

première ligne

RÉDUIRE LES RISQUES LIÉS AUX CONSOMMATIONS DE DROGUES

Édito

Pierre-Yves Aubert
PRÉSIDENT

Nous fêtons les 10 ans de *Première ligne*. C'est à la fois beaucoup et très peu au regard des 23 ans de politique de réduction des risques à Genève. Une pensée pour notre grand frère, le *Groupe sida Genève*. Il a mis sur pied dès 1991 le regretté *BIPS* et, dix ans plus tard, l'actuel espace d'accueil *Quai 9*, avant de transmettre son secteur réduction des risques à la nouvelle association *Première ligne*.

Depuis dix ans, l'association a été à la hauteur de son nom. Toujours en première ligne face aux consommateurs de drogues illégales, avec les résultats que l'on sait en matière de réduction des maladies transmissibles ou des overdoses, mais également, toujours en première ligne auprès des autorités, dans un contexte où la morosité des perspectives économiques pèse sur le développement d'actions qui nous tiennent à cœur.

Ces années ont également vu une évolution sensible de la perception des usagers de drogues par la collectivité. Cette évolution, nous la devons d'abord aux professionnels, engagés dans l'idée qu'une consommation de drogues, fût-elle illégale et abusive, ne devrait pas discriminer socialement l'individu et encore moins l'empêcher d'accéder aux soins. Le militantisme qui les anime n'a d'égal que leur professionnalisme, qu'ils en soient remerciés.

Car, au-delà de la réduction des dommages sanitaires, c'est bien d'espoir et d'estime de soi dont il est question, sans lesquels aucun de nous ne serait en capacité de faire face sereinement aux difficultés de la vie d'aujourd'hui. Ainsi, accéder à une activité, se sentir capable, élaborer des projets, même à très court terme, nous est paru tout aussi important que de bénéficier de matériel stérile et de soins de santé primaire. Il s'agit de mettre au premier plan l'homme ou la femme que l'étiquette de toxicomane cache encore souvent.

Tout ce travail, nous le devons également à vous, membres, voisins, proches, lecteurs de ce journal, qui soutenez l'association depuis de nombreuses années. Notre vigilance reste constante, dans un souci de préserver les intérêts de santé publique, en garantissant le meilleur accès aux soins pour chacun et en poursuivant également le chemin vers une nécessaire réglementation du marché des drogues.

Éditeur responsable Martine Baudin
Coordination Virginie Monnet
Graphisme Alexandre Bergerioux
Illustrations Juliette Haenni
Ont également contribué à ce numéro
Pierre-Yves Aubert, Sophia Achab,
Rita Manghi, Olivier Righetti,
Gwenaëlle Sidibe, Niels Weber,
Daniele Zullino

Tirage 4'000 ex. - Paraît 3 x par année

Retrouvez toutes nos publications sur

www.premiereligne.ch

Usagers de drogues et professionnels, des pratiques concertées

Bilan Dix ans d'existence, d'enthousiasme et de questionnements pour continuer à proposer des solutions adaptées aux besoins du public accueilli par *Première ligne*.

Martine Baudin
DIRECTRICE

2014 est une année particulière qui nous permet de retracer le travail mené par l'association depuis sa création et de mettre en lumière les enjeux importants que l'association doit impérativement prendre en compte dans les années à venir.

En préambule, rappelons que *Première ligne* est issue du *Groupe sida Genève* qui a géré, depuis 1991, le secteur de la réduction des risques liés aux drogues. Le développement d'activités au sein de ce secteur, la prise en compte de phénomènes spécifiques aux usages de drogues ainsi que l'ampleur de la tâche à mener ont constitué des raisons majeures et suffisamment larges pour justifier, en 2004, la création d'une association entièrement axée sur la question des drogues dans notre société.

Cette nouvelle identité associative a permis une mise en évidence plus directe des problèmes rencontrés par les usagers de drogues, au-delà du VIH/sida et de l'approche sanitaire qui restent néanmoins des sujets d'investissement essentiels pour *Première ligne*.

De l'urgence sanitaire à l'urgence sociale

En 2004, l'espace d'accueil et de consommation le *Quai 9* venait de terminer sa phase expérimentale et obtenait une validation du Conseil d'État pour sa continuité. Poursuivre la gestion de cette 1^{re} salle de consommation à moindre risque – qui reste la seule en Suisse romande – était un enjeu important pour l'association.

Les prises de risques étaient nombreuses, notamment lors de consommation de cocaïne par voie intraveineuse, les inhalateurs d'héroïne réclamaient leur espace, des fausses croyances liées à l'injection engendraient des pratiques prétéritant la santé des consommateurs, les profils des usagers se diversifiaient et le voisinage avait également besoin de retrouver un environnement plus serein face aux consommations faites à l'extérieur de nos locaux. Autant de tâches et d'actions que *Première ligne* a menées durant ces dix ans, un travail dense et parsemé de nombreux questionnements éthiques. Porteuse de l'enseignement du *Bips*, l'équipe a néanmoins dû se forger une nouvelle

pratique professionnelle pour être à la hauteur des enjeux de gestion d'une salle de consommation et affiner les messages de prévention et de réduction des risques adaptés aux réalités évolutives des usagers.

