

GREAT

Groupement Romand d'Etudes sur l'Alcoolisme et les
Toxicomanies

**Bureau de promotion de l'Oeuvre Suisse
d'Entraide Ouvrière - OSEO**

Travail et logement pour les personnes évoluant dans le
monde des drogues illégales

**Conditions d'injection en Suisse romande:
situation et pistes d'amélioration**

* * * * *

Les conditions d'injection en Suisse romande
Rachel Geense

La question de l'injection à moindre risque
Ralph Thomas

Yverdon/Fribourg, avril 1999

Etude financée par l'Office Fédéral de la Santé Publique OFSP

Citation suggérée : Geense Rachel, Thomas Ralph. Conditions d'injection en Suisse romande: situation et pistes d'amélioration. Yverdon/Fribourg: GREAT/OSEO, 1999.

Auteur-e-s : Rachel GEENSE, **MPH**. Collaboratrice scientifique à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, IUMSP/UEPP, Lausanne.
Phone/ Fax: 021 314'72'48/44
E-Mail: rachel.geense@inst.hospvd.ch

Ralph THOMAS, Bienne. **Psychologue du travail**. Recherches, évaluations et projets dans les domaines: social, santé, formation.
Phone/ Fax: 032 323'06'81/82
E-Mail: ralphthomas@bluewin.ch

Remerciements : Nous adressons nos remerciements à l'Office fédéral de la santé publique pour avoir soutenu le financement de cette étude.

Nos remerciements pour leur précieuse collaboration vont notamment à:

- Dr. Jean-Pierre Gervasoni et Mme Fabienne Benninghoff de l'IUMSP/UEPP, Lausanne
- M. Bezençon et M. Monachon, Police municipale, Lausanne
- M. H. Chabloz, diacre de l'Eglise de St Laurent/Terreaux, Lausanne
- Dr. C. Eichenberger, Consultation Rue Verte, HUG, Genève
- Gaetano Felicioni, Tagesraum Schaffhausen
- Dr. M. Gebhardt, Département de l'épidémiologie et maladies infectieuses, OFSP
- M. J. de Haas et M. M. Menetrey, Pastorale de Rue, Lausanne
- Nicolas Heller, Gassenzimmer Basel
- Dr. R. Kammerlander, Département de l'épidémiologie et maladies infectieuses, OFSP
- M. W. Kübis, Ateliers du Service logistique et technique de la voirie, Genève
- Susan Lustenberger, Kontakt- und Anlaufstellen Zürich
- Dr. B.Martin, médecin cantonal et Dr.G.Schaller, médecin cantonal adjoint, Genève
- Anita Marxer, Kontakt- und Anlaufstelle Bern
- M. G. Mascali, Fondation des parkings, Genève
- Dr. A. Mino, Consultation Rue Verte, HUG, Genève
- Dr. M. Monnat, Centre St.Martin, Lausanne
- M. Th. Musset, Hopital universitaire Genève, HUG
- Adrienne Scheurer, Notschlafstelle Thun
- Kathrin Simonet et Christa Wacek, Gassennahe Anlaufstelle Solothurn
- Roland Stettler, Notschlafstelle Bern
- Rebecca Wittwer, Notschlafstelle Luzern
- Mme. G. Ziegler, Rel'ier, Lausanne

...et à toutes celles et tous ceux qui ont apporté leur soutien et leur aide.

Merci pour votre disponibilité!

En tant qu'auteur-e-s de cette étude, nous tenons tout particulièrement à remercier les personnes du groupe de projet: Christophe Mani, Groupe Sida Genève et Christian Moeckli, OSEO Fribourg, ainsi que les membres du groupe 'Bas-seuil' du GREAT

01.04.1999

GREAT/OSEO ©

Le rapport complet ou l'abrégé peuvent être commandés à:

- GREAT, rue des Pêcheurs 8, case postale 20, 1401 Yverdon
Phone/fax/e-mail: 024 426.34.34/35 – great.aria@span.ch
- OSEO, route des Arsenaux 9, 1700 Fribourg
Phone/fax/e-mail: 026 347.15.75/78 - sahoseo@infoset.ch

Conditions d'injection en Suisse romande: situation et pistes d'amélioration

Introduction

En Suisse romande, les consommatrices et consommateurs¹ de drogues illégales s'injectent, jour par jour, des drogues de manière intraveineuse. Dans quelles conditions le font-ils? Est-ce que les précautions en matière d'hygiène sont suffisamment respectées? Où le font-ils? Quels sont les risques qu'ils encourent? Est-ce que leur manière de consommer leur permet de se protéger contre ces risques?

Un étrange "röschtigraben" traverse la Suisse: la question des injections continue de séparer les deux régions. Tandis que dans une multitude de régions alémaniques, des concepts de locaux hygiéniques ont été créés pour permettre que les injections se fassent dans un cadre surveillé et protégé, aucune ville ni aucun canton romand n'ont jusqu'à maintenant mis sur pied une structure de ce type. Est-ce que la comparaison des deux réalités nous permet de dégager des pistes pour améliorer la situation de part et d'autre? Est-ce que les réponses apportées à ces questions par nos confrères alémaniques peuvent trouver une traduction dans la réalité romande, et si oui laquelle?

C'est pour répondre à ces deux volets de questions que le GREAT et le Bureau Suisse de réduction des risques de l'OSEO ont fait élaborer le présent rapport. Il a pour tâche de regrouper les éléments qui nous permettront d'y répondre.

Ces éléments sont, à ce jour, éparpillés dans différentes enquêtes, souvent en allemand. La compilation s'est avérée difficile, parce qu'une comparaison des diverses évaluations est souvent rendu hasardeuse par les différences des situations locales, des définitions et terminologies ou tout simplement en raison de l'absence de données.

Ce rapport ne peut donc pas être exhaustif; il s'agit d'une synthèse des informations existantes à ce sujet. En dégagant les tendances et en mettant en avant des pistes d'action, il peut cependant nourrir la réflexion de tous les partenaires concernés par cette problématique ainsi qu'il pourra donner un aperçu des pistes pour des recherches ultérieures.

Notons encore que si l'idée de départ était de donner une synthèse des données disponibles sur la situation dans les cantons romands, les informations présentées ici sont essentiellement un reflet de la situation dans les villes capitales de chaque canton (c'est-à-dire jusqu'à maintenant principalement les cantons de GE et VD), ceci à cause du manque de données autour des petites structures dans les autres villes.

¹Pour des raisons de facilité de lecture, il sera fait usage principalement de la forme masculine. Une attention particulière a été portée aux aspects qui concernent spécifiquement les conditions d'injection des femmes ou des hommes. Soulignons que très peu d'informations ont pu être récoltées à ce sujet.

Le rapport est divisé en deux parties, dont voici les principales caractéristiques:

Objectifs

L'objectif de la première partie est de:

- définir les facteurs qui déterminent les conditions des injections intraveineuses (i.v.);
- rassembler et résumer les informations sur ces facteurs actuellement disponibles en Suisse romande, plus spécifiquement à Genève et dans le canton de Vaud.

L'objectif de la deuxième partie est d'offrir aux professionnels confrontés à la problématique des personnes qui s'injectent des drogues une plate-forme de discussion sur les possibilités d'une injection à moindre risque. Il s'agira de:

- réunir les expériences faites en Suisse alémanique en la matière;
- de faire un inventaire des différentes possibilités de s'attaquer au problème; nous les appellerons des scénarii;
- de formuler une série d'arguments pour ces structures permettant l'injection à moindre risque.

Questions de recherche

Les principales questions qui seront abordées dans ce rapport ont été traduites de la manière suivante:

Première partie

- Quelle est la situation des conditions d'injection pour les toxicomanes en Suisse romande? Comment évolue-t-elle?
- Est-ce que l'offre dans le domaine de réduction des risques répond-t-elle aux besoins des acteurs (toxicomanes, professionnels, voisins, commerçants, ...)?

Deuxième partie

- Quelles alternatives pouvons-nous imaginer pour améliorer les conditions d'injection? Existe-t-il des scénarii envisageables? Est-ce que les réponses apportées à ces questions par nos confrères alémaniques peuvent-elles trouver une traduction dans la réalité romande? Si oui, laquelle?

Méthodes /Démarches

Ont servi à l'élaboration de ce rapport:

- Recherche de littérature avec synthèse des données existantes.
- Entrevues qualitatives avec des professionnels ¹.
- Les discussions des ateliers conduits lors de la journée de formation "Conditions d'injection et prise de risque en Suisse romande", GREAT, novembre 1998, Yverdon

¹ Avec tous nos remerciements, voir page II

Table des matières

CONDITIONS D'INJECTION EN SUISSE ROMANDE: SITUATION ET PISTES D'AMÉLIORATION.....	III
<i>Introduction</i>	<i>III</i>
<i>Objectifs</i>	<i>IV</i>
<i>Questions de recherche</i>	<i>IV</i>
<i>Méthodes /Démarches</i>	<i>IV</i>
PREMIÈRE PARTIE.....	1
LES CONDITIONS D'INJECTION EN SUISSE ROMANDE.....	1
<i>La situation des usagers et les comportements à risques.....</i>	<i>1</i>
<i>Nombre de toxicomanes.....</i>	<i>1</i>
<i>Choix des indicateurs pour déterminer les conditions d'injection.....</i>	<i>3</i>
<i>Discussion des indicateurs</i>	<i>5</i>
Age moyen.....	5
Lieu de domicile.....	5
Sources de revenu	5
Produits de consommation	5
Prix.....	6
Modes de consommation	7
Qualité du produit consommé, évaluation de cette qualité	7
Type de consommation	8
Lieu de consommation	8
Comportements à risque	9
Injection en solitaire	10
Situation médicale générale	10
Situation VIH/SIDA	11
Les hépatites B et C	12
Les abcès	14
Overdoses	15
Overdoses non-mortelles	16
Les décès liés à la consommation des drogues.....	16
<i>L'ordre public.....</i>	<i>18</i>
Problèmes de voisinage	18
La répression policière	19
L'offre de matériel stérile	20
Récupération du matériel d'injection usagé	21
<i>Synthèse des conditions d'injection à Genève et Lausanne</i>	<i>22</i>
<i>Conclusions et recommandations</i>	<i>23</i>
Augmentation de la consommation de cocaïne	23
Qualité du produit consommé, pureté et composition	23
Polytoxicomanie.....	24
Comportements à risque	24
Lieux de consommation.....	24
Injection en solitaire	24
Exposition au VIH et aux hépatites	25
Offre de matériel stérile	25
<i>Bibliographie</i>	<i>26</i>

DEUXIÈME PARTIE.....	27
LA QUESTION DE L'INJECTION À MOINDRE RISQUE	27
<i>Objectif.....</i>	27
<i>Structure du texte.....</i>	27
<i>L'acte d'injection dans un contexte global.....</i>	28
<i>L'acte d'injection à moindre risque: inventaire de structures possibles</i>	31
Scénario "Local d'injection officiel"	31
Scénario "Local d'injection dans une structure d'hébergement d'urgence"	32
Scénario "Local d'injection dans une communauté de vie pour toxicomanes"	33
Scénario "Structure d'encadrement ambulatoire sur les lieux d'injection des gens".....	33
<i>Survol historique en Suisse allemande</i>	34
Zurich.....	35
Berne	35
Bâle.....	36
Soleure	36
Schaffhouse.....	36
<i>Evaluation des structures alémaniques à bas seuil avec local d'injection.....</i>	37
Introduction	37
Etude "clientèle des structures à bas-seuil (SBS) en Suisse"	37
Zurich.....	39
Berne	39
Bâle.....	41
Soleure	41
Schaffhouse.....	42
<i>Discussion - Synthèse.....</i>	44
Bases légales	44
Craintes face au développement des SBS et discours sur leur mise en place.....	45
Ordre public – problèmes de voisinage	46
Stratégie de mise en place de structures permettant l'acte d'injection à moindre risque	48
<i>Argumentaire pour une structure permettant l'acte d'injection à moindre risque</i>	51
Généralités	51
Hygiène d'injection.....	51
Prévention VIH et prévention des hépatites	52
Limiter la précarisation de l'état de santé	52
Overdoses	52
Récupération des seringues usagées	53
Ordre public.....	53
Limiter la marginalisation et l'isolement social.....	53
Coûts	53
<i>Conclusion</i>	54
<i>Bibliographie</i>	55
ANNEXES	56
<i>Annexe 1: Betriebskonzept der Gassenzimmer Basel-Stadt</i>	57
<i>Annexe 2: Règles de fonctionnement "Kontakt- und Anlaufstelle" Berne.....</i>	58
<i>Annexe 3: Concept pour un "local hygiénique" dans le cadre de l'hébergement de nuit</i> <i>"Obdach" (abri) à Lucerne.....</i>	61
<i>Annexe 4: Programme de formation ARIA/GREAT1999</i>	64

PREMIERE PARTIE

Rachel Geense

Les conditions d'injection en Suisse romande**La situation des usagers et les comportements à risques****Nombre de toxicomanes**

Le nombre de consommateurs réguliers dépendants de drogues dures¹ dans toute la Suisse se situe actuellement aux environs de 30'000 personnes²; il semble s'être stabilisé depuis environ 5 ans. Ce chiffre représente la moyenne de différentes estimations disponibles (Gervasoni et al, 1996).

Lorsqu'on compare le nombre des consommateurs dans les cantons romands (voir tableau 1), on note la place du Jura avec un taux proportionnellement plus élevé de 8.8 pour 1'000, ce qui correspond à une probable surestimation qui englobe les consommateurs peu dépendants ou irréguliers. La valeur élevée pour le canton de Genève est liée à la répartition essentiellement urbaine de ce canton³.

Tableau 1: Nombre d'habitants, nombre de personnes toxicomanes par canton romand (1993)

	FR	GE	JU	NE	VD	VS
Nombre d'habitants dans le canton ⁴	218'700	387'600	68'600	163'900	596'700	266'700
Nombre de toxicomanes 1993 (rapport des cantons)	600-1'000	2'500-3'000	600	600-1'000	2'500 - 3'000	800
Nombre de toxicomanes pour 1'000 habitants en 1993	3.4	7.2	8.8	4.9	4.2	3.0

L'évolution observée par des professionnels du terrain et différents indicateurs confirment une stabilisation, voire une diminution du nombre de consommateurs dépendants⁵ dans plusieurs cantons romands (c'est le cas pour GE, VD et JU, même si certains de ces cantons attirent les consommateurs originaires d'autres cantons). La proportion des toxicomanes dans les cantons romands est légèrement au-dessus de la valeur nationale.

¹ Nous reprenons dans ce rapport la définition courante des personnes toxico-dépendantes: les personnes qui consomment au moins une fois par semaine de la cocaïne, de l'héroïne ou d'autres opiacés.

² Fahrenkrug, H, Rehm, J, Müller, R., Klingemann, H., Linder, R (1995) Drogues illégales en Suisse 1990-1993: la situation dans les cantons et en Suisse. Editions Seismo. Zürich.

³ Gervasoni, J-P., Dubois-Arber, F., Benninghoff F., Spencer, B., Devos T., Paccaud F (1996) Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse 1990-1996. Version abrégée. IUMSP. Lausanne.

⁴ Population résidante permanente au 31 décembre 1993 (1994) Annuaire statistique de la Suisse 1995. OFS. Zürich.

⁵ Huissoud T, Gervasoni, J-P, Benninghoff, B, Dubois-Arber, F (1998): Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996: version abrégée du rapport d'août 1998. IUMSP Lausanne (Raisons de santé:20b).

Nombre de personnes en contact avec le réseau socio-sanitaire

Dans le domaine du traitement et de l'assistance aux consommateurs de drogues illégales, on distingue trois principaux axes: le secteur résidentiel, le secteur ambulatoire et le secteur de réduction des dommages. Il est intéressant de voir comment les personnes en contact avec le système d'aide se répartissent dans ces trois domaines.

Les données sur le secteur résidentiel sont (contrairement à la Suisse alémanique) peu développées en Suisse romande du fait que les cantons romands ne se sont que récemment associés aux différentes statistiques nationales portant sur les traitements résidentiels (FOS). Quelques indications statistiques sur le nombre des admissions en hôpitaux psychiatriques dans le canton de Vaud (OPALE) montrent que les places et les admissions augmentent depuis 1995. (Huissoud et al, 1998)

Les traitements ambulatoires (tableau 2) concernent des personnes qui suivent des traitements à la méthadone (cures courtes et cures de maintenance confondues), pour les cantons de Berne, Fribourg et Genève sont également incluses les personnes en programmes de prescription de stupéfiants sous contrôle médical (PROVE).

Tableau 2: Aperçu des données disponibles sur l'évolution du nombre de personnes en traitement dans les cantons suisse romands

	BE	FR	GE	JU	NE	VD	VS
Méthadone 1992 ¹			836			520	
Méthadone 1995			1205			1200	
Méthadone 1997			1398			1576	149
Nombre de traitements à la méthadone pour 100'000 habitants en 1993	193	78	250	139	155	165	23
Progression de 1993 à 1994 du nombre de traitements à la méthadone	8%	34%	11%	16%	29%	15%	22%
Proportion de toxicomanes à la méthadone en 1993	92% (a)	23%	35%	16%	32%	39%	8%
Prescription médicale de stupéfiants (PROVE) ² : nombre d'entrées	166		38	-	-	-	-

Sources : Huissoud et al (1998) et Service du médecin cantonal de Genève.

(a) Cette proportion n'est pas fiable, car basée sur une sous-estimation du nombre de consommateurs sévèrement dépendants.

Ces informations montrent qu'en 1997 plus de la moitié des personnes dépendantes sont en traitement de méthadone dans les cantons de Genève et Vaud et que dans l'ensemble, le nombre de personnes suivant un traitement n'a cessé d'augmenter ces dernières années. Certains professionnels de terrain estiment qu'environ soixante pour cent de la population toxicomane est en contact avec le réseau sanitaire. L'augmentation des traitements semble surtout due à l'ouverture de nouvelles structures, le nombre de médecins praticiens en charge d'un traitement dans leur cabinet restant relativement stable et a même tendance à baisser proportionnellement aux autres offres (Huissoud et al., 1998).

Il faut toutefois noter que le nombre de traitements reste toujours inférieur aux demandes formulées par les personnes toxicodépendantes (Huissoud et al., 1998).

¹ Pour les données "méthadone": nombre de cures en cours à la fin de l'année.

² Il s'agit des produits et modes de consommation suivantes: héroïne (souvent i.v., mais aussi fumée, de la morphine i.v. et de la méthadone i.v). Uchtenhagen, A, Gutzwiller, F, Dobler-Mikola, A. (1997) Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport de synthèse. ISF Zürich.

Choix des indicateurs pour déterminer les conditions d'injection

La situation de vie des personnes toxicodépendantes est décrite dans de nombreuses études, mais ces informations ne sont pas toujours utilisables ou 'représentatives' pour répondre aux objectifs de ce rapport. Le groupe cible qui nous intéresse ici est sévèrement dépendant, souvent socialement très marginalisé et pour une bonne partie hors traitement médical. C'est pour cette raison que nous nous sommes basés principalement sur les résultats des "études clientèles"¹ des structures à bas seuil² faites par l'IUMSP. Pour compléter ces informations, nous avons conduit un certain nombre d'entrevues avec des professionnels du terrain. Étant donné que seuls les cantons de Genève (1993, 1994 et 1996) et de Vaud (1993 et 1996) ont participé à ces études, nous nous sommes limités à ces deux régions.

Le tableau 3 présente une sélection des résultats de cette "étude clientèle". Pour la discussion, nous avons choisi de les compléter avec les données chiffrées d'autres études³ et avec les informations recueillies lors d'une dizaine d'entrevues avec des professionnels de terrain à Genève et à Lausanne⁴ (médecins, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux, pasteurs, voirie, police). Ceci nous permettra de mieux définir les éléments qui déterminent les conditions d'injection. Ces éléments, nous allons les appeler les "indicateurs"; dont voici la liste que nous avons retenue:

Indicateurs pour la situation sociale

- âge
- domicile
- sources de revenu
- relations avec la justice

Indicateurs pour la consommation:

- produits de consommation
- mode de consommation
- fréquence de la consommation
- qualité du produit consommé
- lieu de consommation
- partage du matériel d'injection et comportements à risque

Indicateurs pour l'état de santé:

- situation générale
- VIH/SIDA
- HBV et HCV
- abcès
- overdoses et décès

¹ "L'étude clientèle des structures à bas seuil" identifie les caractéristiques des usagers qui utilisent ces structures et permet de suivre dans des études subséquentes l'évolution des indicateurs de gravité des problèmes liés à la consommation de drogues. Les sujets qui y sont abordés sont entre autres: l'âge moyen des usagers, la consommation, la situation sociale (logement, travail), l'état de santé, le traitement, les prises de risques face au VIH.

² Les structures 'à bas seuil' n'offrent pas de prise en charge suivie, ils visent plutôt à maintenir l'état de santé des consommateurs de drogues, à soutenir médicalement et socialement ceux qui ne sont pas encore prêts à entreprendre un traitement ou qui sont en phase de rechute. Les études de clientèle de l'IUMSP/UEPP sont effectuées au moyen d'enquêtes transversales répétées à intervalle régulier: 1993, 1994, 1996 et 1999 (prévu).

³ Benninghoff, 1998; Huissoud et al, 1998; Gervasoni et al, 1996; Musset et Broers, 1998

⁴ Les personnes interviewées figurent sur la liste à la page II.

Tableau 3: Résultats des études clientèle des centres à bas seuil: Comparaison entre 1993 et 1996 pour le canton de GE et de VD

Légende: "-" = question non posée

Canton	GE		VD	
	1993	1996	1993	1996
N: total de participants	132	53	90	65
Age moyen	26.9	28	26.7	29.2
Où vivent-ils ? (dernier mois)				
➤ % domicile fixe	90	87	80	85
➤ % SDF (sans domicile fixe)	8	8	8	14
➤ % ayant des enfants	-	15	-	21
Sources de revenu le dernier mois				
➤ % Temps complet	29	28	8	5
➤ % Temps partiel	9	6	16	16
➤ % Travail temporaire	9	11	8	7
➤ % Aide sociale	37	26	57	47
➤ % Assurance (AI, AVS, LACI)	9	25	19	38
➤ % Famille, amis	33	15	20	17
➤ % Revenu illégaux	22	15	23	14
➤ % Prostitution	5	2	8	17
➤ % Faisant la manche	-	5	-	11
Consommation durant la vie				
➤ % d'héroïne	100	100	98	99
➤ % de cocaïne	87	93	84	94
➤ % de cocktail / speedball	63	85	56	80
➤ % benzodiazépines	-	74	-	81
Injection, mode de consommation				
➤ % injecteurs durant la vie	100	100	80	95
➤ % durant les 6 derniers mois	96	96	69	89
➤ nombre (moyen) d'injections dernière semaine	-	10	-	15
Fréquence de consommation				
➤ % Cons. rég. héroïne	58	70	32	60
➤ % Cons. rég. cocaïne	3	11	7	25
➤ % Cons.rég. cocktail/speedball	2	4	2	12
➤ % Cons.rég. benzodiazépines	-	40	-	35
Lieu d'injection le plus fréquent durant les 6 derniers mois (une seule réponse)				
➤ % à domicile	-	81	-	92
➤ % dehors, dans un lieu public	-	19	-	8
Partage de seringue usagée				
➤ % Durant la vie	71	51	63	54
➤ % Durant les 6 derniers mois	31	14	39	24
➤ % Don de seringue usagée (dans les 6 derniers mois)	-	18	-	19
Etat de santé perçu				
➤ % Très bonne	11	17	4	14
➤ % Bonne	60	65	62	58
Test VIH				
➤ % consommateurs testés	96	98	89	99
➤ % séropositifs parmi les testés	14	8	18	11
Relations avec la justice				
➤ % contrôle de police dernier mois	47	32	76	55
➤ % déjà été en prison	69	60	79	77

Source: Benninghoff (1997)

Discussion des indicateurs

Age moyen

En regardant le tableau 3, nous notons que l'âge moyen des consommateurs qui fréquentent les structures à bas seuil a augmenté d'environ 2 ans (de 27 à 29 ans), dans les deux cantons, ce qui correspond aux observations faites dans toute la Suisse. Les plus récentes informations sur la clientèle qui consultent les services de l'HUG (Hôpital Universitaire de Genève) nous montrent une évolution similaire: l'âge moyen des personnes a augmenté, passant d'environ 29 ans dans les années 1993-1994 à plus de 32 ans en 1997-1998. Ceci indique que l'ensemble du groupe **vieillit** et que le remplacement par de jeunes consommateurs diminue.

