

Immersion en communauté : juin / juillet 2007

# **La prise en charge des personnes toxicomanes**

Rapport écrit par Catherine Barben  
Trinh Huynh  
Cynthia Decrind

Supervisé par Bérénice Elger

# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	3
<b>Préambule</b> .....	4
– Définition .....	4
– Politique genevoise .....	4-5
– Coûts et financement .....	5
– Législation .....	6-7
– Causes .....	8
Le produit .....	8-9
La personnalité .....	9
Le contexte socio-culturel .....	9
– Effets des différentes catégories de drogue .....	9-10
– Conséquences .....	10
Le niveau de vie .....	10
La vie professionnelle .....	10-11
La santé .....	11
Les relations familiales .....	12
Les relations avec de la société .....	12-13
La santé publique .....	13
<b>Prise en charge</b> .....	14-15
– Institutions publiques : HUG, service des abus de substances .....	16
Séjours hospitaliers .....	16
Le Seran .....	16
Ambulatoire : Consultation ambulatoire .....	16
Rue Verte et Navigation .....	17
PEPS .....	17-21
Consultation du NANT .....	21
Ambulatoire : Hôpitaux de jour .....	21-22
La Villa les Crêts .....	22
Trait d'Union .....	22
– Institutions privés .....	23
Argos .....	23-32
Clinique Belmont .....	32-33
Fondation Phénix .....	33
Première ligne .....	33-39
Médecins privés .....	39
– Conclusion .....	40
<b>Répression</b> .....	41-42
<b>Témoignages</b> .....	43-46
<b>Discussion</b> .....	47-48
<b>Conclusion</b> .....	49
<b>Références</b> .....	50-51
<b>Remerciement</b> .....	52
<b>Annexes</b> .....	53-107

## Introduction

La toxicomanie est aujourd'hui un sujet qui suscite beaucoup de polémique. En effet, la société a une vision plutôt négative des consommateurs de drogues. Elle ne voit que le désordre que ces personnes engendrent sur les places publiques avec les seringues qu'elles laissent traîner n'importe où, ainsi que la délinquance et la criminalité qui en résulte. Nous nous sommes intéressées de voir quelles personnes se trouvent derrière ces images.

De plus, en tant que futurs médecins, il nous a semblé important d'élargir nos connaissances dans ce domaine, plus précisément dans celui de la prise en charge de ce problème de santé, et ce, afin d'être capable de mieux comprendre, à l'avenir, ces patients-là et de les rediriger vers de tels soins.

Dans un premier temps, nous avons collecté des informations sur internet sur ce sujet. Nous avons très vite constaté que le terme toxicomanie regroupe une vaste gamme d'addictions comme l'alcool et le tabac. Nous avons choisi de nous concentrer plus spécifiquement sur les drogues illicites.

Ensuite nous avons contacté des personnes travaillant dans ce domaine afin d'avoir de plus amples informations sur ce sujet. Dès lors, nous avons constaté qu'il existe un grand nombre et une grande diversité de structures.

Nous avons également eu la chance de rencontrer une personne toxicomane, qui a bien voulu nous faire part de son vécu.

Dans ce rapport nous allons commencer par un préambule donnant quelques informations théoriques sur les généralités de la toxicomanie : sa définition, sa politique, sa législation, ses coûts et son financement, ses causes, ses effets et ses conséquences.

Ensuite nous aborderons notre sujet de plus près en nous intéressant aux différentes prises en charge, disponibles à Genève des personnes toxicomanes. Après un bref survol du réseau, nous parlerons plus précisément des structures que nous avons visitées.

Nous continuerons par le témoignage de Thierry, une personne consommant de l'héroïne régulièrement et ayant traversé différentes structures d'aide aux toxicomanes.

Pour finir, nous ferons part de nos impressions et de nos avis sur le sujet de la toxicomanie.

## Préambule

### Définition

La toxicomanie est une consommation régulière et excessive de substances toxiques sans prescription thérapeutique créant une accoutumance et un état de dépendance physique et/ou psychique.

La définition stricte de la toxicomanie, selon l'OMS, est la suivante<sup>1</sup> :

- une envie irrésistible de consommer le produit
- une tendance à augmenter les doses
- une dépendance psychologique et parfois physique
- des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (émotives, sociales, économiques).

La définition de l'OMS semble plus adéquate. En effet, « après avoir tenté, dans les années 1950, de définir la toxicomanie, l'Organisation Mondiale de la santé (O.M.S), recommandait, en 1964, l'abandon de ce concept peu opérant, pour le remplacer par la notion de "dépendance" »<sup>2</sup>. Nous continuerons, toutefois, à utiliser le terme de toxicomanie durant notre rapport.

### Politique Genevoise<sup>3</sup>

Afin de lutter contre la toxicomanie, le conseil d'état a mis en place une organisation dont la supervision est confiée à une **Délégation du Conseil d'Etat** formée par des membres des départements (1) de l'action sociale et de la santé, (2) de l'instruction publique et (3) de justice et des transports. Cette délégation dirige une **Commission mixte en matière de toxicomanie**. Cette dernière est formée de partenaires publics et privés.

Sa fonction consiste à :

- (1) Elaborer des projets concernant la politique gouvernementale
- (2) Concrétiser et mettre en œuvre les dispositions dans le domaine de la prévention, de l'action thérapeutique et la réinsertion
- (3) Emettre des préavis à propos de demande d'information de l'Etat sur les projets touchant au domaine des dépendances

La politique genevoise consiste en une approche convergente et intégrée des différentes fonctions de l'état. Elle est basée sur quatre piliers :

- (1) Prévention: en fournissant des informations les plus adéquates sur la toxicomanie
- (2) Action thérapeutique : soins précoces pour éviter des dégâts irréversibles
- (3) Action sociale : en aidant à la réinsertion sociale
- (4) Répression : par la législation fédérale et cantonale

<sup>1</sup> [Fr.wikipedia.org/wiki/Toxicomanie](http://fr.wikipedia.org/wiki/Toxicomanie)

<sup>2</sup> Analyses des situations autour des pharmacodépendances, Pierre Angel, Sylvie Angel, Florent Farges, CNED, Paris 2002, p.14

<sup>3</sup> Site officiel de l'état de Genève: [www.geneve.ch/social/presse/toxi.html](http://www.geneve.ch/social/presse/toxi.html)

Cette stratégie est intéressante par le fait qu'elle permet de traiter en parallèle les causes et les conséquences de la toxicomanie. De plus, elle permet de prendre cette dernière dans sa globalité, c'est-à-dire dans sa dimension médico-psycho-sociale.

Afin de mener à bien ces différentes actions, l'état a mis en place différents programmes :

- (1) programme de haut seuil dont le but est l'abstinence et qui est effectué le plus souvent en institut. Ce programme s'adresse uniquement aux personnes prêtes à accepter un sevrage.
- (2) programme de moyen seuil, basée sur une prise en charge médico-psycho-sociale
- (3) programme de bas seuil, qui permet aux personnes d'obtenir de l'aide et du matériel dans la perspective d'une meilleure hygiène. Permet également le maintien du lien social. (ex : local d'injection et prescription d'héroïne)

Les détails des ces quatre piliers seront discutés plus tard.

Il est à remarquer que cette politique de prise en charge de la lutte contre la toxicomanie a été un processus évolutif qui s'est adapté aux changements de la société.

- Fin années 70 : la politique consistait à trouver un produit de substitution qui permettait une diminution de la dépendance
- Fin années 80 : programme d'échange de seringues afin d'éviter les infections
- Début années 90 : Prévention de transmission du SIDA
- Milieu années 90 : prescription d'héroïne
- En 2001 : Ouverture d'un espace d'accueil avec local d'injection

## Coûts et financement<sup>4</sup>

La toxicomanie est définie comme une maladie et dans cette vision c'est principalement les caisses maladie qui prennent en charge les coûts. Mais elle peut également représenter un problème communautaire et devient par là une charge de l'Etat.

Les frais engendrés par la toxicomanie peuvent être séparés en 3 grandes classes :

- (1) Coûts directs incluant les frais médicaux et hospitaliers ; elle représentait un montant **1.4 milliards de francs/an** (en 2000)
- (2) Coûts indirects qui représentent les pertes de productivité dues aux effets de la toxicomanie (décès, chômage, invalidité) ; ces coûts se montaient à **2.3 milliards de francs / an** (en 2000)
- (3) Coûts humains qui couvrent les dommages moraux des usagers, soit **390 millions de francs / an** (en 2000)

Soit un coût total supérieur à 4 milliards de francs pour l'année 2000.

Il est certain que depuis 2000, les coûts n'ont fait qu'augmenter (chiffres non disponibles).

---

<sup>4</sup> Jeanrenaud, Claude et al. Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse : Rapport final, 2005, Université de Neuchâtel

## Législation

Le problème de la toxicomanie nécessite un règlement bien défini qui s'appuie sur de nombreuses lois qui portent sur la substance : sa définition, sa fabrication, sa vente, son trafic, son acquisition, son utilisation tant libre qu'en milieu médical.

Ci-dessous un recueil de quelques lois fédérales concernant les drogues illégales :

➤ **Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes  
(Loi sur les stupéfiants, Lstup)  
du 3 octobre 1951 [812.121] (annexe)**

### Dispositions générales

#### Article 1

*Sont des stupéfiants au sens de la présente loi, les substances et les préparations ayant des effets du type morphinique, cocaïnique et cannabique et qui engendrent la dépendance (toxicomanie)*

### Dispositions pénales

#### Article 19

1. *Celui qui, sans droit, cultive des plantes à alcaloïdes ou du chanvre en vue de la production de stupéfiants, celui qui, sans droit, fabrique, extrait, transforme ou prépare des stupéfiants, celui qui, sans droit, entrepose, expédie, transporte, importe, exporte ou passe en transit, celui qui, sans droit, offre, distribue, vend, fait le courtage, procure, prescrit, met dans le commerce ou cède, celui qui, sans droit, possède, détient, achète ou acquiert d'une autre manière, celui qui prend des mesures à ces fins, celui qui finance un trafic illicite de stupéfiants ou sert d'intermédiaire pour son financement, celui qui, publiquement, provoque à la consommation des stupéfiants ou révèle des possibilités de s'en procurer ou d'en consommer,*

*est passible, s'il a agi intentionnellement, d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. Dans les cas graves, la peine sera une peine privative de liberté de un an au moins qui pourra être cumulée avec une peine pécuniaire.*

2. *Le cas est grave notamment lorsque l'auteur*

- a. *sait ou ne peut ignorer que l'infraction porte sur une quantité de stupéfiants qui peut mettre en danger la santé de nombreuses personnes,*
- b. *agit comme affilié à une bande formée pour se livrer au trafic illicite des stupéfiants,*
- c. *se livre au trafic par métier et qu'il réalise ainsi un chiffre d'affaires ou un gain important.*

3. *Si l'auteur agit par négligence dans les cas visés sous ch. 1 ci-dessus, il est passible d'une peine privative de liberté d'un an au plus ou d'une peine pécuniaire.*

4. L'auteur d'une infraction commise à l'étranger, appréhendé en Suisse et qui n'est pas extradé, est passible des peines prévues sous ch. 1 et 2, si l'acte est réprimé dans le pays où il l'a perpétré.

Cette loi fédérale règle la fabrication, la dispensation, l'acquisition et l'utilisation de stupéfiants, le contrôle et les dispositions pénales en cas de contravention.

***Ordonnance sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Ordonnance sur les stupéfiants, Ostup) du 29 mai 1996 [812.121.1]***

La présente ordonnance régit le contrôle auquel sont soumis les stupéfiants et les substances psychotropes au sens des articles 1<sup>er</sup>, 3, 7 et 8 de la loi. Elle traite les autorisations pour la fabrication et le commerce, les nouvelles substances, l'importation, l'exportation et le commerce international, l'acquisition et l'emploi de stupéfiants par les personnes exerçant une profession médicale, par les établissements hospitaliers, par les instituts scientifiques et par les organisations nationales ou internationales. Elle contient aussi des règles concernant la détention et la désignation des stupéfiants. Les infractions aux prescriptions de l'ordonnance sont punies selon les dispositions pénales de la loi fédérale.

***Ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Ordonnance de Swissmedic sur les stupéfiants, OStup-Swissmedic) du 12 décembre 1996 [812.121.2]***

Cette ordonnance contient dans l'appendice a) une liste de tous les stupéfiants. Les stupéfiants qui ne sont en principe pas utilisés pour des traitements médicaux, sont listés de surcroît dans l'appendice d) (stupéfiants prohibés).

***Ordonnance sur les précurseurs et autres produits chimiques utilisés pour la fabrication de stupéfiants et de substances psychotropes (Ordonnance sur les précurseurs, Oprec) du 29 mai 1996 [812.121.3]***

La présente ordonnance a pour but d'empêcher que les précurseurs et autres produits chimiques soient utilisés pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.

***Ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques sur les précurseurs et autres produits chimiques utilisés pour la fabrication de stupéfiants et de substances psychotropes (Ordonnance de Swissmedic sur les précurseurs, O Prec-Swissmedic) du 8 novembre 1996 [812.121.31]***

Cette ordonnance définit les précurseurs et autres produits chimiques.

***Ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne du 9 octobre 1998 [812.121.6]***

Cette ordonnance régit la prescription d'héroïne à des personnes gravement dépendantes.

