu'ils n'ont pas les moyens. La loi précède la mise en place sur le terrain et elle n'est pas appliquée. À Genève, elle est le point d'aboutissement d'une politique concertée. Je ne me serais pas lancé là-dedans sans l'accord de la police. On a discuté avant et la décision a été prise lorsque le fruit était presque mûr.

Rétrospectivement quel regard portez-vous sur votre action ?

Ce n'est pas vraiment moi qui ai mis en place tout ce dispo-

Dans le texte

« Je me suis droguée à la suite d'un accident de voiture. J'ai eu horriblement mal. On m'a droguée à la morphine pendant quatre mois. Et c'est au bout de quatre mois que j'ai compris que j'étais intoxiquée. Comme je n'aimais pas ça moralement comme idée, je me suis fait désintoxiquer très rapidement. Ce sont mes seuls rapports avec la drogue. J'ai tellement souffert pendant ma désintoxication que je ne crois pas que je recommencerais; ça fait un mal de chien. Je préfère encore un accouchement.

On se drogue parce que la vie est assommante, que les gens sont fatigués, qu'il n'y a plus tellement d'idées majeures à suivre, qu'on manque d'entrain. On met un petit coton entre la vie et soi. La seule chose que je trouve convenable – si on veut échapper à la vie de manière intelligente – c'est l'opium. C'est une drogue intelligente. Dangereuse, bien sûr mais la vie qui vous rapproche de la mort est tout aussi dangereuse. Je ne crois pas à la drogue créatrice, puisque je crois qu'elle empêche d'écrire. On se dit toujours: demain. La génération d'écrivains avant la nôtre était alcoolique, celle-ci c'est la drogue... Il est évident qu'il est très difficile d'être un créateur, dans un pays aussi uniforme où le fait d'être un individu est déjà presque un défi à la société. Je pense tellement que chacun doit faire ce qu'il veut, que je n'arrive pas à prononcer un jugement sur les drogués. Quand je me sens mal, ou désespérée, il m'arrive de boire. Je me jette sur tout ce qui vous pousse vers les autres. Le whisky vous jette vers les autres, tandis que l'opium vous fait vous replier sur vous-même.

Il est évident que la vie actuellement est accablante, que l'on a besoin de quelque chose entre la vie et soi. Je ne vois pas du tout pourquoi on met les gens en prison parce qu'ils fument du haschich. Ce sont les gens normaux qui sont anormaux.»

Propos de Françoise Sagan recueillis par Francis Bueb, *Le Magazine littéraire* n° 34, Dossier « La littérature et la drogue », novembre 1969.

Texte choisi par Anne O'Neill

première ligne 1991 2011 20 ANS de réduction des risques SAVOIR PLUS, RISQUER MOINS

À GENÈVE, LE TRAVAIL DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS AUX DROGUES A 20 ANS !

Première ligne vous convie à deux soirées spéciales :

Judi 12 mai 2011 : À la salle du Faubourg, Assemblée générale, suivie d'une soirée festive

Vendredi 21 octobre 2011 : Soirée de soutien et de concerts au Palladium

Consultations de premier recours au Quai 9 : voyage aux sources de la médecine

Témoignage «Voilà quelques semaines que je pense au Quai 9 d'une manière un peu différente de l'ordinaire. Pour ce journal, j'ai accepté d'écrire un papier personnel sur mes presque dix ans de consultation médicale. J'ai donc pétri la pâte du Quai 9 pour en tirer une matière qui raconte ce que j'y vis.»

Dr Anne François
MÉDECIN AU QUAI 9

«Neuf ans d'une consultation gratuite, anonyme et sans rendez-vous dans une salle de consommation. Où les personnes viennent faire des choses illégales, qui ne semblent pas les meilleures pour leur santé. Situation paradoxale, s'il en est, pour un médecin... à première vue.

Les objectifs de la consultation sont le repérage précoce de lésions liées ou non à l'injection, les discussions sur des questions de santé, le travail autour de la transmission du VIH et des hépatites. On n'y pratique pas de suivi, n'y prescrit aucun traitement psychotrope et les relais sur les structures médicales genevoises ou de France voisine y sont favorisés. Toute l'équipe est formée aux soins de santé primaires et au tri des situations urgentes, ainsi qu'à la réanimation, bien entendu. Je consulte deux fois trois heures par semaine. Depuis plus d'un an, un psychiatre vient deux heures par semaine faire des consulta-

tions dans les mêmes conditions.