Le nombre de **consommateurs avec des enfants** se situe autour d'une personne sur 6 à Genève et d'une sur 5 à Lausanne.

Lieu de domicile

Dans les deux cantons, le pourcentage des consommateurs qui ont un domicile fixe n'a pas changé entre 93 et 96 et varie toujours autour de 85 %. Seul le pourcentage de personnes sans domicile fixe dans le canton de Vaud a grimpé depuis 1993 de 8 à 14% en 1996.

Sources de revenu

Si nous essayons de répondre à la question: "de quoi vivent-ils?", l'étude clientèle donne les indications suivantes, avec parfois des différences très marquées entre les deux cantons. Si presque 30% de la clientèle d'une structure à bas seuil à Genève a un travail à temps complet, ceci est le cas en Vaud pour environ 6 %, les deux années d'enquête confondues. En ce qui concerne le travail à temps partiel ou temporaire, entre 10 et 15% des consommateurs en vivent, avec un pourcentage plus élevé sur VD, ce qui compense un peu le taux d'occupation à temps complet extrêmement bas. Dans les deux cantons, une grande proportion de consommateurs (entre 25-50%) bénéficient de l'aide sociale et d'assurance sociales (taux plus élevé pour le canton de Vaud), mais ces valeurs ont diminué entre les années 1993 et 1996. Entre les deux enquêtes, le pourcentage de bénéficiaires d'assurances a augmenté à Genève comme à Lausanne.

Les revenus illégaux ont diminué alors que la **prostitution** a augmenté pour l'ensemble des usagers dans le canton de VD, ce qui ne semble pourtant pas le cas à GE (Huissoud et al, 1998).

Produits de consommation

Peu de changements sont intervenus: l'héroïne reste de loin le premier produit utilisé par tous les consommateurs (presque 100% des usagers ont pris ce produit au moins une fois durant leur vie). Quasi partout, il s'agit d'**héroïne brune**. L'**héroïne blanche** a disparu de la rue et ne se trouve qu'en milieu 'privé'. Un certain pourcentage de personnes (40% à

l'HUG)¹ disent consommer uniquement de l'héroïne, mais dans la majorité des cas les usagers sont **poly-toxicomanes**.

Une augmentation de l'offre de **cocaïne** sur le marché noir depuis environ trois ans fait que de plus en plus de personnes la consomment régulièrement comme "deuxième produit" (Musset et Broers, 1998). Ceci est confirmé par l'étude clientèle: si environ 85% des personnes avaient pris cette substance au moins une fois dans leur vie en 1993, ils étaient presque 95% en 1996 à la consommer, les deux cantons confondus. Corollaire à cette augmentation de l'offre de cocaïne, la popularité des 'cocktails' ou 'speedball' (mélange héroïne/cocaïne) s'est également accrue (environ 60% des consommateurs en 1993 à 80% en 1996).

La consommation des médicaments (**benzodiazépines**) a seulement été requise dans l'enquête de 1996. Elle semble diminuer à Genève parmi les patients qui consultent l'HUG et selon les observations des travailleurs de rue de Genève. Par contre, ces produits ont toujours la cote dans le canton de Vaud où ils sont énormément consommés, le plus souvent par injection (mais aussi fumé), en combinaison avec de l'héroïne ou de l'alcool. A Genève, le benzodiazépine le plus connu, à savoir le Rohypnol, semble être moins consommé depuis son inscription sur la liste des stupéfiants. Le comprimé le plus dosé (2 mg) a par conséquent disparu; il est remplacé par le comprimé de 1 mg. Ceci a fortement augmenté son prix. Par brèves périodes, un commerce de Toquilone, et de Subutex, (cachets) apparaît sur le marché noir à Genève, tandis qu'à Lausanne le Toquilone se partage la première place des médicaments consommés avec le Rohypnol. Ces produits sont, entre autres, consommés pour des raisons de facilité de procuration (le prix est bas par rapport aux autres stupéfiants), mais aussi comme automédication pour des problèmes de sommeil et de troubles psychiques². Une raison non négligeable de cette consommation tient au potentiel de dépendance des produits en question: on mentionne des crises d'épilepsie en cas de manque. La **méthadone** est peu populaire sur le marché noir, ce qui a entraîné une diminution constante du prix du produit³.

Presque tous les consommateurs fument aussi du **haschich** et la quasi totalité fument du **tabac**. Finalement, l'**alcool**, le plus souvent sous forme de bière, est omniprésent.

Prix

Les prix des produits stupéfiants sont en règle générale extrêmement fluctuants: ils varient beaucoup selon la région, la quantité et la qualité d'achat. Des tendances générales sont néanmoins à constater. Il semble y avoir une tendance à la baisse et une uniformisation du prix: il y a quelque temps, à Genève, un gramme d'héroïne coûtait entre frs. 200.- et frs. 250.-. Actuellement, on peut y acheter 5 grammes d'héroïne pour frs. 250-300, ce qui est comparable aux prix à Lausanne. Néanmoins, un seul gramme y coûte environ frs. 100.-. La cocaïne coûte à Genève environ frs. 250.- le gramme (ou frs. 50.- une boulette de 0,1 gramme de cocaïne) ce qui est aussi comparable aux prix de Lausanne. Le Rohypnol coûte à Genève entre frs. 3.- et 20.- le cachet et le Toquilone et le Subutex coûtent frs. 10.- le cachet, tandis qu'à Lausanne ces prix vont de frs. 5.- à 10.- le comprimé.

¹ Musset, Th., Broers, B (1998) Problèmes de santé liés à l'usage des drogues illégales. Evolution des motifs d'hospitalisation pour les usagers de drogues traité à l'hôpital Cantonal de Genève entre 1993 et 1998. Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

² Ambulanter Dienst Sucht der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel. Befragung von Opiatabhängigen zur Medikamentengruppe der Benzodiazepine. Ladewig, D et Simoni, H, 1994.

³ Groupe Sida Genève. Secteur réduction de risques. Travail de rue. Bilan 1996-1997. Par Pascale Ernst et Alex Friedli.

Modes de consommation

La grande majorité des consommateurs dépendants en Suisse consomment leurs produits en les injectant i.v., ce qui est aussi le cas pour la majorité des personnes qui fréquentent les services à bas-seuil (entre 95-100% lors de l'enquête 1996). Pour le canton de VD, si en 1993 69% des consommateurs se sont injectés des drogues durant les 6 derniers mois qui précèdent l'enquête, ce taux a grimpé à 89% en 1996 (qui se rapproche de la moyenne suisse). A Genève, le taux élevé de 96% des personnes qui se sont injectés durant les 6 derniers mois est resté identique entre les deux périodes d'enquête¹. Le nombre moyen d'injections sur la dernière semaine est seulement enquêté depuis 1996 mais semble, selon les professionnels du terrain, en augmentation depuis quelques années (voir ci-dessous: type de consommation).

L'injection est préférée aux autres méthodes principalement pour la question de coût - bénéfice: elle procure plus d'effet avec moins de produit.

Les autres modes de consommation – à moindre risque – sont moins prisés (sniffer, fumer², 'chasser le dragon', la voie orale). Cela dépend des habitudes personnelles et des caractéristiques du produits.

Qualité du produit consommé, évaluation de cette qualité

Il n'existe que peu d'informations sur la qualité des produits qui circulent sur le marché noir en Suisse romande. Les estimations vont de 5 à 60% de degré de pureté³. Certaines analyses chimiques faites à ce sujet sur des échantillons trouvés sur le marché noir à Berne indiquent que les teneurs mensuelles de l'héroïne oscillaient de 32 à 62%, avec de fortes variations, tant dans un même mois, que de mois en mois⁴. De nombreuses substances de coupage inadéquates ont été identifiées: caféine (café soluble), diazépam, paracétamol, talc, farine... Dans la même étude, la cocaïne semble avoir un degré de pureté plus élevé: entre 42 à 88%, avec autant de variations sur un même mois, mais peu sur la longue durée. En plus de ces substances mentionnées, une autre étude retrouve aussi des streptocoques ou d'autres germes dans les échantillons⁵. En résumé et pour reprendre une observation faite par certains professionnels, notons que toutes les variations de qualité de produit se trouvent sur le marché noir, en fonction partiellement par les quantités que la personne peut acheter à la fois et selon le prix qu'elle est prête à payer.

Un certain nombre de personnes toxicodépendantes acquièrent avec l'expérience une capacité de perception de la qualité du produit en en goûtant un peu avec le doigt, ou en observant la texture avant l'injection. Cela n'a par contre pas toujours de l'influence sur la pratique d'une moindre prise de risque, comme par exemple un dosage adapté.

¹ La différence entre les deux cantons est due au type de structures où les enquêtes clientèles se sont déroulées (BIPS vs St Laurent/soupe populaire).

² La cocaïne est parfois fumé en base : mélange de cocaïne avec du bicarbonate ou de l'ammoniaque et de l'eau formant des cailloux fumés dans des pipes en verre.

³ Chrevolet, C (1997) par exemple mentionne 30 à 40% dans l'héroïne de rue de Lausanne. in: Je suis toxico, et vous ? Regards croisés et interrogation sur une qualité de vie hors normes. Association du Relais. Morges. D'autres mentionnes 5 à 10%.

⁴ Institut pharmaceutique de l'université de Berne : Surveillance chimique de l'héroïne et de la cocaïne provenant des rues de la ville de Berne (1995-1996). Office fédéral de la santé publique. 26.5.1997. Bulletin 20.

⁵ Institut de microbiologie médicale de l'Université de Berne: Infection à streptocoques chez des toxicomanes dans la région de Berne. Office fédéral de la santé publique. 10.11.1997. Bulletin 44.

Type de consommation

En regardant le tableau 3, nous constatons que le pourcentage des consommateurs réguliers d'héroïne a fortement augmenté entre 1993 et 1996 pour les consommateurs des deux cantons: 58% à 70% à Genève et 32% à 60% pour Vaud. De plus, le nombre de consommateurs réguliers de cocaïne seule ou mélangée à l'héroïne s'est multiplié ces dernières années. En 1993, seulement 3% (GE) et 7% (VD) des consommateurs s'injectaient plusieurs fois par semaine de la cocaïne et 2% (GE et VD) un mélange. En 1996, ces chiffres étaient de 11 (GE) respectivement de 25% (VD) pour la cocaïne et de 4 (GE) respectivement 12% (VD) pour le mélange.

Il est difficile d'établir la fréquence des injections de façon exacte. La seule certitude en la matière est qu'il y a au moins autant d'injections que le nombre de seringues distribuées. Néanmoins l'augmentation de la consommation de la cocaïne donne l'impression que le nombre a augmenté. Les enquêtes auprès de la clientèle bas seuil indiquent pour 96 un nombre d'environ 10 injections par semaine pour Genève, et 17 injections pour Lausanne. Ces valeurs cachent des taux extrêmes, allant d'une à deux injections par semaine à 40 injections par jour – voire plus jusqu'à l'épuisement physique.

Les professionnels estiment que la moyenne se situe autour de 3 à 5 injections par jour et par personne, ceci plusieurs fois par semaine (donc 15-25 injections par semaine par consommateur actif). L'augmentation d'injections est surtout remarquée à Lausanne, où la proportion d'injecteurs parmi les clients des structures à bas seuil a fortement augmenté en trois ans de 69% à 89% en 1996. Les professionnels de Genève voient actuellement plutôt une stabilisation de la fréquence d'injections.

L'augmentation de la fréquence de consommation (des personnes qui consomment régulièrement) est sujette à plusieurs explications, surtout en lien avec la cocaïne. Les consommateurs de cocaïne recherchent principalement l'effet de "flash", moment intense juste après l'injection. Ce flash étant de courte durée, le nombre d'injections est augmenté, les injections se rapprochent. Sont alors mis en cause pour cette augmentation de la fréquence des injections: l'offre abondante de cocaïne sur le marché noir, l'effet de ce produit qui provoque chez un certain nombre de personnes un comportement compulsif ainsi que la popularité de 'cocktails/speedball'. De plus, une aggravation de certains comportements auto-destructifs extrêmes liés à cette consommation est observée.

Selon d'autres sources, l'aggravation de la consommation peut aussi être expliquée par l'abondance générale des produits sur le marché noir et par le laxisme dans la prescription des tranquillisants, ceci notamment dans le canton de Vaud (Huissoud et al., 1998).

Lieu de consommation

"Où faites-vous le plus souvent vos injections?" Cette question n'ayant pas été posée dans le cadre de "l'étude clientèle" qu'à partir de 1996, nous ne pouvons que difficilement déterminer une éventuelle évolution de ces pratiques.

Les résultats montrent que dans la majorité des cas les personnes consomment à la maison (81% à GE, 92% en VD), pour ceux qui ont un chez-soi¹. Néanmoins, ceci montre qu'il reste un grand pourcentage d'injections qui se passent en dehors du lieu d'habitation, soit dehors dans un lieu public ou dans un local public (environ 19% à GE et environ 8% en VD).

¹ Il n'est pas clair si ces réponses incluent les consommations chez les amis.

Une autre enquête confirme ces résultats. En 1997 à Genève, sur un échantillon de 72 personnes, 42 avaient fait leurs dernière injection à la maison ou prévoyaient de faire la prochaine à la maison¹. Il importe de constater qu'une première injection est souvent faite au moment de l'achat du produit, ce qui expliquerait en partie le haut pourcentage des injections faites dans des lieux publics. Le reste est ensuite consommé à la maison. Cette première injection, sur le lieux où s'achète la dose, est faite pour s'assurer de la qualité du produit ("de se faire une pointe") – pour ensuite revenir chez le dealer et acheter la quantité voulue. Ceci dit, le choix des lieux extérieurs se fait en général en fonction de la proximité et de la rapidité. Lorsque les gens choisissent d'aller dans les allées ou les cages d'escaliers, c'est parce qu'ils ne peuvent ou ne veulent pas rentrer chez eux et ou qu'ils ne savent pas où aller.

En général, les hommes semblent utiliser plus souvent que les femmes des lieux extérieurs. A Genève, les lieux d'injection dits 'sauvages' sont nombreux depuis les abords de la Place du Molard jusqu'à Plainpalais. A part les WC publics, il y a différents lieux d'injection en plein air (parcs, etc.), mais aussi dans des parkings souterrains, sur des toits, les entrées d'immeubles et dans des cages d'escalier. A Lausanne, les lieux d'injection sauvages (identiques au genre mentionnés ci-dessus) semblent se concentrer dans le centre: le quartier de Saint Laurent, la route de Genève, le bois de Sévelin, mais aussi dans les toilettes publics et les parkings.

Les toilettes dans les trains régionaux, interrégionaux et intercity sont également utilisées pour des injections.

Comportements à risque

Les "risques de prendre un risque" sont nombreuses dans ce domaine, du fait que la technique de l'injection demande, pour être aseptique, un enchaînement spécifique de gestes précis. Une observation générale, faite par tous les professionnels que nous avons interviewés, est que la plupart des personnes toxicodépendantes n'observent pas les précautions de base. Ceci est particulièrement le cas pour le lavage des mains et la désinfection des sites d'injection avant la piqûre.

Quant aux ustensiles d'injection (seringues, aiguilles), l'étude clientèle indique que l'idée préconisée: "un shoot, une seringue" semble bien respectée par la grande majorité des personnes. Si en 1993, 31% de la clientèle bas-seuil à Genève disait encore avoir partagé leurs seringues durant les 6 derniers mois, ce taux était descendu à 13% en 1996. Pour le canton de Vaud ces taux de partage sont respectivement 39% et, trois ans plus tard, 24%. L'augmentation du nombre et l'accessibilité des points de distribution dans les grandes villes laisse croire que ces taux ont encore diminué depuis, pour aujourd'hui se situer autour d'une valeur estimée entre 5 à 10%. Les situations dans lesquelles les consommateurs continuent à partager des seringues semblent surtout être liées à la consommation i.v. de cocaïne: les multiples injections et l'état de confusion durant ces périodes sont responsables non seulement du partage de seringue, mais également des autres ustensiles nécessaires à l'injection (coton, cuillère, filtres, eau). Aussi arrive-t-il que la substance soit partagée – avec la seringue (*frontloading*) ou par le haut de la seringue démunie du piston (*backloading*).

La réutilisation des seringues par le même utilisateur n'a pas été l'objet d'enquêtes, mais semble encore assez fréquente chez un certain nombre de personnes pour différentes raisons (manque d'organisation, manque d'accès au matériel, fausse perception de risque).

¹ Conditions d'injection. Résultat d'une mini - enquête menée à Genève et Lausanne. Présentation du Groupe Sida Genève à la réunion de GREAT au 9.12.1997.

D'autres exemples de prises de risque, observés par les travailleurs de rue du BIPS¹ à Genève au cours de l'année 1996-1997, ont un lien avec la transaction du produit, notamment le deal de la cocaïne. Ils révèlent que "les vendeurs de cocaïne ont l'habitude d'emballer le produit dans des petites boulettes qui sont ensuite placées dans leur bouche (de manière à pouvoir les avaler en cas de contrôle policier). Les vendeurs insistent ensuite pour que les acheteurs replacent ces boulettes dans leur propre bouche, prenant ainsi un risque de transmission de l'hépatite B et de tuberculose". Cette pratique ne semble pas courante à Lausanne où les boulettes de cocaïne sont souvent enveloppées dans des morceaux de préservatifs et vendue par plusieurs passeurs (rabattage) qui évitent ce passage buccal.

Un autre comportement à risque est lié au manque de connaissances du corps, en particulier des sites d'injection. En s'injectant de la cocaïne à côté de la veine (en para-veineux), le consommateur risque de nécroser la peau environnante, avec pour conséquence des zones noires parfois très profondes, qui sont à jamais 'perdues' pour l'injection.

Injection en solitaire

Un des plus grands problèmes liés aux situations d'injection est que beaucoup de personnes sont seules pendant cet acte. Ceci pose non seulement un problème du point de vue psychosocial et de solitude, mais soulève aussi et très directement le problème d'éventuels surdosages qui passeraient inaperçus et pourraient s'avérer fatals. Les gens qui s'injectent en couple ou à plusieurs sont mieux protégés contre ce risque.

Il n'existe que peu de données à ce sujet. Néanmoins, une étude qui s'intéressait particulièrement aux consommateurs qui ne sont pas (encore) en contact avec le réseau d'aide² a révélé que 36% des consommateurs d'héroïne s'injectaient le plus souvent seul. Chez les consommateurs qui sont en contact avec le réseau d'aide ce taux monte à 40%.

Situation médicale générale

La situation de la santé change beaucoup d'une personne à l'autre, les consommateurs de drogues i.v. ne constituent pas une exception à cela. S'il est difficile de qualifier l'état de santé d'une partie de la population d'une façon exacte, une indication est néanmoins possible du fait qu'un grand nombre des personnes qui nous intéressent est régulièrement en contact avec les structures d'aide et de soins (voir tableau 2). Traditionnellement, les personnes les plus concernées par des problèmes de santé sont celles qui sont dans une phase de consommation active et qui sont pour la plupart en contact avec le réseau de structures à bas seuil d'accès. Pour Genève, le pourcentage des usagers de drogues concernés par ce type d'offre a été estimé à 50% (Eichenberger, 1994). On peut supposer qu'avec l'augmentation des offres du type bas-seuil ce chiffre ait augmenté en parallèle.

Il faut noter que l'état de santé des usagers de drogues s'est globalement amélioré, en tout cas de ceux qui sont en contact avec des structures d'aide, de soins ou de réduction de risques (Huissoud et al, 1998).

¹ Groupe Sida Genève. Secteur réduction de risques. Bus Itinérant Prévention Sida. Travail de rue. Bilan 1996-1997. Par Pascale Ernst et Alex Friedli.

² Hausser D, Kübler D. (1996) Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical, une étude exploratoire auprès d'une population cachée; Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CAH RECH DOC: IUMSP n° 111.7, Lausanne.

Concernant la santé d'une grande partie des consommateurs, les professionnels du terrain font les observations d'ordre général qui sont les suivantes: carences de toutes sortes (mauvaise nutrition entraînant une perte osseuse par manque de calcium, mauvaise hygiène dentaire et disparition des règles chez les femmes). A ces problèmes s'ajoutent d'autres: l'exposition aux risques infectieux (abcès, endocardites), aux maladies virales (VIH/SIDA, hépatites), mais aussi les accidents (règlements de compte, rixes, circulation sous l'influence de psychotropes)¹ font que beaucoup de personnes sont en permanence dans un état de santé précaire.

Situation VIH/SIDA

Les données présentées dans ce paragraphe représentent la situation pour les tests VIH positifs effectués dans les cantons romands au 31 octobre 1998. Les voies de transmission ne sont pas spécifiées, le système de déclaration et leur nombre restreint ne le permettent pas.

L'interprétation des données est délicate et nécessite une combinaison de connaissances multiples. Nous nous adossons alors sur les explications présentés dans les textes publiés par Sudre (1998), Huissoud et al (1998) et par l'OFSP (1998).

En regardant ces statistiques, il faut se rappeler que l'incidence de l'infection VIH dans les différents cantons (le nombre de nouvelles infections chaque année) ne peut pas être connue avec précision du fait que tous les cas ne sont pas détectés (testés), que les cas détectés peuvent correspondre à des infections plus ou moins récentes (Sudre, 1998) et que les tests ne sont pas toujours faits dans le canton de résidence.

Tableau 4: Nombre de déclarations de tests VIH positifs². Déclarations depuis 1985, en 1994, 1995, 1996, 1997 *

	FR	GE	JU	NE	VD	VS
Nombre de déclarations depuis 1985*	456	3512	105	210	1929	346
Nombre de déclarations en 1994	7	115	6	5	68	9
Nombre de déclarations en 1995	11	117	1	7	54	7
Nombre de déclarations en 1996	12	119	0	10	57	4
Nombre de déclarations en 1997	7	83	0	4	50	8
% de tests VIH liés à l'injection de drogues par rapport à l'ensemble des tests VIH	20.2	20.0	35.5	30.1	36.1	30.5

* Etat au 31.10.98

Sources : OFSP (1998), Bulletin OFSP 49/98 et Huissoud et al (1998).

En ce qui concerne la transmission du VIH, le nombre de nouvelles déclarations de séropositivité a globalement décliné de façon assez régulière dans la majorité des cantons romands, même si certains cantons ont l'air d'avoir des taux stabilisés au cours des dernières années (notamment VS).

Pour estimer la part des infections dues à l'injection de drogues, l'OFSP (1998) indique que pour l'année 1997, 15% des infections dans toute la Suisse étaient dues à l'injection des drogues (19,3% en 1996). Huissoud et al (1998) nous donnent le pourcentage de tests VIH positif liés à l'injection de drogues par rapport à l'ensemble des tests VIH + et ceci par can-

¹ Musset et Broers (1998).