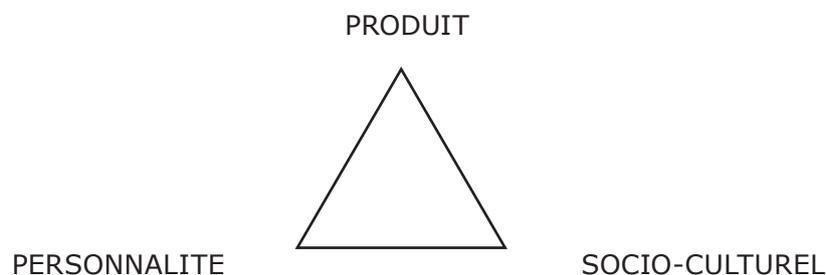
## Causes

Les facteurs menant à la toxicomanie sont multiples. En général les personnes les plus concernées sont déjà fragilisées par leur histoire de vie.

En théorie, trois facteurs principaux sont pris en considération :

- Le produit
- La personnalité
- Le contexte socioculturel

En effet, l'histoire personnelle, la rencontre avec la drogue, sa disponibilité et une exposition chronique peuvent influencer l'apparition de la toxicomanie. L'instabilité psychologique et psychiatrique doivent également être pris en compte.



Il faut la présence des trois éléments pour générer une consommation de drogues.

### Le produit

- L'accès au produit et son exposition chronique (environnement) facilite sa consommation.
- Le plaisir se transforme peu à peu en contrainte. En effet, la recherche du plaisir, ou la fuite d'un déplaisir pousse à la consommation répétée d'une substance. Cet usage répété conduit à une accoutumance. L'euphorie du début se transforme en contrainte, l'usager est à ce moment dépendant de la substance. Il ressent le manque quand il ne consomme pas.
- La dépendance : « elle reflète un déséquilibre induit par une drogue dans la libération, la réponse et / ou la recapture des neurotransmetteurs. [...] La dépendance se fonde sur l'augmentation du taux de dopamine dans les régions cérébrales essentielles pour le contrôle de la motivation et du renforcement émotionnel. La plus importante de ces régions est le système dopaminergique du mésencéphale. Les substances comme la cocaïne élève le niveau de dopamine dans ces régions en interférant avec la recapture de la dopamine par son transporteur, elle en augmenterait la quantité disponible pour les récepteurs. [...] Les opioïdes, comme l'héroïne procure des sensations positives, comme un flash, souvent comparé à un orgasme sexuel. Vient ensuite un sentiment de bien-être généralisé qui dure environ 1 heure. [...] L'une des caractéristiques majeures de la dépendance est une constellation de phénomènes physiologiques et émotionnels négatifs survenant lors de l'arrêt de

la drogue et que l'on regroupe sous le nom de syndrome de sevrage. Celui-ci est différent d'une drogue à l'autre, mais il présente en général les effets inverses de ceux que produit la drogue.»<sup>5</sup>

- La Dose devient croissante, ce qui est due à une tolérance accrue (quantité augmentée pour effet similaire)

## La personnalité

- L'utilisation de drogues provient généralement d'un besoin d'éliminer une frustration, un mal être intérieur ou une timidité trop prononcée. Les effets du produit permet à l'utilisateur d'adopter un comportement plus libre, ou alors de s'évader d'une réalité trop dure à accepter et ainsi d'oublier ses problèmes.
- La faiblesse mentale joue elle aussi en faveur de la toxicomanie.
- Chez les consommateurs de drogues, on retrouve très souvent des comorbidités psychiatriques. Cependant il est très difficile de savoir si c'est le fait de consommer le produit qui engendre des troubles psychiatriques ou si cette dernière pousse à la consommation.

## Le contexte socio-culturel

- Les problèmes familiaux (parents excessifs, carence d'autorité, abus sexuels, conflits familiaux, violence, manque, abandon, perte, milieu défavorisé) peuvent fragiliser la personne. Cette dernière aura donc moins de ressources pour faire face à ses problèmes et sera ainsi prédisposée à tomber dans le milieu des drogues.
- Les problèmes d'intégration (timidité, rejet) peuvent inciter quelqu'un à consommer des stupéfiants pour faciliter la prise de contact avec les autres et mieux se faire apprécier.
- Performances (professionnelles, scolaires, sportives)
- L'environnement social (le pays, époque, la religion, la culture, le cercle d'amis) dans lequel évolue la personne peuvent énormément influencer la prise de substances.
- Comme les drogues sont aujourd'hui banalisées par la société, une personnes ne va plus considérer les risques que y sont liés comme il se doit.

## Effets des différentes catégories de drogue

Les drogues modifient une ou plusieurs fonctions de l'organisme, surtout l'activité mentale, les sensations et le comportement. Elles changent également la perception de la réalité et la façon de réagir face à celle-ci.

**Stimulants:** stimulent le système nerveux. Ils favorisent temporairement un état d'éveil et d'excitation et réduisent également la fatigue. Ils induisent un faux sentiment d'assurance et de contrôle de soi. Ces effets sont souvent suivis d'épuisement, d'anxiété et de dépression. Ex. : cocaïne, amphétamines

---

<sup>5</sup> Neurosciences, Purves, Augustine, Fitzpatrick, Hall, LaMantia, McNamara, Williams, De boeck, Bruxelles, 2005

**Hallucinogènes ou perturbateurs :** Perturbe la perception de l'environnement et de la réalité. Modifie aussi la perception du temps et de l'espace. De plus, la sensibilité aux couleurs et aux sons est exacerbée. A long terme, ils peuvent modifier la personnalité de façon durable du consommateur qui ne peut plus composer avec les éléments de la réalité. Ex : Hallucinogènes, cannabis, solvants et produits volatils.

**Dépresseurs :** ralentissent le fonctionnement du système nerveux. Ils entraînent une sensation de détente et de rêve ainsi qu'une perte de l'inhibition. Ex. : Opiacés comme l'héroïne et la morphine, les benzodiazépines, les barbituriques.

## Conséquences

Au début les effets des drogues sont bénéfiques pour la personne qui les consomme. Comme nous venons de le voir, elles comblent souvent un manque dans leur vie ou dans leur personnalité ou permettent de s'échapper de la dure réalité. Cependant peu à peu les effets néfastes prennent le pas sur les aspects positifs.

En outre, comme l'addiction apparaît précocement, elle a tout le temps de survenir avant que les effets néfastes ne surgissent, c'est-à-dire avant que le consommateur de stupéfiants ne veuille arrêter.

Une fois que la dépendance est installée, le toxicomane est obnubilé par le produit au détriment de tout le reste et va jusqu'à encourir de nombreux risques

Les conséquences concernent plusieurs domaines :

- Le niveau de vie
- La vie professionnelle
- La santé
- Les relations familiales
- Les relations avec la société
- La santé publique

### Le niveau de vie

Le manque du produit pousse constamment les toxicomanes à chercher leur dose. Peu à peu tout leur argent est utilisé pour acheter leur drogue et il se retrouve très vite sans ressources et même avec de nombreuses dettes. Certains se retrouvent même dans la précarité. Ainsi la plupart d'entre eux obtiennent des subsides, sont au chômage, se font aider par l'hospice général ou sont à l'AI.

Pour obtenir leur dose une personne toxicomane peut tomber dans la délinquance comme le marché noir et le vol, dans la criminalité ou encore dans la prostitution.

### La vie professionnelle

Lorsque le toxicomane n'arrive plus à gérer simultanément sa toxicomanie et son travail, il finit par perdre son emploi. En effet, il peut arriver qu'il n'aille pas au travail, ou qu'il ne soit

plus apte à travailler de manière adéquate. Il est dans un état où son esprit n'est plus que dans la recherche du produit. Cette situation ne fait qu'aggraver leur situation financière.

## La santé

Au niveau neuropsychique les conséquences sont : la dépendance qui est comme on l'a vu ci-dessus l'aspect physique et l'addiction qui touche plutôt l'aspect psychique.

Pour la cocaïne, l'aspect compulsif est très prononcé lors de sa recherche par le consommateur. Ce dernier est obnubilé par ce produit au point d'en oublier de se nourrir, de boire ou de se reposer. Il y en a donc une perte de poids très importante.

Sur le plan physique, les toxicomanes peuvent être contaminés par une ou plusieurs maladies infectieuses comme le sida/séropositivité et l'hépatite B et C. Le partage d'aiguilles, de seringues et matériels annexes (eau, cuillère, filtre, pailles) sont des hauts facteurs de risques de transmission de ces virus. Tous les trois sont transmis par les traces de sang sur l'un de ces éléments ci-dessus. Les hépatites B et C sont des virus d'une très grande solidité hors du corps humain, ce qui rend leur transmission plus facile : il faut moins de sang pour infecter une personne saine. Ainsi on trouve aussi parfois des cas de transmission lors de partages de matériels d'inhalation. Les nouveaux cas de VIH sont aujourd'hui faibles. Ce faible taux d'infection est dû à une bonne prévention et information auprès des toxicomanes sur les risques de leur pratique. Le nombre d'infection d'hépatite B est aussi réduit par le fait de l'existence d'un vaccin. Par contre la prévalence d'hépatite C reste très élevée : entre 60 % et 80 %. L'évolution des hépatites est la même que chez les personnes non-toxicomanes mais à des proportions très différentes : 10 % à 20 % des hépatites B restent chroniques contre 80 % des hépatites C. Cette chronicité peut évoluer vers une cirrhose (20 %) ou un cancer du foie (5 %). Les personnes toxicomanes ont également d'autres problèmes infectieux et des abcès aux sites d'injection.

La cocaïne peut causer aussi des infarctus, rupture des vaisseaux et des convulsions.

Sur le plan mental, on peut observer, à court terme : confusion, angoisse, troubles mentaux passagers (bad trips) et à long terme : troubles psychiatriques : trouble de l'humeur, schizophrénie, trouble de la personnalité, dépression, comportement antisocial, tentative de suicide, trouble de la conduite comme l'agressivité la violence ou au contraire, l'apathie, paranoïa, hallucinations

Dans les cas les plus graves il peut y avoir des overdoses qui surviennent lors de consommation de dose de plus en plus grande qui dépasse la limite supportable par l'organisme ou lors de reprise de drogue après une période de sevrage. Elle peut aussi être due parfois à des mélanges volontaires ou non de plusieurs drogues ayant les mêmes effets, ce qui crée une action synergique.

La variation de qualités, l'inexpérience, le fait de s'injecter des drogues par intraveineuse et la consommation de drogue dans des lieux inhabituels sont d'autres facteurs de risques pour l'overdose. Cette dernière peut causer des dommages physiques ou mentaux et même conduire à la mort.

Dans de rare cas, l'overdose peut traduire une tentative de suicide.

## Les relations familiales

Comme nous le verrons plus précisément ci-dessous, une personne toxicomane a de plus en plus de difficulté à communiquer avec les autres. Ainsi elle va de moins en moins dialoguer avec son entourage. Ce dernier va se retrouver souvent dans l'incompréhension, ne sachant pas ce qui se passe. En outre, la famille ne connaît que rarement la problématique. Elle est comme les autres personnes de la société, elle ne voit que les effets négatifs de la drogue.

Dans cette même idée, la famille peut également éprouver un sentiment de honte visé à vie de la société.

La relation avec la famille peut également être altérée par le sentiment de culpabilité ressenti du côté du toxicomane, qui voit bien que les personnes qu'il aime souffrent de la situation, et du côté de l'entourage qui pensent que c'est de leur faute s'il est tombé dans l'engrenage de la drogue.

Pour finir la famille peut totalement nier le problème de drogues. La personne toxicomane se sent alors encore plus incomprise et mise à l'écart.

## La relation avec la société

*Evolution du regard de la société<sup>6</sup> :*

La vision populaire de la toxicomanie évolue à mesure des avancées de la science ou des réglementations.

- Jusqu'aux années 1960, la toxicomanie est considérée comme un problème anecdotique.
- Dans les années 1970, le toxicomane est considéré comme un malade délinquant victime de sa consommation. Son image devient négative et la société le considère alors comme dangereux car il véhicule l'idée de la transgression morale, de criminalité et de délinquance. Le toxicomane est alors vu comme un individu suicidaire, inconstant et irresponsable, prenant plaisir à jouer avec la mort.
- Dans les années 1980 l'apparition du SIDA et les épidémies résultantes font du toxicomane une menace pour la santé publique. Les mentalités évoluent et une politique de réduction des risques est mise en place.
- Tous ces éléments font qu'aujourd'hui le toxicomane n'est plus perçu comme un « fléau social » mais comme « une menace pour l'ordre public ».

*Effets de la drogue sur la relation avec la société :*

Les effets des drogues altèrent la perception de la réalité, ce qui modifie le comportement de l'usager de drogues à l'égard de tout ce qui l'entoure. Il se retrouve alors en marge de la société. De plus, la dépendance place la recherche du produit avant toute chose. La relation sociale est alors réduite, mise au second plan. Les interactions du toxicomane sont

---

<sup>6</sup> [fr.wikipedia.org/wiki/Toxicomanie](http://fr.wikipedia.org/wiki/Toxicomanie)

même parfois limitées seulement au milieu des drogues qui est directement lié au produit. Le toxicomane se coupe donc peu à peu de ses relations sociales et du monde extérieur. Le fait que le toxicomane consomme des produits illégaux, le pousse encore plus à fréquenter des milieux marginaux rejetés par la société comme la délinquance par exemple.

Du côté de la société, les gens ont une opinion très négative de la toxicomanie. Cette vision est alimentée par le désordre, la délinquance et la criminalité qu'engendrent les personnes toxicomanes. La société ne perçoit pas ce qu'il y a derrière, c'est-à-dire une personne qui est emprisonnée dans son addiction au produit, qui souffre et qui a besoin de soutien. De plus, la peur et le sentiment d'insécurité sont entretenus par des votations fréquentes et des discours politiques anti-toxicomanes.

