

première ligne

RÉDUIRE LES RISQUES LIÉS AUX CONSOMMATIONS DE DROGUES

Édito

Pierre-Yves Aubert
PRÉSIDENT

Le printemps est le moment où la nature reprend ses droits dans les parcs et les jardins et les AG de la place dans nos agendas. L'assemblée générale de cette année propose un débat qui devrait éclairer les relations souvent courtoises mais parfois tumultueuses entre l'État et les associations subventionnées.

Comme nous l'esquissions dans le numéro de décembre, cette année 2013, et peut-être malheureusement les suivantes, est marquée par un contexte économique pour le moins tendu. L'association a été confrontée à des choix difficiles afin de faire face aux restrictions budgétaires, fort heureusement il n'a pas été question de licenciement!

Adieu donc le BIPS, outil des pionniers que l'on souhaiterait conserver précieusement mais qu'il nous a fallu aujourd'hui réformer, faute de moyens financiers suffisants. La disparition d'une structure ne signifie pas pour autant celle de toutes les prestations qu'elle délivrait; vous découvrirez dans ce journal les mesures que la direction et les collaborateurs ont mises au point pour que nos objectifs de réduction des risques restent accessibles.

Et puis le printemps, c'est aussi le moment où la convivialité reprend ses droits sur les terrasses, tant attendues par certains mais tant redoutées par d'autres. Le moment où la vie de la rue redevient plus visible, pour le meilleur mais quelquefois pour le pire. Le «vivre ensemble» est parfois terni d'un marché noir que l'on s'épuise à juguler faute de pouvoir le réglementer. Les professionnels de la santé se sont longtemps battus parce qu'ils jugent, dans leur majorité, que le recours au droit pénal n'est pas adéquat pour répondre à la souffrance d'hommes et de femmes dépendants.

Aujourd'hui, cette réflexion revient en force, mais sous l'angle de la sécurité de nos rues. À ce titre, *Première ligne* rappelle une valeur fondamentale que certaines dérives sécuritaires pourraient mettre à mal: l'universalité de l'accès aux soins, en tant que garant de la santé de l'ensemble de la collectivité.

VIH et hépatites : état des lieux et perspectives

Analyse En 2012, le nombre de personnes infectées par les virus du VIH/SIDA et de l'hépatite C a diminué, mais le nombre de décès continue d'augmenter faute de dépistage et de traitement en suffisance.

D^r Anne François

MÉDECIN-CONSULTANT AU QUAI / UNITÉ DES DÉPENDANCES
- DÉPARTEMENT DE MÉDECINE COMMUNAUTAIRE,
DE PREMIER RECOURS ET DES URGENCES (HUG)

Commençons par les bonnes nouvelles. Fin 2011, 34 millions de personnes dans le monde vivaient avec le VIH/SIDA; on comptait 2,5 millions de nouvelles infections, soit 700'000 de moins qu'en 2001. Dans 25 pays le nombre de nouveaux cas (incidence) a diminué de plus de 50%.

L'Afrique concentre toujours la majorité des nouveaux cas. Les nouvelles infections au VIH sont tombées à leur plus bas niveau dans les pays déployant simultanément des programmes de prévention et de traitement. Le nombre de décès baisse, dans des régions historiquement touchées de plein fouet comme de nombreux pays d'Afrique. L'accès au traitement a globalement augmenté de 63%. Des progrès importants donc.

Mais la lutte est loin d'être terminée: environ 50% des personnes infectées ne le savent pas, ne se soignent donc pas et continuent à perpétuer l'épidémie. 7 millions de personnes sont toujours en attente de traitement et les décès augmentent de manière frappante en Europe de l'Est, en Afrique du Nord, au Moyen Orient.

La Suisse pas épargnée

En Suisse, l'Office Fédéral de la Santé Publique titre son rapport sur l'épidémie sorti fin novembre 2012: «VIH et Infections Sexuellement Transmissibles en 2012: tendance toujours à la hausse». Chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, le nombre de nouveaux cas passe de 30 en 2011 à 40 en 2012. À Genève, les nouveaux cas passent de 12 à 20 pour 100'000 habitants. L'accessibilité aux traitements de la dépendance, la prescription médicalisée d'héroïne et les mesures de réduction des risques (RdR) ont pourtant eu un effet marquant sur le plan du VIH puisque la proportion des usagers de drogues (UD) parmi les personnes nouvellement infectées est passée de 68% en 1985 à moins de 5% actuellement. En 2011, une étude de dépistage menée au Quai 9 en 2011, révélait une prévalence du VIH de 3,6%. On aurait presque pu croire à une bataille gagnée, mais les victoires sont fragiles en santé publique.

À Genève, on ne note pas d'augmentation de l'incidence chez les consommateurs de drogues, contrairement à d'autres cantons. Pas encore? À l'heure de la fermeture de l'institution pionnière de la réduction des risques (le BIPS), on ferait bien de s'interroger sur la pertinence de la diminution des budgets dans ce domaine et tirer des leçons de l'expérience grecque: multiplication par huit de l'incidence du VIH chez les UD en une année, à la faveur de la diminution des financements des traitements et de la RdR.