La salle de consultation est bien placée sur le chemin de la salle de consommation. On peut s'y arrêter avant ou alors après, quand l'urgence est passée et qu'on peut prendre un moment pour s'occuper de sa santé. On y vient aussi beaucoup parce que la porte est ouverte, qu'on peut y passer pour une petite conversation, une grosse remise en question, un pansement ou un moment de réconfort. Cette consultation est à disposition des usagers pour une multitude de choses ayant trait avec la santé: voir des lésions qui auraient attendu (trop?) longtemps pour être soignées, convaincre qu'il serait bon d'aller à l'hôpital, aider à pousser la porte des traitements spécialisés de l'addiction, reprendre contact avec un médecin qu'on n'ose plus aller voir depuis la chute, disséquer les risques d'attraper une infection HIV ou une hépatite C, discuter des traitements. Être là, avec les usagers, disponible, sur le lieu même de

la consommation donne la possibilité de créer un lien qui permettra peut-être d'aller vers une meilleure santé globale, biologique, psychique et sociale.

Respecter l'usager de drogues

Je me rappelle bien des débuts: près de 70% d'injections de cocaïne, avec leur cortège d'hallucinations, de paranoïa, d'abcès, de risques de transmission virale. Et pas tellement d'armes concurrentielles face au désir si puissant qu'elle inspire, la cocaïne. Je me souviens de vrais moments de désarroi, lorsque mon impuissance à faire accepter un soin dépassait ce que j'étais en état de supporter. Une bonne école le Quai 9. On y apprend à respecter l'usager, ses choix, même lorsqu'ils sont contraires à la bonne pratique médicale sans démissionner, sans désinvestir, en restant claire dans ses positions médicales et humaines. Pour que dans cet espace de liberté, le lien puisse naître, se tisser et croître.

Les consultations sont fréquentes (1090 en 2009),

riches, intimes, lourdes parfois et drôles aussi, pleines de confiance. Près d'un tiers aboutissent à un relais médical, vers l'hôpital, le médecin traitant ou un centre de soins spécialisé. Il faut le rappeler toujours et encore, la mission principale d'une salle de consommation est la réduction des risques. Mais une salle de consommation est aussi, sans aucun doute, une porte d'entrée vers le soin général comme spécialisé de l'addiction.

Fin 2008, un après-midi de consultation médicale au Quai 9 a été inscrit au programme de stage de Médecine Communautaire des étudiants en médecine de 4-5^e année. Les étudiants arrivent, certains plus à l'aise, d'autres plus inquiets, mais tous interrogés par cet après-midi décalé. Miraculeusement la rencontre a lieu. Les usagers qui les accueillent chaque semaine, avec constance, racontent leur parcours, se dévoilent, forment ces nouveaux médecins dont ils auront peut-être besoin. Si la majeure partie des étudiants admet une appréhension



avant de venir, tous relèvent, lors du questionnaire anonyme d'évaluation du stage, une perception modifiée de l'usage de drogues et des usagers et l'impression que cette rencontre pourrait influencer leur manière de les accueillir en consultation. Cela aurait-il un véritable effet sur les soins prodigués aux usagers? C'est bien possible.

Neuf ans et toujours envie d'être là, dans cette sorte de jungle urbaine, à

partager des heures improbables avec des personnes en consommation active. La certitude s'est encore ancrée avec les années: il est impératif d'être sur les lieux de consommation pour réduire les risques, pour l'amélioration de la santé, pour les liens qui s'y créent. Comme pour tout ce que nous y gagnons, nous, les soignants, en humanité, en partage et en rires. Un vrai travail de médecin, finalement. >

Bilan social: le regard des usagers

Intégration Depuis 20 ans, les bénéfices en termes de santé publique des actions de réduction des risques liés à la consommation des drogues sont indéniables. Mais qu'avons-nous fait pour l'intégration sociale des toxicomanes? Pour tenter de répondre à cette question, nous avons recueilli le témoignage de deux usagers de drogues.