Soulignons que, dès 2006, la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues a développé le modèle tridimensionnel (modèle du cube) en différenciant les usages de drogues et en y intégrant toutes les substances psychoactives – qu'elles soient légales ou illégales – avec des mesures à développer pour chacune de ces substances. Ce modèle a été complété par la différenciation des types de consommation: peu problématique, problématique et dépendance. Ce modèle fait figure de référence et représente une nouvelle approche de la politique des dépendances¹.

En outre, la consommation dite créative ou en milieu festif étant un nouvel enjeu de santé publique, l'action *Nuit blanche?* a été créée en 2005 sous l'impulsion de différentes institutions genevoises. La volonté était de toucher une population généralement peu connue des structures de soins et de soutien, susceptible de prendre des risques importants, parfois par déficit d'accès à l'information. Ce programme interinstitutionnel, géré administrativement et financièrement par *Première ligne*, est dans sa neuvième année et s'inscrit également dans une synergie intercantonale. Tout comme le *Quai 9*, ce dispositif reste le seul sur la partie romande de la Suisse!

En poursuivant ses actions auprès des consommateurs de drogues, le constat de précarité sociale durable nous a amené à réfléchir aux réponses adaptées à donner, en complémentarité du travail sanitaire. *Première ligne* a ainsi mis en place en 2010 le Pôle de valorisation des compétences des usagers de drogues. Ce programme propose des moyens concrets d'améliorer la situation sociale des consommateurs, un travail indispensable aujourd'hui pour favoriser une meilleure insertion socioprofessionnelle de ce public.

Un bilan réjouissant et préoccupant à la fois

Nos résultats sont réjouissants, car la baisse significative de la transmission du VIH-sida et des overdoses ainsi que la stabilisation de l'hépatite C nous rappellent la pleine capacité

des usagers à se mobiliser en adoptant des comportements préventifs et adéquats en matière de consommation. Les considérer comme des experts et des partenaires directs est un postulat de travail de *Première ligne* qui maintient sa volonté de les intégrer dans un certain nombre d'actions ou de projets. Un travail de médiation par des usagers pairs en salle d'accueil ou de consommation a, par exemple, eu lieu ces dernières années. Des évaluations externes ont démontré les compétences et les aptitudes des usagers à endosser un rôle social très intéressant.

Réjouissant aussi du point de vue des relations avec notre voisinage. Les interventions développées dès l'ouverture du *Quai 9* ont porté leurs fruits. Soirées de voisinage, publication du journal «réduire les risques», pérennité de l'action du ramassage de seringues usagées, dialogue constant avec les habitants du quartier, liens directs et construits avec les acteurs de la répression, un travail assidu qui apporte un climat actuel plutôt serein. Pour autant, nous restons toujours attentifs aux désagréments pouvant survenir de manière ponctuelle.

Réjouissant car, sur le plan national, l'acceptation de la révision partielle de la Loi sur les stupéfiants, en novembre 2008, a démontré dans une certaine mesure que la population a une compréhension de plus en plus large des questions relatives aux drogues et aux nécessités de diversifier la palette des prises en charge. Cette votation a permis de donner un cadre légal à la poli-

tique des quatre piliers et de légitimer le travail spécifique de la réduction des risques liés à l'usage de drogues.

Réjouissant, enfin, parce qu'à Genève notre travail s'inscrit dans un dispositif reconnu par le réseau sociosanitaire.

Mais ne soyons pas dupes, les années glorieuses du développement du travail de réduction des risques sont clairement passées... demeurent de fourmillantes questions de fond. Notre travail se trouve aujourd'hui dans un virage que *Première ligne* devra négocier avec habileté et discernement.

Ainsi, le bilan est aussi...

Préoccupant, car la situation des usagers se précarise toujours plus et touche des problématiques bien plus larges que la seule consommation de psychotropes pour lesquelles nos marges de manœuvre sont bien limitées.

Préoccupant, car l'heure est aux réductions budgétaires, *Première ligne* a perdu son bus *BIPS* – l'accueil en soirée n'existe donc plus depuis avril 2013 – et peine à financer des prestations sociales ou des programmes relativement récents. Il est quasiment impossible de trouver des financements externes à l'État pour des projets en faveur des usagers de drogues. Les fonds d'impulsion aident au démarrage, et après? Nous devons

1. Rapports psychoaktiiv.ch et Défi addictions www.bag.admin.ch

Suite en page 4...



Addictions comportementales, un nouveau défi

Éclairage De plus en plus de personnes souffrent d'addictions aux jeux de hasard et d'argent, à Internet, au sexe, au sport ou au shopping. Bien qu'encore peu légitimées, prévention et prises en charge thérapeutiques se développent.