Alors qu'un conseiller d'État dit vouloir «pourrir la vie des consommateurs» (TDG, 11.10.12), il serait bon de (re)lire le rapport de la Commission Mondiale pour la Politique des Drogues, dont sont membres d'anciens hauts responsables d'États, dénonçant «la guerre contre la drogue qui accélère la transmission du VIH/SIDA parmi les usagers de drogues et leurs partenaires sexuels¹». La Suisse, jusqu'ici courageuse et pionnière avec une politique de la drogue audacieuse, internationalement louée, menace de reculer.

Hépatite C en hausse

Sur le plan de l'hépatite C, la situation est dramatique aussi, avec 135 à 170 millions de personnes souffrant d'une hépatite C chronique dans le monde, la large majorité l'ignorant et n'ayant pas accès au traitement. En Suisse, une étude prévoit un accroissement des morts par cirrhose, des cancers du foie et du besoin de transplantations hépatiques qui culminera entre 2015 et 2025. Avec une charge financière conséquente. Là aussi, un accent particulier doit être mis sur le dépistage, raison pour laquelle un dépistage va prochainement être adjoint au dépistage VIH (VCT migrants au Quai 9). L'étude de dépistage en 2011 a mis en évidence une prévalence globale de l'hépatite C de 59%, 79% chez les injecteurs; elle a permis de découvrir 7 nouvelles infections sur 56 personnes auparavant négatives. L'entrée en traitement des UD, avec son cortège d'effets secondaires est un enjeu important pour pouvoir diminuer la prévalence de cette infection.

¹ La guerre aux drogues face au VIH/SIDA. Comment la criminalisation de l'usage de drogues aggrave la pandémie mondiale. Rapport de la commission mondiale pour la politique des drogues. Juin 2012 www.globalcommissionondrugs.org

En bref

Des auto-tests rapides (home tests) ont été mis sur le marché aux USA dans l'optique d'améliorer le dépistage, les modélisations de l'épidémie ayant démontré qu'à l'heure actuelle, nombre de contaminations proviennent de personnes ignorant leur statut sérologique. En Suisse, on attend de pied ferme de voir ces tests dans les distributeurs des quais de gare entre les barres chocolatées et les tests de grossesse.

L'indication à débiter un traitement du VIH a été élargi aux USA. Depuis 2012, le traitement est proposé à tous, quelque soit le stade de la maladie. Ce changement a été décidé en raison de la haute incidence de maladies non spécifiques du VIH, cancers et maladies cardio-vasculaires notamment, alors que l'immunité est encore bonne. Cela permet d'améliorer à la fois la santé des individus et la santé publique puisque les personnes traitées de manière efficace sont moins susceptibles de transmettre le virus. En Suisse, les recommandations ne vont pas (encore?) si loin.

Déception sur le front de la prophylaxie PRE-exposition au VIH (PrEP), à ne pas confondre avec la PEP, prophylaxie POST-exposition. Si les premières études montraient une excellente efficacité des traitements prescrits en prophylaxie chez des personnes VIH négatives ayant des pratiques

à haut risque, les essais chez des femmes de différents pays africains ne montrent aucune efficacité. L'espoir pourrait revenir avec d'autres formes de traitements permettant une meilleure adhérence au traitement (injection mensuelle, anneau vaginal).

Guérison ?

Plusieurs cas de guérisons fonctionnelles (maintien du contrôle du virus après arrêt du traitement) ont fait la une des journaux: un homme après une greffe de moelle pour une leucémie et un bébé né d'une mère ayant été dépistée pendant l'accouchement; 14 autres cas après un traitement précoce de l'infection. C'est une première étape bienvenue. De nouvelles stratégies obligeant le virus caché dans des cellules sanctuaires à sortir pour l'éliminer ensuite semblent, dans des études, donner des résultats. Le mot n'est donc plus tabou, même si sa réalité est encore éloignée.

De nouvelles molécules pour traiter l'hépatite C devraient permettre des traitements sans interféron avec, pour les personnes n'ayant encore jamais été traitées, un excellent taux de réussite dans le génotype 1, jusqu'ici le plus difficile à éradiquer. L'adjonction d'un troisième médicament pourrait améliorer encore la réponse virale à long terme chez les personnes ayant déjà eu un échec de traitement. Un bel espoir.

première ligne
ASSOCIATION GENEVOISE DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS AUX DROGUES

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

Ont également contribué à ce numéro
Pierre-Yves Aubert, Elisabeth Avril,
Gersende Bruchet, Emmanuel Ducret,
Anne François et Jean-Louis Nicou
Tirage 4'000 ex. - Paraît 3 x par année

Retrouvez toutes nos publications sur
www.premiereligne.ch



La réduction des risques en France

Éclairage Marginalisée, la politique de réduction des risques reste méconnue des acteurs de la société française.

D^r Elisabeth Avril
DIRECTRICE MÉDICALE
ASSOCIATION GALIA PARIS
CSAPA BUS ET CAARUD PPMU

Les premiers programmes de réduction des risques pour les consommateurs de drogues ont été mis en place en France par les militants du secteur associatif au moment de l'épidémie de SIDA qui a sévi jusqu'au début des années 90. Cette action a permis de juguler l'épidémie et de réduire de façon extraordinaire la mortalité et la morbidité chez les usagers de drogues avec actuellement moins de 1% des contaminations VIH. Depuis pourtant, la politique de réduction des risques (RDR) est restée à la marge des politiques de santé, malgré sa reconnaissance en 2005 par le décret CAARUD¹.