² Sans spécification pour la voie d'infection.

ton (tableau 4 ci-dessus). Il est intéressant de voir que le canton de Genève, qui est le canton le plus touché par l'épidémie, a le pourcentage le plus bas (20%) et que le canton de Vaud avec ses 36.1% est en dessous de la moyenne nationale, qui est de 37.9%.

Une autre observation intéressante porte sur les taux d'infections respectifs des hommes et des femmes. On constate alors que l'infection liée à la consommation i.v. de drogue est en recul constant pour les deux sexes: de 47,1 % en 1988 à 18,6 % fin 1997 pour les hommes et de 57,6% en 1988 à 13,7% fin 1997 pour les femmes¹.

Aussi parmi les utilisateurs des structures à bas seuil, le taux de séropositivité a diminué: de 1993 à 1996, il est passé de 14% à 8% à Genève et de 18% à 11% dans le canton de Vaud².

La situation épidémiologique du Sida déclaré – ultime stade de l'infection VIH – ne renseigne pas sur l'intensité actuelle de la transmission et l'efficacité de la prévention. C'est pour cela que nous ne donnons pas d'indications à ce sujet.

Les hépatites B et C

Il est important de suivre l'infection des hépatites auprès des usagers de drogues car les hépatites se révèlent être un problème important de santé publique auprès de cette population. Pour ceci, il faut faire une distinction entre les différents types d'hépatite. En principe, les usagers de drogues i.v. sont un groupe à risque susceptible de s'infecter avec tous les types de virus d'hépatite (de A à E), mais ce sont les infections de type B et C qui – du fait de leur voie de transmission et de leur impact sur la santé – posent le plus de problèmes pour cette population.

La transmission des hépatites B et C se fait par le sang (usage commun de seringues, aiguilles, cuillères, filtres, eau, partage de la substance) mais aussi par voie sexuelle et de la mère à l'enfant lors de l'accouchement. L'hépatite C est rarement transmise par voie sexuelle. Mais elle est plus virulente que l'hépatite B et parmi les consommateurs de drogue, elle se transmet surtout par l'utilisation en commun des ustensiles d'injection (incluant aussi l'eau, le coton et la cuillère).

Les conséquences d'une infection d'hépatite, devenue chronique, sont d'abord des lésions durables du foie pouvant évoluer en cirrhose du foie, avec un risque de développer un cancer du foie. D'autre part, une infection d'hépatite (mis à part le fait d'être beaucoup plus virulente que le VIH) augmente considérablement le potentiel d'infection par le virus VIH. Un vaccin (et certain médicaments) existe contre les hépatites A et B. Aucun vaccin contre l'hépatite C n'est commercialisé à ce jour. En plus, le risque de développer un cancer du foie varie autour de 18-20% pour l'hépatite C (Foster et al, 1997).

¹ Les pourcentages se fondent sur les déclarations complémentaires des médecins, qui ne représentent en moyenne que 52% des déclarations de laboratoires de confirmation. Pour cette raison la voie d'infection ne peut être classifiée qu'à 52%.

² Ces informations résultent d'une enquête auto-administrée auprès de la clientèle de structures à bas seuil. Lors de l'interprétation il faut tenir compte que ces informations sont "selon le dire de la personne".

Tableau 5:
Déclaration des hépatites B aiguës par année (1989-1997) et par canton (romand);
pourcentage dû à la consommation i.v. de drogues

Année de la première déclaration	FR	GE	JU	NE	VD	VS	% dû à la consommation de drogues par injection, par année en Suisse
1988	1	35	0	10	20	7	23.53 %
1989	5	37	1	16	19	9	40.04 %
1990	6	30	2	11	10	1	51.47 %
1991	2	23	2	24	13	2	51.13 %
1992	6	24	3	24	23	8	45.09 %
1993	7	15	6	6	15	7	48.23 %
1994	9	15	3	15	17	5	54.18 %
1995	7	20	3	5	14	3	40.40 %
1996	4	20	1	1	10	3	30.73 %
1997	15	20	0	3	27	5	32.81 %
Total	62	239	21	115	168	50	43.52 %

Source: Dr. Kammerlander, OFSP.

Une interprétation globale et scientifique de ces chiffres n'est malheureusement pas possible du fait que les informations disponibles sont trop faibles pour être analysés par canton. La tentative d'explication avancée ci-dessous concerne la situation en Suisse de manière générale, mais elle peut vraisemblablement être reprise pour rendre compte de la situation en Suisse romande.

Pour l'hépatite B, l'évolution des déclarations d'hépatite B aiguë est étroitement associée au taux de nouvelles infections chez les consommateurs de drogues. Entre 1988 et 1989 il y a une augmentation de 39% du nombre d'hépatites B, dont 83% de cette augmentation sont dus aux consommateurs de drogues. De 1990 à 1994, 400 à 500 cas d'hépatites B ont été déclarés chaque année en Suisse dont plus de 200 (45-55%) sont attribués à la consommation de drogues. La diminution de l'incidence amorcée depuis 1995 est essentiellement expliquée par la diminution des cas déclarés avec ce risque: 58 (30%) en 1996 pour un total de 191 hépatites déclarées¹. Les facteurs qui sont probablement à l'origine de cette évolution sont: une diminution du nombre de nouveaux consommateurs, un changement des habitudes de consommation, l'utilisation plus conséquente de matériel à usage unique mais aussi l'amélioration générale de la prise en charge et des conditions d'existence des consommateurs de drogue.

Une estimation basée sur des questionnaires dans plusieurs centres à bas-seuil en Suisse alémanique indique une prévalence (ensemble des personnes infectées d'un groupe cible, en %) de l'ordre suivant: VIH: env. 20%, hépatites B (HBV): env. 80% (dont 20% chroniques), hépatites C (HCV): env. 90% (dont 45-80% chroniques)². En Suisse romande, des taux semblables se profilent³.

¹ Présentation du Dr. R. Kammerlander : Diminution des consommateurs de drogues dans les déclarations d'hépatites aiguës et de VIH/sida. Journée bas-seuil novembre 97, Berne.

² Hepatitis -Prävention bei Drogenkonsumierenden : Position der Fachgruppe HIV/Aids und Drogen. BAG 3.4.98.

³ Ces informations sont comparables aux données provenant du Programme Expérimental de Prescription des Stupéfiants (PEPS) à Genève : Sur les 38 personnes dans le programme de prescription d'héroïne, 26% sont VIH-positives, 74% sont infectées par le virus hépatite B et 84% sont testées positives de l'hépatite C (prévalence sur 1997). Données reçues du Dr. A. Mino.

Tableau 6:
Déclaration des hépatites C aiguës par année (1989-1997) et par canton romand; pourcentages dus à la consommation i.v. par année

Année de la première déclaration	FR	GE	JU	NE	VD	VS	% dû à la consommation i.v. par année en Suisse
1989	0	0	0	0	0	0	50 %
1990	0	0	0	0	0	0	100 %
1991	0	1	0	1	1	0	100 %
1992	0	1	0	2	2	0	74.47 %
1993	1	7	0	1	3	4	60.66 %
1994	0	3	0	2	3	2	66.67 %
1995	0	7	1	1	6	0	59.70 %
1996	2	7	2	2	4	5	73.21 %
1997	3	6	3	0	9	3	69.70 %
Total	6	32	6	9	28	14	68.10 %

Note: Le faible nombre d'hépatites C aiguës s'explique par le fait que la plupart des infections aiguës n'entraînent pas de symptômes et ne sont (donc) pas diagnostiquées.

Les données qui nous sont fournies par l'HUG (Musset et Broers, 1998) montrent – sur une évolution de cinq ans (1993-1998) – une diminution du pourcentage de patients testés positifs pour l'hépatite B, alors que les taux pour l'hépatite C restent stables. Le nombre important de patients porteurs du virus de l'hépatite C incite à penser que le problème des hépatites C aiguës va probablement s'accroître de manière significative (Musset et Broers, 1998).

Sur un total d'environ 2500 déclarations annuelles d'hépatite C en Suisse, 50 à 100 sont des hépatites symptomatiques récentes. La consommation de drogues est le risque déclaré dans 60 à 70% des cas récents. Si le nombre est trop faible pour identifier des tendances dans le temps, soulignons que le pourcentage du risque des injections est très élevé. Le constat que le HBV est moins reparti parmi la population est premièrement dû au fait que le HBV est moins souvent chronique que HCV et qu'il existe une possibilité de vaccination contre l'hépatite B.

Les abcès

Un abcès est dû aux mauvaises conditions d'hygiène et aux fausses habitudes d'injection. Un abcès non - ou mal – traité peut, en plus d'une lente et mauvaise cicatrisation, résulter en une infection généralisée appelée bactériémie ou septicémie¹.

Les causes des abcès sont multiples: mains sales, mauvaise manipulation de la seringue, réutilisation de seringues, manque de connaissance corporelle (sites d'injection), manque de connaissance sur l'hygiène d'injection (pas de désinfection avant l'injection), manque d'hygiène de produit, plus grande disponibilité sur le marché noir de certains produits (notamment la cocaïne) entraînant une augmentation de fréquence de la consommation.

Les consommateurs de drogues se font généralement des abcès aux endroits où ils s'injectent fréquemment: les avant-bras ou les jambes. Certaines personnes en développent

¹ Passage de bactéries dans le sang. Ces bactéries peuvent créer des foyers infectieux (abcès internes) au niveau des valves du cœur, dans le cerveau, les reins, etc. Ces abcès peuvent se décharger, c'est à dire de temps en temps libérer des bactéries dans la circulation et provoquer des poussées de fièvre. Sans traitements anti-biotiques, la personne peut mourir.

malheureusement plus fréquemment – à cause de leur constitution physique et leur capital veineux. Les abcès nécessitent souvent un traitement antibiotique, les soins autodidactes sont donc déconseillés. Certains médecins par contre, faute de mieux, donnent des conseils à leurs patients toxicodépendants sur la façon de crever un abcès pour que la cicatrisation se passe au mieux; parfois le personnel soignant montre aux personnes toxicodépendantes quelles veines sont encore utilisables pour s'injecter, afin d'éviter de créer ou d'aggraver des abcès. Une pommade anti-inflammatoire (Hiruoide,) est très demandée par les consommateurs pour soigner l'état de leurs veines.

Dans le canton de Genève, une étude récente à l'hôpital universitaire Genevois (HUG)¹ note une augmentation depuis trois ans (1995-1996) des hospitalisations liées aux mauvaises pratiques d'injections. En 1997, L'HUG a enregistré 275 jours d'hospitalisation pour cause d'abcès. Durant cette même période, quelques personnes ont été hospitalisées pour des bactériémies/septicémies. D'autres cas ont présenté des infections très sévères, nécessitant des hospitalisations de 2 à 3 semaines avec des soins considérables (geste chirurgical, antibiothérapies i.v.) générant des coûts importants (Musset et Broers, 1998). Sur les cinq dernières années, 12% des personnes toxicodépendantes ont été hospitalisées à l'HUG à cause d'abcès. Dans une autre structure à Genève², les abcès sur injection couvrent environ 80% des consultations.

En l'absence de données spécifiques à ce sujet pour le canton de Vaud, aucun des interlocuteurs du réseau médico-social a pu s'exprimer avec certitude sur une éventuelle augmentation ou diminution de la fréquence d'abcès chez les consommateurs i.v. Certains professionnels disent observer une diminution des cas d'abcès, mais qui s'accompagne par une aggravation de chaque cas.

Overdoses

Pour pouvoir discuter de l'overdose (ou *surdose*) comme indicateur des conditions d'injection, il est nécessaire de faire une différence entre les overdoses mortelles et non-mortelles. Les premières peuvent être évitées en améliorant les conditions d'injection. En revanche, il est difficile d'exclure complètement les overdoses non-mortelles. L'overdose n'est pas un concept clairement défini, il existe plusieurs gradations. On peut considérer qu'il y a surdosage dès que les effets obtenus sont supérieurs à ceux désirés. La définition médicale stipule qu'il s'agit d'une intoxication aiguë (suite à une seule consommation) à partir du moment où des troubles respiratoires apparaissent: respiration irrégulière (bradypnée), ensuite état comateux sans réflexes, voire arrêt cardiaque³.

Les causes et les risques d'overdose sont multiples: l'inexpérience et la méconnaissance des produits du marché, les reprises de consommation après sevrage, la consommation par intraveineuse, la qualité de l'héroïne, la méthadone⁴, la quantité du produit (défoncé et

¹ Musset, T, Broers, B (1998) Problèmes de santé liés à l'usage des drogues illégales. Evolution des motifs d'hospitalisation pour les usagers de drogues traités à l'hôpital Cantonal de Genève entre 1993 et 1998. Hôpitaux Universitaires de Genève.

² "Consultation Rue Verte" Hopitaux Universitaire de Genève. Division des abus de substances.

³ Gazareth, P. (1997) Risques de mort, paroles de vie. Cahiers de l'ISSP.

⁴ "La méthadone est un opiacé susceptible de provoquer la mort dans toutes les situations à risque identifiées pour l'héroïne. Sa longue durée d'action la rend intéressante pour les cures de substitution mais aussi plus risquée car susceptible de provoquer une overdose alors qu'on ne s'y attend plus (lors d'une forte alcoolisation plusieurs heures après la consommation par exemple). Ses faibles propriétés euphorisantes favorisent de plus chez certains une tendance aux consommations concomitantes

consommation incontrôlée), les mélanges de substances, les tentatives de suicide et les états dépressifs, la 'fragilité' de l'organisme, la crainte de la répression policière en cas d'appel d'une ambulance. Des facteurs sociaux (le célibat et un bas niveau d'éducation) et environnementaux (consommation dans des lieux inhabituels) s'y ajoutent (Gazareth, 1997).

Une distinction entre les overdoses mortelles et non-mortelles est également nécessaire d'un point de vue épidémiologique: s'il est possible de recenser les décès par overdose, il est très difficile d'évaluer l'importance des overdoses non-mortelles, ne serait-ce que parce que les personnes qui en sont victimes reprennent souvent connaissance sans même savoir d'avoir fait une overdose.

Overdoses non-mortelles

Les chiffres sur les hospitalisations d'urgences suite à des overdoses sont presque inexistantes dans la plupart des cantons, à part quelques informations éparses provenant de Genève et Lausanne. Si les hospitalisations sont un des seuls moyens de récolte d'information à ce sujet, le nombre de personnes gardées à l'hôpital suite à des overdoses n'est pas significatif du nombre réel de ces accidents; ceci d'une part parce que dans la majorité des cas, les personnes admises aux urgences pour ce motif repartent sans être hospitalisées. D'autre part parce que les victimes d'overdoses peuvent être réanimées en ville (par les pairs¹, les ambulanciers et les équipes bas seuil sur le terrain) sans être ramenées à l'hôpital. Uniquement les personnes dont l'overdose entraîne des complications sont hospitalisées (Musset et Broers, 1998).

A l'Hôpital universitaire de Genève, le nombre des personnes hospitalisées suite à des overdoses semble en baisse depuis deux ans. Des explications pour cette baisse pourraient être le développement de l'offre de soins, la tolérance aux opiacés induite par la méthadone (les personnes en cure sont d'une certaine façon 'protégées' des risques d'overdose) la moindre disponibilité des benzodiazépines sur le marché noir à Genève et l'action de prévention des overdoses par les pairs (Musset et Broers, 1998).

Dans le canton de Vaud une recherche a été menée sur 12 mois en 1996. Elle examine 190 cas d'overdose impliquant 140 personnes transférées aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) ou prises en charge par un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) à Lausanne. Sur ces 190 cas, 15 décès ont dû être constatés (Huissoud et al, 1998).

Les décès liés à la consommation des drogues

Les décès dus à la consommation de drogues donnent un reflet de la gravité de la situation et expriment l'importance des risques et de la précarité auxquels sont confrontés les consommateurs de drogues illégales.

Sont définis comme décès liés à la drogue les accidents ou suicides provoqués par la prise de drogues illégales, ainsi que ceux attribués aux comportements de toxicomanie (Gervasoni et al, 1996). En 1987, un formulaire unique a été introduit pour toute la Suisse pour recenser ces décès. Il recueille des données sur l'âge, le lieu de décès, le lieu de domicile et la subs-

d'héroïne ou d'autres psychotropes qui constituent de fait la principale cause de mortalité due à ce produit" (Gazareth, 1997 p.11 Annexe).

¹ Le canton de Genève connaît depuis fin 1996 un programme de prévention d'overdoses spécifiquement pour et par les consommateurs de drogue.

tance responsable. Depuis 1985, les statistiques sur les décès n'incluent plus les décès des consommateurs de drogues décédés de Sida.

En regardant les statistiques dans le tableau 7 ci-dessous, on note qu'après une augmentation des décès jusqu'en 1994, une baisse est enregistrée dans presque tous les cantons romands, sauf dans le Jura où les taux sont stables (Gervasoni et al, 1996).

Tableau 7:
Indicateurs des décès liés à la consommation de drogues par canton, comparés à l'ensemble de la Suisse.

	FR	GE	JU	NE	VD	VS
Nombre de toxicomanes pour 1'000 habitants 1993	3.4	7.2	8.8	4.9	4.2	3.0
Nombre de décès pour 100'000 habitants, moyenne de 1994-1995	3.4	6.9	2.9	12.0	5.0	3.0
Nombre de décès pour 100'000 habitants, moyenne de 1996-1997	2.3	4.2	2.9	5.5	2.7	2.3
augmentation/diminution du nombre moyen de décès en % entre 94-95 et 96-97	- 50%	- 40%	0%	- 54%	- 46%	- 25%
Décès nominaux en 1997		7			17	

Source: *Huissoud et al (1998)*

Les facteurs avancés pour expliquer cette diminution des décès par surdose à Genève sont les mêmes que pour les hospitalisations: l'offre élargie et diversifiée de traitements (programme de prescription d'héroïne "PEPS" et les 1400 cures de méthadone) une diminution de consommation de certains produits (benzodiazépines) une stabilisation du degré de pureté de l'héroïne, l'information systématique auprès du groupe à risque avec 2000 cartes de 144 (numéro de premiers secours) distribuées et la formation en réanimation par les pairs.

L'ordre public

Après les informations liées directement aux conditions d'injection, ce chapitre traitera les questions qui déterminent ces dernières de manière indirecte. La question soulevée ici est la suivante:

➤ **Quel est le lien entre les conditions d'injection des usagers de drogues et l'ordre public?**

Pour y répondre, nous aborderons les trois thèmes suivants: problèmes de voisinage, répression policière et l'offre et la récupération du matériel d'injection.

Notons que les informations présentées dans ce chapitre ne proviennent pas de documents officiels. Elles ont été récoltées pour la plupart auprès des représentants du terrain (professionnels du domaine socio-médical, services de voirie, parking et police judiciaire).

Problèmes de voisinage

Les problèmes de voisinage en lien avec la consommation de drogues illégales sont d'une part des nuisances objectives (seringues, vomissures, déchets, criminalité) et d'autre part des situations qui, subjectivement appréciées de manière très différente, peuvent engendrer un trouble de l'ordre public: concentration de toxicomanes, bruit, impolitesse, sentiment d'insécurité, et autres (Kübler et al, 1997). Chaque grande ville connaît ces aspects jusqu'à un certain degré.

A Genève, les principaux lieux de transaction de drogues illégales et de présence d'usagers se situent à deux endroits différents: à la place du Molard au centre-ville où se vendent principalement l'héroïne et les médicaments de type benzodiazépines et dans le quartier de la Gare, principal lieu de trafic de cocaïne¹. Le premier lieu est surtout fréquenté par les usagers entre midi et 20h, tandis qu'à la Gare, le trafic commence fin après-midi jusqu'à tard dans la nuit. L'atmosphère entre consommateurs est plutôt calme et peu violente au Molard, tandis que la situation à la Gare est vécue comme plus agressive avec plus de violences verbales et physiques entre consommateurs.

Qu'en est-il du matériel d'injection usagé? La voirie de la ville de Genève nous informe que surtout les toilettes publiques ainsi que quelques parkings souterrains sont concernés. Sur les 65 toilettes publiques de la ville, une douzaine sont particulièrement confrontées au problème: elles sont utilisées quotidiennement pour la consommation des produits et parfois aussi la prostitution liée à la consommation. La voirie dénonce les nuisances suivantes: dégâts des lieux, concentration de seringues et autres produits utilisés qui traînent, traces de sang et de vomissements, agressions verbales et physiques envers le personnel de nettoyage, abus des lieux pour stocker des produits.

Afin de mieux mesurer l'étendue du problème, un comptage des seringues usagées a été effectué lors d'un ramassage sur une période d'un mois². Un nombre total de 730 seringues ont été ramassés dans 24 toilettes différentes. Dans une toilette près de la gare, 158 serin-

¹ Groupe Sida Genève. Secteur réduction de risques : Travail de rue : Bilan 1996-1997. Par Pascale Ernst et Alex Friedli. Page 2.

² De mi-septembre à mi-octobre 1998, ces ramassages se passaient entre 5h et 7h du matin, uniquement pendant la première tournée de la journée (trois tournées par jour).

gues ont été trouvées (jusqu'à 13 par matinée). Avec l'augmentation récente des agressions (menaces, parfois avec couteau/seringue, demandes d'argent) par certains consommateurs envers les ouvriers de la voirie, celle-ci a demandé un soutien auprès des autorités de la police pour la protection de ses employés. Un projet pour un outil de protection d'autodéfense pour les employés de la voirie (comme un bombe à gaz) est actuellement à l'étude.

Les moyens suivants ont permis de diminuer ces problèmes: le nettoyage et le retapage des lieux, l'installation de panneaux d'affichage et de bacs de récupération de seringues. A Genève, les lieux de distribution de seringues n'ont dans le passé jamais engendrés des problèmes de voisinage.

A Lausanne, c'est le centre ville autour de la place St. Laurent qui attire le plus d'attention par rapport aux problèmes d'ordre public. La situation actuelle a débuté en 1994 quand des usagers des drogues illégales ont commencé à se regrouper sur les marches de l'église St Laurent. Leur présence à cet endroit central de la ville a vite provoqué des réactions. Dès le début et suite à une pétition des commerçants, les professionnels du terrain ont cherché à établir un dialogue régulier entre les différents milieux concerné au sein d'un groupe de travail¹ créé à cet effet. Malgré ces efforts, la situation actuelle entre les groupes reste tendue, notamment en raison d'un afflux non négligeable de consommateurs provenant d'en-dehors de Lausanne ou du canton.

Quant au matériel d'injection utilisé trouvé dans les endroits publics, nous possédons moins d'informations que pour le canton de Genève, même si il est connu qu'on en trouve régulièrement dans certaines toilettes publiques au centre ville, et dans d'autres endroits extérieurs longeant la Route de Genève. Le responsable de terrain de la voirie Lausannoise, nous fait part de son "impressions qu'on en trouve toujours un peu plus (de matériel usagé) qui traîne".

La répression policière

La répression policière en matière d'infraction à la loi sur les stupéfiants a une influence directe sur les conditions d'injection: la police doit dénoncer tout consommateur de drogues illégales 'en flagrant délit'. Ce simple fait engendre, chez les consommateurs, un stress qui mets en danger l'observation des règles hygiéniques nécessaires (Geense et al., 1997). Ceci a été particulièrement le cas au temps où la possession du matériel d'injection en soi était déjà une raison de dénonciation. Si ce n'est plus le cas aujourd'hui (à Genève et Lausanne), ceci n'empêche que l'activité policière répressive envers les consommateurs de drogues n'a pas cessé d'augmenter en Suisse depuis 1990 (Huissoud et al, 1998).

Entre 1990 et 1994, le nombre de dénonciations a pris un envol dans l'ensemble de la Suisse et dans tous les cantons. Ce sont surtout les dénonciations répétées qui représentent la plus grande partie de cette augmentation, avec une tendance à la stabilisation du nombre de premières dénonciations entre 1993 et 1994. Entre 1994 et 1997, cette tendance s'est encore accrue avec une diminution en nombre absolu des premières dénonciations.