Jean-Louis Nicou
INFIRMIER À PREMIÈRE LIGNE

La sensibilisation et l'information de la population sur les difficultés liées à la consommation de drogues sont des actions de réduction des risques mises en place depuis de nombreuses années. La formation des professionnels du réseau socio-sanitaire, des concierges, des policiers, des étudiants des différentes écoles ou encore l'organisation de soirées voisinage et de visites des structures ont toujours le même objectif: questionner la place du consommateur au sein de notre cité, de notre société.

Mais qu'en est-il de cet autre risque qu'est l'exclusion sociale des usagers de drogues? Et que pensent ces derniers de l'évolution des regards à leur égard?

Il y a 20 ans, sur le plan so-

cial, il était plus facile pour Serge* de cacher son statut de toxicomane. Grâce à la bonne qualité du produit, une seule consommation par jour suffisait pour ne pas être en manque, alors qu'aujourd'hui, il faut consommer plusieurs fois par jour pour atteindre le même résultat.

À cette époque, Serge était marié, avait un appartement, un travail régulier et une activité de pompier bénévole. «J'étais intégré dans une commune, malgré ma consommation journalière, que personne ne voyait. J'allais régulièrement au BIPS pour échanger mes seringues usagées. Ma consommation n'avait aucun impact négatif sur ma vie sociale. Il y a dix ans, avec l'arrivée de l'héroïne brune, j'ai dû me mettre à consommer plusieurs fois par jour. Je me cachais pour

consommer, mais ça n'a pas suffi. Mon entourage s'est rapidement rendu compte de mon problème de toxicodépendance et en peu de temps, j'ai tout perdu!»

C'est alors qu'ouvre le Quai 9. Serge s'y rend tout de suite. Il s'inscrit très tôt pour assurer le ramassage des seringues dans différents quartiers. Cette activité lui permet de se sentir à nouveau utile et de reprendre un rythme de travail quotidien. Il fera partie de l'équipe des «ramasseurs» pendant cinq ans.

Plus tard, le lien quotidien et les discussions avec le personnel du Quai 9 l'aideront à prendre la décision d'un traitement résidentiel de plusieurs mois. «Les professionnels du Quai 9 étaient mes seuls interlocuteurs. Ça m'a aidé à me sentir moins seul, tout en sachant qu'ils ne

représentaient pas la vraie société et que nous ne pourrions jamais devenir des amis», explique Serge. Aujourd'hui, il a pu prendre le contrôle de sa consommation, retrouver une activité professionnelle bénévole, un logement et une vie stable.

Nicolas* a utilisé les services du BIPS dès 1993. Cela lui a permis d'employer systématiquement du matériel propre, et d'en tenir à disposition de ses copains, parfois moins soucieux que lui de s'injecter avec des seringues neuves.

Dès 2001, Nicolas fréquente le Quai 9 pour ses échanges de matériel et ses consommations personnelles. Il n'a donc plus besoin, durant les heures d'ouverture du local d'injection, de consommer dans les allées, ce qui lui évite de peu glorieuses

confrontations avec les habitants ou les concierges du quartier. «Consommer au Quai 9, c'est consommer sans la peur de déranger ou d'être dérangé!»

En 2010, Nicolas rejoint l'équipe de ramassage des seringues, puis le groupe des pairs médiateurs qui participent au maintien d'une bonne ambiance entre les usagers.

Il s'y sent utile pour mieux faire accepter le Quai 9 dans le quartier et se rend compte qu'il peut assurer un travail avec un rythme régulier.

Serge et Nicolas viennent de se porter volontaires pour travailler avec les professionnels en salle de consommation (projet-pilote pour 2011).

Ces témoignages montrent que la volonté de Première ligne d'intensifier l'implication des usagers de drogues dans différentes ac-

tivités est plus que présente. Ceux-ci ont l'envie et la capacité de se mobiliser, de prendre une certaine distance avec leur consommation et visent à être reconnu comme des personnes à part entière. Nous croyons fortement au rétablissement du lien entre les usagers de drogues et leur environnement social. Ceci contribuera à faire évoluer de manière positive, nous osons l'espérer, les représentations vis-à-vis de cette population.

* Serge et Nicolas sont des noms d'emprunt.