Le décret CAARUD a permis de mettre en place différents programmes d'échange de seringues et des «boutiques» au sein des établissements médico-sociaux, du département des personnes à difficultés spécifiques et des centres de soins (CSAPA²). Ces programmes sont néanmoins souvent limités. Le secteur des

personnes à difficultés spécifiques est, en effet, le moins doté financièrement et passe en dernier dans la stratégie de financement des ARS³, après les secteurs du handicap et des personnes âgées.

On ne trouve, par ailleurs, en France qu'une centaine de Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD). La couverture territoriale reste donc insuffisante. Certains départements français n'en disposent pas et d'autres n'en comportent qu'un, sous doté, qui ne peut répondre correctement aux besoins. Les carences sont flagrantes en milieu rural où les moyens de transport sont rares et éloignés, sans relais possible dans le droit commun.

Les centres de soins (CSAPA) ont également, depuis 2010, une mission de réduction des risques mais peu de structures la mettent réellement en place. Encore récemment, certains centres de soins se refusent à prescrire des traitements de substitution aux opiacés et nombre de ces centres considèrent ces trai-

tements uniquement comme des traitements de sevrage.

Secteur marginal

L'implication des acteurs du réseau de soin – pharmacies, centres de santé et hôpitaux – reste faible. Le dispositif de réduction des risques ayant historiquement été mis en place par les militants, il est perçu, malgré l'institutionnalisation, comme une spécificité du système de soins et de prise en charge. Il n'y a pas, comme en Suisse, de système des 4 piliers. La réduction des risques reste ainsi un secteur du médico-social très marginal en termes de financement et de ressources humaines et les stratégies de déploiement sont bien souvent conditionnées par d'autres critères que celui des besoins observables et quantifiables.

Les politiques françaises ne sont pas toujours très claires sur la question. Le précédent président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) vantait le système français en matière de lutte contre les drogues et toxicomanies avec ses 190 000 usagers en traite-

ment de substitution tout en regrettant que ces traitements n'aient pas une fin et incitant les médecins à en voir une. Ces positions réitérées dans la presse et les médias par les uns et les autres et reprises récemment dans le débat sur les salles de consommation à moindre risques ne facilitent pas la compréhension du phénomène complexe qu'est l'addiction par le grand public. Des contre-vérités, des mensonges sont relayés dans les médias et ne posent pas les termes d'une base solide pour une meilleure acceptation de cette politique de santé publique.

Usagers déresponsabilisés

Ces débats laissent les usagers de côté. Ils sont considérés soit comme des délinquants soit comme des personnes dénuées de toute responsabilité et de toute stratégie pour eux-mêmes et pour les autres. Cette culture institutionnelle générale qui considère que l'utilisateur n'est pas acteur des dispositifs devient criante pour les usagers de drogues. En grande majorité, ils ne participent que très peu aux programmes qui leur sont

destinés. Cette déresponsabilisation infantiliste est aggravée par la précarité de plus en plus marquée dans la population des usagers. Ils sont enfermés dans un cercle d'échecs souvent depuis leur enfance ou adolescence, il n'y a pas de vision holistique des prises en charge, les usagers sont soignés mais laissés à la rue et rejetés du marché du travail, très peu d'initiatives sont prises pour une réinsertion sociale et/ou professionnelle.

L'augmentation de la précarité empiète sur les missions de réduction des risques prévues dans la loi (l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle) et menacent les structures comme les CAARUD, en particulier celles qui disposent d'un lieu fixe et qui offrent des services d'hygiène (douches, vestiaires, machines à laver), une petite restauration (petit déjeuner, collations) et un accompagnement social. Les CAARUD mobiles, moins nombreux, sont plus enclins, du fait de leur manque d'espace, à rester sur une mission de réduction des risques cen-

trée sur la santé et les droits des usagers et à développer des pratiques et services innovants.

Quelques équipes tentent notamment d'inventer de nouveaux outils pour faire face aux polytoxicomanies et de mettre en place de nouveaux projets avec les usagers eux-mêmes, mais ces initiatives sont rares et ne sont pas inscrites dans une politique cohérente et une culture commune. Le projet de salle de consommation à moindres risques qui devrait ouvrir avant l'été 2013 à proximité de la Gare du Nord reste un projet isolé. Des années de pédagogie et d'explications attendent la France pour intégrer réellement la politique de réduction des risques aux grands enjeux de santé publique.

¹ CAARUD: Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues. «La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a, pour la première fois, permis une reconnaissance législative de la politique de réduction des risques mise en œuvre, jusque là, par voie de circulaire. Elle vise à définir l'objet de cette politique, à affirmer la responsabilité de l'État dans ce domaine et à sécuriser le statut et le financement des structures intervenant dans ce champ en les inscrivant parmi les établissements médico-sociaux.»

² CSAPA: Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

³ ARS: Agences régionales de santé

Quai 9: un accès universel aux prestations de réduction des risques

Réflexion L'ouverture à tous du Quai 9, sans aucune limitation, est un principe essentiel du travail socio-sanitaire auprès des usagers de drogues.