En 1997, dans le canton de Genève, le taux de dénonciation global (6.3 pour 1000 habitants) est en dessous de la moyenne suisse (6.7 pour 1000 habitants), ce qui représente une nette diminution par rapport à 1994 (8.9 pour 1000 habitants).

¹ Groupe de travail des Escaliers de St.Laurent, avec la participation des principaux concernés: la police municipale, la municipalité, les commerçants, les différents associations œuvrant dans le milieu d'aide aux toxicomanes (pastorale de la rue, soupe populaire, etc.), mais aussi des journalistes et des consommateurs.

Le canton de Vaud a par contre des taux supérieurs à la Suisse: 9,0 dénonciations pour 1000 habitants, ce qui le place en tête de liste de tous les cantons romands. Néanmoins, pour le canton de Vaud, la plus grande partie de ces dénonciations est liée à la possession de cannabis.

Relevons encore que si le nombre de dénonciations diminue pour l'héroïne entre 1994 et 1997, la tendance est inverse pour la cocaïne (Huissoud et al,1998).

En ce qui concerne les condamnations, les seules données au niveau suisse dont nous disposons datent de 1994: à Genève (qui applique le principe d'opportunité) 88% portent sur le trafic, contre uniquement 8% sur la consommation. Dans le canton de Vaud, les condamnations portent principalement sur la simple consommation (59% versus 33% en suisse), alors que le trafic et la consommation représentent 31% (Huissoud et al, 1998).

L'offre de matériel stérile

Le matériel stérile qui sert à l'injection est vendu dans les pharmacies, mais aussi distribué gratuitement par différentes institutions et intermédiaires qualifiés et autorisés par les cantons. Il n'existe à ce jour pas de distributeur automatique en Suisse romande.

La distribution de seringues et d'aiguilles s'accompagne dans la plupart des institutions de matériel annexe à l'injection stérile: les tampons alcoolisés, l'acide ascorbique, l'eau physiologique et éventuellement les bacs de récupération. Depuis la mise à disposition du matériel stérile dans les cantons, le nombre de seringues distribués par année a fortement augmenté, même s'il existe des variations selon le 'type de distributeur' (pharmacie ou bas-seuil) sur les différentes périodes dans chaque année.

Tableau 8:

Nombre de seringues distribuées par canton par les pharmacies et les offres à bas seuil par mois* et par année: 1994 et 1996 (en italique)¹

légende: "-" = chiffre non disponible

	FR	GE	JU	NE	VD	VS
Situation pharmacies/mois	1'528 <i>1'700</i>	12'979 <i>7'749</i>	736 <i>1'067</i>	3'779 <i>4'312</i>	17'172 <i>15'542</i>	520 <i>1'102</i>
Offres à bas-seuil/mois	0 -	10'198 <i>11'239</i>	0 -	0 <i>0</i>	0 <i>22'800</i>	0 <i>0</i>
Total par mois	1'528 <i>1'700</i>	23'177 <i>18'988</i>	736 <i>1'067</i>	3'779 <i>4'312</i>	17'172 <i>38'342</i>	520 <i>1'102</i>
Situation pharmacies sur l'année	18'336 <i>20'399</i>	155'758 <i>92'991</i>	8'841 <i>12'809</i>	45'358 <i>51'747</i>	206'068 <i>186'500</i>	6'250 <i>13'226</i>
Offres à bas-seuil sur l'année	0 <i>0</i>	153'791 <i>134'381</i>	200 <i>**1'900</i>	0 <i>0</i>	0 <i>113'920</i>	0 <i>0</i>
Total sur l'année	18'336 <i>20'399</i>	309'549 <i>227'372</i>	8'841 <i>12'809</i>	45'358 <i>51'747</i>	206'068 <i>300'420</i>	6'250 <i>13'226</i>

* Nombre mensuel estimé sur les trois derniers mois de l'année, soit la moyenne d'octobre, novembre et décembre.

** En forte augmentation depuis. 1997: 7'620

¹ Benninghoff, F (1997) Statistiques de l'étude nationale sur les pharmacies et l'étude sur les centres à bas-seuil IUMSP, Lausanne.

Le tableau suivant reprend ces données en explicitant le taux de distribution respective dans les pharmacies et les centres à bas seuil. Le pourcentage distribué par les pharmacies diminue au cours du temps au profit des structures à bas seuil. A Genève, le nombre de seringues distribué par les pharmacies a chuté. Cette diminution s'explique peut-être par l'augmentation des personnes qui bénéficient de la prescription d'héroïne sous contrôle médicale (PEPS)¹ commencé à Genève en 1996 et par le nombre de traitements de substitution à la méthadone.

Il faut toutefois noter que même avec l'augmentation constante de l'offre en matériel stérile, la situation d'accès au matériel propre n'est toujours pas suffisante dans la plupart des cantons romands, particulièrement dans les moyennes et petites villes et durant la nuit.

Tableau 9:

Nombre mensuel* de seringues vendues dans les pharmacies et distribuées dans les centres à bas seuil et les pharmacies

		Pharmacie	Bas seuil	Total	% pharmacies
1994	Genève	12'900	10'200	23'100	56%
1994	Vaud	17'300	0	17'300	100%
1994	Suisse	118'000	497'000	615'000	19%
1996	Genève	7'700	11'200	18'900	41%
1996	Vaud	15'500	22'800	38'300	41%
1996	Suisse	122'000	320'000	442'000	28%

Source: Huissoud et al (1998).

Récupération du matériel d'injection usagé

La récupération de matériel d'injection usagé est faite par le biais de différents services et structures à bas seuil, ainsi que les pharmacies. Pour améliorer le retour, beaucoup de services pratiquent un système d'échange gratuit du nombre de seringues utilisées contre le même nombre (plus quelques extra) en neuves. Pour faciliter le retour, les inventions suivantes ont été testées: bacs (poubelles) spécifiques pour seringues², placés à différents endroits en ville, petits containers portables personnels pour la récupération à domicile (pouvant contenir environ 80 seringues) ainsi que des tubes de récupération, pouvant contenir jusqu'à 10 seringues.

Les taux de retour de seringues varient dans les différents services à bas seuil. A Genève (BIPS) le pourcentage de retour pour l'année de 1997 était de 88%. Dans le canton de Vaud, la distribution de seringues a été introduite très tardivement et le retour du matériel d'injection n'a pas été préconisé systématiquement. Le taux de retour n'est pas recensé; de l'avis des professionnels, il est sensiblement plus bas qu'à Genève.

¹ Dont les seringues utilisées ne sont pas incluses dans ces statistiques.

² La ville de Lausanne a depuis l'été 1997 mis à disposition 14 bacs (poubelles) de récupération de seringues.

Synthèse des conditions d'injection à Genève et Lausanne

L'objectif de cette première partie était de rassembler les informations existantes sur les conditions d'injection des toxicomanes en Suisse romande. Nous avons dû réajuster cet objectif et nous limiter sur le canton de Genève et de Vaud, d'une part à cause du manque de données disponibles et d'autre part pour des problèmes méthodologiques¹.

Dans ce dernier tableau (n° 10), nous donnons une synthèse de l'évolution des indicateurs que nous avons retenus pour caractériser les conditions d'injection. Certains, comme la qualité du produit et le lieu de consommation n'y figurent pas, parce qu'il nous est impossible de définir leur évolution récente. Notons encore que les flèches indiquent pour la plupart l'évolution depuis 1993 (augmentation, stabilisation, diminution). Certaines font cependant références à des évolutions plus récentes et parfois très variables. Il faut alors interpréter ce tableau comme des tendances. Dans les cas où l'évolution a changé de manière significative entre 93 et 99, nous l'indiquons par deux flèches successives.

Tableau 10: Synthèse de l'évolution des principaux indicateurs liés aux conditions d'injection de consommateurs, GE et VD

	GE: Évolution depuis 93	VD: Évolution depuis 93
Nombre de consommateurs	^	^
Nombre des personnes en traitement	v	v
Insertion sociale: logement	^ v	^ v
Insertion sociale: travail	^	^ v
Age moyen des consommateurs	v	v
Consommation d'héroïne	v ^	v
Consommation de cocaïne i.v.	v	v
Poly-toxicomanie	v	v
Fréquence d'injection	v ^	v
Comportements à risques	¬ ^	¬ ^
Injection en solitaire	?	?
L'état de santé (globale)	v	v
Abcès	v	¬ ?
Exposition au VIH	¬	¬
Nouveau cas de VIH et Sida	¬	¬
Exposition aux hépatites	^ haut niveau	^ haut niveau
Nouvelles infections hépatites B	¬	¬
C	^ haut niveau	^ haut niveau
Nombre d'overdoses non-mortelles	¬	?
Nombre de décès dus à la drogue	^	¬
L'offre du matériel stérile	v	v
Récupération du matériel utilisé	v	?
Nombre de dénonciations: <i>Simple consommation</i>	^	v
<i>héroïne</i>	¬	¬
<i>cocaïne</i>	v	v

¹ Il est difficile de compiler des données épidémiologiques dont les méthodes et champs de recherche sont différents, ce qui met en évidence un problème de coordination des activités de recherche.

Problèmes de voisinage		
- scènes	^	v
- voirie (toilettes publiques)	v	v

Conclusions et recommandations

De manière générale, nous pouvons constater que beaucoup de progrès a été fait dans la plupart des cantons romands en ce qui concerne l'évolution des conditions d'injection. En même temps, la situation sociale des usagers de drogues s'est améliorée: la stabilisation (voir une diminution) de nombre de consommateurs, l'amélioration de l'accès au logement ainsi qu'aux différents projets de travail.

Néanmoins et de manière plus spécifique, il existe toujours une situation insatisfaisante pour un certain nombre d'aspects. Il s'agit là d'indicateurs qui sont souvent plus difficile à influencer et qui nécessitent une attention, une réflexion et une innovation continues. Notons que pour ceux-là, quasiment pas de différence dans leur évolution n'est constaté entre les deux cantons étudiés.

En italique, nous formulons des recommandations et des pistes d'actions.

Augmentation de la consommation de cocaïne

En premier lieu, nous constatons une préoccupante augmentation de la consommation de cocaïne, le pourcentage d'usagers qui en consomment régulièrement ayant parfois presque quadruplé en 3 ans. Les effets du produit sur la santé, sur la fréquence de la consommation et sur la prise de risque sont très considérables. Le pic de cette augmentation semble être dépassé, les observations de terrain concordent pour dire que le problème n'a pas pris une dimension épidémique.

La compulsivité très souvent observée de cette consommation met en danger les mesures préventives mises en place. Les hospitalisations directement liées à ce type de consommation i.v. de la cocaïne sont trop nombreuses. Beaucoup d'entre elles pourraient être évitées si d'autres structures surveillées de jour pouvaient accueillir ces personnes.

Qualité du produit consommé, pureté et composition

La qualité des produits consommés est soumise à de très grandes variations, tant au niveau du degré de pureté qu'au niveau de la composition même. Les variations de pureté comportent de grands risques de surdosage, tandis que les nombreuses substances de coupage inadéquates représentent une atteinte à la santé supplémentaire.

La mauvaise qualité des produits et les variations de composition sont une conséquence directe du marché noir et de l'absence de contrôle qu'il induit. Les programmes de substitution soutenus par la prescription d'héroïne constituent une réponse appropriée à ces risques. Par ailleurs, ces programmes réduisent drastiquement la quasi-totalité des risques liés à l'injection pour les participants.

Polytoxicomanie

La poly-consommation de drogue a augmentée. L'abondance des produits sur le marché noir et la baisse des prix peuvent l'expliquer en partie. A part la consommation très fréquente de la cocaïne comme produit annexe à l'héroïne, la consommation de médicaments de type benzodiazépines reste inquiétante.

Un certain laxisme dans la prescription des tranquillisants y contribue.

Comportements à risque

Le tableau indique une baisse, puis un stabilisation des comportements de prise de risque des usagers:

La baisse représente la diminution de partage de seringues parmi les usagers d'environ 20 % en trois ans. En 1996, 10 à 15 % disent encore partager leurs seringues, tandis que presque 20 % donnent leur seringue usagée à quelqu'un d'autre pour la réutilisation. Aujourd'hui le taux de partage est estimé à 5-10%, avec un pourcentage un peu plus élevé pour la réutilisation de son propre matériel.

Les autres comportements à risques stagnent: le manque des précautions de base d'hygiène, lavage des mains, désinfection des sites d'injection, partage ou réutilisation des autres ustensiles nécessaires à l'injection (cotons, cuillères, filtres, eau, ou le produit même).

La connaissance des consommateurs des techniques d'injections et les règles hygiéniques de base reste insuffisantes. Des actions préventives basées sur les méthodes de peer-education-approach (éducation par des pairs) ont prouvé leur efficacité et doivent être développées.

Lieux de consommation

Le lieu de consommation est un des plus grands risques et pose problème selon l'endroit et la situation. (stress, saleté, lumière).

Un pourcentage trop élevé d'injections (8 à 20%) continuent de se faire à l'extérieur ou dans de lieux publics.

Injection en solitaire

30 à 40% des personnes concernées indiquent s'injecter seul. Les overdoses inaperçues restent un risque élevé dans ces situations. Les chiffres et connaissances sur ce sujet sont insuffisants.

Des recherches ethnographiques approfondies nous renseigneraient sur les aspects de la scène cachée.

Exposition au VIH et aux hépatites

L'exposition au VIH a beaucoup diminué suite à l'amélioration de l'accès au matériel stérile et un changement de comportement de prévention parmi les injecteurs de drogues. Pour les hépatites, la situation est plus nuancée: une estimation basé sur des questionnaires dans plusieurs centres à bas seuil en Suisse alémanique indique une prévalence des infections de l'ordre suivant parmi la population toxico-dépendante:

- VIH: ca 20%
- HBV: ca 80%
- HCV: ca 90%.

Tout prête à penser que les consommateurs romands qui fréquent des centres à bas seuil présentent des taux tout à fait similaires.

Nous pouvons en déduire que le niveau d'hygiène et les précautions prises par les consommateurs suffisent passablement pour la protection du VIH, sont médiocres pour l'hépatite B et insuffisants pour la protection contre l'hépatite C. Les remarques faites sous le paragraphe "comportement à risques" valent par analogie pour diminuer l'exposition aux VIH et aux hépatites.

Offre de matériel stérile

L'accès à l'offre de matériel stérile dans les deux cantons a considérablement augmenté. Mais l'offre gratuite, anonyme et très facilement accessible de matériel stérile reste insuffisante.

Des efforts restent à faire pour pouvoir améliorer l'accès dans les nombreuses villes moyennes ou petits ainsi que le soir. La distribution des accessoires nécessaires à l'injection propre (aiguilles, tampons désinfectants, l'eau stérile et philtres) est désormais aussi importante que les seringues.

Bibliographie

- Benninghoff F, Gervasoni J-P, Spencer B, Dubois-Arber F. (1998) Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil d'accès pour toxicomanes mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. *Revue Épidémiologie et Santé Publique*. 1998,46, 205-217.
- Chevrolet C. (1997) Je suis toxico, et vous? Regards croisés et interrogation sur une qualité de vie hors normes. Association du Relais. Morges.
- Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Benninghoff F., Haour-Knipe M, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Paccaud F. (1999) Evaluation de la stratégie de Prévention du SIDA en Suisse sur mandat de l'Office Fédéral de la santé publique. Sixième rapport de synthèse 1996-1998. Institut de médecine sociale et préventive. Lausanne. (à paraître sous la collection Raisons de santé).
- Eichenberger G. (1994) La toxicomanie à Genève. Rapport quadriennal du président de la commission mixte en matière de toxicomanie 1989-1993. Les Cahiers de la Santé. Direction générale de la Santé Publique. Genève.
- Foster G. (1997) Management of chronic hepatitis C : clinical audit of biopsy based management algorithm. *British Medical Journal* ; 315.453-8.
- Gazareth P. (1997) Décès par overdose dans le canton de Neuchâtel. Cahier de l'ISSP. No 21. Institut de sociologie et de science politique de l'université de Neuchâtel. Neuchâtel.
- Geense R, Benninghoff F, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Adriaanse H, Schellings R. (1997) Evaluation des mesures de la confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. To have or to have not : that's the question. A qualitative study of four low threshold structures in Switzerland. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne.
- Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. (1996) Evaluation des mesures de la confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse 1990-1996. Résumé. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne.
- Hausser D, Kübler D. (1996) Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical, une étude exploratoire auprès d'une population cachée; Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CAH RECH DOC: IUMSP n° 111.7, Lausanne.
- Huissoud T, Gervasoni J-P, Benninghoff F, Dubois-Arber F. (1998) Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996 : version abrégée du rapport d'août 1998. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne.
- Moeschler O, Yersin B. (1998) Overdose d'opiacés : quel traitement, quelle surveillance? *Médecine et Hygiène*;56 :1505-10.
- Musset T, Broers B. (1998) Problèmes de santé liés à l'usage des drogues illégales. Évolution des motifs d'hospitalisation pour les usagers de drogues traités à l'hôpital Cantonal de Genève entre 1993 et 1998. Hôpitaux Universitaires de Genève.
- Office Fédéral de la santé publique. (1998) Sida et VIH en Suisse : situation épidémiologique fin 1997. OFSP. Berne.
- Sudre P. (1998) Épidémiologie de l'infection VIH et du Sida à Genève. Les Cahiers de la Santé. Direction générale de la Santé Publique. Genève.
- Vitali R, Cattacin S. (1997) La prévention du VIH/Sida sans les cantons suisses : une analyse organisationnelle. Cahiers d'études de la SSPS. No.55.

DEUXIEME PARTIE

Ralph Thomas

La question de l'injection à moindre risque

Objectif

La deuxième partie de ce document doit offrir aux professionnels confrontés avec la problématique des personnes qui s'injectent des drogues une plate-forme de discussion sur les possibilités d'une injection à moindre risque. Il s'agit de réunir les expériences faites en Suisse alémanique en matière de locaux d'injection et de structures d'accueil de jour permettant l'acte d'injection ainsi que de structures d'accueil pour la nuit du type "sleep-in" qui permettent l'injection. Il s'agit aussi de faire un inventaire des différentes possibilités de s'attaquer au problème. Enfin on formulera une série d'arguments pour ces structures permettant l'injection à moindre risque, un argumentaire qui doit être adapté aux contraintes et particularités locales des différents intervenants en toxicomanie, ainsi que des politiques, des quartiers en question, etc.

Structure du texte

Voici quelques indications qui faciliteront la lecture de ce texte. En ce qui concerne les locaux d'injection officiels, les principes généraux en sont décrits dans "l'inventaire de structures possibles", les détails conceptuels et les règles de fonctionnement sont mis en annexe à titre d'exemple pour Berne et Bâle. Les deux chapitres "survol historique en Suisse allemande" et "évaluation des structures alémaniques à bas seuil avec local d'injection" reprennent chacun dans le même ordre les structures des cinq villes qui connaissent aujourd'hui encore un ou plusieurs locaux officiels d'injection. Le lecteur rapide pourra sans autre faire l'économie du chapitre concernant l'évaluation qui donne des détails sur chacun des projets, parfois avec des répétitions puisque tout n'est pas différent d'un projet à l'autre. Ce chapitre est cependant intéressant pour le lecteur qui souhaite parcourir les différents éléments qui amènent à la discussion et qui permettent d'aboutir à un argumentaire somme toute très sobre.

L'acte d'injection dans un contexte global

Les chiffres présentés en première partie sous-tendent de la souffrance. Un grand nombre d'injections continuent à se faire dans des situations précaires. En termes de santé publique, on sait qu'une frange de la population risque sa santé, voire sa vie à travers la toxicodépendance. En termes de politique de la santé d'une manière plus globale, cela coûte cher: cher en mal-être, cher en vies humaines et cher en argent. Cette situation est insatisfaisante.

Selon la vision que l'on a du monde et du problème de la toxicodépendance il existe grosso modo deux manières différentes d'aborder cette insatisfaction, soit en se posant la question:

a) Comment enrayer l'acte dangereux, douloureux, qu'est l'injection?

b) Comment "faire avec" le moins douloureusement, le moins dangereusement possible?

Suivant comment on pose la question, les **réponses** que l'on peut apporter sont différentes:

(a) Enrayer l'acte d'injection en tant que tel
<ul style="list-style-type: none"> enrayer l'acte d'injection par l'interdiction: cela engage toute une série de mesures policières, de procédures judiciaires, de mesures d'exécution de peine, etc.
<ul style="list-style-type: none"> enrayer l'acte d'injection en accompagnant et en motivant les personnes toxicodépendantes à faire des thérapies visant l'abstinence: cela engage à ce que l'on mette à disposition des stations de sevrage, des places de thérapies ambulatoires et des communautés thérapeutiques.
<ul style="list-style-type: none"> enrayer l'acte d'injection en engageant des thérapies de substitution telle que la méthadone.

Il va sans dire, et malgré tout il faut le souligner sans cesse, que l'encadrement éducatif et la prévention doivent rester les piliers principaux pour éviter la souffrance qu'entraîne la toxicodépendance.

Chacune des réponses mentionnées ci-dessus vise l'évitement de l'acte d'injection lorsque la dépendance de stupéfiants est déjà présente. Chacune a sa raison d'être selon la situation de vie et pour chacune on peut trouver une série d'avantages et d'inconvénients que nous n'allons pas discuter dans ce rapport. Nous les avons mentionnées pour situer le contexte général des principales actions actuellement entreprises plus ou moins solidement.

Malgré les efforts déployés et l'engagement de tous ces moyens, cela n'a pas évité que le tableau présenté dans la première partie reste insatisfaisant sur plusieurs points. C'est pourquoi il a fallu, ici comme ailleurs, s'atteler à chercher d'autres pistes, provisoires ou à l'état d'essai, qui ne visent momentanément pas l'abstinence de produits toxiques, mais qui en réduisent les risques.

(b) Enrayer l' acte d'injection "sale" , l'injection continuant à se faire. On parle d'injection à moindre risque.
<ul style="list-style-type: none"> • offrir du MATERIEL d'injection "propre".
<ul style="list-style-type: none"> • offrir des PRODUITS "propres".
<ul style="list-style-type: none"> • offrir un ENDROIT permettant une injection "propre".

Soulignons qu'aucune des réponses mentionnées ci-dessus en (b) ne se veut être une solution universelle au problème de la toxicomanie. Elles sont censées donner une aide momentanée aux personnes toxicodépendantes, une chance de survie, de s'en sortir un jour, donc une chance de vivre et de trouver une perspective et un chemin qui en vaille la peine.

En ce qui concerne le "matériel d'injection propre"¹, actuellement, pour de nombreux cantons, les sources principales d'approvisionnement en seringues sont les pharmacies. Dans les cantons disposant de structures à bas seuil, la proportion de seringues vendues dans les pharmacies est très variable. Les cantons où la proportion de seringues vendues dans les pharmacies est la plus basse sont SH, SO, SG, ZH, BS (entre 5% et 17%). A part SG tous ces cantons disposent d'une offre avec local d'injection. Le nombre de seringues vendues/distribuées par consommateur dans ces mêmes cantons (+BE+LU) sont tous supérieurs à la moyenne suisse. Dans les cantons de VD, GE, LU, près de la moitié des seringues ont été cherchées en pharmacies. Le nombre de seringues vendues/distribuées par consommateur dans les cantons romands sont tous inférieurs à la moyenne suisse.