Dans la même optique, le manque d'information augmente cette crainte, car on a toujours peur de ce qu'on ne connaît pas.

En outre, certaines personnes ont encore du mal à considérer la toxicomanie comme une maladie. Ils pensent que les consommateurs de drogues entretiennent volontairement leur condition. Ils ne tiennent pas compte des autres facteurs comme le manque qui est bien présent.

Dans des cas extrêmes, certains lieux ont même été interdits aux toxicomanes sous prétexte qu'on ne voulait pas d'eux à cet endroit, car leur image dérange. Cette exclusion par la société augmente l'isolation des consommateurs de drogues.

Dans un autre registre, la population met tous les dealers dans la même catégorie alors que parmi eux se trouvent deux types d'individus :

- Les dealers non consommateurs de drogue qui vendent leurs produits pour s'enrichir uniquement
- Les toxicomanes qui se retrouvent dans la rue, sans biens personnels forcés à vendre de la drogue pour qu'ils puissent ainsi acheter leurs substances

La plupart des personnes ne voient cet acte seulement comme quelque chose d'illégal. Ils ne cherchent pas à savoir quelles sont les raisons qui poussent cette partie de la population à vendre des produits illicites.

## **La santé publique**

Le fait de laisser les seringues traînées dans les lieux publics, notamment dans les préaux d'école, place de jeux, des chantiers, des parkings, constitue un risque d'infections pour les personnes qui touche l'aiguille sans la vouloir.

La drogue peut également être une cause d'accidents (de la route, du travail) dû à la réduction de la coordination physique et aux facultés affaiblies. De plus, le mélange de drogues peut produire des effets imprévisibles

## Prise en charge

Dans la section suivante, les différentes prises en charge en matière de toxicomanie vont être discutées plus en détail. Mais auparavant, pour une meilleure compréhension, un bref survol du réseau de santé genevois en matière de toxicomanie va être présenté.

Ce réseau peut être divisé en deux grandes familles, celle du publique et celle du privé. Ces deux types de prise en charge se différencient tant par leur type de financement que par leur administration :

- Publique : financé par l'état et administré par les HUG
- Privé : financé en partie par l'état mais surtout par des dons privés et administré pas les diverses associations elles-mêmes

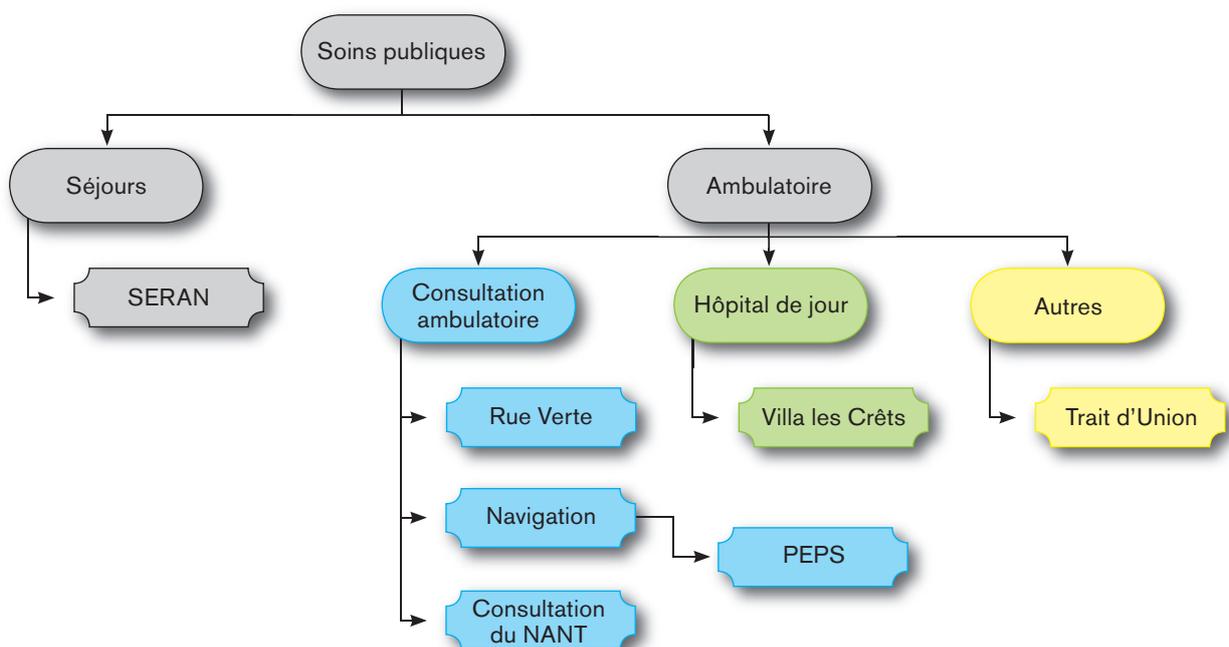
Dans chaque famille il y a deux types de prise en charge. Il y a celui qui s'occupe des séjours et celui qui prend en charge tous les traitements ambulatoires.

Dans le cas des soins publics, la partie séjours est représentée par l'unité hospitalière, Le Seran, à Belle-Idée. La partie ambulatoire, pour sa part est divisée en deux sous-type de prise en charge.

Tout d'abord il y a les consultations ambulatoires qui accueillent les patients pour un petit moment de la journée. A Genève il y a la Rue Verte pour la rive gauche et la Navigation pour la rive droite. Cette dernière comprend également le PEPS qui est, comme nous allons le voir plus loin, une prise en charge spéciale. Il y également la consultation du NANT qui vient d'ouvrir ses portes.

Ensuite il y a les hôpitaux de jour qui fournissent un suivi plus intense que les consultations ambulatoires, étant donné que les patients y viennent pour la journée entière. Pour les drogues illicites, c'est La Villa les Crêts qui occupe cette fonction.

Pour finir, les HUG possèdent également une structure, le Trait d'Union, qui accueille les parents dépendants avec leur enfant.



Quant au domaine privé, il y a deux types d'institutions dans la partie séjours : L'unité hospitalière de la clinique Belmont et les structures résidentielles qui sont le CRMT et Toulourenc de l'association Argos.

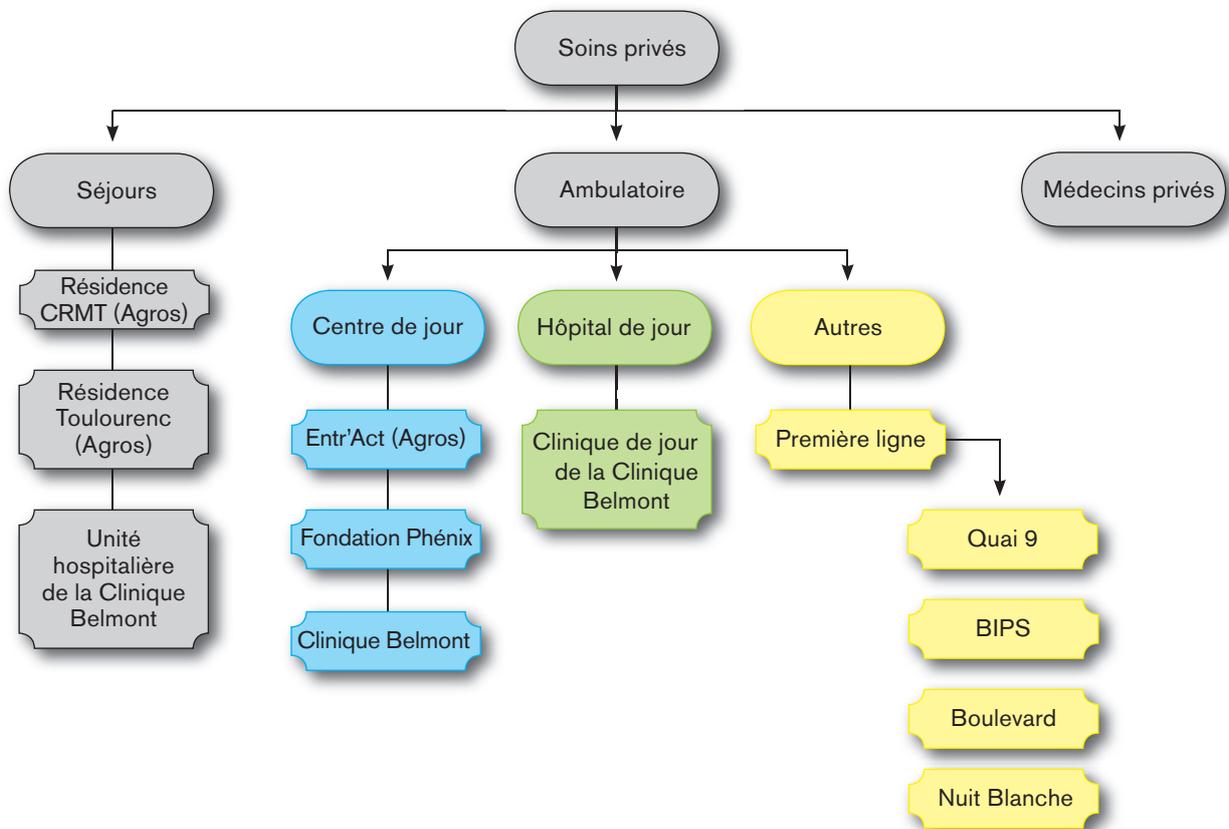
Dans le domaine ambulatoire, on retrouve les trois mêmes sous-catégories que dans le domaine public :

Les consultations ambulatoires, représentées par Entr'Act qui fait également partie de l'association Argos, par la fondation phénix et par la clinique Belmont.

Les hôpitaux de jour, représentés par la clinique de jour de la clinique Belmont.

Dans le domaine privé, on trouve également une structure hors catégorie : l'association première ligne qui s'occupe essentiellement de réduire les risques encourus lors de prise de drogues.

En outre, les médecins généralistes et psychiatres possédant un cabinet privé, font aussi parties du domaine privé.



## **Institutions publiques : Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), service des abus de substance**

Au sein des HUG c'est le service des abus de substances qui prend en charge tout ce qui concerne la toxicomanie. Il est composé par une équipe pluridisciplinaire comprenant des médecins internistes et psychiatres, des psychologues, des assistants sociaux et des infirmiers. Il est dirigé par le Dr D. Zullino qui est le chef de service. Il a trois adjoints. Un qui s'occupe des unités hospitalières, un autre des consultations ambulatoires et le dernier des hôpitaux de jour.

### **Séjours hospitaliers**

C'est un lieu où les patients sont hospitalisés, c'est-à-dire qu'ils dorment sur place et sont ainsi suivi 24 h sur 24 h. Un toxicomane est envoyés dans ces unités lorsqu'il y a un danger imminent pour lui-même ou pour autrui (violence, menace, agression, etc.).

### **Le Seran**

C'est une unité hospitalière, à neuf lits, qui se trouve à Belle-Idée. Elle assure les soins des patients toxicomanes, ayant des morbidités psychiatriques, des dépressions sévères, des envies suicidaires ou des troubles psychotiques ; ces derniers nécessitent une hospitalisation car, étant délirant ou ayant des troubles de la personnalité, ils sont incapables d'avoir des réactions adéquates et peuvent donc se mettre en danger. En plus des hospitalisations de crise, il y a également des personnes qui viennent pour des sevrages qui se compliquent, ou prescrits par leur médecin ambulatoire.

Les différentes prises en charge sont<sup>7</sup> :

- Hospitalisation volontaire ou non volontaire
- Sevrage compliqué par des troubles psychiatriques ou par des convulsions ou des crises.
- Traitement des comorbidités psychiatriques
- Traitement de situation de crise psychosociale
- Mise à l'abri de la consommation
- Cure de méthadone

### **Ambulatoire : Consultations ambulatoires**

Ces structures offrent plusieurs prestations qui sont retrouvées dans les autres types de centres. La différence est que les patients ne viennent que pendant un moment de la journée et ensuite reparte dans leur quotidien. Pour suivre un traitement dans ces endroits-ci il faut que le patient soit stabilisé.

---

<sup>7</sup> Hospice général, La Clé, guide social et pratique, Edition 2005-2006 Genève, 2005 p.236

## **Rue Verte et Navigation**

Ces deux structures sont organisées de manière identique et offrent les mêmes prestations. La seule différence est que la Rue Verte s'occupe des résidents de la rive gauche et la Navigation ceux de la rive droite.

Les différentes prises en charge offertes par ces deux institutions sont<sup>8</sup> :

- Consultation avec des médecins, des psychologues et des infirmières.
- Interventions d'un assistant social pour des bilans et pour un accompagnement.
- Sevrage de drogues illégales comme la cocaïne et l'héroïne ou légales comme les benzodiazépines et l'alcool.
- Substitution de méthadone
- Intervention lors de crise
- Préparation à une démarche de soins et à des séjours résidentiels en étant abstinent
- Thérapies de soutien
- Soins de santé primaire gratuits
- Diagnostic et traitement des morbidités somatiques et/ou psychiatriques
- Consultation juridique
- Entretien de réseau

Ces prestations offrent une prévention, des traitements et des soins aux toxicomanes et à leurs familles.

## **PEPS (programme expérimental de prescription de stupéfiants)**

PEPS est l'une des structures que l'on a visitées. Nous nous sommes également entretenues avec le responsable. Ce qui suit est donc basé sur cette expérience.