Pierre-Yves Aubert
PRÉSIDENT

Martine Baudin
DIRECTRICE

Depuis l'ouverture du Quai 9, l'espace d'accueil et de consommation que *Première ligne* gère depuis fin 2001, l'association défend le principe de l'universalité des prestations. Après dix ans, qu'en est-il du bien-fondé de son accès sans aucune limitation ou de distinction de nationalité, de provenance ou de statut légal ou non sur notre territoire?

Rappelons, en premier lieu, que l'accès aux soins pour tous est mentionné dans la Loi sur la santé (LS K103) du canton de Genève au chapitre IV, Planification sanitaire, art 30, Plan cantonal d'accès aux soins, al.2 «Le plan cantonal d'accès aux soins a pour but de garantir l'accès aux soins

pour tous. à cet effet, il établit les bases d'une collaboration et d'une coordination des prestataires de soins publics et privés».

Le Conseil d'État a ainsi mandaté le Groupe Sida Genève, puis dès 2004 l'association *Première ligne*, afin de mener un travail de réduction des risques dans un esprit d'universalité, avec l'objectif d'apporter des réponses à toute personne concernée et présente sur le territoire genevois, quelque soit son statut, sa provenance et sa nationalité.

Au regard de cette politique de santé publique et, du point de vue des professionnels de la santé et du champ de la réduction des risques, nous ne voyons aucun avantage à limiter l'accès à nos prestations. Cette limitation entraînerait pour les utilisateurs étran-

gers, un non accès au matériel de consommation stérile ainsi qu'aux soins de santé primaire que le Quai 9 propose. Cela engendrerait également une précarité sanitaire accrue pour cette population, et donc des risques aggravés pour la population genevoise. En outre, nous verrions se développer une pression des usagers non-résidents sur les utilisateurs locaux, notamment pour obtenir du matériel stérile.

Sous l'angle sanitaire et du point de vue des prises de risque pour les consommateurs étrangers, nous verrions:

- Une augmentation de la transmission du VIH sida, hépatites et autres IST dans la population consommatrice d'origine étrangère, entre consommateurs étrangers et population genevoise, entre consommateurs étrangers et locaux.

- De nouvelles prises de risques, avec une augmentation des risques infectieux (réutilisation du matériel d'injection par exemple) et donc, une augmentation des coûts pour les services de soins, dans l'obligation d'offrir des prestations de soins équitables aux ressortissants étrangers non assurés.

- Une augmentation des overdoses et des surdoses mortelles, notamment sur les lieux publics, en absence de soins immédiats rendus possibles par la consommation au Quai 9.

Retour en arrière

De manière générale, il y aurait une perte du rôle du Quai 9 dans le dispositif de soins genevois actif auprès des usagers de drogues précarisés, sans permis de séjour et sans assurance maladie. Une augmentation, voire une surcharge de l'activité des

structures de soins, essentiellement étatiques, le plus souvent peu familières avec les problématiques de toxicodépendance et de réduction des risques, serait sans aucun doute probable. Nous aurions aussi une perte de la collaboration active et du travail de relais avec les structures de soins en France voisine.

Pour notre voisinage, le non-access pour un certain nombre de consommateurs de drogues aurait pour conséquence quasi immédiate l'investissement important de lieux publics ou de lieux inappropriés pour des consommations de psychotropes, quel que soit le mode utilisé (injection, inhalation ou sniff). Y découlerait l'augmentation massive de matériel d'injection usagé notamment, pouvant provoquer un accroissement majeur du risque de blessure accidentelle pour les habitants du

quartier, particulièrement pour les enfants. L'association verrait ainsi une augmentation de doléances émises par le voisinage, avec l'impossibilité d'y répondre, faute de capacité d'accueil de personnes non résidentes sur le canton.

En conclusion, nous pouvons également citer la situation grecque qui, fort malheureusement, fait état d'une multiplication par huit du nombre de nouveaux cas d'infection VIH, due principalement à une diminution des services de réduction des risques et de traitements. C'est dire que l'accès universel à des prestations de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues doit impérativement être maintenu. Les bénéfices seront autant pour les usagers de drogues concernés que pour la population en général.

Nuit Blanche ? Une adaptation constante à la nouveauté

Perspectives Depuis huit ans, le dispositif *Nuit Blanche ?* s'occupe de réduire les risques des consommateurs de drogues en milieu festif.

Emmanuel Ducret,
RESPONSABLE ET SUPERVISEUR
DE L'ACTION NUIT BLANCHE ?

En 2004, un état des lieux de la consommation de substances psycho-actives en milieu festif et de manière récréative a démontré qu'à Genève, les personnes concernées manquaient d'information au sujet des substances et des risques encourus et étaient peu connues des structures de soins et de soutien. La mise en place du dispositif *Nuit Blanche ?* permet depuis 2005 à huit institutions et associations issues du réseau socio-sanitaire genevois d'œuvrer dans la réduction des risques en milieu festif.

Cette présence sur le terrain, au contact d'une po-

pulation consommant de multiples substances, permet de dégager un certain nombre de constats sur les enjeux futurs d'un tel programme. Face aux nouvelles tendances de consommation dans les différents milieux de la vie nocturne, de l'évolution rapide des produits, et compte tenu des exigences d'informations des différents services spécialisés et du public, deux orientations doivent être privilégiées: renforcer l'information auprès du public sur les nouveaux produits de synthèse; continuer à nouer des liens avec d'autres dispositifs similaires à *Nuit Blanche ?* dans d'autres cantons.