Dre. Sophia Achab,
MD-PhD, PROGRAMME SPÉCIALISÉ
NOUVELLES ADDICTIONS NOUVELLES THÉRAPIES (NANT), MÉDECIN ADJOINTE AU
CHEF DE SERVICE, SERVICE D'ADDICTOLOGIE,
DÉPARTEMENT DE SANTÉ MENTALE ET DE
PSYCHIATRIE, HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE
GENÈVE

Les addictions comportementales, encore appelées addictions sans substance font débat depuis une vingtaine d'années dans la communauté scientifique. Plusieurs défis émergent de ce fait. Premièrement, définir la teneur de ces appellations et reconnaître leur légitimité à figurer parmi les troubles psychiques. Deuxièmement, les mesurer ainsi que leur impact sur les personnes qui en souffrent et qui sont de plus en plus nombreuses à demander de l'aide. Troisièmement, proposer une prise en charge et construire des stratégies de prévention.

Il est fait référence au terme d'addictions sans substance (ASS) pour parler d'un certain nombre de comportements problématiques dont l'addiction aux jeux de hasard et d'argent, l'addiction à Internet (ou cyberaddiction), les achats compulsifs, l'addiction au sexe, l'addiction au sport, voire le trouble d'hyperphagie boulimique. Dans les classifications officielles des troubles mentaux, seul le jeu pathologique (de hasard et d'argent) a été reconnu récemment comme un trouble addictif¹. L'addiction aux jeux vidéo en ligne est mise dans une annexe de la récente classification de l'Améri-

can Psychiatric Association (APA) pour encourager les recherches destinées à produire des critères rationnels pour l'inclure dans les addictions². Les achats compulsifs se trouvent parmi les troubles du contrôle des impulsions³. Les autres ASS ne sont pas reconnues officiellement à ce jour.

L'exemple de la cyberaddiction

L'addiction aux nouvelles technologies de l'information ou addiction à Internet ou cyberaddiction a connu une large médiatisation ces dernières années et a été au cœur des préoccupations des parents et de l'univers socioéducatif. Les questions les plus fréquentes sont « à partir de combien d'heures l'usage d'Internet devient-il excessif? », « combien de temps peut-on passer devant les écrans? », « quelles limites poser en tant que parents concernant les nouvelles technologies? ». La réponse est loin d'être simple et elle n'est sans doute pas unique et universelle. En effet, un usage excessif d'Internet n'est pas forcément une addiction (s'il n'existe pas de souffrance ni de conséquences de cet usage sur aucun des champs important de la vie). Bien que le temps passé sur Internet soit un facteur de risque de cyberaddiction, l'indicateur de seuil temporel n'est donc pas le seul à prendre en compte. D'autres facteurs de risque sont retrouvés comme

le jeune âge et le manque de soutien émotionnel et psychologique⁴. Des facteurs fréquemment retrouvés associés à la cyberaddiction chez les adolescents sont un environnement familial perçu par l'Internaute comme problématique, la pauvreté des activités de loisirs et de faibles performances scolaires⁵. Des adultes souffrant de ce trouble rapporteraient un impact sur leur vie familiale, sur leur vie de couple, sur leur vie professionnelle, sur leur vie sociale, sur leurs activités de loisirs, sur leur qualité de sommeil et sur leur état de santé⁶. Des maladies psychiatriques ont été retrouvées associées à ce trouble sans savoir ce qui a préexisté à l'autre. Il s'agit de la dépression, de l'anxiété⁶, du trouble d'hyperactivité et de déficit d'attention (THADA)⁶ et des addictions avec substance⁷. Le sujet chercherait dans ce média un contact social, une évitement des difficultés de la vie quotidienne et un sentiment de contrôle⁸.

S'il est vrai qu'Internet peut être le support facilitateur d'accès à une addiction déjà installée (jeu d'argent, achats, sexe, etc.), Internet a été décrit comme un média qui aurait ses propres propriétés addictives⁹. Le terme le plus approprié pour parler de ce trouble devrait en tout cas se décliner au pluriel, les cyberaddictions. En effet, plusieurs types ont été décrits, le jeu vidéo excessif, les pré-

occupations obsédantes et compulsions sexuelles ainsi que l'usage excessif des réseaux sociaux¹⁰. Ils auraient cependant un dénominateur commun: leur expression clinique qui ressemble aux autres troubles addictifs. Il s'agit d'une perte de contrôle, d'une négligence des activités quotidiennes, de signes de manque (l'irritabilité et la tension interne), d'un besoin progressif de plus en plus de temps passé sur Internet et de conséquences négatives sur les sphères privée et sociale (mensonge à l'entourage, fatigue ou isolement social)¹⁰.