### *Qu'est-ce que le PEPS*

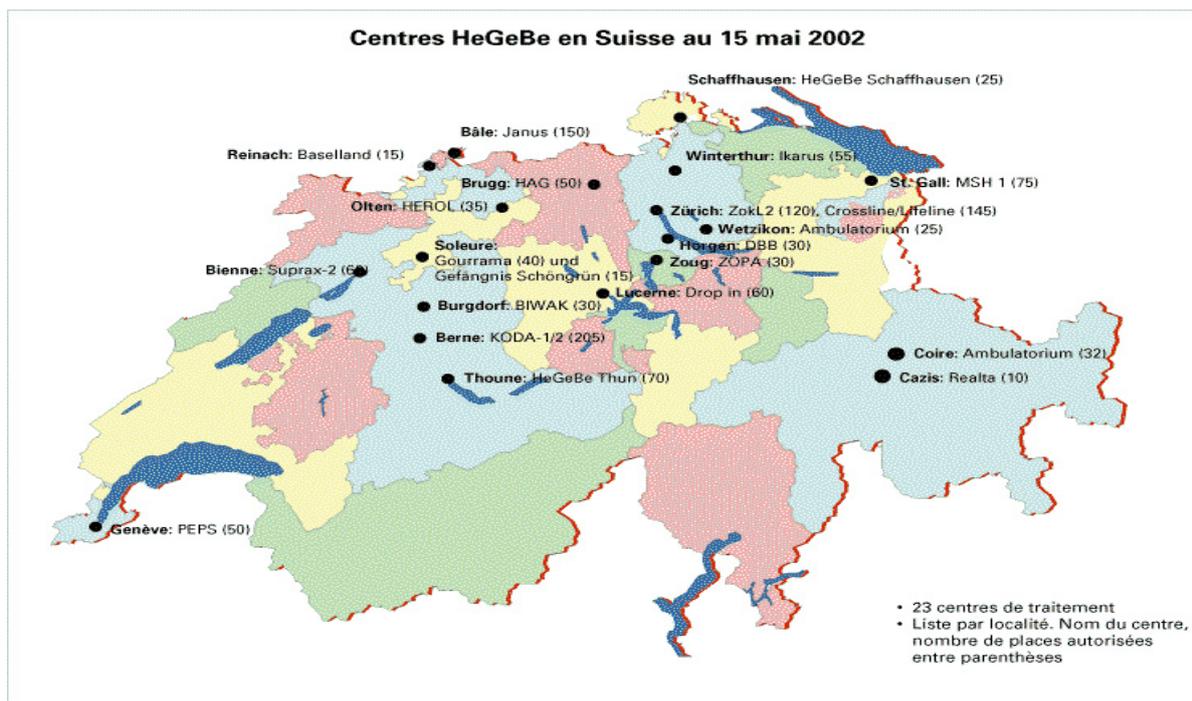
C'est un programme médico-psycho-social dont le but est de prescrire de l'héroïne et non de la distribuer. Il fait partie des prestations offertes par la navigation, mais reste quand même une prise en charge particulière.

C'est le seul qui existe en Suisse romande contrairement à la Suisse allemande qui en possède 22. Le premier en Suisse a ouvert en janvier 1994 et PEPS a été créé en septembre 1995. Au début, il a été ouvert à titre expérimental. Maintenant ce programme a été accepté, car il a prouvé son utilité.

C'est l'Office Fédéral de la Santé Publique et le médecin cantonal qui supervisent le PEPS.

---

<sup>8</sup> Hospice général, La Clé, guide social et pratique, Edition 2005-2006 Genève, 2005 p.234



### *Les différentes prises en charges*

Le PEPS offre les différentes prestations suivantes<sup>9</sup> :

- Une pharmacothérapie de maintenance aux opiacés (héroïne, méthadone ou morphine). Cette thérapie est faite par un médecin, de manière individualisée et évaluée régulièrement.
- Un traitement de la dépendance à d'autres substances
- Une prise en charge des problèmes psychiatriques et somatiques
- Une évaluation et un suivi de la situation sociale
- Une thérapie psychothérapeutique individuelle ou systémique, c'est à dire avec les proches
- Une prise en charge des problèmes administratifs

Ces différentes prises en charge sont assurées par une équipe pluridisciplinaire composée :

- De deux psychiatres-psychothérapeutes
- d'un médecin interniste
- de sept infirmiers
- d'une assistante sociale
- d'une secrétaire
- de quatre étudiants en médecine

### *Les objectifs*

Le but est d'offrir un mode de traitement différent de tout ce qui est proposé dans les autres institutions. Ainsi il y a une alternative pour ceux qui n'arrive pas à suivre les traite-

<sup>9</sup> [www.hug-ge/abussubstances](http://www.hug-ge/abussubstances)

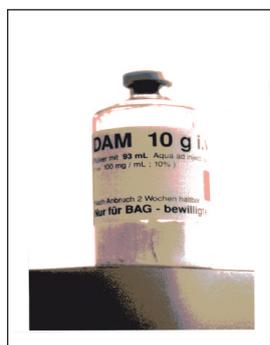
ments proposés par les autres structures, mais qui veulent tout de même améliorer leur situation. Les objectifs sont les mêmes que ceux de la cure de méthadone, c'est-à-dire d'arrêter la consommation d'une drogue illégale comme l'héroïne, de prévenir la transmission de maladies infectieuses comme le sida et les hépatites, d'augmenter le niveau de santé et d'améliorer la qualité de vie en réglant les problèmes de marginalisation, d'emploi, d'argent, de logement et de famille etc. La personne n'est plus obnubilée par la recherche de drogues et peut ainsi être disponible pour se concentrer sur autre chose.

Ainsi tout ce qui se trouve autour de l'addiction est pris en charge. Ce qui n'est pas le cas pour le problème central qui est la cause de la toxicomanie du patient. C'est celui qui est le plus dur à régler et tous les toxicomanes ne sont pas tous prêts à le résoudre.

### *Les résultats obtenus*

Les résultats de ce programme est qu'il y a moins d'hospitalisation et moins d'incarcération. Les patients peuvent retrouver plus ou moins une vie normale, avoir un travail, un logement et une vie familiale. Le taux de satisfaction est de 95 %.

### *L'administration d'héroïne*



L'héroïne est administrée, deux à trois fois par jour, par voie intraveineuse pour ceux qui utilisaient cette pratique ou donnée sous forme de comprimés pour ceux qui la sniffait. Le but, pour ceux qui se l'injectent, est de passer, lorsque le patient est prêt, à la voie orale.

Il y a trois plages horaires organisées à cet effet : 8 h - 10 h 30, 12 h 30 - 14 h, 18 h 30 - 20 h.

L'héroïne ne peut pas être emportée sauf dans de rare exception (la personne travaille aux heures d'ouverture ou ont des enfants en bas âge) où elle peut être donnée sur une journée.

C'est le médecin qui décide avec le patient de la posologie. Il voit avec lui quelle est la dose de confort. De plus, il discute avec le patient sur la manière de gérer les autres produits avec les doses prescrites d'héroïne. Les injections sont faites par le patient lui-même. Un infirmier prépare le matériel et peut l'aider si besoin. Les injections sont seulement autorisées dans les membres supérieurs et inférieurs.

Pour les patients qui se sont stabilisés, il y a la possibilité de leur donner de la méthadone, lorsqu'ils partent en vacances et de repasser à l'héroïne à leur retour. Le fait de passer de l'une à l'autre substance ne pose pas de problème. Les patients arrivent à bien gérer la cure de méthadone, car ils savent qu'ils vont avoir de l'héroïne quand ils reviennent.

La méthadone est donnée sous forme de liquide avec du sirop, en per os. Elle n'est jamais donnée en intraveineuse.

### *Conditions d'admission*

Pour être admis dans ce programme, il faut avoir au moins 18 ans, consommer de l'héroïne depuis au moins deux ans, avoir au moins 2 ans d'échecs thérapeutiques qui soient documentés, avoir des problèmes psychiques, sociaux et médicaux, habiter dans le canton de Genève depuis un an et renoncer au permis de conduire.

### *Patient type venant au PEPS*

Les usagers moyens de ce programme, en 2005, ont une moyenne d'âge de 36 ans, ont une durée de consommation en intraveineuse de 16 ans, ont fait trois cures de sevrage et quatre cures de méthadone, ont des problèmes sociaux et familiaux lors de leur entrée, 79% ont des comorbidités psychiatriques, dont la plupart sont importants et certains ont des conduites à risque.

20% seulement des patients sont des femmes. Par rapport aux maladies transmissibles, il y a 21% des usagers qui ont le VIH et 84% l'hépatite C.

### *Nombre de place et fréquentation*

Le PEPS compte 50 places. Cependant, il n'y a que 45 patients. Depuis son ouverture il n'y a que 75 personnes qui ont été traitées ou sont toujours en traitement en 2005. Lorsqu'un usager de drogue entre dans ce programme, il reste longtemps, certains sont là depuis le début. Il y a tout de même certains qui vont vers d'autres structures. D'autres (un tiers) sont même d'accord d'entreprendre un sevrage.

### *Réflexions suscitées*

Aujourd'hui la toxicomanie est considérée comme un problème pluridisciplinaire qui implique les dimensions médicale, psychologique et sociale. Les consommateurs de drogues ont non seulement une souffrance qui les pousse à la consommation mais ont également une qualité de vie très médiocre qui accentue leur mal être.

Il est donc important que les prises en charge s'occupent de ces trois aspects. La difficulté est qu'une personne toxicomane n'est pas toujours prête à faire un travail de fond sur elle-même. Cependant, elle a quand même envie d'élever son niveau de vie afin de se sentir mieux dans son quotidien. Pour cette raison, nous pensons que c'est une très bonne chose qu'il existe des structures comme le PEPS où les patients peuvent évoluer selon leur rythme. Ils ne pensent pas constamment à obtenir de la drogue et peuvent ainsi être disponible pour résoudre un problème après l'autre.

Nous étions, par contre, étonnées sur le fait qu'il y n'y ait pas plus de gens dans ce programme. Nous pensions que l'accessibilité à l'héroïne offerte par le PEPS attirerait plus de personnes. Nous avons compris par la suite, que ce programme était tout de même contraignant. Il faut venir deux à trois fois par jour, discuter avec le personnel de soin et il y a quand même un règlement respecter. Il y a aussi des heures d'ouvertures précises et un toxicomane a de la peine à être suffisamment organisé et donc à s'adapter à n'importe quelle structure. De plus, pour un consommateur de drogue, il n'est pas toujours évident d'admettre qu'il a un problème et de demander de l'aide. Il pense souvent qu'il va s'en sortir tout seul et qu'il y toujours des personnes qui sont dans une situation pire que la sienne. Pour toutes ces raisons, l'héroïne distribuée au PEPS n'est pas aussi accessible qu'elle en à l'air.

Une autre réflexion nous est apparue lors de notre entretien avec le responsable de PEPS. Ce dernier nous a dit que l'héroïne stabilisait les personnes qui ont une schizophrénie. Ceux-ci n'ont même plus besoin de prendre un neuroléptique. Ainsi on pourrait se demander si dans ce cas, l'héroïne ne pouvait pas être considérée comme un médicament et non comme une drogue. Pour certains patients cette substance conviendrait peut-être mieux

que celles qui existent aujourd'hui sur le marché. Cependant, le risque de dépendance reste trop élevé.

On pourrait aussi considérer, dans le cadre du PEPS, en allant plus loin dans la réflexion, que l'héroïne est un traitement en soi. Elle aide le patient qui n'est, à ce moment-là, pas capable de vivre sans, jusqu'à ce que celui-ci soit prêt à entreprendre les démarches pour y arriver.

### **Consultation du NANT**

C'est un nouveau centre, qui s'occupe d'addiction avec (cannabis, alcool, médicaments, drogues illicites) ou sans produit (cyberaddiction, jeu excessif). Il se concentre surtout sur les nouvelles dépendances et les nouveaux modes de consommation chez les adultes et les adolescents. Les traitements doivent ainsi être adaptés en conséquence.

Il offre plusieurs prestations<sup>10</sup> :

- accueil, évaluation, orientation
- informations
- thérapies brèves, en groupe ou individuelle

### **Ambulatoire: Hôpital de jour**

Ce type de prise en charge nous a été expliqué par un des adjoints du Dr Zullino, qui s'occupe des hôpitaux de jour. Ce qui suit est ainsi basé sur notre entretien avec celui-ci.

#### *Qu'est-ce qu'un hôpital de jour*

Cette structure est un lieu qui accueille des personnes qui ne sont pas assez stables pour rester en consultation ambulatoire, c'est-à-dire qui sont à haut risque de rechute, qui ont une péjoration de l'état psychique, qui ont un sevrage compliqué, dont la situation n'évolue pas en ambulatoire car le traitement n'est pas approprié, ou qui manque de points de repère pour s'en sortir. Cependant, ils n'ont pas besoin d'une hospitalisation.

Du point de vue intensité de prise en charge l'hôpital de jour se situe entre la consultation ambulatoire et les unités hospitalières.

#### *Le suivi*

Le patient est suivi pendant toute la journée ou une demi-journée. Le nombre de jour par semaine est fixé au début quand les objectifs sont définis. Cela peut aller d'une demi-journée à cinq jours maximum (l'hôpital de jour est fermé le week-end) par semaine. Ainsi le patient est mieux suivi dans son quotidien.

#### *Accueil de la personne toxicomane*

Quand la personne arrive, ses besoins sont évalués, afin de voir si cette structure est la mieux adaptée pour y répondre. Ensuite des objectifs spécifiques sont fixés avec le patient. Les prises en charge requises sont déterminées en fonction de ceux-ci.