Information et testing

Aujourd'hui, le marché de la drogue s'est mondialisé.

Quelques clics sur son ordinateur sont suffisants pour commander, carte de crédit en main, pléthore de nouvelles substances partout dans le monde.

Apparues aux alentours de 2008, les appellations «nouveaux produits de synthèse» (NPS) ou «nouvelles substances psycho-actives» désignent un éventail hétérogène de substances qui imitent les effets de différents produits illicites (ecstasy, amphétamines, cocaïne, cannabis, etc.). Depuis 2010, et selon l'observateur REITOX, Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies, une nouvelle substance est identifiée chaque mois. Sur le terrain, nous sommes encore peu ou marginalement confrontés

à un public se tournant vers ce type de molécules. Néanmoins, nous sentons déjà un intérêt et une demande croissante d'information sur ces produits.

Très peu d'études sont à ce jour publiées dans la littérature scientifique sur les risques liés à la consommation de ces nouvelles substances. De plus, peu de systèmes d'alerte précoces sur la dangerosité d'un produit, tels que l'installation de testing en soirée, sont mis en place pour suivre et permettre de fournir des données exhaustives sur l'évolution de ces substances. Soucieux que l'information donnée soit en phase avec les nouvelles tendances de consommation et de substances en circulation, *Nuit Blanche ?* se positionne

de manière favorable au développement de testing en direct ou en différé, comme c'est le cas aujourd'hui dans le canton de Zürich.

Renforcer la coopération

Là, où les produits ne connaissent plus de frontières, les consommateurs sont également en mouvement. Le samedi soir à Genève, le lendemain ou la semaine d'après dans le canton de Berne, les personnes fréquentant le milieu nocturne sont nombreux à traverser les barrières linguistiques de notre pays.

La synergie développée jusqu'à ce jour avec des collègues suisses alémaniques et tessinois et l'inscription de *Nuit Blanche ?* dans un dis-

positif d'observatoire et de ressources au niveau national démontrent l'importance d'unir nos forces, nos savoirs et nos ressources pour les mettre au profit du public. Concertée, notre action devient plus cohérente, accessible et visible ce qui valorise les solutions proposées.

Au regard des enjeux futurs, nous ne pouvons être et assurer seuls la prise en compte des problématiques de consommation en milieu nocturne. L'évolution rapide des produits et la forte mobilité du public doivent être considérées comme des faits prioritaires par notre programme en nous amenant à consolider nos liens avec le réseau et continuer de développer des outils de veille novateurs et pertinents.

VCT migrant : une prestation indispensable au Quai 9

Interview Le *Quai 9* donne la possibilité à ses usagers de recevoir des conseils et d'effectuer un test de dépistage du VIH grâce à la procédure VCT. Céline Zonca, collaboratrice socio sanitaire et infirmière nous en explique le principe.

Gersende Bruchet
COLLABORATRICE SOCIO SANITAIRE,
TRAVAILLEUSE SOCIALE

Qu'est-ce que le VCT migrant ?

Ce terme signifie Voluntary Counselling Test, en français Conseil et Test Volontaire. C'est une procédure conjointe de dépistage et de conseil reconnue au plan international qui vise à réduire les risques de transmission du VIH en améliorant les comportements de protection. Le VCT garantit au client la confidentialité du résultat du test. Le test VIH ne peut être effectué qu'avec l'accord volontaire et éclairé du client.

À qui s'adresse-t-il et quelle est son importance ?

À Première ligne, l'objectif est de

rendre accessible le conseil et le dépistage à des personnes consommatrices de drogues migrantes, n'accédant pas facilement ou pas du tout aux structures sanitaires, en situation potentielle de prise de risques afin de limiter la transmission du VIH-sida. Toutefois, le VCT est ouvert à l'ensemble des utilisateurs du *Quai 9*, car nous savons que certains ne peuvent ou ne souhaitent pas en parler à leur médecin ou à leur réseau de soins. Le but est de réduire les risques et de travailler avec la personne pour modifier ses comportements ou les réajuster par rapport à des prises de risques éventuelles, tant sur le plan sexuel que sur celui de la consommation. Depuis juin 2009, nous avons vu l'augmentation de sa fréquentation annuelle, car il y

a de plus en plus de demandes. Pour 2012, 25 permanences ont été proposées, 36 entretiens avec 36 tests réalisés.

Comment se déroule un entretien ?

L'entretien peut se faire avec ou sans rendez-vous, deux fois par mois, le mardi de 11 à 14 heures, dans les locaux de l'association. Actuellement, cette prestation est donnée par deux travailleurs sociaux et deux infirmières, en collaboration avec la médecin référente de *Première ligne*. Ce test est gratuit et confidentiel. La démarche est assez rigoureuse et dure environ 40 minutes. Durant le pré-counselling, le professionnel se présente et pose le cadre de confidentialité. Il explique comment cela se passe et aborde diverses

connaissances sur la sexualité, la consommation et les modes de transmission du VIH. Puis, l'utilisateur accepte ou refuse de faire le test. S'il accepte, le test est effectué par prise de sang capillaire, l'attente est de 20 minutes pour lire les résultats. Ensuite, nous remplissons un questionnaire où sont abordées des questions relatives aux modes de transmission, aux traitements, à l'usage des préservatifs, à la consommation et son mode, au matériel utilisé et aux habitudes de l'utilisateur. La lecture du test vient ensuite. Pendant le post counselling, la personne acquiert de nouveaux éléments et des outils. Ce n'est pas seulement un test mais aussi un entretien de prévention individualisé et privilégié

qui permet d'échanger, de donner et repréciser un certain nombre d'informations. Nous travaillons sur chaque situation et envisageons avec l'utilisateur ce qu'il peut et est capable de mettre en place pour endosser des comportements préventifs.