Dons à l'association Première ligne
Vous souhaitez faire un don en ligne.
Merci de vous rendre sur
www.premiereligne.ch

Des milliers de vies sauvées

Éclairage Comme dans d'autres pays, l'épidémie du VIH chez les toxicomanes a permis de faire évoluer la politique en matière de drogues en Suisse et à Genève. Bref rappel des changements survenus et de leurs « résultats » en termes de maladies transmissibles chez les usagers de drogues.

Barbara Broers,
MÉDECIN RESPONSABLE DE L'UNITÉ DES
DÉPENDANCES, SERVICE DE MÉDECINE DE
PREMIER RECOURS, HUG.

Un article intitulé «Drogues: la Suisse, un exemple en matière de réduction des risques», paru dans les journaux *Le Temps* et *Libération* du 25 janvier 2011 félicite le pragmatisme suisse en matière de drogues face aux scènes ouvertes et l'épidémie du sida des années 80. Les auteurs – Henrique Cardoso, ancien président du Brésil, et Michel Kazatchkine, directeur du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme – saluent les autorités helvétiques pour leur courage d'avoir fait de la politique de réduction des risques une des composantes principales de la santé publique. Ils rendent également hommage au peuple suisse d'avoir voté en faveur d'une politique des drogues qui associe «pragmatisme et rentabilité à la compassion et au respect des droits de l'homme», malgré des critiques provenant de l'intérieur et de l'extérieur.

Une politique des quatre piliers dès 1991

La docteure Annie Mino, responsable du Service d'Abus de Substances des HUG, résume très bien la situation qui prévalait dans les années 80: «Dès 1985, l'accroissement rapide de l'épidémie liée au VIH et de la misère sociale chez les toxicodépendants engendre des modifications qui bouleversent le paysage genevois et crée une véritable prise de conscience. Les questions urgentes sont alors de rendre les institutions plus accessibles et d'y fidéliser les patients», écrit-elle dans un rapport daté de 1999. «L'apparition d'une réflexion pragmatique permet aux experts de prendre conscience que le maintien des conflits entre les différents modèles théoriques et thérapeutiques dessert l'accessibilité aux soins et la fidélisation des patients. En septembre 1991, un extrait

du procès verbal du gouvernement genevois résume la nouvelle politique: «Le toxicomane qui est prêt à accepter un sevrage doit trouver les possibilités et les institutions qui l'aideront à se libérer de sa dépendance; le toxicomane qui n'est pas (ou pas encore) capable d'accepter le sevrage doit recevoir l'aide qui lui permettra de survivre...». Dès lors, la politique genevoise se caractérise par sa diversification, son intégration des différentes fonctions de l'État et se résume (à l'instar de la politique fédérale) par prévention, traitements, réduction des dommages et répression en utilisant le principe d'opportunité de la poursuite».

Genève suit donc de près la politique suisse en matière de drogues et accepte, entre autre, le développement d'un programme d'échange de seringues (BIPS, 1991), de programmes publics de traitement basés sur la substitution d'opiacés (méthadone, 1991; diacétylmorphine (héroïne au PÉPS, 1995) et l'ouverture d'un lieu d'accueil avec possibilité de consommation de drogues (Quai 9, 2001).

Après 1991, le nombre de toxicomanes en traitement augmente: 300 personnes en traitement de maintenance à la méthadone en 1990 et 1'500 personnes en 1998 – le nombre étant grosso modo stable depuis lors. On assiste également à une fidélisation dans le réseau de soins et une réduction des problèmes médicaux, psychologiques et sociaux liés à la consommation de drogues.

Infections chez les usagers de substances en Suisse et à Genève

Avant de parler davantage des données sur le VIH et les hépatites, il convient de rappeler que l'on doit interpréter ces données avec précaution. En effet, il est difficile d'avoir une image exacte de la situation épidémiologique de ces infections, surtout chez des personnes marginalisées et en partie hors soins. L'estimation la plus juste com-

bine plusieurs indicateurs: le nombre de nouveaux cas (basé sur les déclarations, ce qui correspond à l'incidence de la maladie), et le nombre de cas déclarés ou testés positifs, si possible dans plusieurs enquêtes ou groupes (ce qui correspond à la prévalence: le % de personnes positives dans un groupe à un moment donné). Il est utile de prendre plusieurs sources de données, pour avoir le maximum de représentativité. Par exemple, si l'on estime la prévalence du VIH dans un programme de soins dont la file active est composée d'usagers relativement âgés, on pourrait avoir une surestimation par rapport à la prévalence «réelle» de l'ensemble des usagers qui inclut aussi des personnes plus jeunes et, par là, moins infectées. Si l'on veut comparer les chiffres genevois avec d'autres données, il est également important de savoir si le dénominateur choisi est l'ensemble des usagers (injecteurs, fumeurs, inhalateurs) ou seulement les seuls injecteurs.