---

<sup>10</sup> [www.hug-ge/abussubstances](http://www.hug-ge/abussubstances)

### *Durée du traitement*

Le traitement est organisé sur trois mois au maximum mais une fois fini, il y a une évaluation pour voir si les objectifs ont été atteints. Si ce n'est pas le cas, de nouveaux objectifs sont définis et le patient continue son traitement. Si la personne va mieux, elle est orientée vers les consultations ambulatoires ou vers son médecin.

### *Différents types de prises en charge*

L'hôpital de jour offre des thérapies individuelles pour les objectifs propres au patient et/ou en groupe avec des personnes qui ont des problématiques communes (ex. : difficulté d'affirmation de soi, à entrer en contact avec les autres, de régulation de soi-même, à se fixer des objectifs, de planification, à gérer son stress, à avoir une bonne hygiène de vie, etc.). Il y a un groupe qui prend aussi en charge les familles. Cette prise en charge reste cependant centrée sur le patient.

Les problèmes de parentalité, de l'accouchement et de grossesse sont aussi discutés. Il y a également la possibilité de faire une substitution de méthadone.

### *Réflexions suscitées*

Nous pensons que c'est une bonne chose qu'il existe des structures qui se trouvent entre l'hôpital et les consultations. En effet, l'hôpital de jour permet d'agrandir la palette de soins. Les traitements peuvent ainsi mieux être adaptés à chaque patient selon ses besoins. Chaque toxicomane a son histoire qui lui est propre et chacun à ses limites pour faire face à ses problèmes.

## **la Villa Les Crêts**

La Villa des Crêts était tout d'abord une unité hospitalière. Actuellement, elle est en train de se transformer en hôpital de jour.

### **Trait d'union : accueil parents-enfants**

Le Trait d'union est un lieu d'accueil, qui est conçu spécifiquement pour des parents ayant ou ayant eu une dépendance avec des enfants. Ce centre est aussi ouvert aux personnes proches de l'enfant comme les grands-parents. Les futurs parents sont également pris en charge.

C'est un endroit convivial qui laisse place aux échanges parents-enfants, à l'écoute individuelle, au soutien, et à la rencontre d'autres parents.

Les différentes prestations sont<sup>11</sup> :

- Atelier alimentation
- Halte-garderie
- Point de rencontre
- Café parents
- Groupe mères
- Massage pour bébés

---

<sup>11</sup> Hospice général, La Clé, guide social et pratique, Edition 2005-2006 Genève, 2005 (p.235-236)

## Institutions privés

### Argos

Nous sommes allées à la rencontre de la personne responsable de la maison résidentielle du «Toulourenc». Nous avons ensuite recherché un ancien toxicomane ayant traversé le parcours d'Argos afin qu'il nous donne ses impressions sur les trois institutions, malheureusement cette dernière requête n'a pas pu être réealisée. Cependant avant d'entrer plus en détails dans l'explicatif du fonctionnement de «Toulourenc», nous allons vous expliquer l'organisation et les interactions des ces trois maisons : «Entr'act, CRMT et Toulourenc».

#### *Qu'est-ce qu'Argos ?*

Selon la charte d'Argos : « Argos est une association reconnue d'utilité publique. Elle agit dans une perspective globale de lutte contre l'exclusion et d'encouragement à l'insertion. Dans ce sens, elle se propose en particulier d'accueillir des personnes confrontées à des problèmes de toxicomanie. »<sup>12</sup>

#### *Historique d'Argos*

Argos est une association créée en 1978 pour venir en aide aux personnes toxicomanes. Celle-ci avait, à l'époque, pour nom « Association pour la création de dispositifs thérapeutiques en faveur des toxicomanes ». Au départ elle n'était constituée que d'une maison du nom de « Toulourenc » qui accueillait 9 personnes en institution résidentielle. L'idée était que les héroïnomanes quittent totalement la toxicomanie, et soient réinsérés dans la population.

En institution, ils n'avaient aucun accès aux drogues, la substitution et les antidépresseurs étaient interdits également. Leur séjour résidentiel leur permettait de prendre du recul et d'envisager une réinsertion.

20 ans plus tard, une deuxième institution, fut ouverte : le CRMT. C'est un centre résidentiel à moyen terme. Les gens y viennent directement depuis leur misère et y séjournent sans drogues pendant un mois pour faire le point. Ils ont la possibilité de renouveler le contrat pendant six mois.

Par la suite, s'est ouvert « Entr'act », un centre de jour accueillant des personnes encore dans la toxicomanie.

#### *Objectifs*

Argos a pour but, comme nous l'avons mentionné plus haut, de venir en aide aux personnes toxico-dépendantes.

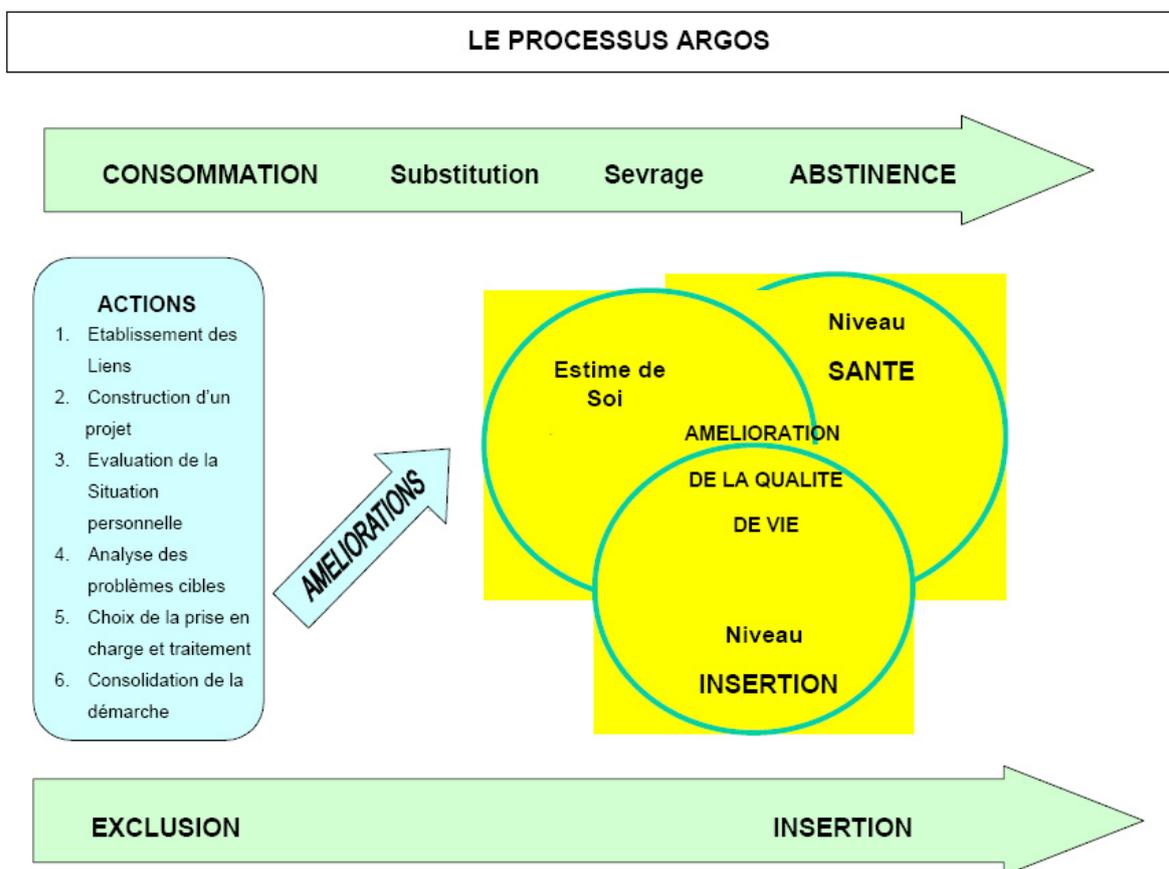
Ses objectifs généraux sont cités dans le livret qui nous a été distribué lors de notre visite :

- « Soutenir la démarche d'abstinence et d'insertion de personnes majeures dépendantes de produits psychotropes,
- Accueillir, accompagner, traiter et orienter les personnes consommatrices qui font appel à elle,

---

<sup>12</sup> Argos : référentiel avril 2005

- Agir contre l'exclusion et encourager l'insertion,
- Modifier par ses différentes actions les représentations stigmatisantes et simplificatrices liées à la toxicomanie,
- Agir dans le cadre de la politique fédérale des quatre piliers.»<sup>13</sup>



*Organisation de l'association<sup>14</sup> :*

Argos est divisé en deux secteurs répondant à des besoins bien définis, mais qui restent malgré tout très liés:

- *Le secteur ambulatoire :*
  - o Il est représenté par le centre de jour «**Entr'acte**» ouvert 5 jours par semaine. Il est spécialisé dans l'aide et l'accueil des personnes toxicomanes. Celles qui s'y rendent désirent faire le point et réfléchir à une possible réinsertion.

<sup>13</sup> IT 1.3.1 101 programme socio thérapeutique Argos (8mai 2006)

<sup>14</sup> IT 1.3.1 101 programme socio thérapeutique Argos (8mai 2006)

- o Il apporte une aide économique, une orientation professionnelle et administrative, aussi bien sur le plan relationnel que somatique.
- o Un passage dans « Entracte » rend possible l'admission dans les résidences si cela est souhaité.
- o Après un séjour résidentiel, il organise le suivi à la sortie du résident
- o Il organise également des préparations en groupe de repas qui sont ensuite mangés en commun.

Les personnes entrant dans le réseau d'Argos ne sont pas jugées et profitent d'un accompagnement personnalisé accessible à tous.

– *Le secteur résidentiel :*

Celui-ci est composé de deux institutions qui se fondent sur le principe d'abstinence. Elles se différencient par la durée de prise en charge, et sont en continuité dans le cadre du parcours d'Argos.

Le premier s'appelle le «**Centre Résidentiel à Moyen Terme**» ou dit plus simplement «**CRMT**».



*Description :*



- Cette maison, située à Thônex, peut accueillir 12 personnes. Leur séjour se renouvelle de mois en mois avec un maximum de 6 mois.
- Il leur permet de faire le point, d'expérimenter une autre manière de vivre, ceci en absence de drogue.
- Il procure un cadre de vie sécurisant et stimulant pour ses résidents.
- Il leur permet d'acquérir de nouvelles compétences pour changer progressivement leur mode de vie.

*Conditions d'admission :*

- Pour entrer au « CRMT », il faut être majeur et volontaire.
- Les personnes sous méthadone y sont acceptées.

### *Déroulement du séjour :*

Le résidant s'engage au minimum pour un mois. Ce séjour se divise en deux étapes :

⇒ Première étape :

Pendant cette première période, le résident s'installe, il prend connaissance des règles et du fonctionnement de la maison. Mais une grande partie de cette étape est constituée d'un travail sur soi-même, de faire un bilan de la situation. La personne découvre le réseau de soins, social. Elle apprend à se gérer sans substance.

Les sorties ne se sont pas autorisées sans accompagnement.

⇒ La deuxième étape :

Pour passer à cette étape, la personne doit bien connaître le règlement de la maison, être coopérative, bien intégrée à la communauté et faire un bilan.

Le résidant apprend à se gérer en assumant des responsabilités au sein du groupe, il sort progressivement seul et des travaux de groupes spécifiques sont proposés. La personne gagne de l'autonomie et des bilans sont faits régulièrement.

⇒ Chaque mois donne lieu à un bilan où les résidents sont évalués. La prolongation du séjour est décidée à ce moment-là.

Le deuxième s'appelle «**Toulourenc**». C'est un centre résidentiel avec un programme à long terme. Nous en parlerons plus en détail, étant donné que nous l'avons visité et que la personne rencontrée nous en a longuement parlé.



«Toulourenc s'adresse aux personnes qui désirent se libérer de la consommation de drogue et demandent un appui pour leur insertion sociale et professionnelle.»<sup>15</sup>

#### *Description :*

- «Toulourenc» est une maison, située à Troinex, avec une capacité d'accueil de 13 personnes.



*Salle à manger*



*Chambre à coucher*



*Salon*

#### *Que vise «Toulourenc»*

- Ce centre vise l'abstinence. En arrivant à «Toulourenc», les résidents ont déjà fait un travail suffisant sur eux-même pour qu'ils n'aient plus besoin de produit. Les patients traités à la méthadone ne sont pas acceptés dans cette maison. Les personnes sous antidépresseurs sont tolérées, mais actuellement les résidents qui séjournent à «Toulourenc» vivent sans produit. L'abstinence n'est contrôlée qu'à l'intérieur du site, les rechutes sont fréquentes à l'extérieur.
- La vie en communauté leur permet d'apprendre à se gérer (ménage, cuisine, etc.), et à cohabiter. Celle-ci met parfois en évidence certains problèmes relationnels (avec les résidents et les référents).

#### *Conditions d'admission :*

- Pour entrer à «Toulourenc», il faut être majeur, sevré et volontaire.
- Les traitements de substitution (méthadone, héroïne) et à la Ritaline ne sont pas acceptés. Les anti déprimeurs sont tolérés.
- Il n'y a pas de placements par la prison. Certains prisonniers sont parfois envoyés en institution par mandat. Mais «Toulourenc» ne fait pas partie de celles-ci.

#### *Au sujet des traitements :*

- Les traitements des résidents sont prescrits par leurs médecins respectifs
- La distribution se fait à des heures données.