Quelles constatations générales vous permettent de faire ces entretiens ?

Certains usagers ont de bonnes connaissances et sont très au clair sur les modes de transmission et sur les traitements découlant du VIH-sida, d'autres ont des connaissances plus partielles. Nous avons aussi constaté une grande confusion entre le VIH et le sida. De nombreuses questions relatives à l'hépatite C sont également abordées.

Quelles sont vos perspectives pour 2013 ?

Les comportements liés aux consommations touchent beaucoup la question de l'hépatite C qui, reprécisons-le, est le problème de santé publique numéro un devant le VIH chez les consommateurs de drogues! Au printemps, le VCT sera ainsi élargi et englobera la question du dépistage de l'hépatite C.

Devenez membre et recevez notre journal

Montant de la cotisation
CHF 50.-
pour une personne physique
CHF 100.-
pour une personne morale

Vous pouvez également faire un don sur notre compte: Banque Cantonale de Genève K 3279.09.07

Plus d'infos sur
www.premiereligne.ch

« Je fais très attention sans y penser »

Témoignage Matthieu, 25 ans, séronégatif, témoigne des enjeux liés aux VIH-sida et hépatites dans son parcours de consommateur.

PROPOS RECUEILLIS PAR
Gersende Bruchet
COLLABORATRICE SOCIO SANITAIRE,
TRAVAILLEUSE SOCIALE

Que représente pour vous le VIH-sida ?

Une grosse maladie! Horrible! Ça me fait peur!

Quand et comment avez-vous été sensibilisé à cette question ?

D'abord, j'ai appris tout ça à l'école lors des cours de prévention sexuelle. Les risques chez les consommateurs de drogues avaient aussi été abordés mais

je n'étais pas trop concerné à cette époque! Aujourd'hui, je pense qu'il y a beaucoup de choses qui sont mises en place pour informer les gens sur le sida. Et heureusement pour nous, depuis pas mal d'années, le *Quai 9* nous informe, on peut

avoir du matériel propre et ne pas se contaminer. Pour moi, c'est impossible d'attraper le sida! Il y a vingt ans, tout cela n'existait pas mais je ne m'en rendais pas compte parce que je n'étais pas encore dedans. Je connais des amis qui devaient voler des seringues à l'hôpital et parfois s'échanger le matériel! Maintenant, on a une aide et une écoute sociale et médicale sur place; j'ai pu poser pas mal de questions sur les hépa-

tités parce que j'étais complètement passé à côté, il y a plein de choses que je ne savais pas. C'est une maladie que l'on peut choper si facilement, en échangeant une cuillère par exemple!

Avez-vous pris en compte cette question dans votre parcours de consommateur ?

Oui, en fait dans ma consommation, je fais très attention sans y penser, ça doit être inconscient. J'ai trop peur de cette maladie effrayante, d'en mourir, c'est en moi! Mais cela ne m'a pas empêché de me faire des injections tout en connais-

sant les risques, ce n'est pas une obsession. En fait, je ne pense pas à toutes les maladies que j'encoure; sinon, je ne passerais pas un bon moment avec ce que je me «mets» dans le bras. Mais c'est important pour moi de faire attention, parce que sinon je serais déjà malade. Donc quand je consomme, j'ai un minimum de précaution sanitaire à prendre, j'ai toujours fait attention à ne pas échanger mes seringues ou à en prendre à d'autres. Je consomme souvent seul. Par contre, cela m'est déjà arrivé d'utiliser une cuillère qui ne m'appartenait pas.

La réduction des risques face aux réductions budgétaires

Réflexion La réduction de 5% du financement de l'État accordé à *Première ligne* impose à l'association de faire des choix douloureux.

Pierre-Yves Aubert
PRÉSIDENT

Martine Baudin
DIRECTRICE

Notre association est au bénéfice d'un contrat par lequel l'État délègue la réalisation de prestations qui découlent de sa politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues, elle-même décidée en 1991. Ce contrat détermine les prestations à mettre en œuvre, les objectifs à atteindre et les indicateurs qui permettront de les mesurer. Il définit, enfin, le montant de la subvention allouée dans le cadre d'un plan quadriennal ainsi que les obligations légales et contractuelles de chacune des parties.

Le montant de cette subvention est pratiquement identique depuis 2001, date de l'ouverture de l'espace d'accueil et de consommation *Quai 9*, sous l'égide du *Groupe Sida Genève*. Pour autant, *Première ligne* doit chaque année intégrer les mécanismes salariaux (indexation au coût de la vie, progression, etc.) et faire face à l'évolution des besoins dans le domaine de la réduction des risques. Une recherche de fonds vient donc compléter un budget de fonctionnement de plus en plus serré.