Dans ce rapport (Benninghoff, 1998) une remise plus large de matériel d'injection est recommandée, notamment dans les cantons qui ne disposent pas de structures à bas seuil. Il faut inclure sous le terme matériel d'injection tout ce qui peut contribuer à améliorer les conditions d'injection: désinfectants, ascorbine, conseils de non-partage de matériel de préparation de l'injection (eau, cuillère, filtres, coton) etc. Il s'agirait aussi de diversifier l'offre autant en termes d'accessibilité (heures d'ouvertures, proximité du lieu de vie et des secteurs de marché, etc.) qu'en termes de polyvalence de l'aide: lieu de rencontre, conseils et aide à la vie quotidienne incluant la prévention de la transmission sexuelle du VIH, remise dans un contexte plus général de "santé sexuelle" (prévention des MST, des grossesses non désirées, de la violence sexuelle, etc.). Les pharmaciens devraient également être sensibilisés au rôle de partenaire qu'ils ont dans la prévention du sida et des hépatites.

En ce qui concerne les "produits propres", les programmes d'essais de prescription médicale de stupéfiants nommés PROVE ("Projekt zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln"), accompagnés scientifiquement, ont été mis en place récemment. Les premiers centres de traitement ont été autorisés en 1994. L'ensemble des places de traitement a été limité dans cette phase d'essai à 750 pour toute la Suisse, répartis sur 17 centres de traitement, dont l'un en milieu carcéral. Les premières évaluations² ont été faites et, en 1998,

¹ Benninghoff F. Monitoring des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection en Suisse 1993-1997. Lausanne: IUMSP, 1998 (Document non publié)

² Uchtenhagen A. Rapport de synthèse: Essais de prescription médicale de stupéfiants. Zurich: ISF, Univ. Zürich u. ISPMZ, 1997 (traduction française)

la décision de poursuivre ces traitements a été prise ainsi que la possibilité d'étendre le nombre de places sans fixer formellement une limite maximale, en gardant cependant les critères d'admission de manière stricte. On s'attend à une d'extension des places de traitement à environ 1500-3000¹, à condition que le référendum sur l'arrêté fédéral urgent mis en votation populaire en juin 1999 soit rejeté. Selon les conditions cadres, les critères d'admission fixent l'âge minimum des patients actuellement à 18 ans (auparavant 20 ans), une héroïno-dépendance d'au moins 2 ans et plusieurs échecs de traitements antérieurs. La toxicodépendance doit avoir conduit à des atteintes à la santé ou/et à une précarité de la vie sociale. On s'adresse donc à des héroïnomanes chroniques.

Les conclusions et recommandations du rapport sont probantes. Grâce à un bon taux de maintien (peu de ruptures de traitement), des améliorations sensibles de la santé des personnes toxicodépendantes et de leur mode de vie ont pu être obtenues, qui souvent subsistent après l'interruption du traitement. En regard du très mauvais état de santé des patients à l'entrée, le taux annuel de mortalité de 1% est considéré comme bas. Le recul de la délinquance est relevé, fait dont profite l'ensemble de la population. Sur le plan socio-économique, le bénéfice de la prescription d'héroïne sous contrôle médical semble notable, surtout grâce à la réduction des dépenses consécutives aux poursuites pénales, à l'exécution des peines et aux traitements des maladies. Il est relevé que ces améliorations ont pu être obtenues grâce à l'intégration dans un vaste programme de clarification de la situation sociale et médicale des patients et de leur assistance.

Remarques: Il faut souligner que les "traitements avec prescription d'héroïne", tel que leur dénomination officielle depuis le 01.01.1999 l'indique, doit être comprise comme mesure faisant partie du pilier² des traitements et non pas de celui de la réduction des risques. Les "traitements avec prescription d'héroïne" n'ont dès lors pas une fonction de bas seuil.

L'idée qui avait été soulevée lors du séminaire GREAT à Yverdon en novembre '98, de mettre les locaux "propres" et le matériel stérile de ces centres de traitement à disposition d'une population plus large de toxicomanes, en tant que local d'injection à bas seuil, ne peut pas être poursuivie dans la conception actuelle, "...le but étant, entre autres, pour les usagers des "traitements avec prescription d'héroïne" qu'ils s'éloignent de la scène et des marchés de stupéfiants de la rue. Il n'est dès lors pas souhaitable de mélanger ces deux populations dans les mêmes locaux." ³

¹ actuellement on se trouve dans l'ensemble de la Suisse à 1057 places de traitement autorisées; le pronostic d'extension se trouve plutôt vers la borne inférieure, soit 1500-2000 places (source: OFSP, M. Hosek, 24.03.1999, entretien téléphonique)

² se référer à la politique des 4 piliers de la Confédération: répression, prévention, traitement et réduction des risques.

³ énoncé Dr. P. Egloff, (SUPRAX 2, Bienne) lors de la journée de formation du 10 novembre 1998 "Conditions d'injection et prise de risque en Suisse romande", GREAT, Yverdon

L'acte d'injection à moindre risque: inventaire de structures possibles

D'une part la remise de matériel d'injection propre est insuffisante pour pouvoir assurer un encadrement adéquat permettant à la personne toxicodépendante d'évoluer dans sa réflexion face à la consommation de drogue. D'autre part, la prescription médicale de stupéfiants n'est accessible qu'à un petit nombre de personnes concernées. **Nous allons concentrer pour la suite de nos réflexions des éléments autour des possibilités d'offrir un endroit permettant l'injection protégée.** Nous allons commencer par faire un inventaire avec une brève description du modèle de fonctionnement pour chacun des scénarii connus, sans garantie d'être exhaustif par rapport à tous les projets existants. En effet, certaines structures sont très discrètes, connues exclusivement par les partenaires locaux. D'autres idées ont été élaborées sans jamais avoir vu la réalisation ou sans jamais avoir connu la notoriété publique.

Scénario "Local d'injection officiel"

Il existe actuellement des locaux officiels d'injection à **Zurich, Bâle, Berne, Soleure et Schaffhouse**. Ils sont intégrés dans des centres d'accueil de jour appelés "Kontakt- und Anlaufstelle", "Gassenzimmer" ou "Tagesraum". Toutes sont des structures à bas seuil (SBS) qui offrent un accueil aux personnes toxicodépendantes qui s'injectent des drogues: on peut y venir pour simplement passer un moment à parler; toutes offrent des possibilités de consommer des boissons soit bon marché soit gratuites; certains centres offrent la possibilité de manger quelque chose; les usagers ont même la possibilité de travailler à la cuisine ou au bar pendant quelques heures par jour et pour un petit salaire. Tous les centres d'accueil à bas seuil remettent ou échangent du matériel d'injection élémentaire (seringues, aiguilles, ascorbine, cotons, désinfectant) indépendamment du fait que la personne s'injecte sur place ou non. Il existe une pièce séparée pour les personnes qui ont besoin de se faire traiter pour un pansement. Le local d'injection à proprement parler se trouve également dans une pièce à part. Dans les "grands" centres (Zurich, Berne, Bâle) il y a la possibilité de prendre une douche ou de faire une lessive.

Le personnel est composé en général à 50% de travailleurs sociaux et à 50% de personnel infirmier. Une personne se trouve en permanence dans le local d'injection. Elle veille au bon déroulement des opérations et au respect des règles. En général, les médecins ne sont pas présents mais peuvent être appelés en cas de nécessité.

Les modalités et les heures d'ouverture sont très variables d'un centre à l'autre. La plupart ouvrent l'après-midi et une partie de la soirée. La plupart pensent qu'il faudrait ouvrir plus de temps, ce qui n'est pas possible pour des raisons financières. Certains centres, les "petits", demandent que les usagers et les usagères déclinent partiellement leur identité à l'entrée; certains font des statistiques très précises sur les sollicitations et les prestations. Les grands centres ont un agent de sécurité devant la porte.

L'historique et l'évaluation de ces lieux seront repris plus loin.

Scénario "Local d'injection dans une structure d'hébergement d'urgence"

Tolérer l'injection dans des structures existantes de nuit, cela se fait dans les "Notschlafstellen" (sleep-in) à **Berne** et à **Lucerne**. Historiquement il s'agit de structures à seuil bas où il y avait plus ou moins de consommation. Cette consommation était formellement interdite et devenait ingérable par le fait qu'elle se passait souvent dans des toilettes, que celles-ci n'étaient ni prévues, ni installées pour cela. Le fait d'officialiser l'injection en établissant un local dans la maison à cet effet, s'imposait aussi pour protéger les autres usagers et usagères de ce lieu.

On trouvera en annexe le concept de fonctionnement du local hygiénique de la structure d'hébergement de Lucerne.

A Berne le lieu d'hébergement d'urgence est beaucoup plus grand¹: 35 places sont disponibles dont un espace séparé réservé aux femmes. Il est ouvert de 22 heures à 10 heures du matin. A 2 heures du matin, la porte d'entrée est fermée. Les femmes prostituées peuvent avertir de leur retard et rentrer jusqu'à 4 heures. Le local d'injection est ouvert jusqu'à 02.30 heures. Il est ensuite fermé jusqu'à 8 heures pour donner la priorité à la nécessité de dormir. Malgré l'existence d'une pièce cuisine/salle à manger, c'est concrètement le local d'injection qui fait office de lieu de socialisation de cet hébergement. Il n'y a pas de limitation du nombre de personnes accédant au local. Des tables rondes sont disposées dans la salle et les personnes sont face à face. Certains y passent une bonne partie de la soirée. Il n'existe pas de surveillance stricte par les intervenants; ceux-ci font néanmoins des tournées régulières. Le "cadeau" (dépanner une personne avec une dose) est toléré; par contre le deal est interdit. Il est également possible de fumer l'héroïne. En principe le lieu d'injection n'a jamais été déclaré comme tel officiellement. La presse locale en a néanmoins parlé publiquement sans qu'il y ait eu de contre-réaction répressive. Politiquement, la notion de lieu d'injection semble donc acquise.

Il n'existe pas d'éléments d'évaluations systématisés pour ces lieux. On peut cependant relever quelques propos tenus lors de la journée de formation du 10 novembre 1998 "Conditions d'injection et prise de risque en Suisse romande", GREAT, Yverdon:

- l'existence de la salle d'hygiène permet de passer à "autre chose" dans la relation avec le client
- cela donne une certaine cohérence de l'offre pour les personnes toxicodépendantes qui ne doivent dès lors plus mentir
- question santé et propreté la situation s'est améliorée pour les personnes concernées
- les usagers prennent leur responsabilité lorsqu'on les laisse la prendre
- les coûts pour une telle offre sont très bas
- une telle offre pousse l'institution à prendre position et à être cohérente
- comme il ne s'agit pas d'un local "officiel" d'injection, cela risque de poser des problèmes plus importants avec les autorités en cas de complications médicales, par exemple en cas d'overdose
- aussi faut-il faire attention pour ne pas "importer" dans une telle structure toute la scène de la rue; mieux vaudrait avoir plusieurs petites possibilités d'injection
- pour le personnel qui y travaille, il semble très important de responsabiliser les usagers au maximum par rapport à l'acte d'injection; par exemple le fait que le personnel frappe à la porte avant d'entrer doit être compris comme un signe de respect pour l'usager; celui-ci doit comprendre qu'on ne le surveille pas systématiquement et que c'est à lui de prendre les dispositions nécessaires en fonction de cette situation.

¹ Mani Christophe, Groupe Sida Genève. Compte-rendu de la visite du 6 mars 1998 dans le cadre du GREAT – groupe réduction de risques/aide à la survie.

Scénario "Local d'injection dans une communauté de vie pour toxicomanes"

Depuis 1996, il existe à **Berne** une communauté de vie pour consommateurs de drogues¹, gérée par les Eglises (Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in der Stadt Bern, AkiB) et co-financée par la commune de Berne. L'offre s'adresse à des personnes venant de Berne, de 18 ans au moins, sans abri, qui consomment des drogues illégales et qui ne possèdent pas suffisamment d'autonomie et de ressources personnelles pour pouvoir vivre de manière indépendante. L'objectif à court terme est de stabiliser la consommation de drogue et d'améliorer l'état de santé et l'intégration sociale des personnes dépendantes de drogues ainsi que de favoriser leurs ressources d'autodétermination.

Il y a de la place pour 12 personnes dans des chambres à deux lits. Un accompagnement professionnel est garanti 24h sur 24. On y prépare trois repas par jour dont un au moins est obligatoire pour les personnes qui y séjournent.

Comme le but à court terme n'est pas l'abstinence de drogues illégales mais la stabilisation, la consommation par injection fait partie de la vie des personnes qui séjournent à Albatros, du moins pendant le début de leur séjour. A cet effet, pour réduire les risques liés à l'injection, il existe un local d'injection dans le cadre de la maison, officiellement déclaré comme tel. La surveillance est garantie par les intervenants dans la mesure où le local d'injection se trouve à côté de leur bureau.

Scénario "Structure d'encadrement ambulatoire sur les lieux d'injection des gens"

Un concept est en voie d'élaboration² par la Ligue jurassienne de lutte contre la toxicomanie (LJT). Il s'agit d'aller vers les gens, là où ils s'injectent. Il s'agirait donc (provisoirement) d'une sorte de localisation des locaux d'injection chez les personnes toxicomanes elles-mêmes. Selon la LJT le besoin de responsabiliser les personnes toxicomanes et de corriger les mauvaises manipulations lors des injections se ferait surtout ressentir par le nombre croissant de personnes positives à l'hépatite C. On a réussi pour les personnes consultant la LJT à diminuer de manière significative les séroconversions VIH par la distribution de matériel stérile, de préservatifs ainsi que de conseils concernant l'hygiène d'injection; cette dernière n'est cependant pas suffisante en ce qui concerne l'hépatite. C'est pourquoi il faut envisager la notion de "chaîne stérile" en observant les usagers lorsqu'ils s'injectent leur produit.

L'hygiène d'injection plutôt qu'un local doit être au centre de la préoccupation. Ceci a l'avantage d'être pragmatique, faisable rapidement par une bonne formation des intervenants, sans grands coûts d'infrastructure. Pour la formation il est important de bien cerner le problème des limites personnelles des intervenants ainsi que les limites professionnelles et institutionnelles, puisqu'on s'insère dans l'espace d'intimité des personnes toxicomanes.

¹ "Albatros", Betreute Wohngemeinschaft für DrogenkonsumentInnen (BWD), Choisystrasse 16, 3008 Bern; informations selon concept du 17.10.1996 et entretien téléph. du 24.03.1999 avec .M. Streit

² Poupon Fernand, Ligue jurassienne contre la toxicomanie. (Mai 1998). Réduction des risques à la LJT: état provisoire de la réflexion.

Survol historique en Suisse allemande

D'une manière générale on constate qu'Alémaniques et Romands ont, jusqu'à présent, abordé la question différemment. Il existe actuellement en Suisse alémanique 12 locaux d'injection affiliés à des centres d'accueil de jour, et ceci dans 5 villes différentes; 2 villes (Berne et Lucerne) connaissent un local d'injection affilié à une structure d'hébergement (voir plus haut). Notons aussi que la situation des scènes ouvertes s'est développée de manière différente de part et d'autre de la frontière linguistique. Il ne s'agit pas de débattre ici la question de savoir pourquoi ces scènes se sont développées différemment ni s'il existe effectivement une attitude fondamentale ou une philosophie différente face à la toxicodépendance entre Romands et Alémaniques. Il s'agit cependant de mener une réflexion et de s'interroger si les expériences alémaniques ne pourraient pas être profitables à la situation en Suisse romande dans le sens où le problème dans son ensemble n'est résolu ni d'un côté ni de l'autre.

Historiquement, en Suisse allemande, plusieurs locaux d'injection ont vu le jour, soit provisoirement, soit définitivement. Il s'agissait en général de:

- décharger une scène ouverte existante ou menaçant de se créer
- lutter contre la menace du VIH
- exercer une influence stabilisante sur les consommateurs et consommatrices.

Dans quelques cas, l'instauration fût directe, vers un local d'injection déclaré en tant que tel. Dans d'autres cas on officialisait une situation plus ou moins existante de consommation dans un lieu d'accueil de jour.

Survol historique:		
	Phase préliminaire	Local d'injection
Berne	1986, Anlaufstelle, inofficiel mais toléré	1990 officiel
Bâle	1989, conçu comme tel, inofficiel mais toléré	1991 officiel aujourd'hui: 3 Gassenzimmer
(St Gall)		1989/90, officiel à l'essai; proposé pour continuer par le gouvernement. 1990, référendum: refus; fermeture en 1991
Zurich	1988, Kontakt- und Anlaufstellen (K+A), injection non tolérée 1990, vote populaire: refus	1992, officiel: 3 K+A aujourd'hui: 6 K+A
(Lucerne)		1992-94, projet officiel limité à 2 ans 1993, vote populaire: refus de poursuivre
Soleure		1993: officiel
(Olten)		1995-1997: officiel
Schaffhouse		1994: officiel après votation populaire (quasi ½ - ½)

D'une manière générale, partout où il y a eu votation populaire au sujet des locaux d'injection, celle-ci a été perdue, sauf à Schaffhouse, à quelques voix près. Ceci témoigne d'une attitude de la vox populi qui résiste face à l'acte d'injection. L'exemple de Lucerne, où un

rapport d'évaluation¹ a abouti à des recommandations favorables à une institution d'aide à la (sur)vie pour les toxicomanes, illustre bien qu'une étude scientifique démontrant le besoin et l'amélioration générale qu'a apporté un local d'injection dans un contexte précis, ne suffit pas forcément pour trouver une majorité en votation populaire face à l'acte d'injection protégé.

Si des locaux ont malgré tout pu être établis, ceci est l'œuvre des professionnels, des spécialistes et des politiciens qui se sont engagés. Souvent on a passé d'une situation informelle, qui tolérait l'injection dans certaines institutions, à une situation officielle. Il fallait donc transgresser certaines normes² établies pour pouvoir faire la preuve de l'utilité et de la nécessité, aussi pour pouvoir éliminer les peurs de certaines conséquences excessives de l'acte d'injection.

Zurich

A Zurich, délivrer des seringues était interdit aux pharmaciens jusqu'en 1986 sous menace du retrait du droit de pratiquer.

- En 1987 on adopta le concept d'aide à la survie.
- En 1988 l'exécutif de la ville a mis en place des "Kontakt- und Anlaufstellen", c'est-à-dire des centres d'accueil de jour. Ils étaient censés apporter une alternative à la scène ouverte, à l'époque au Platzspitz; tout trafic et toute consommation dans ces centres étaient strictement interdits et surveillés de près par la Police.
- En 1990 un local d'injection illégal fut installé dans un des centres d'accueil, et aussitôt fermé par les autorités. Le conflit devient public et le souverain se prononce contre des locaux d'injection.
- Malgré cela, en 1992, à la fermeture du Platzspitz, lorsque des centaines de toxicomanes se shootaient dans la rue, l'exécutif zurichois, avec le soutien du parlement de la ville de Zurich, met en place 3 locaux d'injection en ville de Zurich.
- Actuellement (1997) le département social gère 7 centres d'accueil de jour, dont 6 offrent un local d'injection (Doris Frei, exposé GREAT, 09.12.97)

Berne

- A Berne, depuis 1986, la consommation de drogue par injection a été tolérée en dehors des toilettes à la "Anlaufstelle Münstergasse". Ce fut le premier local d'injection, quoique informel, en Suisse.
- En 1990, pendant une très courte période, on a installé un local d'injection en plein milieu de la scène ouverte de la "kleine Schanze".
- En 1990 on ferme la Münstergasse et on ouvre un local officiel d'injection à la Nägeli-gasse; ce local est encore en fonction aujourd'hui.
- En 1991, un 2^{ème} local est ouvert à la Murtenstrasse qui est transformé...
- ... en 1994 en centre de méthadone.

A Berne, quasiment tout le réseau d'aide pour les personnes toxicodépendantes est géré par la "Fondation Contact", dont toutes les structures mentionnées ci-dessus.

¹ Ronco C., Spuhler G. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase II. Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige in Luzern: Schlussbericht. Lausanne: IUMSP, 1994

² Notons que l'avis de droit Schultz a prouvé par la suite que la situation n'a jamais été illégale, cf. p. 46

Bâle

A Bâle ce sont des professionnels dans le domaine de la drogue et des gens de la scène alternative qui ont voulu aller plus loin que les discours sans fin autour de la toxicodépendance. Ils ont voulu marquer un pas pragmatique:

- En avril 1989 ils ont ouvert un local d'injection, non officiel, donc illégal à l'époque.
- En hiver 1989 le gouvernement cantonal donne son aval au projet.
- En 1991, dans la phase préparatoire d'un local d'injection officiel, un container prévu à cet effet explose suite à un attentat.
- La même année, en 1991, le premier local officiel d'injection ouvre ses portes.

Soleure

- En 1993 un lieu d'accueil de jour (Anlaufstelle) a ouvert ses portes près de la gare. Très rapidement la scène ouverte s'est déplacée dans le proche entourage de ce lieu, notamment dans le jardin qui donnait directement sur les voies de chemin de fer. Les menaces de fermeture des scènes ouvertes à Zurich, Olten et Berne créèrent un attrait particulier pour Soleure, notamment pour les romands et pour les bernois.
- Le local d'injection fut créé en 1994.
- Autour de celui-ci se développait une "loi de la jungle", celle du plus fort. Les conditions d'hygiène étaient déplorables, ce qui amena à la fermeture momentanée du lieu en hiver 1994/95, pour casser la scène ouverte, pour y apposer un grillage dans le jardin et pour éviter que les gens dispersés par la fermeture de la scène ouverte du Letten à Zurich en février '95 aillent se réfugier à Soleure.
- Depuis lors le local d'injection fonctionne dans des conditions acceptables.

Notons que dans le canton de Soleure, un autre local d'injection a vu ouvrir ses portes à Olten, puis fermer par la suite. Nous n'allons cependant pas approfondir cette situation, car les circonstances actuelles ne sont pas très claires, plutôt précaires dans le sens qu'elles ne suffisent pas aux dispositions de l'avis de droit du Professeur Schultz.

Schaffhouse

Schaffhouse est le seul lieu en Suisse où le peuple s'est prononcé favorablement en votation populaire pour la mise en place d'un local d'injection. Depuis fin 1994 le "Verein für Jugendprobleme und Suchtmittelfragen (VJPS)" gère donc un local d'injection, à côté d'une institution d'accueil et d'hébergement pour personnes en situation de crise, d'une cuisine de rue et d'un centre de consultation et de prévention pour problèmes de drogue.

Evaluation des structures alémaniques à bas seuil avec local d'injection

Introduction

Dans l'idéal, on voudrait pouvoir mesurer tous les paramètres indiqués dans la synthèse de la situation actuelle en Suisse romande (voir tableau 10, p. 24).

Il existe effectivement un certain nombre de données scientifiques, mais pas de manière exhaustive. Il serait donc souhaitable que les autorités et les institutions compétentes en la matière, puissent établir des données statistiques permettant d'une part de montrer et de justifier ce qui se fait et d'autre part de motiver à en faire autant ailleurs.

Les données – empiriques pour la plupart - de chacun des lieux, mises ensemble, donnent cependant une image assez complète de comment fonctionnent les différents locaux d'injection et des avantages qu'une telle structure représente pour les personnes toxicodépendantes. Pour chaque ville mentionnée, nous brosserons un rapide tableau sur le fonctionnement de la structure en question, pour pouvoir situer les éléments d'évaluation dans leur contexte.