Demande de soins

Il y a quelques années, les pays asiatiques ont tiré la sonnette d'alarme avec l'établissement de couvre-feux numériques pour les mineurs et ont été jusqu'à proposer des camps de redressement pour jeunes cyberaddicts. La situation n'est pas aussi extrême en Europe, mais elle n'en est pas moins inquiétante. Le trouble fait partie depuis quelques années des préoccupations de santé publique, y compris de notre pays. Un groupe d'experts se penche actuellement sur la question après l'émission d'un rapport mandaté par l'OFSP en février 2012 sur les dangers potentiels d'Internet et des jeux en ligne¹¹. Près de 2,3% des Internautes interrogés se seraient révélés « dépendants » (35 heures par semaine sur Internet) et 3,7% se seraient révélés « à risque de dépendance » (20 heures par semaine sur Internet).¹¹

Un trouble, qui bien que pas encore reconnu officiellement par la communauté scientifique, inquiète et motive un certain nombre de demandes de soins. Des traitements qui doivent s'adapter à l'absence de recommandations internationales. Ces traitements utilisent des psychothérapies individuelles et/ou groupales et un traitement en parallèle des troubles coexistants (difficultés financières majeures, problèmes de couple ou de conflits familiaux, troubles dépressifs, anxieux et consommation de substances toxiques). Ces prises en charge s'inspirent largement des traitements déjà existants et ayant prouvé leur efficacité dans les addictions (approche motivationnelle, par exemple). La particularité de la prise en charge de ce trouble est qu'une abstinence totale à Internet n'est bien sûr pas un objectif viable dans la société numérique contemporaine. Le volet préventif est donc essentiel, avec un accent sur l'apprentissage d'un usage raisonné de ce média dès le plus jeune âge. D'autres défis nous attendent avec le vieillissement de la population et le développement d'outils technologiques de plus en plus immersifs, attractifs et accessibles.

Liens utiles en Suisse

www.addictionsuisse.ch/
www.stop-jeu.ch/fr/

1. APA. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^e Edition, Text Revision: American Psychiatric Association.

2. APA. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^e Edition, Text Revision: American Psychiatric Association.

3. Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B., et al. (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*, 107(12), 2210-2222.

4. Huang, H., & Leung, L. (2009). Instant messaging addiction among teenagers in China: shyness, alienation, and academic performance decrement. *Cyberpsychol Behav*, 12(6), 675-679.

5. Tsitsika, A., Critsells, E., Louizou, A., Janikian, M., Freskou, A., Marangou, E., et al. (2011). Determinants of internet addiction among adolescents: a case-control study. *ScientificWorldJournal*, 11, 866-874.

6. Achab, S., Nicoller, M., Mauny, F., Monnin, J., Trojak, B., Vandell, P., et al. (2011). Massively multiplayer online role-playing games: comparing characteristics of addict vs non-addict online recruited gamers in a French adult population. *BMC Psychiatry*, 11, 144.

7. Bergmark, K. H., Bergmark, A., & Findahl, O. (2011). Extensive internet involvement addition or emerging lifestyle? *Int J Environ Res Public Health*, 8(12), 4488-4501.

8. Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E., et al. (2013). The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology*, 46(1), 1-13.

9. Grant, R. W., Cagliero, E., Chueh, H. C., & Meigs, J. B. (2005). Internet use among primary care patients with type 2 diabetes: the generation and education gap. *J Gen Intern Med*, 20(5), 470-473.

10. Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., & Chen, C. C. (2012). The association between internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. *Eur Psychiatry*, 27(1), 1-8.

11. Thorens, G., & Zullino, D. (2011). Une meilleure appréhension du concept de cyberaddiction. Illustré par le potentiel addictogène des jeux de rôle massivement multijoueurs en ligne. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 162(6), 232-238.

10. Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: internet addiction. *Am J Psychiatry*, 165(3), 306-307

11. OFSP. (2012). Dangers potentiels d'Internet et des jeux en ligne.

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

10 ANS
2004
2014

première
ASSOCIATION GENEVOISE DE
RÉDUCTION DES RISQUES
LIÉS AUX DROGUES
ligne

Nous serons très heureux de vous compter parmi nous à l'occasion des festivités suivantes:

Le vendredi 2 mai 2014

L'Assemblée générale ordinaire se déroulera à 18h30 sur le Bateau « Genève ». Une soirée festive « Swinging Caravelle » suivra, avec la présence de l'action *Nuit blanche?*, en partenariat avec le Bateau « Genève » et l'agence Head Fun, de 22h à 3h du matin. Fr. 12.- l'entrée, pour tout public.

Du 3 au 9 septembre 2014

Des projections de fictions et documentaires seront présentées aux Cinémas du Grütli, dans le cadre d'un festival romand de films autour des addictions, organisé par le GREA. Un certain nombre de débats et d'échanges seront proposés avec nos partenaires du réseau addictions à Genève.

12 et 13 novembre 2014

Un colloque scientifique « Addictions et société: quels regards, quels enjeux? » aura lieu à l'Uptown Geneva, en partenariat avec le GREA, l'Université de Genève, la Fondation Phénix, le Forum Addictions (Carrefour addictionS, Argos, HUG et Hospice général), Maison de l'Ancre, l'Institut de Recherche et d'Enseignement des Maladies Addictives IREMA et Fédération Addiction - France.

Pour les événements des mois de septembre et novembre, tous les détails (programmation des films, contenu du colloque et horaires) seront disponibles dès le début de l'été sur notre site www.premiereligne.ch et sur le site du GREA www.grea.ch

Le jeu excessif : Invisibilité et enjeux d'une addiction

Analyse Souvent masqué par d'autres addictions, le jeu excessif est une pathologie qui s'épanouit dans l'ombre de notre société toujours plus hyperconnectée.