<sup>15</sup> Prospectus «Aide aux personnes toxico dépendantes Argos»

- Des médicaments tels que le Dafalgan peuvent être distribués mais tout est noté pour avoir un suivi de leur consommation.

#### *Règlement de la résidence :*

- Il existe un programme en fonction des activités.
- Retour à 23h00, et 24h00 le samedi et dimanche selon l'activité du lundi.
- La fumée est interdite dans les chambres et certains locaux.
- Il existe aussi des règles de fonctionnement de la maison.

Si les règles traditionnelles sont transgressées (fumée dans la maison, heures de rentrée), le résidant est convié à une discussion à ce sujet.

Si ce sont des règles interdites de transgression (consommation de drogue à l'intérieur de la maison, violence physique et/ou verbale), alors cela nécessite une sortie, une mise à l'écart du résident hors de la maison pendant une durée déterminée. Cette exclusion est suivie d'un entretien quelques jours après à l'extérieur (centre Entr'acte) pour faire le point et si possible réintégrer l'exclu.

Si le résident consomme lors de ses sorties, il doit appeler depuis l'extérieur et ne peut rentrer au centre sous l'influence du produit. Cela nécessite également un rendez-vous à l'extérieur avant son retour pour discuter de la rechute. Parfois il est préférable qu'il reste quelques jours hors du centre.

#### *Déroulement du séjour :*

Une fois que la personne est admise à « Toulourenc », elle s'engage pour un séjour de 15 à 18 mois.

La période de cure se déroule en trois étapes :

##### ⇒ Première étape :

Cette étape dure trois mois. Pendant cette période, le résident ne peut pas sortir seul, en soirée ou en week-end. Il reste dans la maison, hormis pour des rendez-vous d'ordre médical pour lesquels il a l'autorisation de se rendre en ville.

Après cette première étape, le résident passe un bilan qui se compose de deux parties : il doit parler de son histoire de vie et faire l'état de la situation dans laquelle il se trouve. Il y exprime son ressenti au sujet de ces trois premiers mois dans l'institution (sentiment personnel, relation avec les autres résidents, les référents, les activités etc.)

##### ⇒ Deuxième étape :

Une fois ce bilan passé, le résident passe à la deuxième étape. Celle-ci dure de 9 à 12 mois.

Il commence à sortir progressivement, à faire l'état des lieux de son insertion sociale ainsi que professionnelle et progressivement à apprendre à s'attacher à un autre groupe social.

⇒ Troisième étape :

Il passe ensuite à la dernière étape qui consiste en la phase d'insertion. Celle-ci peut varier de 1 à 3 mois. A ce moment là, le résident évolue à l'extérieur. Il s'agit de rechercher un travail et un logement. S'il possède déjà un appartement, la maison lui propose de dormir une nuit sur deux dans la résidence.

*Suivi pendant le séjour :*

Il est basé sur 5 principes : santé, relation au produit, situation sociale, situation professionnelle, relation familiale.

Les personnes sont suivies pas des médecins de l'extérieur, des psychologues et des psychiatres

Chaque résidant a un couple de référent (homme-femme) responsable de son suivi, qui fait le point chaque semaine des objectifs atteints et prépare son programme de la semaine.

Il y a également des bilans de réseau (5-6x /pendant leur séjour) où toutes les personnes intervenant dans son traitement se réunissent (assistant social, médecin, psychiatre, couple de référent et directrice) et discutent avec lui de sa situation et de ses objectifs et de son suivi.

*Relation avec la famille durant le séjour :*

La participation de la famille est fondamental durant le séjour. Le travail ne peut être fait sans elle. Elle est donc accueillie à « Toulourenc » selon les besoins de la personne. Dans le cadre des sorties, si les résidents souhaitent rencontrer leur famille, un travail est réalisé avec eux pour qu'ils comprennent comment ça se passe et pour que tout se déroule bien.

Souvent, les résidents sont eux-mêmes parents, dans ce cas-là, les enfants sont accueillis à « Toulourenc » durant le week-end. Peu d'entre eux ont le droit de garde, souvent ils ont le droit de visite.

*Activités durant le séjour :*

« Toulourenc » fonctionne avec beaucoup d'activités différentes : les ateliers, de l'art thérapie, du sport, et des entretiens individuels.

- Dans la maison, les résidents s'occupent à tour de rôle de faire la cuisine et le ménage.
- Le jardin potager, la serre et l'entretien de la propriété sont également sous la responsabilité des résidents. La résidence a également des contrats de petit jardinage avec l'église et le voisinage.



*Jardin potager*

- «Toulourenc» possède des ruches. L'apiculture donne lieu à l'activité phare de la maison. En hiver, les résidants fabriquent des ruches dans «l'atelier bois» et, l'été étant la période d'extraction, les activités se centrent plutôt sur l'abeille. Le miel récolté est ensuite vendu.



«Atelier bois» au Rez-de-chaussée

Les résidents sont occupés du lundi au vendredi. Entre les activités, ils sortent pour aller chez le médecin, à un entretien, ou à un cours. Leur planning est conçu en fonction de leurs activités, chacune durant quinze jours. Pour plus d'informations, nous avons placé le plan d'activité d'un séjour en annexe.

#### *La sortie :*

Après leur sortie, les résidents sont suivis pendant trois mois à raison d'une fois par semaine. On appelle ça la post-cure. Tout ceci en collaboration avec le service ambulatoire d'Argos : «Entr'acte». Parfois il y a lieu de les suivre au delà des trois mois, notamment pour des questions administratives. Suivant les situations, le service social les prend en charge. Pendant leur séjour à «Toulourenc», ils ont tous un assistant social qui les suit. Souvent, le service social continue le suivi sur le plan administratif.

#### *Coûts et financement :*

Ce sont les services sociaux (hospice général à Genève) qui prennent en charge les coûts engendrés par un tel séjour. Pour la plupart, les personnes n'ont pas d'emploi avant d'arriver en résidence. Certains touchent le chômage, et dans ce cas, ils peuvent profiter de prestations liées à un certificat médical. Certains payent leur séjour au moyen du chômage. Pour cela, durant cette période, ils doivent être au bénéfice d'un certificat médical qu'ils renouvellent chaque mois.

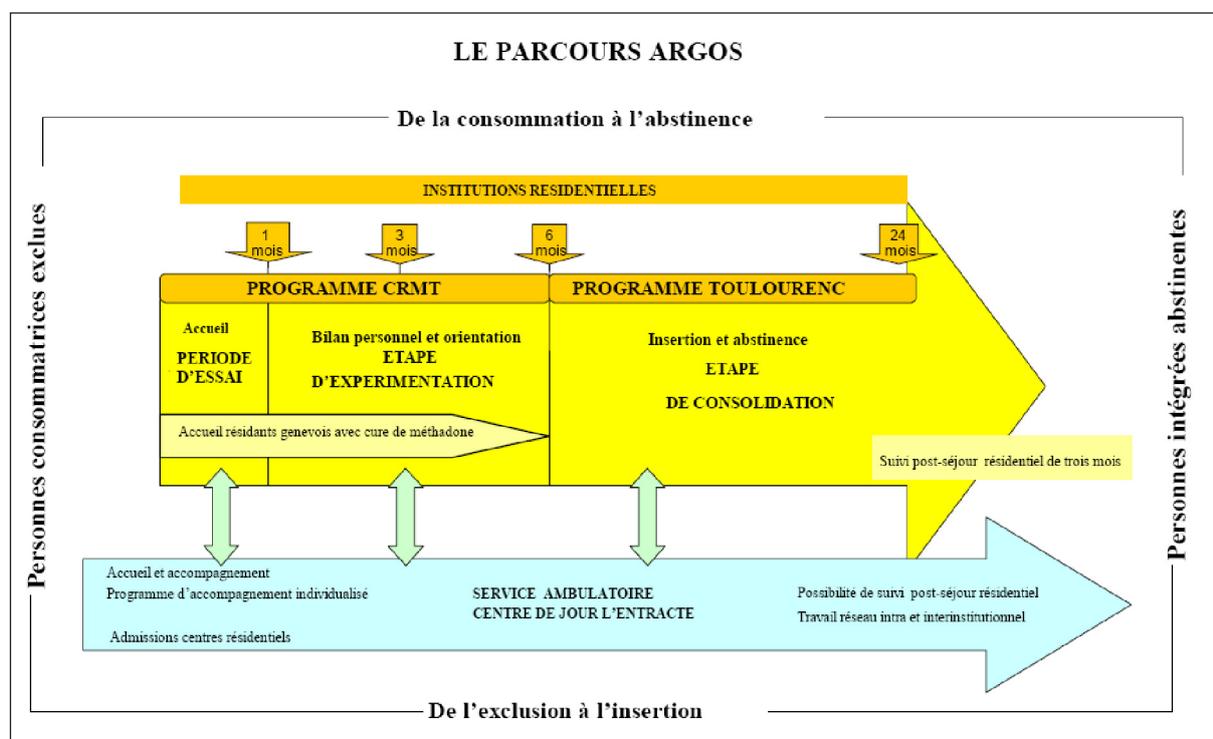
Les coûts d'un séjour résidentiel sont de 200 fr. par jour, soit 1400 fr. par semaine et environ 6000 fr. par mois. Soit un coût total (18 mois) de 100000 fr. par séjour à Toulourenc. A ce montant s'ajoutent les frais ambulatoires et hospitaliers pendant et après le séjour.

Le coût semble très élevé, mais comparé aux usagés des autres soins, non résidents, pour lesquels des hospitalisations répétées sont nécessaires, cela reste avantageux.

Les caisses maladie ne prennent pas en charge les séjours résidentiels tels qu'Argos parce que c'est une institution sociale. Il n'y a pas de médecins, ni d'infirmiers.

## Le parcours Argos :

La personne qui s'engage pour un accompagnement chez Argos s'inscrit dans la démarche illustrée ci-dessous<sup>16</sup> :



« Argos dispose d'un concept d'intervention qui couvre les besoins et la réalité des personnes toxicodépendantes aussi bien dans le cadre ambulatoire que résidentiel. Il développe une approche cohérente de la prise en soin, évolutive et intégrative. Il a ouvert le traitement résidentiel du CRMT aux personnes genevoises en cure de substitution à la méthadone, depuis 2002.

L'interdisciplinarité est assurée à travers la diversité et la complémentarité des moyens, des approches et des professionnels impliqués dans l'accueil, l'accompagnement et le traitement des personnes toxicodépendantes (PR 1.2.2.001). »

Les personnes s'engageant dans un parcours résidentiel sont en moyenne âgées de 35 ans, et ont quelques années de toxicomanie derrière elles (15-20 ans, car elles ont commencé à l'adolescence).

Les plus jeunes préfèrent les services ambulatoires, car cela leur permet de rester en contact avec l'extérieur (nécessaire pour leur travail).

## Taux d'occupation

Jusqu'à il y a quelques années, l'attente pour entrer en séjour résidentiel était longue mais actuellement il est de moins en moins sollicité. En ce moment, Toulourenc est occupé à

<sup>16</sup> IT 1.3.1 101 programme socio thérapeutique Argos (8mai 2006)

moitié de la capacité totale de la résidence. 13 places sont disponibles et actuellement 7 personnes y résident. Au CRMT qui possède 14 places, ils en ont 12 d'occupées, mais ce sont essentiellement des patients sous méthadone.

Cette situation est récente de quelques mois. On se rend compte que les personnes cherchent d'avantage une prise en charge ambulatoire. Si elles séjournent à «Toulourenc», elles sont obligées de lâcher leur logement. Les services sociaux refusent de garder des appartements vides pendant 15 mois. La vie communautaire n'est pas facile non plus.

Actuellement, il y a une population de cocaïnomanes. Ce qui est très différent des héroïnomanes de l'époque. Les cocaïnomanes ne tiennent pas sur la longueur, ils ont besoin de changement. Ils doivent avoir beaucoup de choses à disposition et la résidence en communauté est quelque chose de trop lourd, d'astreignant voire même de monotone pour eux. Au bout de quelques mois ils veulent sortir, ils ont besoin de changement, de quelque chose d'extraordinaire. A chaque type de produit la clientèle est différente. Pour les cocaïnomanes, leur personnalité est beaucoup plus déstructurée.

#### *Réflexions suscitées :*

Nous avons donc, comme mentionné plus haut, visité la villa de Toulourenc. Dès notre arrivée, nous avons constaté qu'il s'agit d'une jolie maison, dans un quartier calme, entourée d'une grande pelouse et d'un jardin potager. Il y règne une ambiance chaleureuse. L'entente entre personnel et résidents nous a paru harmonieuse. Les toxicomanes qui y séjournent ont quitté le monde stressant de la drogue pour se rendre dans un havre apaisant où tout «produit» est absent.

Le complexe est aménagé pour favoriser l'intégration des pensionnaires dans une vie communautaire. Ainsi, ils réapprennent à vivre en groupe, et à reprendre peu à peu une place dans la communauté, la villa pouvant elle-même être assimilée à une «petite société».

A notre avis, cette solution est idéale pour responsabiliser les toxicomanes énormément désorientés avant leur arrivée. Par leurs différentes activités et missions ils rythment leur vie et apprennent ainsi à gérer leur temps. Cette réinsertion du toxicomane semble porter ses fruits.

Quant au personnel, il nous a fort bien accueillies, la directrice fait preuve d'un grand professionnalisme par rapport à ses pensionnaires et d'une grande motivation en nous présentant l'institut placé sous sa responsabilité.

### **Clinique Belmont**

Cette institution fait partie de l'association des cliniques privées à Genève (ACPG). Elle comprend trois services: un pour les soins hospitaliers, une clinique de jour qui correspond aux hôpitaux de jour des HUG et une unité ambulatoire.