Etude "clientèle des structures à bas-seuil (SBS) en Suisse"

Les études de clientèles des SBS s'effectuent au moyen d'enquêtes transversales répétées à intervalle régulier: 1993/1994/1996¹. Toutes les structures répondant à la définition stricte de "structure à bas seuil"² mettant à disposition du matériel d'injection stérile" participent à ces enquêtes, certaines n'ayant cependant pas pu participer aux trois enquêtes pour différentes raisons: fermeture, ouverture de SBS, multiplication d'enquête auprès des consommateurs de drogues, faible fréquentation de certaines SBS, etc. Les principaux indicateurs retenus sont: la consommation de drogues dures dans la clientèle des SBS (fréquences et modes de consommation), l'intégration sociale et les relations avec la justice et la police, l'état de santé et les relations avec d'autres institutions de traitement et de prise en charge, les prises de risques (partage de seringues et relations sexuelles non protégées) le lieu d'injection et d'approvisionnement de seringues et l'utilisation de la structure. L'enquête de 1993 comptait 13 centres répartis dans 9 villes dont 4 avec local d'injection; celle de 1996 comptait 16 centres dispersés dans 10 villes dont 6 avec local d'injection.

Jusqu'à présent, lors du recueil et du traitement des données, il n'a pas été prévu de procéder à une distinction statistique entre les centres couvrant un local d'injection et les centres sans local d'injection. Or la clientèle fréquentant un centre sans local d'injection y va probablement surtout pour échanger et s'approvisionner en matériel d'injection. La clientèle fréquentant un centre avec local d'injection y va peut-être principalement parce qu'il y a la possibilité sur place de s'injecter, mais aussi pour s'approvisionner en matériel d'injection. Il se peut donc qu'il s'agisse là de deux clientèles différentes qui se distinguent par exemple quant à leur degré de dépendance ou quant à leur stade d'intégration ou de désintégration sociale.

¹ Benninghoff F, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. L'évolution de la prise de risque chez les clients de structures mettant à disposition du matériel d'injection en Suisse. Lausanne: IUMSP 1999 (pas encore publié)

² avec toute les réserves et nuances à apporter à la terminologie de bas seuil/haut seuil, cf article de Fabienne Benninghoff: Prise en charge de la toxicodépendance en Suisse: une typologie des offres d'aide à "bas seuil" et à "haut seuil". A paraître dans: Santé, médecine et société. Contributions à la sociologie de la santé. Seismo, 1999

Il serait dès lors abusif de tirer des conclusions rapides sur les quelques différences constatées dans l'analyse très sommaire des résultats de base (gracieusement mis à disposition par l'auteure) présentés ci-après en pourcentages pour 1996:

1996	SBS avec local d'injection (Zurich, Berne, Soleure, Olten, Bâle, Schaffhouse)	SBS sans local d'injection (St-Gall, Genève, Lucerne, Lausanne)	Moyenne de toutes les SBS (16 centres)
Approvisionnement en seringues dans les pharmacies durant les 6 derniers mois	min.22% - max.39%	min.25% - max.52%	31%
Lieu d'injection le plus fréquent durant les 6 derniers mois <ul style="list-style-type: none"> ▪ à domicile 	min.47% - max.65%	min.80% - max.92%	61%
<ul style="list-style-type: none"> ▪ lieux ou locaux publics 	0 – max.6% (sauf à Berne = 23%)	min.8% - max.19%	9%
<ul style="list-style-type: none"> ▪ local d'injection 	min.30% - max.47%	0 – 1%	30%
Partage de seringues usagées durant les 6 derniers mois	min.8% - max.10%	min.7% - max.22% (pour les 7% de Lucerne, remarquons que l'échantillon est particulièrement petit par rapport aux autres centres)	11%
Nombre d'injections de la dernière semaine (en chiffres absolus)	14-26 injections	10-16 injections	18 injections
Fréquence de consommation d'héroïne (consommation régulière = plusieurs fois par semaine)	min. 63% - max.78%	min. 52% - max.70%	67%

On constate donc que les personnes interrogées dans des SBS avec local d'injection:

- s'approvisionnent moins souvent en pharmacie que les autres,
- s'injectent moins souvent à domicile et dans les lieux publics que les autres,
- partagent les seringues usagées un peu moins souvent que les autres,
- se font davantage d'injections que les autres,
- sont plus souvent consommateurs réguliers d'héroïne que les autres.

Insistons encore une fois sur le fait que **les différences mises en évidence ci-dessus sont strictement descriptives et ne permettent pas de tirer des conclusions sur les causes de ces différences**. S'agit-il d'éventuels effets du type de structure (avec ou sans local d'injection) sur les usagers? Ou est-ce qu'un certain type de structure attire-t-il une clientèle différente? L'étude clientèle n'est pas l'instrument qui permet de répondre à ces questions. Soulever ces questions suscite néanmoins une certaine curiosité: il serait dès lors intéressant de pouvoir développer une étude permettant de clarifier les effets des locaux d'injection sur leurs usagers, ainsi que de clarifier quel type d'utilisateur fréquente quel type de structure.

Zurich

6 locaux d'injection sont ouverts 7 heures par jour chacun, de manière échelonnée afin que de 08.00h à 23.00h il y en ait toujours un qui soit ouvert, et ceci 7 jours sur 7. Les locaux d'injection sont intégrés dans les centres d'accueil avec bar/caféteria, services sanitaires, soins médicaux minimaux et possibilité de bénéficier de conseils médicaux et sociaux. L'équipe est interdisciplinaire, médicale et sociale. Au début, l'utilisation de la salle d'injection était de 60%, ensuite plus de 100% (calcul 100% = 30 minutes par personne, temps qui n'est pas toujours nécessaire à tout le monde, d'où le dépassement de 100%). Des règles claires et précises ont été établies (questions hygiène, fumée, nourriture, durée, violence, deal, bruit, etc.) et sont appliquées dans les locaux d'injection. Les intervenants dans les centres d'accueil zurichoïses soulignent que l'acte d'injection protégé n'a de sens que pour autant qu'il y ait cet encadrement social, insuffisant par ailleurs, qu'offre les centres de contacts et d'accueil.

Quelques caractéristiques d'une clientèle moyenne:

- 32 ans
- plus de 10 ans de consommation en moyenne, allant de 2 ans (2.7%) jusqu'à 30 ans
- 10 essais de traitement thérapeutique
- la plupart des personnes fréquentant les locaux d'injection se trouvent dans un état psychique et physique précaire
- souvent elles n'ont pas de logement fixe ou alors un logis qui est devenu inhabitable
- env. 80% des injections se font par des hommes, env. 20% par des femmes.

En 1993 et 1994, un total de 135'576 injections ont eu lieu dans les 3 petits locaux d'injection. Actuellement (1997, selon exposé Doris Frei le 09.12.97) il y a environ 868 contacts par jour dans les 6 centres d'accueil. On compte environ 480 injections par jour, soit environ 175'000 injections au total par année.

A Zurich on a enregistré systématiquement les interventions nécessaires suite à des complications (problèmes de respiration ou de tension artérielle) survenues pour des raisons de surdose ou de mauvais produits. Ces interventions sont très peu nombreuses, soit d'environ 0.05% de toutes les injections. Les risques d'overdose mortelle sont donc considérablement réduits grâce à une situation de stress moindre et grâce à la surveillance permanente par du personnel qualifié.

Par ailleurs, l'inquiétude d'y voir apparaître des consommateurs et des consommatrices très jeunes, qui commencent à s'injecter régulièrement, n'a pas été vérifiée jusque là.

Berne

A Berne l'accès au centre d'accueil et de contact est limité:

- exclusivement aux consommateurs et consommatrices qui s'injectent des drogues; les fumeurs ne sont pas acceptés notamment pour des raisons hygiéniques et à cause de la fumée passive que cela implique pour les autres
- la porte n'était ouverte pendant un certain temps que tous les 30 minutes pour entrer et sortir; actuellement un agent de sécurité surveille l'entrée
- le nombre de personnes qui ont accès au local d'injection (local séparé à l'intérieur de la structure d'accueil) est limité.

Par contre l'identité des personnes n'est pas demandée. L'expérience des collaborateurs et des collaboratrices, montre que les utilisateurs et les utilisatrices de drogues viennent des

environs de Berne et des cantons environnants. On y trouve notamment des Fribourgeois, des Jurassiens, des Neuchâtelois et des Soleurois.

Concernant l'accompagnement psychosocial, l'hygiène et les soins, la possibilité de s'injecter sans stress et sous surveillance, la remise de matériel d'injection et de préservatifs, la possibilité de prendre un repas à prix modique, le fonctionnement est semblable aux centres de contacts zurichois. Le centre de contact et d'accueil est ouvert du lundi au samedi de 14.00 à 22.00h (fermé le dimanche, sauf quelques heures pour l'échange de matériel d'injection). Depuis 1992, l'ensemble de l'espace d'accueil et des services est réservé aux femmes les lundis soirs de 18-22; y travaillent pendant ces moments-là exclusivement des femmes. Ces soirées sont bien utilisées et semblent bien appréciées par les femmes (activités particulières d'informations spécifiques destinées aux femmes).

A des rythmes réguliers ont lieu des réunions des usagers et des usagères. Ceux-ci peuvent s'exprimer et apporter des critiques ou des suggestions pour améliorer le fonctionnement du centre d'accueil. Au fil des années s'est développé un catalogue de règles précises, pragmatiques et utiles pour éviter des grands conflits entre utilisateurs et intervenants. Elles sont mises en annexe à ce rapport.

Un grand débat interne à l'institution a eu lieu en 1997: il s'agissait de prendre deux décisions douloureuses quant à des privations de liberté à des fins d'assistance qui ont finalement été demandées par l'institution. Il fallait décider si une telle mesure n'allait pas à l'encontre de l'attitude acceptante et non valorisante qui doit favoriser la prise de responsabilité et l'autodétermination parmi les personnes toxicodépendantes. La notion de bas seuil se veut aussi ne pas viser en premier lieu l'aspect sociothérapeutique mais l'aspect de survie. C'est finalement l'application conséquente de cette valeur d'aide à la survie qui a motivé l'équipe à favoriser à titre d'exception cette mesure de privation de liberté.

Les statistiques¹ du centre de contact et d'accueil Nägeligasse montrent:

- une diminution de la prise de repas de 5'903 en 1995 à 4'627 en 1997
- une augmentation des entretiens de consultation 567 en '95 à 1'631 en '97
- une diminution des overdoses de 142 en '95 à 70 en '97
- une diminution des soins apportés de 1'471 en '95 à 1'150 en '97
- le nombre d'injections annuelles est évalué aux environs 69'000.

Il n'existe pas de statistiques sur le nombre de personnes qui fréquentent le centre de contact et d'accueil. Seul le matériel d'injection administré et le matériel repris sont inventoriés. Une évaluation de la satisfaction des usagers et des usagères entreprise en octobre/novembre 1997 a néanmoins fourni quelques indications:

- L'âge moyen des personnes fréquentant le centre est de 31.3 ans avec un écart-type 6.14 (N=51)
- 40% des usagers ont fréquenté le centre plus de 10 fois durant le dernier mois. Presque autant ne l'ont fréquenté qu'une ou deux fois
- plus de la moitié des usagers et des usagères fréquentent le centre depuis plus de 3 ans
- plus de la moitié des personnes fréquentant le centre proviennent de Berne et environs
- Une très grande majorité des personnes interrogées estiment qu'en ce qui concerne les boissons, les repas, les soins, les consultations médicales, les douches, les entretiens de consultation, l'échange de matériel d'injection et l'accompagnement dans le local d'injection, **l'aide et les services fournis sont satisfaisants**. L'enthousiasme est un peu moins grand pour l'espace et le moment d'accueil pour les femmes, néanmoins personne ne s'est exprimé de manière insatisfaisante. Les assemblées des usagers et usagères sont taxées de peu importantes; seulement une minorité les estiment satisfaisantes.

¹ Jahresberichte "Stiftung Contact Bern", 1995, 1997

Bâle

Actuellement il y a trois locaux d'injection avec une ouverture partiellement simultanée tous les soirs de la semaine de 17.00h à 21.00h et partiellement décalée de mercredi à samedi de 11.00h à 15.00h.

En annexe, on trouvera (en allemand) une version actualisée en juillet 1998 du concept de fonctionnement des "Gassenzimmer" de Bâle-Ville (Spitalstrasse et Riehenring). Depuis 1994, le troisième "Gassenzimmer" (Heuwaage) est pris en charge par le canton de Bâle-Campagne.

L'évaluation effectuée par l'Institut de Médecine sociale et Préventive de l'Université de Bâle sur mandat de l'OFSP¹ montre que les trois "Gassenzimmer" touchent un groupe très hétérogène de toxicomanes, âgés pour la plupart entre 20 et 30 ans; les femmes représentent un quart des usagers. Des différences considérables ont été relevées quant à l'habitat, les revenus et le degré d'intégration sociale. L'index d'utilisation des prestations offertes par les centres est très élevé. En 1993 et 1994 on a enregistré, rien que dans les locaux d'injection, 250 à 300 utilisations par jour en moyenne. La clientèle des "Gassenzimmer" provenant essentiellement de la région bâloise, on peut en déduire que ces structures n'exercent pas une attraction particulière sur des régions plus éloignées.

Une des conséquences de l'intense fréquentation des "Gassenzimmer" par les toxicomanes de la région: la scène de la drogue est devenue moins visible dans la rue. En général on a pu constater une stabilisation, ou même une amélioration de l'état de santé du public cible. Les "Gassenzimmer" ont eu également pour effet d'améliorer l'intégration sociale des consommateurs de drogue. Dans ce domaine, les rapports de confiance avec le personnel jouent un rôle central. Hélas, cette base précieuse pour d'ultérieures interventions de caractère psychosocial n'a pas pu être mise à profit, à cause des ressources limitées en personnel. Les responsables de l'évaluation sont arrivées à la conclusion que, non seulement il est nécessaire que ces structures continuent leur activité, mais qu'une revalorisation en vue de l'amélioration de l'offre psychosociale serait justifiée.

Les rapports et évaluations semestriels des "Gassenzimmer" de Bâle-Ville sont très détaillés et fournissent un grand nombre d'informations statistiques et qualitatifs sur le nombre et les thèmes des entretiens tenus, les traitements de type médical (soins et interventions d'urgence), le nombre de contacts, les usagers, le matériel administré, les injections, les agressions, la formation continue du personnel, les relations avec la police et les collaborations de réseau avec les autres institutions, les visites reçues, etc.

Soleure

Les objectifs poursuivis par le centre d'accueil de Soleure coorespondent à ceux des centres de Zurich, Berne et Bâle, avec la différence qu'il s'agit d'une petite structure, que le fonctionnement est dès lors limité au niveau des postes de travail (280% au départ), ce qui limite les heures d'ouverture (4 heures par jour, de 15.30 à 19.30h). On n'y sert pas de repas et il n'y a pas de possibilité de prendre de douche; pour le reste l'offre est identique aux autres structures présentées.

L'offre s'adresse à des jeunes et des adultes ayant des problèmes importants de toxicodépendance et dont l'état de santé est en danger. Selon le contrat de prestation avec les autori-

¹ Ronco C, Spuhler G, Coda P, Schöpfer R. Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel. Schlussbericht. Basel : ISPM, 1994

tés, l'accès est réservé à des personnes provenant de la partie nord du canton; à cet effet on procède à des contrôles d'identité. Les personnes dont l'accès a dû être refusé proviennent principalement de la Suisse romande et du canton de Berne.

En 1996, l'âge moyen des personnes fréquentant le local d'injection est d'environ 28 ans¹. En moyenne on enregistre environ 50 contacts par jour ce qui est une nette augmentation depuis 1995 (environ 30 contacts/jour). On observe une tendance de visites plus fréquentes mais de durée moins longue dans le local d'injection.

On enregistre le nombre de cas de soins en distinguant hommes/femmes, soins d'abcès, autres pansements, surdoses. Malgré l'augmentation des contacts, les cas de surdoses ont diminué; l'ambulance n'a dû être sollicitée que deux fois durant l'année '96. La fréquence des cas d'abcès a également diminué, ce qui réduit la durée de fréquentation du local d'injection. L'acceptation du lieu d'accueil avec local d'injection semble être bonne parmi les personnes toxicodépendantes. L'environnement immédiat du centre semble aussi satisfait par la diminution du chaos qui préexistait au fonctionnement actuel.

Ce qui paraît insatisfaisant au personnel qui y travaille, c'est le manque de temps pour pouvoir assurer de manière conséquente des entretiens à caractère psychosocial et de mise en réseau. Il y a d'ailleurs une fluctuation assez grande parmi le personnel. On déplore des heures d'ouverture trop limitées et le manque d'un local destiné aux femmes. Actuellement on espère une amélioration de la prise en charge en développant un système de "case management", de réel travail de réseau avec les autres institutions: centre de consultation, hébergement d'urgence, cuisine de rue et le projet de "bourse aux petits boulots".

Schaffhouse

Là aussi il s'agit d'un "petit" lieu d'accueil avec local d'injection séparé situé au cœur de la vieille ville dans un environnement de petits commerces et d'habitation. On y offre également l'échange de seringues, un local convivial du type cafétéria avec boissons et petits snacks donnés gratuitement, des entretiens de contact et d'orientation, des petits soins et des mesures médicales d'urgence ainsi que la possibilité de faire gratuitement le test VIH et le vaccin anti-hépatique. La décision d'offrir l'ensemble des services gratuitement est motivée par une application stricte de la règle qu'à l'intérieur du centre d'accueil il n'y a aucune forme de "deal"; on veut donc éviter toute circulation d'argent.

Le "Tagesraum Schaffhausen" (TASCH) est ouvert du lundi au vendredi de 12.00 – 18.30 h et les samedis, dimanches et jours fériés de 12.00 – 16.30. Y ont accès les personnes toxicomanes du canton de Schaffhouse et les personnes provenant de quelques communes extra-cantoniales environnantes, celles qui participent aux frais de fonctionnement du TASCH. Ceci exige un contrôle d'entrée au local conséquent. En effet, aussi pour des raisons de recueil statistique, le TASCH demande à toute personne entrant dans ses locaux:

- le nom
- l'année de naissance
- le domicile
- le sexe

Les personnes qui ne répondent pas aux exigences sont renvoyées, celles qui ne sont pas connues par l'équipe doivent présenter une pièce d'identité. Deux autres statistiques sont relevées séparément: l'une pour le local d'injection (nom de l'utilisateur et le nombre de consommations), l'autre pour le matériel d'injection administré et repris. On signale aux personnes que les données sont traitées de manière strictement confidentielle, à des fins statistiques en

¹ Jahresberichte "Gassennahe Anlaufstelle Solothurn", 1995, 1996

collaboration avec un institut de recherche et d'évaluation. Les chiffres indiquent que cela n'empêche pas les usagers à utiliser la structure; ils en ont pris l'habitude.

Les statistiques¹ montrent que plus de 300 usagers différents ont fréquenté le TASCH en 1995, ce qui représente une grande partie de la scène régionale. Il semble que l'acceptation du TASCH parmi les usagers est bien plus grande que la presse locale l'avait prédit préalablement à l'ouverture. Le nombre de contacts quotidiens sont d'environ 50 pour le TASCH et d'environ 26 qui utilisent le local d'injection (ces chiffres sont assez stables pour 1996 et 97). Environ 12'000 consommations de drogue ont été enregistrées en 1995, dont plus de 95% par voie d'injection (le reste par sniff, ce qui est accepté). La classe d'âge la plus représentée est celle des 21–25 ans (=40%); les 17–20 ans sont représentés en 4^e position avec 10%. Il n'y a pas de "premières consommations" dans le local; avec les tout jeunes utilisateurs, on aborde systématiquement la question.

Les contacts avec le voisinage ont été favorisés par la mise sur pieds d'un forum de discussion bimensuel, qui a permis d'aborder les problèmes du voisinage avec des débats parfois houleux. Si tout n'a pas changé en parfaite harmonie et aussi si tous les problèmes évoqués au sujet de la "Repfergasse" ne sont pas à mettre sur le dos des consommateurs d'héroïne (d'autres marginaux s'y trouvent), les voisins semblent néanmoins rassurés d'être pris au sérieux. Pour la plupart des voisins, le TASCH semble bien accepté²; certains affirment que depuis l'existence du TASCH, la rue serait plus propre, même si elle ne s'est pas calmée vraiment. Toutes les mauvaises prédictions d'avant l'ouverture (chaos, agrandissement de la scène, etc.) n'ont pas pu être vérifiées. Le TASCH correspondrait à un réel besoin et devrait dans le meilleur des cas être développé dans le sens d'un temps d'ouverture plus long.

¹ Jahresbericht 1994/97, Verein für Jugendprobleme und Suchtmittelfragen VJPS, Schaffhausen

² Gnädinger Christina (1996). Evaluation des Tages- und Injektionsraumes Schaffhausen (TASCH). Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät I, Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie. Referent: Prof.Dr. Rainer Hornung, Co-Ref. Prof.Dr. Felix Gutzwiller

Discussion - Synthèse

Bases légales

Juridiquement, l'avis de droit du Professeur Schultz¹ de juin 1989, établi sur demande de l'OFSP, est actuellement encore la référence pour permettre des lieux d'injection, sous certaines conditions: il faut assurer un **contrôle médical et une surveillance permanente par du personnel qualifié**.

Plusieurs questions ont été traitées abondamment dans l'avis de droit Schultz:

1. L'admissibilité de "stations pour toxicomanes s'injectant des drogues par voie intraveineuse" à l'exemple du local géré par le centre "Contact" à Berne à la Münstergasse, en se fondant sur l'article 19a, chiffre 3 de la Loi fédérale sur les stupéfiants.
2. La question de savoir si les "stations pour toxicomanes" sont licites selon les autres normes juridiques actuellement en vigueur dans ce domaine (LFStup dans son ensemble, loi fédérale sur les épidémies, Code pénal suisse, Convention unique).
 - la question de la répression de la consommation (la Convention unique sur les stupéfiants de l'ONU ne la réprime pas expressément)
 - la question de la complicité, de l'incitation, de l'instigation, de la provocation à commettre une infraction (LFStup)
 - la question de l'irresponsabilité ou de l'incapacité de discernement de la personne qui s'injecte et la question de la responsabilité pénale du travailleur social (risque d'être accusé d'homicide par négligence selon le CPS)
 - la question des lois cantonales qui seraient plus sévères (le droit régissant les stupéfiants relève de la Confédération et prime donc le droit cantonal qui serait éventuellement contraire).
3. La question de la responsabilité civile en cas de surdose:
 - la question des relations contractuelles ayant la nature d'un contrat d'accueil d'un hôte
 - la responsabilité de venir en aide lorsqu'il y a surdose ou, lorsque la personne voulant s'injecter est dans un état tel qu'une nouvelle prise de drogue semble particulièrement dangereuse. Envers un tel visiteur, les personnes assurant la prise en charge sont tenues de l'empêcher de consommer de la drogue et n'ont pas le droit de lui faciliter une injection dans la station.

Il a été précisé aussi qu'une surveillance médicale ne signifiait pas qu'il faille la présence constante d'un médecin. Pour l'interprétation des textes de loi, notamment pour l'article 19a, chiffre 3 de la LFStup, ont été prises en compte les délibérations des commissions préconsultatives et les délibérations dans les chambres fédérales lors de la création et des révisions de cette loi, afin d'appliquer effectivement la volonté du législateur.

Toutes les questions abordées ont abouti à la **conclusion qu'il est licite au vu du droit actuel de gérer un local d'injection**. Par ailleurs, les expériences alémaniques devraient pouvoir donner suffisamment d'assise et d'arguments soutenant la légalité d'un tel lieu d'injection. Pour toute mise en place d'une structure permettant l'acte d'injection protégé, il semble indispensable d'étudier de manière approfondie le texte original de cet avis de droit.

¹ Schultz Hans, docteur en droit, Professeur ém. de l'Université de Berne. (1989) Avis de droit concernant les "stations pour toxicomanes". Berne: Office fédéral de la santé publique (diffusion: OCFIM, 3000 Berne, Form. 311.806 f)

Craines face au développement des SBS et discours sur leur mise en place

Le développement de structures à bas seuil (SBS) suscite systématiquement des craintes:

- ◆ craintes de favoriser la consommation de drogues
- ◆ craintes de promouvoir la voie intraveineuse comme mode d'administration
- ◆ craintes de décourager les désirs d'abstinences
- ◆ craintes de troubles de l'ordre public dans les quartiers concernés
- ◆ craintes d'attraction du trafic de drogue, voire de consommateurs d'autres villes ou régions.