Gwenaëlle Sidibe
COORDINATRICE

Niels Weber
CHARGÉ DE PROJET

Olivier Righetti
PRÉSIDENT

Les personnes souffrant du jeu excessif cumulent des comportements identiques à ceux des autres domaines des addictions. C'est cette intersectionnalité qui nous permet d'affirmer que cette problématique relève du domaine des addictions. Mais alors, comment décrire le comportement de joueur-euse-s excessif-ve-s? Le témoignage des professionnel-le-s du jeu du milieu du casino permet de comprendre à quoi ils sont confronté-e-s et de saisir le contexte de cette addiction: «Les gens peuvent oublier d'aller aux toilettes, ils boivent, ils fument, ils se droguent en fumant du cannabis et on soupçonne qu'ils peuvent aussi consommer d'autres drogues, certains prennent des médicaments et des femmes se prostituent.»

Le jeu doit rester un plaisir. Lorsqu'un-e joueur-euse bascule sous l'impulsion d'une pratique incontrôlée, et que celle-ci finit par dominer sa vie, la notion de plaisir disparaît au profit d'un déplaisir et d'un surinvestissement du jeu. Si la personne répond à une grande partie des critères d'un diagnostic clinique, elle est dite joueur-euse *problématique* voire *pathologique*, surtout si cela entraîne pour lui/elle et ses proches des conséquences graves sur le plan économique, familial et/ou sanitaire. Aujourd'hui, selon la littérature internationale, on estime que le jeu excessif touche de 0.4% à 3% de la population adulte avec une moyenne de cinq personnes par joueur-euse concerné-e qui sont touché-e-s par des dommages collatéraux (santé, finance, détérioration des relations, etc.).

Une société de loisirs

À ce jour, notre constat est celui de l'invisibilité de cette nouvelle problématique du champ des addictions. Alors comment comprendre cela et les conséquences sociales qui en découlent?

Le paradoxe de cette thématique tient du statut, de la fonction et de la représentation sociale que le jeu revêt au sein de notre société. D'un côté, comme le souligne Winnicott, le jeu tient une



place centrale dans la sociabilité des êtres humains, et ce depuis le plus jeune âge. «(...) le jeu n'est pas, selon lui, uniquement le reflet des représentations internes de l'enfant mais témoigne aussi de l'impact de l'environnement sur son développement.»¹ Le jeu est un apprentissage tant interne qu'externe ainsi qu'un passage obligé dans la construction sociale d'un être (apprentissage des règles, de l'altérité ou de la frustration). D'un autre côté, nous pouvons aussi dire que notre société basée sur les loisirs et la recherche du plaisir valorise, voire survalorise, le jeu. L'offre de jeu est omniprésente dans l'espace public et privé, que ce soit par la présence importante de casinos sur le territoire suisse, l'offre abondante de la part des loteries suisses et européennes, ou encore via l'avènement des nouvelles formes virtuelles que le jeu prend dans le domaine de l'hyperconnectivité.

En effet, l'offre de jeu physique est petit à petit dépassée par la déferlante de propositions virtuelles. Le rapport 2013 des recommandations

en matière de lutte contre le jeu excessif de l'Autorité de régulation des jeux en ligne (ARJEL) rappelle cette contrainte qu'ont les opérateurs de jeu en ligne d'être les plus visibles possible et attractifs pour détourner les joueurs des sites illégaux, souvent pourvus de plus grands moyens pour leur promotion. Les nouveaux casinos en ligne et les sites de paris présentent un risque accru notamment pour les mineurs dont l'identité peut être virtuellement falsifiée. Cette offre migre vers la sphère privée et la nanotechnologie. Sur un support de la taille d'un mouchoir de poche et à portée de main, le jeu sur Smartphone isole encore davantage le joueur le plus fragile. Des ponts se créent alors avec un autre questionnement, celui de la problématique de l'hyperconnectivité. De nos jours, le jeu est hyper visible et relève d'un marché qui pèse plusieurs milliards dans notre économie. C'est bien ce surinvestissement, tant symbolique, social, qu'économique, qui renvoie le jeu excessif dans l'ombre.

Alors de quoi est fait cette invisibilité, cette part d'ombre? Les risques de cette vulnérabilité peuvent s'exprimer à trois niveaux différents. Des risques sociaux, tels que les effets sur les proches ou le milieu professionnel. Des risques sanitaires, tels que les effets sur la santé, tant physique que psychique. Des risques économiques directs, tels que l'endettement, ou indirects tel que le coût social engendré par cette addiction. Si ces risques sont bien connus au sein du réseau professionnel comme faisant partie d'une panoplie de conséquences négatives liées aux addictions, il n'en reste pas moins que ces mêmes risques participent aussi à cette invisibilisation. En effet, comment déceler une problématique de jeu excessif pour les professionnel-le-s du réseau socio-sanitaire, quand cette personne présente des problèmes de consommation d'alcool, de médicaments, de drogues ou d'endettement? Il y a dans cette question autant un constat large quant à la place du jeu au sein de notre société qu'un enjeu pour les professionnel-le-s. Cet enjeu

de pouvoir développer une sensibilité à cette vulnérabilité, qui peut facilement se cacher soit derrière une représentation sociale positive, soit derrière des facteurs qui sont, de prime abord, liés à d'autres problématiques que le jeu excessif.