La Suisse n'échappe pas au contexte économique mondial, ni l'État aux mesures de restrictions des dépenses publiques qui prévalent désormais dans toute administration. Notre autorité de tutelle, le Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES), a donc décidé d'une diminution de 5% de la subvention allouée pour les années 2013-2016. C'est pour faire face à ce contexte difficile que *Première ligne* a dû faire des choix lui permettant de préserver la qualité de ses prestations et les conditions de travail de ses collaborateurs.

Tout choix de restriction est douloureux. Rappelons d'emblée que l'association dans son ensemble (comité, direction et équipe) est convaincue que toutes les prestations actuelles sont pertinentes pour les usagers-ères de drogues.

Outil pionnier : le BIPS

Le BIPS, Bus itinérant prévention sida rebaptisé depuis Bus d'information et de pré-

servation de la santé a été mis en place en 1991. Lors de sa création, l'enjeu était clairement de lutter contre le sida et, par extension, contre les infections sexuellement transmissibles (IST) en mettant à disposition du matériel d'injection stérile. Grâce à la mobilisation des usagers eux-mêmes, mais également des partenaires santé dont les pharmaciens genevois, l'acquisition et la détention de ce matériel n'ont aujourd'hui plus le même statut. Malgré l'évolution qui ne place plus l'injection comme mode de consommation favori, nous restons convaincus de la nécessité d'un accueil de qualité, hors de tout jugement sur la consommation illicite, dans une perspective d'amélioration de l'accès aux soins. En complément du *Quai 9*, le BIPS représente une opportunité de contact non lié à la consommation immédiate et dans un cadre plus calme.

2001, l'odyssée du Quai 9

Le *Quai 9*, espace d'accueil avec possibilité de consommation a été inauguré fin 2001. L'idée d'ouvrir une telle structure dans l'un des quartiers les plus fréquentés par les usagers de drogues illégales répondait à plusieurs objectifs : poursuivre la réduction des dommages sanitaires en sécurisant en partie la consommation et en prenant en compte de nouveaux usages, contribuer à répondre aux besoins d'habitants fortement sollicités par cette problématique et, surtout, permettre aux usagers qui le souhaitent de renouer avec une dynamique de réussite et d'espoir. Aujourd'hui, nous notons de fortes améliorations au regard de ces objectifs, même si, bien sûr, rien n'est jamais acquis définitivement.

Des compétences à valoriser

En 2010, *Première ligne* a décidé de mettre en place un nouveau dispositif avec le soutien du DARES, le Pôle de valorisation des compétences sociales des usagers de drogues (le Pôle). Nous étions parfaitement conscients qu'il serait difficile de trouver un financement pérenne à ce programme. Toutefois, le travail mené depuis vingt ans a mis en lumière des besoins allant au-delà de la stricte préoccupation sanitaire exprimés

par les usagers de drogues. En effet, pour nourrir son espoir ou se mettre en condition de réussite, encore faut-il se percevoir comme utile à son entourage et à la société. Au fil du temps, *Première ligne* a relevé des situations sociales toujours plus fragiles avec, pour la plupart des usagers-ères, la quasi impossibilité d'accéder au marché de l'emploi, aux organismes d'insertion professionnelle, voire même à une occupation leur permettant de valoriser leurs compétences et leurs aptitudes.

L'importance de proposer des «petits jobs» s'est fait sentir dès l'ouverture du *Quai 9*. Ainsi, la mise en place d'une équipe de ramassage de seringues dans le quartier, le service au bar de l'accueil ou encore la participation à la rédaction de notre journal ont permis à certains usagers de drogues de se «reconnecter» à un sentiment d'utilité sociale et au voisinage d'avoir une autre image de cette population. Allant encore plus loin dans ce sens, le Pôle permet de diversifier les activités en développant des chantiers d'insertion socioprofessionnelle. Il se définit comme une passerelle vers les organismes œuvrant dans ce domaine spécifique. Les activités offrent la possibilité à l'utilisateur de se décentrer momentanément du produit, de retrouver des compétences parfois «oubliées par des années de consommation» ou d'en acquérir de nouvelles.

Nuit Blanche ? en milieu festif

Le programme *Nuit blanche?* voit le jour en 2005, sous l'impulsion de différents services et associations du canton de Genève¹. Son projet est de conduire des actions de prévention et de réduction des risques en milieu festif pour répondre aux problèmes liés aux consommations récréatives de substances psychoactives. Ce travail est mené par une équipe d'intervenants spécifiquement formés. Il vise une population jeune, peu concernée par les structures de soins et de soutien, et susceptible de prendre des risques importants. Le but est de permettre aux personnes concernées d'accéder à une information la plus objective et complète possible, de soutenir ces personnes ou ces groupes dans la réduction des

risques encourus, de favoriser si besoin l'accès aux structures de soutien et de sensibiliser le grand public à cette problématique; enfin, d'avoir une meilleure perception globale de l'ampleur de la problématique à Genève. *Première ligne* coordonne l'action et gère les aspects administratifs et financiers de ce programme. Suivant les constats et les évolutions dans le milieu festif, les institutions partenaires ainsi que l'autorité politique et sanitaire s'accordent à relever que ce programme répond à un besoin affirmé de santé publique et reste aujourd'hui l'unique de ce genre en Suisse romande. *Nuit blanche?* s'inscrit également dans une synergie intercantonale. Précisons néanmoins que ce programme interinstitutionnel n'a toujours pas trouvé, depuis sept ans, un financement pérenne pour son budget de fonctionnement.