La polarisation extrême du débat au sujet des SBS a eu pour conséquences un développement chaotique de ce type de structures¹. Elles sont en général caractérisées par une durée de vie courte, avec des successions de changements de lieu ou d'organisation responsable, d'ouvertures et de fermetures, de modifications dans l'organisation de l'offre. Elles sont donc sujettes à perpétuellement devoir justifier leur existence, sans avoir toujours l'assurance (politique et financière) de pouvoir inscrire leur travail dans le long terme.

Cependant, les avantages des SBS au niveau de la santé publique et de la santé des individus qui s'injectent des drogues semblent trouver un ancrage de plus en plus solide. On ne peut toutefois pas nier le fait que la probabilité que certains usagers de locaux d'injection passent par une phase où ils s'injectent plus souvent, voire davantage de produit. On trouve des indications allant dans ce sens dans les éléments d'évaluations cités plus haut (cf. étude clientèle des SBS).

Les divers acteurs soit publics, politiques, professionnels, privés ou autres, mettent en place des **discours différents et sujets à controverses autour des centres d'accueil avec local d'injection**:

- Il y a moins de déchets, de matériel d'injection qui traîne partout
- On diminue les risques en matière de santé
- Il y a moins de présence de toxicodépendants dans le public
- C'est un champ de recrutement pour faire le premier pas vers un usage mieux contrôlé, voire vers l'abstinence
- C'est le premier pas vers la décriminalisation de la consommation de drogues
- C'est une justification pour procéder à des actions de rangements et de dispersion de la scène qui se trouverait ailleurs qu'aux endroits désignés (donc les locaux d'injection)
- Ce sont des endroits de surveillance de la scène
- Etc.

Partout où l'on a mis en place un local d'injection, la discussion a porté à un moment donné sur le fait que l'on brise un tabou, celui de la consommation de drogue en tant que telle, qu'un tel lieu légitimerait puisque l'injection serait officiellement admise: on donnerait même des conseils comment faire mieux. Ceci relève davantage d'un problème de valeurs idéologiques et d'un problème politique plutôt que juridique puisque, nous venons de le décrire plus haut, les locaux d'injection pour toxicomanes s'avèrent licites au vu du droit actuellement en vigueur. Par ailleurs il faut se rendre à l'évidence que plus les conditions d'injection sont précaires, légalement et socialement réprimées, plus les risques individuels de détérioration de la santé sont grands.

¹ Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse, 1990-1996. Lausanne: IUMSP, 1998

Ordre public – problèmes de voisinage

Il y a eu des plaintes civiles et, à notre connaissance, au moins un jugement à Zurich qui fait jurisprudence¹ concernant des pertes sur le chiffre d'affaires ou suite à des vols dans les commerces environnant un local d'injection.

En effet le problème majeur de l'ordre public se trouve dans la scène de "deal" qui se développe autour des locaux d'injection, puisque les produits continuent à être acquis illégalement, ce qui provoque souvent:

- des regroupements de gens et des va-et-vient
- du bruit et parfois des violences
- des déchets et des ustensiles d'injection provenant surtout des périodes de fermeture du local

Certains inconvénients sont dus à des offres souvent trop restreintes. En général, pendant les heures d'ouverture il est possible de veiller à une bonne discipline et à un bon respect des règles de jeu. A Berne et à Zurich, on règle une partie de ces problèmes en engageant un agent de sécurité devant les portes des centres de contact et d'accueil.

Il s'avère très utile de négocier le secteur autour du local d'injection entre les utilisateurs et utilisatrices du local, les responsables du local, les dealers et la police. Il faut également soigner le contact avec les personnes vivant dans l'entourage proche et les personnes qui y travaillent ou qui y détiennent un commerce.

La plupart du temps, la mise en place de telles structures (SBS avec ou sans local d'injection) ont été combattues avant même que leur premier "client" ne s'y soit rendu, ce qui témoigne bien d'une opposition qui se base sur les représentations qu'en ont les gens et non sur des expériences effectivement vécues. Les interactions potentiellement conflictuelles s'étaient établies entre les mêmes types d'acteurs dans tous les cas considérés, soit:

- ◆ les autorités (police/justice et santé/social, au niveaux fédéral, cantonal et communal)
- ◆ les habitants et usagers du quartier en question
- ◆ les toxicomanes et les dealers
- ◆ les professionnels de la toxicomanie.

Chacun de ces groupes d'acteurs agit en fonction d'un système de valeurs et d'un système de représentations qui lui est propre. Ainsi, par exemple, habitants et usagers mettront la priorité sur l'aspect "cadre de vie" d'un espace et tenteront de se l'approprier dans ce sens. Les professionnels ont une priorité, à savoir celle de pouvoir faire leur travail auprès d'une population plus facilement atteignable lorsqu'elle se tient à un endroit fixe. D'autres priorités encore valent pour les toxicomanes ou les autorités...

Un rapport de recherche de l'institut de recherche sur l'environnement construit (IREC) de l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL)² sur l'impact urbain des services pour consommateurs de drogues illégales en Suisse relève que pour la majorité des habitants interrogés dans leur enquête (échantillon représentatif dans les villes de Bâle, Bienne, Genève et Zurich), les consommateurs de drogues entraînent moins de nuisances que le bruit ou la pollution de l'air dans les quartiers étudiés. Environ la moitié des répondants pensent que les centres de traitement pour personnes dépendantes n'entraînent pas de nuisances pour le

¹ Mayer Claudia. (1995) Fixerräume: Ihre Entstehung, Entwicklung und Probleme, in Streetcorner, Zeitschrift für aufsuchende soziale Arbeit, Nr. 1/95, p.10

² Kübler D, Malatesta D, Joye D, Hausser D. (1997) Entre santé publique et ordre public. L'impact urbain des services pour consommateurs de drogues illégales en Suisse. Lausanne: IREC, Dépt. d'architecture, EPFL

voisinage. Moins de 10% des répondants estiment que le centre installé dans le quartier constitue une gêne et environ les deux tiers des répondants seraient favorables à l'ouverture d'un nouveau centre. Ces quelques chiffres expriment une approbation très large de la population face aux services pour consommateurs de drogue, ce qui confirme les données recueillies par les enquêtes nationales réalisées par l'IUMSP.

Selon ce rapport, les conflits fondés sur la question des théories de prise en charge (le bas seuil contre l'abstinence) ne se trouvent plus au premier plan. Actuellement les problèmes résultent plutôt de la tension inhérente au rapprochement de deux logiques, celle propre à la santé publique (nécessité de l'aide aux consommateurs de drogues) et celle propre à l'ordre public (nécessité de maintenir un espace public pacifié). Cette tension sera plus ou moins vive selon les prestations proposées par le service: un local d'injection n'est pas équivalent, en terme de cohabitation concrète et d'image, à un service de remise médicalisée de méthadone. Autrement dit **la nécessité d'intervenir au plus près d'une population spécifique – dimension de santé publique – implique la remise en question d'une image de la ville pouvant maintenir un environnement équilibré et contrôlé – dimension d'ordre public**. L'établissement de contrats et de conventions, plus ou moins formalisées, plus ou moins institutionnalisées, sont au départ de la **compatibilité urbaine**: il s'agit de mettre en relation le service en question et la police, habitants et consommateurs de drogues, service et clients.

Stratégie de mise en place de structures permettant l'acte d'injection à moindre risque

- a) **Il faut bien évaluer les risques et périls et les avantages de la stratégie à mettre en place. Il faut procéder à une clarification personnelle et intra-institutionnelle sur les différents choix possibles.**

Les pionniers des locaux d'injection ont œuvré de manière pragmatique, selon la devise: "ne pas discuter longuement, le faire". En le faisant, ils ont pris des risques: des risques d'opposition, des risques de dénonciation, des risques d'accidents. Ils ont démontré que la situation peut s'améliorer de manière perceptible pour tout le monde. L'expérience a montré que, si les personnes qui s'opposent à des locaux d'injection s'aperçoivent que les consommateurs de drogues disparaissent de leurs couloirs d'immeubles, des toilettes et parcs publics, des garages et parkings souterrains, des places de jeux pour enfants, des escaliers publics devant les églises, etc., elles vont même saluer l'existence de tels locaux d'injection. La plupart des locaux d'injection mis en place ont connu une phase de "zone grise", où s'y faisait officieusement ce que plus tard on a réussi à officialiser: exemples de Berne ou de Bâle. Ailleurs cela a mené à la fermeture, à la clarification politique par une votation populaire (négative en général), à une réouverture rendue nécessaire par l'évolution de la scène (exemple de Zurich). A l'exemple du premier local d'injection à Bâle ou celui de Berne, il semble que pour les autorités, notamment policières, il ait été plus facile de tolérer tacitement l'existence d'un tel lieu, plutôt que d'être confronté à devoir se positionner devant la question "pour ou contre un lieu d'injection". Il semble que la responsabilité qui leur est attribuée devant un tel choix soit surtout gênante pour l'établissement d'un local d'injection, plutôt qu'aidante¹. Si l'on avait attendu à Berne ou à Bâle le "OK" des autorités, on serait peut-être encore en train d'attendre...

L'analyse faite dans l'étude précitée de l'IREC (Kübler et all. 1997) préconise qu'**actuellement** il est plus sensé de procéder par négociation ouverte en tenant compte de tous les acteurs impliqués. L'étude de faisabilité "Zone et quartier"² de l'IREC avait postulé en 1993 déjà que, pour réduire les résistances des habitants d'une ville, la mise en place de structures à bas seuil serait facilitée:

- si la procédure de mise en place pouvait être harmonisée entre police et spécialistes de la toxicomanie, par exemple en en discutant le déroulement à l'intérieur d'une "commission toxicomanie"
- s'il existait au niveau local une politique en matière de drogue formulée explicitement et qui est appliquée de manière conséquente aussi dans des temps difficiles
- si les programmes politiques en matière de drogue des instances de décision cantonales et communales s'accordent au même diapason (exemples des villes-canton de Genève et de Bâle).

Au niveau de la gestion politique, trois éléments semblent d'importance (Kübler et all. 1997):

- En termes de constellation politique, lorsque des conflits idéologiques et partisans se greffent sur le problème de la mise en œuvre le compromis n'est guère envisageable; dans la mesure également où des organisations politiques peuvent trouver leur intérêt en mobilisant et en développant les réactions de type NIMBY ("Not in my backyard", c'est-à-dire "pas dans mon jardin"). A l'inverse, dans d'autres contextes politiques, il est possible

¹ Mayer Claudia. (1995) Fixerräume: Ihre Entstehung, Entwicklung und Probleme, in Streetcorner, Zeitschrift für aufsuchende soziale Arbeit, Nr. 1/95, pp. 3-17

² Malatesta D, Kübler D, Joye D. (1993) Zone et quartier. Lausanne: IREC, Dépt. d'architecture, EPFL

de travailler à la mise en œuvre de cette politique de prévention sans émotions de part et d'autre. La situation bâloise illustre ce cas.

- En termes de moyens d'action, lorsque des acteurs ont des positions fortes dans le processus de décision, ils sont à même de faire réussir ou, respectivement échouer des projets. Autrement dit les mises en œuvre s'élaborent toujours dans des réseaux où certains acteurs sont dominants. Les autorités locales tendent de plus en plus à prendre ce rôle-là, étant au centre de la réalisation du principe de compatibilité urbaine.
- En termes de stratégie de contact, la "culture du secret" ne favorise pas l'implantation d'un service dans les cas où les voisinages sont organisés et dans les villes qui ont connu des conflits urbains importants. Les voisins veulent être ainsi informés et pouvoir participer concrètement au contrôle du fonctionnement du service. La formalisation et l'institutionnalisation de cette participation sont politiquement déterminantes dans la mesure où ces voisinages sont des acteurs significatifs de la politique locale en général.

b) Une bonne formation de préparation à l'acte d'injection à moindre risque est indispensable.

Dans tous les cas, le personnel accompagnant, travaillant dans ces structures doit pouvoir bénéficier d'une formation adéquate, le préparant à la situation de l'acte protégé de l'injection propre. Un tel projet de formation est offert pour la première fois dans le programme des cours 1999 d'ARIA/GREAT: il s'agit de trois modules de formation de 2-3 jours chacun. Le programme de formation est mis en annexe.

c) La réalisation concrète d'un projet de structure permettant l'acte d'injection protégé, amène à devoir réfléchir à une série de questions auxquelles il faut penser et une série de problèmes pratiques qu'il faut résoudre:

Champs de tension, dichotomies relevées par la lecture des rapports ou relevées en discussion avec les professionnel-le-s du terrain à Schaffhouse, Soleure, Berne, Bâle et Thoune. Cette liste de problèmes est indicative et non exhaustive.	
versus	
observer et influencer les usagers à s'injecter correctement... jusqu'où apporter de l'aide?	auto-contrôle par les usagers? (méthode utilisée dans les sleep-in de Berne et de Lucerne)
responsabiliser les usagers en les guidant	laisser les usagers prendre leurs responsabilités
aller vers	laisser venir à
Attitude ou position à clarifier pour soi même:	
l'aide à l'injection propre légitime l'acte d'injection	l'aide à l'injection propre préserve la santé
vivre mal la toxicomanie augmente la souffrance et donc, tôt ou tard, la nécessité de changer quelque chose de fondamental à sa vie	vivre moins mal la toxicodépendance laisse un peu de place à la prise de conscience, qu'avec son corps il est possible de faire mieux
local d'injection comme premier pas vers la libéralisation?	local d'injection comme premier pas vers l'abstinence?

versus	
clientèle locale "restreinte" = contrôle d'identité nécessaire (exemples de Schaffhouse et Soleure)	clientèle "tout venant" = risque de point d'attraction (Berne)
petit projet modeste	projet vaste et complet
streetwork, travail de proximité, mobile	local stationnaire
centralisation en ville	décentralisation en périphérie
mélange de population	séparation de certains groupes: jeunes / anciens hommes / femmes
longues heures d'ouverture (quoi offrir à côté: cafétéria, douche, repas?)	ouverture aux heures de pointe (que se passe-t-il en dehors?)
installer un nouveau local d'injection officiel- lement en passant par la négociation vaste et clarifiante avec tous les acteurs en jeu	permettre l'injection dans des structures exis- tantes et tenter de l'officialiser par la suite
Questions / réflexions	
Que faire des filtres? tolérer le partage? interdire? institutionnaliser (à l'exemple de Schaff- house)?	
Faire payer ou non les prestations telles que aliments, boissons, lessives, etc?	
Achat / vente de drogue: quel espace, quel rayon de tolérance, quelles négociations ou rè- gles avec la police?	
Fumer l'héroïne, toléré ou non?	
Comment s'arranger avec l'entourage, les commerçants, les habitants? Business autour du local?	
Relations avec la police?	
Quelles données personnelles relever? Quelles statistiques établir?	
etc.	

Argumentaire pour une structure permettant l'acte d'injection à moindre risque

Généralités

Tout "local" d'injection doit avoir comme but de diminuer les risques dus à une consommation intraveineuse de drogues.

A. S'il s'intègre dans un **centre d'accueil et de contact**, il s'agit d'encourager ceux qui veulent s'en sortir et leur en faciliter le chemin. Rappelons que les 2 heures qui suivent le moment de l'injection sont souvent propices pour une discussion tout à fait "lucide". Il faut offrir une infrastructure permettant de profiter au maximum de ce moment de lucidité pour pouvoir aborder des questions fondamentales de la toxicodépendance, de santé, des possibilités d'évolution et de changement de parcours.

B. S'il s'agit d'une **aide offerte ambulatoirement**, par exemple dans l'appartement d'une personne toxicodépendante, le même principe mentionné ci-dessus s'applique.

C. S'il s'intègre dans une **structure d'hébergement**, d'urgence ou en communauté de vie, il s'agit de diminuer les contradictions entre l'accueil de personnes toxicodépendantes et l'interdiction de consommer des drogues, en canalisant la consommation dans un local prévu à cet effet. Il s'agit aussi de protéger les autres utilisateurs et utilisatrices de cette structure de nuit ainsi que le personnel des conséquences de l'acte d'injection qui se ferait en cachette.

L'offre minimale d'un "local" d'injection doit être:

- la remise et l'échange de matériel d'injection stérile
- une information et une instruction sur les techniques d'injection et d'hygiène
- la possibilité de consommation intraveineuse de drogues dans un lieu propre et tranquille
- la possibilité d'intervenir le plus tôt possible ou de motiver à aller consulter un médecin en cas de blessures, d'abcès en particulier
- des mesures rapides de premiers secours lors de surdoses
- des premiers contacts et un accompagnement social minimal, coordonné avec les services d'aide existant.

Hygiène d'injection

Argument

Chaque injection se fait:

- sous **contrôle d'une personne qualifiée**,
- dans des **conditions hygiéniques impeccables**.

Par ailleurs, les lieux d'injection permettent un **accès facilité pour la remise de matériel d'injection stérile**.

A Zurich, en 1997, 175'000 injections ont été faites dans un local d'injection. Chacune de ces injections s'est faite dans des conditions hygiéniques impeccables.

Prévention VIH et prévention des hépatites

Argument

Pour chaque injection, il est garanti:

- une **prévention du sida sans faille**,
- une **réduction des risques d'infection par un virus de l'hépatite**.

Par ailleurs on peut compter avec un **effet éducatif** quant à la manière de s'injecter de la part des personnes qui fréquentent les locaux d'injection, c'est-à-dire qu'elles **s'injectent de manière plus hygiénique**, pour elles-mêmes comme pour leur entourage, aussi en dehors de ce lieu.

Limiter la précarisation de l'état de santé

Argument

Un minimum de **prise en charge sociale et hygiénique** offert par les structures d'aide à l'injection à moindre risque, garantit que la précarisation de l'état de santé des personnes qui fréquentent les locaux d'injection ou des personnes qui sont prêtes à recevoir de l'aide à domicile, soit limitée.

Du point de vue médical, à Zurich, dans les années 1993/94, un total de 6'244 pansements ont été faits sur place, dans les centres d'accueil et de contact et 371 personnes ont été aiguillées vers un centre stationnaire de traitement médical (hôpital).

Overdoses

Argument

Les risques d'overdose mortelle sont considérablement réduits.

La **prévention et le traitement des overdoses non mortelles** sont assurés grâce à une situation de stress moindre et grâce à la surveillance permanente par du personnel qualifié.

Par exemple, à Zurich on a enregistré systématiquement les interventions nécessaires suite à des complications (problèmes de respiration ou de tension artérielle) survenues pour des raisons de surdosage ou de mauvais produits. En 1997, ces interventions ont été très peu nombreuses, soit d'environ 0.05% de toutes les injections.

Autre exemple, à Bâle 135 interventions d'aide ont été apportées à des personnes victimes de surdosage en 1996, "...chiffre qui aurait probablement alimenté la statistique des décès dus aux stupéfiants, au lieu d'apparaître dans notre statistique sous la rubrique des réanimations". (NH, Bâle, 1997)

Récupération des seringues usagées

Argument

Toute structure permettant l'acte d'injection à moindre risque garantit un débarrassage impeccable du matériel d'injection, donc, **en termes de santé publique, il y a moins d'ustensiles d'injection dans les lieux publics.**

"Si les réclamations pour cause de matériel d'injection jeté après usage et se trouvant à peu près n'importe où dans la ville, ont diminué, c'est bien parce que les "Gassenzimmer" amènent **en moyenne 130 kg de seringues et aiguilles usagées par mois** à l'incinération des déchets médicaux spéciaux." (NH, Bâle, 1997)

Ordre public

Argument

En termes de sécurité ou d'ordre public, les locaux d'injection participent à la **réduction des scènes ouvertes et diminuent ainsi la visibilité de la toxicodépendance.**

Aucune des 175'000 injections faites dans les locaux d'injection à Zurich en 1997 ne s'est produite en public, autant d'injections qui n'ont dès lors pas dérangé ni mis en danger la population résidente et les enfants.

Limiter la marginalisation et l'isolement social

Argument

Les risques de marginalisation et d'isolement social sont considérablement réduits par toute structure d'aide qui offre des possibilités de contact et qui **permet à la personne toxicodépendante une rencontre attentive et sans jugement de valeur.**

De plus, la sécurité d'injection se trouve améliorée si le lieu d'injection est déplacé du domicile vers un local d'injection.

Coûts

Argument

En termes de coûts, on peut compter avec une réduction des frais médicaux dus à un **dépistage et un traitement précoce** de problèmes d'infections cutanées ou de problèmes de veines par exemple. Aussi peut-on compter avec le fait que les repas à bas prix, les offres d'hygiène et les conseils de santé de manière générale aient un impact plutôt préventif contre une précarisation de la santé des personnes toxicodépendantes, ce qui **évitera des complications médicales ultérieures.**

Les coûts liés à la répression policière et à l'appareil judiciaire ne peuvent probablement pas être réduits de manière considérable par les seules structures d'injection à moindre risque, puisque les produits injectés continuent à être acquis de manière illégale.

Conclusion

L'utilité des services d'aide destinés à des consommateurs de drogues a été démontrée à plusieurs reprises. Une série d'éléments se trouvent réunis dans ce rapport, aussi bien pour des structures à bas seuil et pour celles qui incluent un local d'injection. Actuellement, le problème ne réside plus dans le choix de l'offre technique, mais bien dans la volonté politique de l'offrir, dans la mise en œuvre et dans la relation à établir, non seulement avec les usagers de ces services, mais aussi avec l'ensemble des habitants d'un territoire donné.

Il est peu probable que par la mise en place d'un local d'injection, on initierait des nouveaux consommateurs. Cependant cette situation n'a jamais été vérifiée. Aussi n'existe-t-il aucune preuve ou contre preuve sur les changements des habitudes de consommation ou sur la fréquence des consommations induites par la fréquentation d'un local d'injection. Il vaudrait la peine de porter une certaine attention à cette question, par exemple dans les "études clientèle..." ou dans le monitoring de nouvelles études qui seraient mises en place, par exemple dans des stations de sevrage ou dans des lieux de thérapie ou encore dans les centres de consultation pour toxicomanes. Il s'agirait donc d'étudier le comportement de consommation des personnes qui s'injectent des drogues, en particulier le changement qu'aurait induit la fréquentation d'un local d'injection.

Les perspectives et améliorations à apporter aux centres d'accueils et de contacts avec locaux d'injection¹ sont notamment:

- améliorer la qualité de travail du personnel par un encadrement et une formation adéquate
- rendre possible un accompagnement plus individuel de certains clients
- éveiller l'intérêt de changer quelque chose à leur parcours de vie
- rechercher et exploiter les ressources disponibles des clients
- offrir aux personnes toxicodépendantes davantage de possibilités de travail
- chercher l'équilibre nécessaire entre un service à bas seuil, où le plus grand nombre de personnes y ont accès, ce qui implique l'absence de jugement de valeur pour laisser se développer une responsabilisation propre, et un service proposant un accompagnement psychosocial qui incite au changement.