Elle offre plusieurs prestations :

- Sevrage
- Thérapie individuelle
- Groupes thérapeutiques basé sur le mode verbal, corporel et artistique
- Cure de méthadone
- Réinsertion professionnelle

Les différents acteurs, travaillant dans cette clinique, sont :

- un médecin interniste
- un psychiatre
- des psychologues
- des infirmiers

L'objectif principal est de considérer le patient dans sa globalité et de prendre en compte l'environnement. Les soins, pour leur part, sont adaptés aux besoins de chaque patient.

### **Fondation phénix**

La fondation phénix possède quatre centres médico-psycho-social : Chêne-Bougeries, Lancy, Plainpalais et Grand-pré. Le centre thérapeutique de l'Envol, spécialisé en alcoologie fait également partie de cette fondation. Ces cinq centres sont supervisés par un seul comité de direction.

Ces structures ont pour but de traiter la dépendance en alliant une prise en charge médicale, psychologique et sociale.

Les différentes prestations offertes sont<sup>17</sup> :

- un soutien
- des psychothérapies individuelle ou en groupe
- une approche systémique
- une prise en charge de tout ce qui est somatique
- cure de méthadone et de buprénorphine à moyen ou à long terme
- thérapie corporelle comme l'auriculothérapie, la réflexologie ou le massage
- la relaxation et l'hypnose

### **Première ligne**

Première ligne (anciennement groupe SIDA Genève) est une association à but non lucratif dont l'objectif est d'améliorer la santé et les conditions de vie. Elle fait partie du système de santé privé ainsi que des structures dites de bas seuil.

Dans cette optique, l'association agit à plusieurs niveaux, aussi bien médicaux que sociaux :

- (1) aide à réduire les risques liés à la pratique des usagers
- (2) maintien du lien social
- (3) accès aux institutions
- (4) promotion de la solidarité
- (5) collaboration avec le voisinage.

---

<sup>17</sup> Hospice général, La Clé, guide social et pratique, Edition 2005-2006 Genève, 2005 (p.234-235)

Elle regroupe un certain nombre de structures :



- Le **BIPS** (Bus itinérant prévention sida) qui a vu le jour en 1996. Ce bus a pour fonction le recyclage de seringues afin d'éviter les transmissions de maladies.

- le bus **Boulevard** a été créé en 1996 et qui est destiné aux prostituées qui consomment des substances psychoactives.



- **Quai 9** qui a débuté en 2001. Son objectif du local est de réduire les risques encourus lors de l'injection.

- Le programme **Nuit Blanche** tente de réduire les risques en milieux festifs en informant les gens sur les conséquences de la consommation et du mélange de drogues en soirée.

## Quai 9

Nous avons eu l'opportunité de rencontrer le directeur de Quai 9, qui nous a longuement parlé de son association, de son fonctionnement et de son personnel.

Quai 9 a donc été créé en 2001, pour répondre au besoin croissant des personnes toxicomanes d'avoir accès à une structure qui permette l'injection de manière propre.

Ce local d'injection fait partie des soins privés. Son projet se distingue de celui des autres structures de soins, étant donné que le personnel du quai 9 ne fournit aucun soins médicaux et qu'il n'est pas assimilable à une structure de séjours. Les usagers du local viennent, s'injectent leur produit puis repartent.

En outre, il est important de relever que Quai 9 ne distribue en aucun cas de produit, que ce soit de la méthadone (rue Verte, Navigation) ou de l'héroïne (PEPS) en « substitution ».

### *L'organisation*

Quai 9 fait partie de l'association Première ligne. Il est de ce fait administré par cette dernière comme suit :

- Une assemblée générale
- comité (constitué de 13 bénévoles)
- équipe de travail regroupant 27-28 personnes réparties dans les différentes structures.
- une équipe dite de coordination, constituée de 3 membres qui assure un travail de concert entre les diverses structures de cette association

Outre cette interaction avec les autres activités de Première ligne, Quai 9 est aussi en relation avec le Conseil d'Etat au travers de son comité de pilotage. Ce dernier est composé de divers départements, tels que la police, le service de santé de la jeunesse ou encore la Ville de Genève. Sa fonction est purement consultative, elle consiste à donner des recommandations en rapport avec un projet, son opinion mais ce comité n'est pas habilité à prendre de décision.

### *Le personnel*

Le personnel administratif mis à part, l'équipe de travail de Quai 9 est composée d'un médecin à temps partiel, d'infirmiers autonomes et de travailleurs sociaux. Outre le médecin dont la fonction est seulement médicale, les autres membres du personnel du quai 9 travaillent en tournus. Un infirmier pourra donc se travailler à l'accueil et un travailleur social dans la salle d'injection et vice-versa. Cependant chacun reste dans la limite de ses compétences. Ainsi un aide social aura tendance à demander à un infirmier d'effectuer un geste plus médical que ne le fait une infirmière normalement. Ceci implique qu'ils ne peuvent pas effectuer des gestes médicaux qui vont, par exemple, conduire à une effraction de la paroi veineuse (prise de sang, vaccination, incision abcès) et ils devront donc diriger le patient vers le médecin si de tels actes s'avéraient nécessaires.

Dans une certaine mesure la police joue également un rôle dans le bon fonctionnement du local en effectuant des rondes régulières dans le quartier. Mais, bien qu'elle accepte les activités de Quai 9, il n'en reste pas moins que les policiers sont les garants de la loi et ne tolèrent donc aucun trafic. Ils ont donc l'autorité en tout temps d'effectuer des arrestations si cela s'avère nécessaire. Afin de travailler dans une bonne entente, quai 9 organise mensuellement des réunions de régulation des problèmes rencontrés lors des activités.

### *Les objectifs*

L'association Quai 9 poursuit différents objectifs :

1. Diminuer les risques inhérents aux prises de drogues (Injection)
2. Améliorer le contact social des usagers et éviter une exclusion de la société
3. Informer le voisinage sur le thème de la toxicomanie, sur la fonction et l'utilité de l'association

## 1. La diminution des risques

L'objectif premier d'une structure de bas seuil comme Quai 9 est d'aider la population concernée à diminuer les risques engendrés par la pratique engendrés par leur dépendance tels que la transmission de virus (HIV, hépatites), les risques d'infections multiples ou encore les overdoses.

Ce but est accompli d'une part en donnant accès aux utilisateurs à un environnement plus hygiénique mais également en leur fournissant des prestations d'ordre médical.

Dans cette optique, le centre permet aux usagers d'accéder à du matériel septique en leur proposant d'échanger les seringues souillées contre des propres. Cette pratique suit un protocole bien défini qui sera expliqué un peu plus loin dans le rapport.

La mise à disposition d'une salle d'injection est la grande particularité de cette structure. Elle permet à ses usagers de s'injecter dans des conditions d'hygiène acceptables :

- Lieu d'injection propre
- Désinfection des mains
- Utilisation du matériel stérile



Des informations sur l'asepsie sont données aux usagers dès leur première « visite » et leur sont répétées sans cesse, afin que cela devienne un automatisme pour eux, dans le local d'une part, mais également en cas d'injection à l'extérieur.

Outre cette fonction principale, le personnel du centre fournit des soins « médicaux », prodigués soit par un médecin (2 jours/semaine) soit par des infirmiers autonomes ou par les travailleurs sociaux. Seul le médecin effectue des gestes vraiment médicaux, tandis que le reste du personnel s'occupe principalement de gestes simples qui n'impliquent pas d'effraction de la paroi veineuse, de bilans de santé, de détection de problèmes graves. Si nécessaire, ces derniers peuvent demander conseil au médecin. Le fait que des bilans de santé soient effectués fréquemment permet la détection précoce de maladies potentiellement graves (pneumonies, abcès aggravés, ...) et permet l'orientation des usagers vers leur médecin traitant ou encore leur délivrer des bons d'entrée à l'hôpital.

Il est important de noter que les dossiers de ces toxicomanes sont anonymes et uniquement disponibles à l'usage interne. Si l'intéressé désire se rendre chez son médecin traitant, l'anonymat peut être levé et le dossier transféré à ce praticien.

## 2. Le contact social

Le second rôle de ce local est la prise en charge sociale des usagers. Le maintien du lien social des usagers est important et représente un des objectifs de Quai 9 et cela à différents niveaux :

- (1) limitation du risque d'exclusion,
- (2) facilitation de l'insertion sociale,
- (3) encouragement à l'estime de soi et
- (4) encouragement à la réflexion sur l'image qu'ils donnent à l'extérieur en tant que personne mais aussi en tant que groupe.

Quant aux usagers, ils viennent au local pour diverses raisons:

- Le contact avec d'autres personnes est une des raisons importantes de la fréquentation du local. Ils peuvent parler avec d'autres usagers mais également avec le personnel. Ce dialogue leur permet de partager leurs problèmes et de leurs frustrations. C'est important pour eux de pouvoir échanger leurs soucis avec d'autres personnes et de conserver un lien avec la société
- Les usagers peuvent également obtenir des informations concernant les autres structures soit à leur demande soit lorsque le personnel estime cela adéquat. Il faut noter que la politique de Quai 9 n'est pas d'inonder les usagers avec des informations, ni de les pousser vers une abstinence. Le but est de les conseiller et les accompagner dans leurs démarches qu'ils ont décidé d'entreprendre, soit de leur propre initiative (car ils se sentent mal dans leur situation), soit après avoir été informés lors de discussions avec les personnes de l'association. Dans ce sens, l'association a vraiment une fonction d'écoute et d'aide

Le local représente donc pour les usagers un lieu de rencontre où ils peuvent discuter, échanger mais aussi où ils peuvent se reposer, respirer, échapper à la vie difficile de l'extérieur.

Quai 9 a également la volonté de responsabiliser les usagers en les impliquant dans des activités telles que « agents de médiations » (bonne atmosphère dans le local, pas de deal) ou le ramassage des seringues. Dans cette optique, il y a chaque mois une instance nommée « Conseil consultatif des usagers », donne la parole aux usagers pour qu'ils puissent partager leur avis sur le fonctionnement du local mais aussi sur d'autres sujets qui les touchent. Cette politique sociale de Quai 9 permet d'informer les autorités et les sensibiliser par rapport aux besoins de la population toxicomane.



### 3. La relation avec le voisinage :

L'association doit également se concentrer sur sa relation avec le voisinage. En effet, la présence d'un local d'injection suscite beaucoup de polémiques. Le centre cherche donc à établir un lien avec les habitants des quartiers environnants, afin de pouvoir les informer sur les sujets qui sont en rapport avec la drogue mais aussi pour les écouter et discuter de thèmes qui les touchent : seringue dans une allée, détresse des usagers, comportement de proches vis-à-vis du produit. Cette démarche contribue beaucoup à l'intégration de l'association dans le quartier. Un journal a même été édité dans cette optique.

Une activité qui a amené au rapprochement du voisinage est le ramassage des seringues qui a permis d'assainir le quartier et ainsi à diminuer le risques de piqûres fortuites par des seringues abandonnées. En outre, toute une éducation sur le comportement à avoir en cas de découverte de seringues ou de personne qui se pique a été mis en place, principalement pour les concierges du quartier.

Tout cela a conduit à une amélioration de la vision du Quai 9 par le voisinage.

### *Les conditions d'admission*

Afin de pouvoir accéder au local d'injection, l'utilisateur doit satisfaire deux conditions non négociables :

1. être consommateur de drogues dures
2. être âgé de 18 révolus

Ces conditions sont nécessaires pour restreindre l'accès uniquement aux personnes dont le but est de consommer et non de dealer. La limitation d'âge est nécessaire du point de vue responsabilité.

### *Le règlement*

Afin de permettre un bon fonctionnement du local, un règlement a été établi. Ainsi toute infraction peut amener à une sanction immédiate comme une expulsion pendant une durée déterminée (en général un jour).

Quelques règles importantes :

- Interdiction de dealer à l'intérieur du local
- Interdiction d'avoir recours à la violence physique
- Interdiction d'avoir recours à la violence verbale
- Interdiction de s'injecter du produit en-dehors de la salle réservée à cet effet
- Interdiction de port d'armes

### *La première fois*

Une première admission suit un protocole bien déterminé afin de s'assurer du bon usage du local et de la salle par le toxicomane.

le consommateur est adressé à un collaborateur avec lequel il va remplir un questionnaire le concernant. Celui-ci contient des informations en rapport avec la santé de l'utilisateur : (cf. annexe)

- Informations générales (nom ou pseudonyme, âge, sexe, adresse...)
- Historique de la consommation (début, type de drogues...)
- Habitudes (tabac, alcool...)
- Maladies virales (VIH, hépatites)
- Traitements en cours (substitution, par exemple)

Ces informations peuvent être remplies de manière anonyme et sont destinées exclusivement à l'usage du local.

Le futur utilisateur est ensuite introduit dans la salle d'injection, toujours accompagné d'un collaborateur, où il s'injecte son produit. Le travailleur social ou l'infirmier est présent pour expliquer au toxicomane les précautions à prendre lors d'une injection, afin d'éviter les risques d'infection ; par ailleurs l'accompagnant observe comment l'utilisateur s'y prend pour l'injection de son produit, afin de s'assurer celui-ci ne mette pas sa vie en danger.