Les dérives de l'hyperconnectivité

Pour terminer ce questionnement, nous voudrions profiter de revenir sur les liens qui peuvent être fait avec le thème de l'hyperconnectivité. Nous vivons aujourd'hui dans un monde dit «hyperconnecté». Il n'est plus rare de voir son voisin pianoter sur son Smartphone dans le bus, les ordinateurs font partie du panorama électromagnétique, les tablettes ont réussi à trouver leur place au sein de ces mêmes foyers et les télévisions utilisent Internet. C'est une réalité. Pourtant, l'ensemble de cette population n'est pas souffrante, la majeure partie s'en porte très bien. Nous sommes, bien entendu, libre d'adhérer ou non à ce mode de fonctionnement; l'hyperconnectivité n'est pas quelque chose de

négligé en soit. Cependant, il se peut qu'elle commence à prendre trop de place dans le quotidien de certain-e-s de ses utilisateur-trice-s. Nous parlons alors d'une «hyperconnectivité problématique» puisqu'elle empêche la réalisation d'autres activités ou entrave les relations avec autrui. Il est possible de faire beaucoup de choses via le virtuel et l'offre considérable de jeux contribue alors à cette hyperconnectivité. Puisque nous sommes tous devenus utilisateurs, à divers degrés, il nous incombe également d'adopter un regard critique sur notre «consommation», sur ses conséquences et ses enjeux à plus large échelle. Ainsi, toutes ces évolutions technologiques très rapides qui induisent de nouveaux comportements chez chacun de nous demandent une constante adaptation des moyens de prévention.

Le jeu excessif apparaît aujourd'hui clairement comme une addiction au même titre que celles à l'alcool, au tabac ou aux drogues. Bien que cette problématique touche à un domaine ludique, où le plaisir, l'amusement et la légèreté sont ses représentations centrales, la prise de conscience de sa part d'ombre, donc de son invisibilité, est un des défis de l'avenir. Ce travail n'incombe pas seulement au domaine de la prévention mais dépend bien d'une approche plus large englobant la réduction des risques, les soins et les politiques, mais aussi de la compréhension de son inscription dans une économie légale qui vend un rêve très virtuel.

Pour que le jeu, virtuel ou non, reste un plaisir et que nous puissions profiter de ces bienfaits de socialisation, soyons attentifs à quoi nous jouons et à nos co-joueur-euse-s.

1. Rémi Bailly «Le jeu dans l'œuvre de D.W. Winnicott», *Enfances & Psy* 3/ 2001 (no15), p. 41-45.

Rien Ne va plus
www.rienenvaplus.org
Carrefour addictionS
45, rue Agasse, 1208 Genève.
Ligne gratuite 0800 801 381



L'intervention de crise au service de la réduction des risques

Réflexion Outil précieux pour la protection sanitaire des consommateurs de drogues, la politique de réduction des risques doit s'enrichir de nouveaux moyens permettant de passer d'une logique de survie à la mise en place d'un projet de vie.

Dr Rita Manghi
MÉDECIN ADJOINTE

Prof. Daniele Zullino
MÉDECIN CHEF
SERVICE D'ADDICTOLOGIE (HUG)

Durant les années 80, la Suisse a intégré à sa politique des trois piliers (prévention, traitement et répression), le 4^e pilier de la réduction des risques. Cette approche compassionnelle et pragmatique, qui vise à diminuer les conséquences négatives sur l'individu de sa consommation, a été intégrée dans un modèle d'aide à la survie suite au traumatisme des scènes ouvertes de la drogue de la fin des années 80.

Au début du XXI^e siècle, la politique de réduction des risques a montré son efficacité. Les approches, qui ont contribué à diminuer considérablement les dégâts liés à l'addiction, devraient actuellement également s'inscrire dans une addictologie « existentielle ». Celle-ci donne une place centrale à l'élaboration d'un projet de vie pour la personne souffrant d'addiction. C'est autour de ce projet que les actes qui constituent les piliers de soins et de réduction de risques vont s'inscrire.

Dans cette perspective d'accompagner la vie plus que d'aider à la survie, la priorité de l'intervenant ne va plus être seulement de proposer une approche de soins et de réduction des risques, mais d'en questionner les objectifs. Ce passage d'une réflexion visant à la survie à une réflexion de soin orientée vers la vie nous impose de passer d'une logique d'urgence avec réponse immédiate pour un patient « passif » à une logique de crise demandant au patient une participation active à son processus de rétablissement.