¹ (cf. exposé au GREAT, 09.12.97, de Doris Frei, Sozialamt der Stadt Zürich)

Bibliographie

- Benninghoff F, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. (1999, à paraître) L'évolution de la prise de risque chez les clients de structures mettant à disposition du matériel d'injection en Suisse. Lausanne: IUMSP
- Benninghoff F. (1999, à paraître) Prise en charge de la toxicodépendance en Suisse: une typologie des offres d'aide à "bas seuil" et à "haut seuil". A paraître dans: Santé, médecine et société. Contributions à la sociologie de la santé. Seismo, 1999
- Benninghoff Fabienne. (1998) Monitoring des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection en Suisse 1993-1997. Lausanne: IUMSP (Document non publié)
- Erfahrungsbericht der Kontakt- und Anlaufstellen über den Bericht der Gassenzimmer. (1993) Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich
- Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. (1998) Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse, 1990-1996. Lausanne: IUMSP
- Gnädinger Christina. (1996) Evaluation des Tages- und Injektionsraumes Schaffhausen (TASCH). Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät I, Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie. Referent: Prof.Dr. Rainer Hornung, Co-Referent Prof.Dr. Felix Gutzwiller
- Kontakt- und Anlaufstellen – Ein Angebot der Drogenhilfe. 1990/92/94: Leistungsauftrag + Konzept für die Gassenzimmer. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich
- Kübler D, Malatesta D, Joye D, Hausser D. (1997) Entre santé publique et ordre public. L'impact urbain des services pour consommateurs de drogues illégales en Suisse. Lausanne: IREC, Dépt. d'architecture, EPFL
- Malatesta D, Kübler D, Joye D. (1993) Zone et quartier. Lausanne: IREC, Dépt. d'architecture, EPFL
- Mayer Claudia. (1995) Fixerräume: Ihre Entstehung, Entwicklung und Probleme, in Streetcorner, Zeitschrift für aufsuchende soziale Arbeit, Nr. 1/95, pp. 3-17
- Médecine sociale et préventive, Vol.41, Suppl.1, pp. S1 – S104, 1996, ISSN 0303-8408 : Evaluation niederschwelliger Hilfsangebote im Drogenbereich. Basel: Birkhäuser Verlag
- Meier Kressig M, Nydegger Lory B, Schumacher C. (1996) Nutzen niedrigschwelliger Drogenarbeit. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF)
- Ronco C, Spuhler G, Coda P, Schöpfer R. (1994) Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel. Schlussbericht. Basel: ISPM
- Ronco C., Spuhler G. (1994) Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase II. Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige in Luzern: Schlussbericht. Lausanne: IUMSP
- Schultz Hans, docteur en droit, Professeur ém. de l'Université de Berne. (1989) Avis de droit concernant les "stations pour toxicomanes". Berne: Office fédéral de la santé publique (diffusion: OCFIM, 3000 Berne, Form. 311.806 f)
- Uchtenhagen A. (1997) Rapport de synthèse: Essais de prescription médicale de stupéfiants. Zurich: ISF, Univ. Zürich u. ISPMZ, (traduction française)
- Waldvogel Rosann. (1995) Fachreferat: "Kontrollierter Drogenkonsum reduziert Risiken". Zürich, Sozialamt der Stadt Zürich

Annexes

Annexe 1: Betriebskonzept der Gassenzimmer Basel-Stadt

(10 pages disponibles dans la version imprimée), en allemand

Annexe 2: Règles de fonctionnement "Kontakt- und Anlaufstelle" Berne

Traduction: Bureau de Promotion/CM/mars'99/réviséRTh

Règlement pour les utilisateurs

Heures d'ouverture

lu 14h à 18h, hommes et femmes
lu 18h à 22h, réservé aux femmes
ma à sa 14h à 22h, hommes et femmes
di fermé

Condition d'entrée

Seuls les consommateurs par voie intraveineuse ont accès

Dès 16 ans révolus

Pas d'entrée pour les consommateurs qui consomment pour la première fois, ni pour des fumeurs ou sniffeurs.

Sanction, interdiction d'accès

Une interdiction prononcée après 18h vaut pour le lendemain

Deal

Le deal de drogues illégales et de médicaments sous prescription est interdit.

Il est interdit de montrer de la dope en dehors du local d'injection.

Il est interdit de compter des sommes d'argent ou de les passer à quelqu'un.

Le recel est interdit.

Violences

Toute forme de violence sera sanctionnée par une interdiction d'accès au centre, notamment:

- violence physique parmi les utilisateurs
- violence physique envers le personnel
- armes dans le centre
- destruction de matériel et de mobilier
- agressions verbales et menaces envers le personnel

Local d'injection

- Se laver les mains avant d'entrer
- Dans le local, tu reçois le matériel stérile, pas de self-service
- Il est interdit de manier les seringues de manière imprudente. Des bouchons de seringues sont à disposition. Après usage, la seringue doit être jetée dans le bac prévu
- Un seul shoot par entrée dans le local
- Laver la place avant de la quitter (traces de sang etc.)
- Il est interdit de manger ou de boire dans le local
- La fumée est interdite dans le local.

Echange de seringue

- Les seringues et les aiguilles sont échangées 1 contre 1.
- Maximum 2 sont gratuits.

Douches, lessive, toilette

- Tu peux laver ton linge, demande au personnel pour de l'aide
- Tu peux prendre une douche

- Il est interdit de se shooter dans les toilettes ou dans la douche. Sanction: une semaine d'interdiction d'accès.

Horaire

Repas	18h à 20.15h
Boissons	14h à 21.30h
Soins	14h à 21.00h
Local d'injection	17h à 21.30h
Douche, lessive	14h à 21.00h
Échange de seringue	14h à 21.45h du lu-sa; di: 14h à 17.00h

Soins, rendez-vous médical

- Tu peux t'adresser au personnel pour de petites blessures
- Pour un rendez-vous médical, un médecin est présent le mardi de 18h à 19h.

Conseil

- Nous sommes à ta disposition pour des questions de logement, de droit, de travail, de thérapie, de prison, etc.

Règlement pour le personnel

Le personnel est tenu de faire respecter par les usagers les points mentionnés ci-dessus. En plus, les éléments suivants régissent notre travail:

- Les collaborateurs/trices sont tenus au secret professionnel.
- Seuls les consommateurs de drogues qui consomment par voie intraveineuse et pas pour la première fois (16 ans révolus) ont accès au centre; les sniffeurs et les fumeurs de cocaïne ou d'héroïne n'y ont pas accès. La consommation d'alcool est interdite. Le deal de drogues illégales et de médicaments sous prescription est interdit. Ceci vaut également pour la méthadone, le Rohypnol, le haschisch. etc. Les utilisateurs n'ont pas le droit de compter de l'argent ou d'en passer à d'autrui. Les utilisateurs ont le droit de "faire de la monnaie" à quelqu'un, mais doivent l'annoncer auparavant au personnel. Tout recel est interdit; il va de soi que le personnel n'achète rien.
- On ne dépose pas les affaires des utilisateurs derrière le bar. Seule exception: si suite à une overdose un utilisateur n'arrive plus à surveiller ses affaires.
- Pas plus de 10 utilisateurs à la fois dans le local d'injection; éventuellement une personne de plus, selon la situation.
- Il est possible de donner des crédits de sa propre poche. Pour des situations de crise particulières, nous avons la caisse d'urgence.
- La lessive des utilisateurs doit être mise dans une corbeille, munie du nom et de la date. Les habits non réclamés sont donnés ou recyclés après trois jours.
- De manière générale, les utilisateurs n'ont pas le droit de venir derrière le bar. Des exceptions sont possibles, si le personnel le juge utile, notamment pour: le service au bar, le service de repas, l'aide dans la cuisine, des téléphones en présence d'un membre de l'équipe.
- Service de repas: les utilisateurs peuvent aider au service et au rangement des repas. Ils reçoivent un repas gratuit avec boisson pour une heure de travail, la moitié pour une demi-heure.
- Aucun menu spécial n'est servi pendant les heures de repas. Les repas doivent être payés à l'avance.

- Les soins et la distribution de médicaments se font dans la salle des soins. Des exceptions sont possibles pour des bains de pieds et de main (dans les douches ou dans la salle de séjour).
- L'échange de seringue se fait 1 : 1. Seulement deux pièces sont gratuites (p. ex. une pompe et une aiguille). Tout matériel supplémentaire doit être payé (pompe 20 centimes, aiguille 5 centimes).
- Le téléphone de la cuisine n'est pas à disposition des usagers. Aussi ne transmettons-nous pas de message téléphonique; nous informons les appelants qu'il existe une ligne de téléphone dans la salle de séjour réservée aux usagers.
- Sanction d'interdiction d'accès:

Si une interdiction d'accès est prononcée après 18.00h, le jour même n'est pas compté comme premier jour d'interdiction, seulement le lendemain.

 - Barème pour les interdictions d'accès
 - deal = 2 jours (compter et passer de l'argent, cacher des produits, préparer du produit pour la vente ou pour en faire cadeau, recel)
 - violence = 1 semaine (violence parmi les utilisateurs, envers le personnel, contre le mobilier)
 - ne pas observer les consignes ou les sanctions = minimum 1 jour ou prolongement des sanctions déjà arrêtées (pénétrer dans le local d'injection ou ne pas le quitter à temps alors qu'une interdiction d'accès est prononcée, refuser de partir, etc.)
 - se shooter dans la salle de séjour, les douches ou WC = 1 semaine
 - Procédure pour les sanctions:
 - Exceptionnellement, prononcer d'abord une mise en garde (p.ex. lorsqu'une personne n'est pas familiarisée avec les règles du lieu); il est important de toujours informer les nouveaux venus des usages et coutumes.
 - C'est de la compétence du membre de l'équipe le plus concerné par la situation précise de déterminer la durée et la gravité de la sanction.
 - Toujours informer immédiatement les utilisateurs concernés et le reste du personnel des raisons et de la durée d'une sanction
 - En cas de menace ou d'utilisation de violence, le personnel peut appeler la police. Les utilisateurs seront avertis de son arrivée.

Annexe 3: Concept pour un "local hygiénique" dans le cadre de l'hébergement de nuit "Obdach" (abri) à Lucerne

Traduction: Bureau de Promotion/CM/oct.98//réviséRTh/mars'99

Situation de départ:

L'abstinence n'est pas une condition pour pouvoir dormir au sleep-in "Obdach". Il est dès lors clair que la consommation de drogues illégales se produit en cachette, dans les lits, aux toilettes, un peu partout. La consommation par voie intraveineuse n'en est pas exclue, bien évidemment.

Cette pratique en cachette met en danger le consommateur et l'équipe (seringues qui traînent, seringues cachées, etc.). Nous avons pensé alors qu'il serait préférable que la consommation intraveineuse se déroule dans un cadre structuré, à des heures précises et dans un local désigné à cet effet.

Ce local d'hygiène est un projet pilote que nous évaluerons après une année de fonctionnement.

Objectifs:

- Permettre aux toxicodépendants de dormir au sleep-in malgré leur dépendance.
- Améliorer les conditions d'hygiène pour les injections.
- Prévention du VIH pour les injecteurs et leur environnement.
- Pouvoir mieux contrôler la consommation de drogues illégales au sleep-in en la dirigeant vers un local prévu à cet effet.

Public cible:

Les personnes toxicodépendantes qui n'ont pas de logement et qui sont accueillies dans le sleep-in Obdach. Elles doivent avoir payé leur entrée.

L'accès au local d'injection est strictement réservé aux personnes qui sont hébergées au sleep-in (pas de visiteurs, pas de va-et-vient). Parmi les usagers du sleep-in, y ont accès exclusivement les personnes qui s'injectent; l'accès est interdit aux autres usagers.

Prestations:

Offrir un local dans lequel la personne dépendante peut s'injecter la drogue qu'elle a elle-même amenée. L'injection se fait dans de bonnes conditions hygiéniques. On crée une atmosphère non stressante.

Nous échangeons des seringues "une contre une". Si une personne n'a pas de seringue, nous lui en donnons trois gratuitement. Si quelqu'un souhaite prendre davantage de seringues, nous en vendons pour 25 cts/pièce.

Nous mettons à disposition: de l'eau du robinet (dans des doseurs), de l'alcool et des tissus stériles. Nous vendons des portions d'acide ascorbique (50 cts) et des cuillères (1.- fr). Pas de crédits possibles.

Les seringues usagées doivent être déposées dans le container prévu à cet effet.

Substances:

Seule la consommation d'héroïne et/ou de cocaïne est autorisée. Pas d'alcool ni de benzodiazépines, cannabis etc.

Heures d'ouverture:

Les heures d'ouverture du local sont liées à celles de la salle de séjour du sleep-in, c'est-à-dire:

le soir: 21.15 h à 23.45 h (dernière entrée à 23.30 h)

le matin: 07.30 h à 08.45 h (dernière entrée à 08.30 h), resp.

08.30 h à 09.45 h (dernière entrée à 09.30 h) les week-end et jours fériés

Local, mobilier:

Le local d'hygiène se trouve au premier étage. Il s'agit d'une pièce avec de l'eau chaude et froide. Il y a une armoire (fermeture à clef) avec le matériel d'injection et les appareils de réanimation (oxygène, ambu, masques), une table et 4 chaises.

Règles dans le local d'hygiène:

- Le nombre de personnes qui consomment ne doit être supérieure à celui des chaises mises à disposition.
 - Avant l'entrée dans le local, toutes les blessures ouvertes doivent être soignées.
 - Pas de deal dans le local. Pas d'échange, ni cadeau, ni commission
 - Pas de nourriture ni boissons ne sont tolérés dans le local.
 - Il est interdit de s'asseoir par terre ou de dormir dans le local.
 - Chaque utilisateur nettoie sa place. Nous mettons à disposition les produits nécessaires.
 - Nous avons installé un dispositif d'alarme au mur. Celui-ci n'est à utiliser qu'en cas de danger. Un danger est:
 - quelqu'un s'évanouit
 - une personne seule dans le local se sent mal
- En cas d'abus, nous interdisons l'accès à la personne pendant au moins une semaine.
- Le règlement de maison s'applique également au local.
 - En cas de non-observation de ce règlement, nous prenons des sanctions allant du simple rappel à l'interdiction de maison.

Encadrement, surveillance:

En raison de l'ouverture du local, nous ne tolérerons plus aucune consommation de drogues illégales ailleurs dans la maison.

L'équipe aura à l'avenir davantage de tâches de contrôle. A tout moment on doit pouvoir déterminer, qui a le droit d'utiliser le local (exclusivement des personnes toxicomanes, qui se déclarent comme telles et qui ont réglé leur nuit). Il est donc important d'empêcher tout visiteur d'accéder au local d'hygiène.

Les membres de l'équipe (et en cas d'exception également les aides) doivent être régulièrement présents dans le local pour donner du matériel et voir si tout va bien.

En cas d'urgence (sonnerie d'alarme ou si, lors d'un contrôle de routine, nous retrouvons une personne évanouie), les membres de l'équipe et les aides sont aptes à mettre en œuvre les gestes nécessaires immédiatement et, si besoin est, de procéder à des réanimations. Dans de tels cas (et également en cas d'insécurité), on demandera immédiatement l'intervention des secouristes du 144 (selon entente générale).

Afin d'être à même d'intervenir avec compétence, toute l'équipe a participé à un cours de réanimation et massage cardiaques selon les lignes directrices de la Croix Rouge Suisse, commission des médecins. Tous les participants du cours sont titulaires du "brevet y correspondant".

En mettant à disposition ce local d'hygiène, nous voulons nous confronter plus activement aux questions qui se réfèrent aux aspects de l'aide à la survie. Nous profiterons des possibili-

tés de formation continue pour améliorer notre compétence dans ce domaine, notamment en intégrant les personnes évoluant dans le monde des drogues illégales.

Conséquence sur les rôles et tâches de l'équipe et des aides:

Les membres de l'équipe et les aides auront dès lors davantage de tâches de contrôle et de remise de matériel stérile. Ils doivent en plus remplir une statistique simple qui permettra d'évaluer la pertinence de l'action. L'équipe aura donc moins de temps pour être avec les usagers dans la salle de séjour, pour faire du travail de relations.

Les membres de l'équipe seront responsables du local d'hygiène: heures d'ouverture et de fermeture, application du règlement, etc. Il ne leur sera donc plus possible d'assumer, le matin, la responsabilité dans la salle de séjour. A l'avenir, les aides en seront responsables.

Ceci a des conséquence sur les tâches des aides (nettoyage etc.) Ils devront donc travailler plus longtemps, ce qui augmentera quelque peu le budget d'exploitation.

Coûts:

En résumé

Frais d'investissement, y compris le matériel de réanimation et les cours de réanimation:	Fr. 4 800.-
Frais d'exploitation annuels (y compris le matériel stérile):	Fr. 9 700.-

Annexe 4: Programme de formation ARIA/GREAT1999

Ateliers Romands pour Intervenants dans le domaine des Addictions - **ARIA**
Rue des Pêcheurs 8, case postale 20, 1401 Yverdon
Tél. +41 24 426 34 34
Fax. +41 24 426 34 35
E-mail great.aria@span.ch

Extrait du programme des cours 1999

PROMOUVOIR LA RÉDUCTION DES RISQUES

L'usage de substances psycho-actives par voie intraveineuse dans des conditions d'illégalité accroît considérablement les risques pour la santé des personnes toxicodépendantes. En l'état actuel des connaissances, l'application de mesures de prévention et de promotion de la santé permet de réduire de manière importante les risques engendrés par les conditions difficiles dans lesquelles la plupart des usagers s'injectent ces substances.

Promouvoir la citoyenneté des personnes toxicodépendantes signifie, entre autres, leur conférer les moyens de devenir les acteurs responsables de leur propre santé. Plusieurs études ont démontré qu'une personne toxicodépendante en phase active de consommation en était tout à fait capable. Si la réduction des risques n'est pas simplement l'addition de mesures techniques, mais une véritable philosophie de santé publique, il est indispensable que les premières personnes concernées par l'acquisition de ces compétences soient les personnes toxicodépendantes elles-mêmes, ainsi que toute personne, professionnelle ou bénévole, susceptible d'agir comme multiplicateur auprès des usagers de substances par voie intraveineuse.

Module 1

Enjeux éthiques et facteurs de réduction des risques

Ce premier module de formation a pour but d'ouvrir un espace de réflexion éthique sur les enjeux de la réduction des risques. Ces enjeux sont cernés à deux niveaux: d'abord celui de la réduction des risques d'un point de vue médical et juridique; ensuite celui des manières de transmettre la réduction des risques auprès des consommateurs.

Contenu

- Développer des compétences de transmission et de multiplication des comportements de réduction des risques auprès des consommateurs de substances psycho-actives.
- Acquérir des connaissances sur les nouvelles possibilités de traitement médical du SIDA et des hépatites, développer un mode d'intervention éthique face au diagnostic et aux possibilités de traitement, promouvoir des compétences de prévention du développement de ces maladies.
- Connaître les conditions juridico-politiques auxquelles s'expose une personne s'injectant ou aidant à s'injecter des substances illégales selon les différents systèmes cantonaux en vigueur.

Jour 1

Transmettre la réduction des risques aux usagers de drogues - le rôle de multiplicateur

Miguel De Andrés
Psychiatre-psychothérapeute, directeur du
SAPS (Service d'Attention et de Prévention
Socio-sanitaire pour toxicomanes),
Barcelone

Jean-Claude Mettraux
Pédo-psychiatre, président de l'association
Appartenances, Lausanne

Jour 2 et Jour 3

Enjeux éthiques des diagnostics médicaux

Claude de Jonckheere
Dr. en sciences de l'éducation, responsable de recherche, enseigne l'éthique et la philosophie à l'I.E.S.,
Genève

Joakim Delarive
Chef de clinique de la Division de Gastro-Entérologie,
CHUV, Lausanne

Giovanna Meystre-Agustoni
Sociologue, collaboratrice de recherche à l'IUMSP,
Lausanne

Martine Monnat
Médecin au Centre St-Martin, Lausanne

Amalio Telenti
Médecin-adjoint au Service des Maladies Infectieuses, responsable de la consultation HIV, CHUV, Lausanne

Enjeux juridiques liés à la création de structures d'injection

Jean-Pierre Garbade
Avocat, Genève

Nicolas Heller
Responsable-adjoint des
Locaux d'injection en ville
de Bâle

Anita Marxer
Responsable du secteur
Aide à la Survie, Contact,
Berne

Claude de Jonckheere
I.E.S., Genève

Public: Tout-e intervenant-e, professionnel-le spécialiste, généraliste ou bénévole, concerné-e par le domaine de la réduction des risques.

Durée, dates et lieu: 3 jours - 13, 14 et 15 septembre 1999
lundi, mardi et mercredi de 9h à 17h ARIA, Yverdon

Prix: Fr. 400.- (membres GREAT 340.-) pour le module de 3 jours ou
Fr. 600.- pour les 3 modules

Délai d'inscription: Lundi 23 août 1999

Un programme détaillé sera adressé à chaque participant-e après inscription

Module 2

Réduction des risques liés à l'injection de substances psycho-actives

Le contenu de ce module vise à transmettre les contenus d'une réduction des risques liés à la consommation de substances psycho-actives, en particulier par voie intraveineuse. Les connaissances, comportements et gestes sont acquis en vue de pouvoir être transmis aux usagers en phase de consommation active.

Contenu

- Connaître les modes de consommation actuels (manières de consommer, mélanges de produits, dosages) des différents produits psycho-actifs acquis dans des conditions d'illégalité
- Prévenir les overdoses et développer des conduites à tenir lors d'urgences (overdoses, abcès, septicémies, éruptions cutanées, phlébites, etc.)
- Réduire les risques d'infection par voie intraveineuse et sexuelle (hépatites, SIDA)
- Promouvoir une hygiène d'injection (connaissance de l'état des veines, sites, matériel d'injection, etc.)
- Savoir assister une personne consommant des substances par voie intraveineuse

Jour 1

Overdoses et interventions d'urgence

Jacqueline Reverdin
Enseignante à l'École d'Ambulanciers au
CEPSPE (Centre d'Enseignement des Pro-
fessions de la Santé et de la Petite En-
fance), Genève

Emmanuel Ducret
et /ou Chantal Berthet Infirmier-ère au BIPS
(Bus Itinérant Prévention SIDA) du Groupe
Sida Genève

Jour 2

Promouvoir une hygiène d'injection

Thierry Musset
Infirmier spécialiste clinique en toxicodépendances, HUG, Genève

Public: Toute personne concernée pouvant agir comme multiplicateur auprès des personnes s'injectant des substances psycho-actives.

Durée, dates et lieu: 2 jours - 25 et 26 novembre 1999
jeudi et vendredi de 9h à 17h ARIA, Yverdon

Prix: Fr. 240.- (membres GREAT 200.-) pour le module de 2 jours ou
Fr. 600.- pour les 3 modules

Délai d'inscription: Vendredi 5 novembre 1999
Un programme détaillé sera adressé à chaque participant-e après inscription

Module 3

Changer de contexte

L'idée de changement de contexte a pour objectif de favoriser l'échange d'expériences et de culture d'intervention entre les différentes structures institutionnelles du domaine "Seuil bas". Chaque participant-e a la possibilité d'accomplir une visite individuelle de 1 à 2 jours dans une institution du domaine "Seuil bas" selon une liste qui lui est proposée. Avant et après la visite de l'institution choisie, une rencontre par petits groupes de 2 à 3 participants-es permet de faire le point sur les attentes ainsi que d'évaluer cette expérience.

Les frais de voyage et d'hébergement durant la visite ne sont pas compris dans le prix du module. Afin d'en réduire les coûts, des possibilités d'hébergement seront négociées avec l'institution accueillant le ou la participant-e.

Contenu

- Favoriser les échanges interprofessionnels et interrégionaux sur les pratiques d'intervention dans le domaine de la réduction des risques.

Public: Tout-e intervenant-e, professionnel-le ou bénévole, intéressé-e par le domaine de la réduction des risques.

Durée, dates et lieu: 1 à 2 jours à convenir entre octobre 1999 et fin juin 2000

Prix: Fr. 100.- pour le module ou
Fr. 600.- pour les 3 modules

Délai d'inscription: Lundi 6 septembre 1999