Infection par le VIH

Selon les sources, des données suisses suggèrent qu'à la fin des années 90, au moins 1 usager sur 3 était infecté par le VIH. Le nombre de déclarations d'infection par le VIH dépassaient 900 par année, pour baisser très rapidement et rester stables par la suite à moins de 50 depuis 2007.

Le nombre de cas de sida et de décès imputables au sida suit cette courbe avec quelques années de décalage.

À Genève, la proportion des usagers de drogues infectés avec le VIH a été estimée à plus de 37% en 1987. Une étude de la Fondation Phénix a permis de montrer que cette prévalence a baissé avec les années: pour des patients entrés en traitement avant 1988, la prévalence était de 38.2%, pour ceux admis après 1993, de 4.5%. La prévalence globale a donc baissé, mais grâce à l'introduction des traitements antiviraux, la mortalité liée au VIH et au sida a baissé aussi, raison pour laquelle la propor-

tion de personnes infectées est restée plus ou moins stable, malgré le succès des efforts de prévention et de réduction des risques. Ce succès se traduit clairement par la diminution du nombre de nouvelles infections chez les usagers de drogues.

Le rapport de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne (IUMSP) «Suivi des activités de prévention du VIH/SIDA dans le canton de Genève en 2009» explique que «comme ailleurs en Suisse, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués dans le canton de Genève en 2009 (77 personnes) a baissé par rapport à 2008 (98 personnes). Le nombre de nouvelles déclarations de cas de VIH a baissé dans tous les groupes de transmission, et particulièrement chez les hétérosexuels. Resté stable chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, le nombre de tests positifs en 2009 représente toutefois encore le double de celui de 2004. Chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, seulement 3 tests positifs ont été enregistrés en 2009». Ce faible nombre de nouvelles infections chez les usagers de drogues semble stable depuis plusieurs années.

Il n'y a pas d'étude récente sur la prévalence du VIH chez l'ensemble des usagers de drogues à Genève. Toutefois, en se basant sur les chiffres à disposition et nos impressions cliniques, on peut estimer qu'elle se situe nettement en-dessous de 10%, et que la majorité des personnes infectées a été contaminée il y a 10 à 20 ans.

Hépatites virales B et C.

Dans les années 90, l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) concernait probablement la majorité des usagers. En Suisse, d'après les déclarations adressées à l'OFSP, 350 à 500 cas d'hépatite B aiguë avaient été recensés chaque année entre 1988 à 1995, 200–250 cas par an

entre 1996 et 2000, et moins de 200 cas par année depuis 2000. Même s'il y a quelques années, la majeure partie des cas d'hépatite B était recensée parmi les consommateurs de drogues par injection. Le groupe le plus à risque maintenant est celui des personnes ayant des rapports sexuels non protégés. Le nombre total de nouvelles infections est 4 à 10 fois plus élevé que le nombre d'infections aiguës.

À Genève, l'étude de la Fondation Phénix a montré que pour les personnes en traitement avant 1988, plus de 80% étaient infectées par le VHB. Pour celles en traitement après 1993, cette proportion a baissé à 20%. Une campagne systématique et gratuite de vaccination contre l'hépatite B chez les personnes à risque a eu lieu à Genève dès 1992. Cette campagne, couplée aux autres mesures prises, a permis une rapide réduction du nombre de nouveaux cas. La prévalence globale de l'hépatite B chez les usagers de drogues est probablement de 20 à 25%, dont moins de 2% ont une hépatite dite chronique, et concerne essentiellement d'anciennes infections.