Quel choix pour quelles conséquences ?

Dès la signature du nouveau contrat de prestations en juin 2012 et, pour tenir compte de la réduction de financement annoncée pour les années 2013-2016, le comité a entamé une réflexion stratégique échelonnée sur plusieurs séances afin d'arrêter un choix. Nous nous sommes posés les questions suivantes :

- Quelles sont nos priorités au regard de notre mission ?
- Quelle mesure sera la moins dommageable pour les usagers-ères de nos structures et pour nos collaborateurs ?
- Quels sont les relais et alternatives possibles en cas d'arrêt de tout ou partie d'une prestation ?

Il est assez rapidement apparu que nos deux programmes (*Nuit blanche?* et le Pôle) ne sont pas un luxe et répondent bien aux priorités de santé publique que nous partageons : réduire les dommages socio-sanitaires et favoriser l'accès aux soins. Ces deux programmes ont trouvé leur place dans l'évolution des besoins en matière de réduction des risques qui a, aujourd'hui, dépassé la stricte urgence sanitaire.

Nous l'avons vu, l'accueil sans jugement moral est un fondamental de la réduction des

risques. Le *Quai 9* est, à ce titre, un moyen très important. Non seulement en raison de la présence d'une salle de consommation mais également parce qu'il est possible d'y réaliser de nombreuses autres activités. Présence régulière d'un médecin, d'un psychiatre, de membres du réseau de soins, organisation d'activités thématiques, petits jobs, etc. Enfin, l'ouverture quotidienne, chaque jour de l'année, nous paraît un gage d'efficacité, moins dommageable que l'hypothèse de fermeture d'un jour par semaine.

Depuis l'ouverture du *Quai 9*, le BIPS a été le parfait complément de travail. Ouvert en soirée, sur un autre périmètre de la ville, il a permis de réaliser de nombreux contacts avec une qualité de communication qu'il est parfois plus difficile d'obtenir lors de l'accueil du *Quai 9*. Ouvert à d'autres usagers que ceux qui fréquentent la salle de consommation, il semble aujourd'hui que l'essentiel des rencontres est le fait de personnes qui fréquentent l'une et l'autre de nos structures. Enfin, comme déjà évoqué, l'accès au matériel d'injection ne revêt plus le même caractère d'urgence sanitaire qu'au moment de sa création. Et cet accès peut être compensé d'une autre manière.

Nécessaire réorganisation

Le BIPS est la première structure de réduction des risques en Suisse romande – à l'origine de toutes les actions qui ont suivi à Genève – c'est dire le poids symbolique de cette structure et la difficulté de la décision prise de cesser son exploitation.

Malgré les arguments ci-dessus, nous souhaitons souligner ici les principales difficultés que l'arrêt du BIPS entraîne. Il s'agit de carences dans l'accès en soirée au matériel d'injection, dans la possibilité d'un accueil privilégié et plus calme qu'au *Quai 9*, dans la possibilité de faire un travail de relais pour des situations urgentes et particulières d'une population non consommatrice qui vient pour des préventifs et des conseils en matière de prévention sexuelle et enfin, d'une atteinte à la diversité de l'activité professionnelle des collaboratrices de l'association.

Mais l'arrêt d'une structure ne signifie pas l'arrêt de toutes ses prestations. Les collaborateurs-trices et l'équipe de direction sont désormais investis dans la mise en œuvre de cette réorientation. Des alternatives pour l'accès au matériel d'injection ont été travaillées, avec la mise en place début mai 2013 d'un automate à seringues (dans la cour extérieure du *Quai 9*) ainsi qu'une modification des règles de distribution permettant une plus grande accessibilité du matériel stérile. Le travail en réseau a également été renforcé, en particulier avec l'ensemble des pharmacies genevoises, travail qui a été très important durant les premières années de mise en place de la réduction des risques à Genève. *Première ligne* poursuit aussi ses collaborations avec d'autres structures socio-sanitaires qui sont ou peuvent être concernées par l'accueil en soirée de consommateurs de drogues.

Préserver la qualité des prestations

La décision de fermer le BIPS permet à *Première ligne* de maintenir l'essentiel de ses prestations et de répondre ainsi à son contrat avec l'État. Notre travail continuera de se décliner ainsi : le travail d'accueil de consommateurs addictifs sera mené au *Quai 9*, la tâche de réduire les risques sociaux incombera au Pôle de valorisation et le travail de prévention en milieu festif à l'action *Nuit blanche?*

Peut-on parler d'un bon choix, dès lors qu'il s'agit de savoir si l'on va se couper la main gauche ou la main droite? Bien que parfaitement conscients du contexte économique que nous traversons, chacun regrettera ce que nous a permis «le bus» toutes ces années. L'association reste, quant à elle, déterminée et engagée dans la réduction des risques liés aux usages de psychotropes et, plus globalement, pour le droit à la santé et à la dignité.

¹ Actuellement : Carrefour prévention, Groupe Sida Genève, Infor jeunes-Hospice général, Service de santé de la jeunesse -OJ/DIP, Service de la jeunesse-ville de Genève, Service d'addictologie-HUG, *Première ligne*.