État des lieux de la réduction des risques

Des actions de réduction des risques ont émergé dès la fin des années 60 et durant

... Suite de la page 1

accroître le travail d'information et de sensibilisation auprès des partenaires financiers potentiels et faire évoluer l'idée notamment que l'abstinence est le seul postulat de départ pour faciliter une réinsertion des consommateurs. De plus,

les années 70, notamment aux Pays-Bas avec un premier programme d'échange de seringues. Cependant, la philosophie de réduction des risques s'est véritablement imposée au début des années 80, dans le contexte du développement dramatique des overdoses liées à la consommation d'opiacés, ainsi que de l'épidémie VIH.

Cette situation de santé publique a fait voler en éclats les arguments des tenants du prohibitionnisme et a mis en évidence l'échec des traitements basés sur l'abstinence.

La Suisse, dans le contexte des scènes ouvertes de la drogue, a instauré la politique des quatre piliers dès 1991. Cette politique, unique au monde, propose de s'attaquer aux problèmes liés aux drogues à travers quatre accès: la prévention, la réduction des risques, le traitement et la répression^{1,2}. Cette politique en matière de drogues a fait ses preuves et est définitivement inscrite dans la loi depuis 2008.

La réduction des risques vise, en premier lieu, à amener une aide à la survie en diminuant le risque d'overdose, en évitant la dissémination du virus VIH et de l'hépatite C et en limitant l'aggravation des dégâts liés à l'addiction. Le terme de réduction des risques couvre ainsi tant la prévention secondaire (risques) que la prévention tertiaire (dégâts). Elle se décline à travers des approches créatives et originales, qui tiennent compte de la liberté de choix du sujet sur sa consommation. Concrètement, elle regroupe surtout les programmes d'échanges de seringues et des approches d'aide à la santé. Les traitements, basés sur la substitution d'opiacés, ont longtemps été vus sous cet angle. Afin d'en enrichir la palette, la Confédération suisse débute en 1994 un projet très encadré qui adjoint au traitement de méthadone, le traitement

en compte dans la formulation des futures politiques de santé publique. Les représentations, les logiques et la compréhension des pourvoyeurs de fonds et des politiques doivent être questionnées, voire bousculées, pour pouvoir donner de réelles réponses à un public encore fortement marginalisé. De manière globale, comment

Évolutions nécessaires
À Genève, pour passer d'une politique VIH-sida à une politique des drogues, il y a des enjeux incontournables à prendre

de substitution à l'héroïne. Actuellement, la Suisse compte 21 centres de prescription d'héroïne.

Nouvelles approches psychothérapeutiques

Des psychothérapeutes se sont intéressés à la philosophie de réduction des risques et des méfaits. Par exemple, Marlatt, l'appelle *une approche pragmatique empreinte de compassion*³. Cet auteur, spécialisé dans les approches cognitivo-comportementales de la prévention de rechute, s'est penché sur la situation des patients présentant une addiction et des comorbidités psychiatriques. Il a mis en avant les intérêts de cette approche qui, dans une vision de santé publique, propose d'autres alternatives aux programmes basés sur l'abstinence afin d'enlever les barrières potentielles à la participation du patient. Les thérapeutes de réduction des méfaits communiquent une attitude acceptante qui réduit la stigmatisation et la honte, en proposant une aide concrète au patient là où il se situe.

Pour A. Tatarsky, l'abstinence totale est un but parmi plusieurs solutions de rechange. L'abstinence et l'utilisation modérée de drogues et d'alcool appartiennent les deux aux thérapies de réduction des méfaits.

Cette autre approche utilise le traitement pour s'adapter à l'individu, plutôt que de forcer l'individu à suivre un modèle de traitement. Elle utilise les méthodes de psychoanalyse, en plus des stratégies cognitivo-comportementales, pour que ne s'engage pas seulement le comportement de dépendance, mais la personne toute entière. Le patient ne fait plus partie d'un groupe-problème, mais il est regardé comme une personne unique et originale. Dans la thérapie, il est invité à ouvrir les significations cachées que son comportement exprime. Une fois que la signification est identifiée, le projet est de modifier

la notion d'employabilité à un travail dit classique ne correspond pas aux publics précarisés dont font partie les usagers de drogues.

les comportements par une combinaison des techniques psychanalytiques, cognitives, et comportementales⁴.

Pour Denning, les approches traditionnelles basées sur l'abstinence sont inappropriées pour beaucoup de gens qui cherchent aussi de l'aide pour des problèmes émotionnels et psychologiques, mais qui ne veulent pas arrêter de consommer. Le but est ici aussi de réduire les méfaits, en respectant les besoins propres du patient, ses priorités et ses choix⁵.

Dans les réflexions de ces thérapeutes, est largement mise en avant l'idée que la personne souffrant d'addiction a une individualité, une capacité à faire des choix et de modifier ses comportements par rapport à ses choix. Le questionnement apparaît alors comme un outil de réflexion et de cheminement visant à élaborer avec le patient une réflexion sur son comportement qui ait du sens pour lui afin de lui permettre de s'engager.