Le problème infectieux majeur reste l'hépatite C. En Suisse, il y a environ 70'000 personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC). Près des deux tiers des nouvelles infections concernent des personnes consommatrices de drogues par voie intraveineuse. Le nombre des déclarations d'infection aiguë par VHC a fluctué entre 80 et 120 par année, pour se stabiliser à environ 65 par année. Toutefois, le nombre total de nouvelles infections est probablement 5 à 10 fois plus élevé. Si l'on rajoute les personnes chez qui on a découvert une infection ancienne (transfusion, injection de drogue, inconnu), le nombre total de déclarations est d'environ 2500 par an, avec une large majorité d'usagers de drogues par voie intraveineuse. La prévalence du VHC dans ce groupe a été de plus de 90% dans les années

90, pour s'abaisser à environ 50–60% actuellement. Il n'y a pas de vaccin contre le VHC, le virus est virulent, l'infection chronique fréquente, et son traitement difficile, long et cher. Plusieurs études suggèrent que la contamination se fait souvent dès la première injection, souvent faite par un autre usager expérimenté dans un contexte privé, avant que le consommateur de drogues n'entre en contact avec le réseau de santé.

L'ensemble de ces facteurs explique pourquoi l'infection par le VHC reste (trop) fréquente. L'OFSP et Info-drog, à travers leur campagne hepCH (www.hepCH.ch), essaient de sensibiliser les usagers, tentent d'améliorer l'accessibilité aux traitements et mettent à disposition des professionnels des manuels et des formations.

Un modèle à suivre

La politique des quatre piliers a permis une formidable amélioration de la situation sanitaire des usagers de drogues en Suisse. Ces derniers se sont appropriés les mesures de réduction des risques mises à leur disposition, et ceci, grâce à une mobilisation et un soutien politique constants. Outre la baisse des incidences et de la prévalence des maladies transmissibles, d'autres bénéfices sanitaires viennent s'ajouter comme la baisse du nombre de décès par overdose et l'augmentation du nombre de personnes en lien avec le réseau de soins. Cette politique pragmatique et efficace a été approuvée par le peuple suisse en novembre 2008. La situation dans de nombreux pays est loin de notre réalité. Le 25 janvier 2011, la Commission mondiale sur les politiques en matière de drogue (Global Commission on Drug Policy), est née à Genève, présidée par M. Cardoso. Espérons que cette commission puisse aider d'autres pays à aller vers une politique des drogues pragmatique, efficace, et dans le respect des droits humains.

Sources: OFSP, Division Maladies transmissibles

Suite de la page 1

Un nouveau pari, celui d'être compris par le voisinage et par le public en général comme une non-incitation à consommer, comme la prise en compte réelle et concrète de personnes n'étant pas en mesure d'arrêter, avec une possibilité de consommer à moindre risque.

Et toujours, un accueil sans jugement, la considération de l'usager de drogues comme une personne à part entière avec sa dignité, quel que soit son parcours, où qu'elle en soit dans sa consommation. Une écoute attentive, des soins de santé primaires, la possibilité de se doucher ou de se restaurer. L'occasion aussi de prendre

part à des activités permettant le fonctionnement du lieu – le petit job «bar», l'activité de médiation par des usagers pairs – ou encore de participer activement au ramassage de seringues dans le voisinage afin d'améliorer la situation du quartier, une perche tendue pour devenir un «consom'acteur» avant tout.

Du doute et peu de certitudes

Il a fallu «déconstruire» un peu nos repères, nos habitudes pour formuler une nouvelle posture professionnelle, sans cesse en mouvement, s'appropriant une pratique évoluant continuellement dans des champs de tensions entre le médical et le social, entre le

curatif et le palliatif, entre la vie et la mort. Un travail quotidien avec des consommateurs de drogues face à leurs contradictions, leur l'ambivalence; aucune bonne réponse, mais de l'hésitation, du doute et peu de certitudes.

Mais la certitude, après ces 20 ans de travail de longue haleine que celui-ci en va-

lait clairement la peine. Les évolutions de la consommation, de ses modes, de ses pratiques, des profils des usagers vont nous amener à nous adapter continuellement, à rester au plus proche de la réalité de cette population. Avec ces transformations, nos têtes fourmillent de nouveaux projets et qui sait, dans 20 ans, fêterons-nous...