Vers un questionnement existentiel

Le contexte en Suisse a changé au cours des dernières décennies. Les enjeux des années 80-90, forte morbidité et mortalité liée aux overdoses et à l'épidémie VIH, étaient des objectifs de survie. La logique qui sous-tend les approches thérapeutiques pour les patients dépendants aux opiacés à ce moment-là était prioritairement celle de maintenir en vie, de contrôler, stabiliser et possiblement d'infléchir l'épidémie VIH ainsi que d'améliorer l'accessibilité aux soins.

Actuellement, les patients dépendants aux opiacés vivent plus longtemps, les séro-conversions VIH ont clairement diminué, l'accès aux soins s'est amélioré et on peut considérer que la substitution à visée de réduction des risques est un succès. Le défi actuel des thérapeutes est de

faire plus avec moins? Les associations doivent plus que jamais poursuivre leur travail dans une logique de concertation partagée et de défense commune de leurs prestations.

Les paradigmes du travail de réduction des risques doivent résolument évoluer et prendre en considération les enjeux

guider les patients souffrant d'addiction vers un questionnement approfondi de la vision qu'ils ont d'une vie qui ait du sens pour eux, dans une perspective de réhabilitation. La fonction du soin se déplace donc, d'une politique très active de réduction des risques et des méfaits à visée de survie, à d'autres objectifs. En ce qui concerne les traitements de substitution, l'accent n'est plus seulement mis sur la substitution comme un moyen pour réduire les ravages causés par les risques liés au comportement addictif, mais se porte actuellement sur les apprentissages, eux-mêmes au service du projet du patient. En effet, un des défis majeurs est la difficulté pour cette population de s'inscrire dans un projet de vie qui fasse sens pour eux et qui leur permette une intégration dans la communauté citoyenne⁶.

Les soins d'urgences orientés sur la survie de l'individu comme l'apprentissage à la réanimation, la politique d'échange de seringues et de préservatifs, les campagnes de vaccination de l'hépatite A et B et les traitements de l'hépatite C, par exemple, ne doivent pas nous faire oublier ce «questionnement existentiel». Celui-ci vise à permettre une mise en tension du système que l'usager forme avec son comportement, «une mise en crise» afin de faire émerger une réflexion à partir de laquelle la question du sens du soin pourra être visitée.

En effet, si l'on considère que le comportement addictif a une fonction majeure dans l'équilibre psychique du sujet et dans ses aménagements avec l'entourage, le premier contact avec un intervenant ou le retour après une interruption des soins signe le plus souvent une rupture de cet équilibre avec une menace de perte ou une perte avérée. C'est sur ce risque de perte ou cette perte qu'il est nécessaire de s'arrêter afin de faire

actuels qui ne sont plus les mêmes qu'il y a dix ans, tant sur le plan des réponses concrètes à donner aux usagers de drogues que sur les stratégies que l'association doit mettre en place.

Du lobbying politique au travail d'accueil, d'information, de sensibilisation et de réduction des risques liés à l'usage de drogues, l'association entame

émerger les besoins de la personne, pour que le soin ne s'inscrive pas comme un automatisme vide de sens mais prenne appui sur une vie dans laquelle le patient peut se projeter. Dans ce contexte, les traitements de substitution, par exemple, ne peuvent plus être vus sous l'angle de la survie uniquement mais comme des moyens pour d'accompagner une perspective de réhabilitation et d'intégration citoyenne.

La réduction des risques devrait s'articuler dans une réflexion qui permette au patient de donner du sens à des changements de comportement aussi importants que ceux nécessaires à une gestion plus sûre de sa vie et de sa santé. La perspective d'un changement de vie mobilise des ingrédients divers tels que l'ambivalence, la motivation, l'appropriation et l'engagement. Ces éléments ne peuvent être travaillés ou mobilisés que si les changements prennent sens pour la personne.

C'est partir du postulat que le patient souffrant d'addiction peut se mobiliser vers une progression et pas seulement être stabilisé par une action thérapeutique. L'approche de réduction des risques est alors le support de cette progression⁶.

1. Manuel Traitement avec prescription d'héroïne: Directives, recommandations, informations. Office fédéral de la santé publique, Unité dépendances et sida, 3003 Berne

2. OMS (1989). The Use of Methadone in the Treatment and Management of Opioid

3. Marlatt, G.A. & Roberts, L.J. (1998). Introduction, in G.A. Marlatt & J.R. Gordon (Eds.), Treatment of Comorbid Addictive Behaviors: Harm Reduction as an Alternative to Abstinence. In Session: Psychotherapy in Practice, 4, 1, 1-8.

4. "Harm Reduction Psychotherapy: A new treatment for drug and alcohol problems", edited by Andrew Tatarsky, Ph. D - 2002

5. Denning, Patt, et al. Practicing Harm Reduction Psychotherapy: An Alternative Approach to Addictions. New York: Guilford Press. April 2000

6. Manghi, R. Soulignac, D. Zullino, Substitution aux opiacés: programme de la dernière chance ou pari sur la qualité de vie? Revue Médicale Suisse - www.revmed.ch - 18 septembre 2013



les dix prochaines années de manière novatrice, créatrice, militante et en synergie avec le réseau. Elle se doit de rester «au front», en première ligne!