***Aucune injection n'est réalisée par un collaborateur, c'est l'utilisateur qui se pique.***

### *Les fois suivantes*

Lors des injections suivantes, l'utilisateur procédera comme suit :

- Echange du matériel souillé contre du matériel propre
- Prise d'un ticket de passage -> attente pour son numéro
- Entrée dans la salle d'injection
- Annonce du produit à consommer
- 1 injection (lavage de main obligatoire)
- Ranger et nettoyer (jeter le matériel souillé)
- Sortie

Le personnel peut à tout moment interdire l'utilisateur de se piquer s'il considère que ce dernier se met dans une situation à risque, par exemple lors d'interaction entre le produit à injecter et un éventuel produit pris antérieurement.

### *Réflexion suscitées*

Cette visite de Quai 9 nous a mis en évidence la nouvelle orientation de la politique genevoise en matière de soins de la toxicomanie. Au vu de la fréquentation de ce lieu, il est évident que de telles structures ne sont pas superflues mais répondent à des besoins réels de la population toxicomane. La politique genevoise a su y répondre de manière adéquate.

La rencontre avec Thierry un habitué du lieu a mis une perspective nouvelle sur notre vision des toxicomanes, il nous a montré que derrière l'étiquette de toxicomane qu'il s'était lui-même posé, il reste une personne bien entière, une personne qui a des attentes, qui a des souffrances et une personne qui veut bien faire mais sur laquelle l'ombre du produit reste, toujours là pour le tenter.

Bien que ce local puisse représenter un danger pour le voisinage, il s'est, petit à petit, à force de bonne volonté et de beaucoup de travail, montré sous un jour nouveau, non plus comme un lieu de rencontre de la racaille, des délinquants, des dealers, mais comme le point d'ancrage de nombreuses personnes avec l'envie de s'en sortir et prêtes à aider pour donner une meilleure image (ramassage des seringues).

Finalement nous avons pu prendre conscience de l'étendu du travail effectué par le personnel et surtout l'impacte qu'il avait sur les utilisateurs, combien cela représentait pour ces derniers et donc leur absolue nécessité.

### **Médecins Privés**

De nombreux toxicomanes sont suivis par des médecins généralistes ou des psychiatres qui ont leur propre cabinet privé.

Le rôle du premier est de récolter les différentes données sur le patient. En effet, un consommateur de drogues passe souvent par plusieurs instituts différents durant son parcours.

De plus le médecin généraliste doit également orienter son patient toxicomane vers les différentes structures existantes.

Nous n'avons pas vraiment abordé ce domaine, ainsi les données ci-dessus sont tirées des connaissances préalables acquises durant nos études de médecine.

## Conclusion de la prise en charge d'un patient

Chaque personne suit une trajectoire qui lui est propre. A chaque stade de cette trajectoire, le patient a des besoins différents. Raison pour laquelle nous retrouvons une aussi large gamme de structures et un grand éventail de prestations dans chacune d'elle. Cela permet de s'adapter au besoin de la personne à un moment donné de son parcours et de réduire les risques qu'elle encoure à ce moment-là.

Le stade dans lequel se situe le toxicomane durant sa trajectoire est évalué selon les principes de motivation qui comportent plusieurs phases :

- Phase de pré-contemplation : la personne nie le problème
- Phase de contemplation : la personne commence à se poser des questions, prend conscience du problème et fait la balance entre les avantages et les inconvénients de sa consommation
- Phase de décision : la personne décide d'entreprendre une démarche
- Phase d'action : la personne met en œuvre ce qu'elle a décidé
- Phase de maintien : la personnes applique les moyens nécessaires au maintien de l'abstinence

Le langage utilisé diffère selon le stade dans lequel se trouve le patient. Il en est de même en ce qui concerne les objectifs à définir.

Nous constatons également que la plupart des différentes structures intègre la famille du toxicomane dans la thérapie. C'est un aspect très important, car, comme nous l'avons vu plus haut, les interactions familiales jouent un grand rôle dans la toxicomanie. Le mal être d'un consommateur de drogue a très souvent lié à un contexte familial problématique.

De plus, il peut également avoir des histoires de co-dépendance, c'est-à-dire que certains comportements de la famille peuvent entretenir l'addiction.

## La répression

Durant notre travail, nous nous sommes également intéressées au point de vue de la police dont la mission première est de faire respecter la loi et non pas de prendre en charge les toxicomanes. Nous voulions savoir si la répression a un impact dans la vie de la personne concernée et s'il y a une influence sur sa consommation.

Nous avons ainsi envoyé un questionnaire à un policier de la brigade des stupéfiants. Cette partie de notre travail est donc basée sur les réponses de ce dernier.

### Infractions commises par les toxicomanes<sup>18</sup>

Les infractions les plus fréquentes dans le domaine de la toxicomanie sont respectivement la consommation, la détention de stupéfiants ainsi que le trafic, la culture et la revente.

D'autres crimes et délits commis par les toxicomanes pour se procurer l'argent destiné à l'achat de substances illicites sont : le vol, l'agression, l'escroquerie, le brigandage, l'abus de confiance, le cambriolage, etc. réprimés par le code pénal suisse.

### Moyen de répression

Pour la consommation et la détention de drogue, un toxicomane qui se fait prendre reçoit une contravention.

Lorsqu'une personne est surprise à faire du trafic, de la culture ou à dealer, elle est arrêtée et, par la suite, elle devra comparaître devant un juge qui, selon la situation, décidera de sa sanction.

Les personnes toxicomanes peuvent aussi être dénoncées, par la police, au service des automobiles et de la navigation s'ils se rendent coupable de conduite sous l'emprise de la drogue.

### Objectifs de ces répressions

Le but principal est simplement de faire appliquer la loi. D'un point de vue légaliste, l'objectif est également d'essayer de dissuader les toxicomanes de poursuivre dans cette voie, connaissant les effets néfastes des drogues, surtout celles qui sont de plus en plus mélangées à des produits très chimiques et toxiques.

### Effets des répressions sur les toxicomanes

Les effets sont difficilement mesurables de façon objective. Voici l'avis du policier :

« Au niveau des contraventions, le fait de toucher au porte-monnaie constitue un bon argument, mais les amendes ne sont pas toujours payées par le toxicomane lui-même (mineurs ou personnes assistées par exemple). Les retraits de permis par contre occasionnent une gêne beaucoup plus importante. [...]

Une autre difficulté pour évaluer la situation réside dans le nombre toujours plus important de consommateurs de stupéfiants (phénomène de mode surtout pour ce qui est de la

---

<sup>18</sup> cf. article 19a de la loi fédérale sur les stupéfiants

cocaïne), qui sont en plus issus de toutes les couches de la société. Une contravention dérangera donc différemment le contrevenant en fonction de sa catégorie sociale et de ses revenus.

A relever aussi que le toxicomane accroché physiquement à l'héroïne par exemple ne pourra que très difficilement s'en passer et il préférera risquer une amende (ou pire), plutôt que de se priver de sa dose.

Quant au consommateur de cocaïne, son sentiment de toute puissance lorsqu'il est sous l'effet de ce produit provoquera une dépendance purement psychique qui, là encore, ne l'incitera pas forcément à considérer une contravention comme un obstacle insurmontable.»

### Réflexions suscitées

Le toxicomane ne peut pas être considéré comme une victime. Il est peut être pris au piège dans sa dépendance mais sa responsabilité en n'est pas diminuée pour autant. Il a librement fait le choix de commencer la consommation de drogue et la plupart d'entre eux connaissent, à ce moment-là, les conséquences et les risques de ce comportement, dont celui de l'addiction. Ainsi on peut dire que le toxicomane n'est pas responsable de sa maladie mais de son comportement face à celle-ci.

Par rapport à la consommation et à la détention, la question suivante se pose : « La répression de la détention et de la consommation de drogue sert elle dans la réalité ? » Comme nous l'avons vu jusqu'ici, une personne toxicomane est prise dans sa dépendance et de ce fait se préoccupe uniquement d'obtenir sa substance.

Ainsi, quel impact a le fait de le punir, de lui faire perdre de l'argent par une contravention ? L'argent ne pouvant ainsi être investi dans l'achat de drogue ne pourrait il pas être trouvé de manière différente comme par exemple le vol ? Les contraventions n'augmenteraient-elles pas la délinquance et la criminalité ? Voici quelques questions fréquemment débattues et dont les réponses dépendent des différents avis par rapport à ce problème particulièrement controversé.

En ce qui concerne le trafic, la répression n'est que très rarement mise en cause.

Un problème consiste cependant dans la manière d'appréhender une personne en possession de drogue. S'agit-il d'un dealer ou d'un consommateur vendant pour se procurer sa propre dose ?

## Témoignages

Pendant la première semaine de l'immersion en communauté, notre tutrice nous a montré deux vidéos pour nous illustrer que les causes de toxicomanie peuvent être très différentes d'une personne à l'autre.

Dans le premier film, la prisonnière qui s'exprimait avait subi de nombreux abus dans son enfance. Au contraire le jeune homme de la deuxième vidéo était né dans une famille aisée et unie. Il consommait plutôt pour tenter de vaincre une timidité maladive.

Ce fut une bonne entrée en matière pour notre travail mais nous préférons mettre l'accent sur une rencontre que nous avons faite avec une personne toxicomane. Cette personne s'appelle Thierry et il a gentiment accepté de nous raconter sa vie. Au lieu de décrire ce qu'il nous a raconté, nous avons retranscrit son discours le plus fidèlement possible afin qu'il perde le moins possible de son caractère.

### Causes et début de sa toxicomanie

« Au début, j'ai eu une longue période d'alcool et beaucoup de bêtises, même la prison. Je découvre en fait l'héroïne en prison. J'avais 30 ans, en 1995.

J'avais une mauvaise image en fait sur les toxicomanes.

Le produit était idéal pour la prison, on ne voit pas les journées passer. Quelques personnes m'ont prévenu que je risquais d'être accros. Je ne le connaissais pas. J'ai fait 4 ans ferme et là où je m'en veux un peu c'est que je ne me suis jamais posé la question : « comment je vais faire demain ? ». Sur les 4 ans, je n'ai jamais manqué de produit.

En fait je découvre le manque en sortant. Je ne connais pas le milieu de la drogue, je ne sais pas où trouver du produit. Je me suis très vite retrouvé paumé, impossible de s'arranger, sans argent, on ne trouve pas de produit. Impossible de dire : « Je te paye à la fin du mois ». En prison on pouvait s'arranger pour payer à la fin du mois. Je mettais un tiers de mon pécule dans la drogue.

Je gardais un regard très sévère et méchant sur les toxicomanes en me disais qu'ils sont cons, qu'ils sont faibles et que moi en sortant, j'arrête. J'ai découvert vite en sortant, que ce n'était pas possible et que c'était très dur d'arrêter.

Après j'ai vécu aussi toute une période où je m'en foutais aussi pendant laquelle je ne faisais aucun effort pour arrêter, ni pour m'en sortir. La réinsertion est tellement dure en sortant de prison que je restais dans la drogue. Et là je partais en chute libre, j'ai vu descendre mon estime de jours en jours. Je prend des anecdotes comme je téléphone : je m'étais persuadé que je n'étais plus capable de faire un téléphone, que je ne le faisais plus. On arrive au point de croire qu'on est nul, qu'on est bon à rien.

Avec du recul, mon problème d'enfance que j'ai gardé pour moi pendant 30 ans, ça m'a bouffé sans que je m'en rende compte.

En 1990, quand ça commence à mal aller avec mon ex-femme, je divorce et là je sombre dans l'alcool. Avec ce divorce, j'abandonne deux enfants, je n'ai plus donné signe de vie. C'était un genre de soulagement à l'époque, c'était plus facile pour moi. Puis arrive le regret. Dès que ça allait mal, je partais dans l'alcool. Après le divorce, c'est devenu une consommation destructive. Quand je rentrai, le lendemain, je ne me rappelais plus

comment. Les gens partaient du bistro, moi je me finissais. Je devais boire pour oublier. Je travaillais, donc je ne me considérais pas comme alcoolique. J'arrivais à ne pas boire quand je bossais. J'avais un taux d'alcool qui me convenait, mais on n'admet pas ça, qu'on a un problème d'alcool.

En prison, je ne prenais plus d'alcool, mais j'ai commencé l'héroïne. Un produit a remplacé l'autre en fait. Mon problème de dépendance a commencé bien avant ma consommation d'héroïne.

Il a fallu que je fasse un travail sur moi, que j'aie au CRMT puis à Toulourenc. J'ai 40ans et j'ai appris à me connaître à cet âge là. Je réapprends à vivre. Je comprend le fonctionnement, tout ce côté destructeur. J'associe la toxicomanie au suicide, surtout l'injection qui est un moyen de se faire du mal. Il y a tout un rituel difficile à effacer. Encore maintenant, je me pose parfois la question si je suis en manque du produit ou en manque de l'injection. Maintenant, j'ai vécu une grande évolution, le travail que je fais n'est évidemment pas fini. Je vois encore un psychiatre une fois par semaine. Il a fallu une prise de conscience et accepter tout ça. Je suis heureux de faire ce travail parce que je me découvre. J'ai fait long pour me rendre compte que j'avais changé. Il y a toute une période où les gens me disaient que j'avais évolué et moi je voyais pas. Mais maintenant je suis dans une phase où je m'accepte, je me montre. Il y a deux ans, je n'aurais jamais accepté de me faire interviewer.»

### Prise de conscience :

«J'ai aussi eu un enfant pendant cette période de drogue. Maintenant, il a 6 ans. Il m'a énormément aidé à prendre conscience du fait que j'ai un problème. Des professionnels me disaient que ce serait bien que je fasse quelque chose. Ils m'ont parlé du CRMT. J'ai eu pendant 1an et demi le formulaire d'inscription. Tout ce temps je me disais que je pouvais y arriver moi même. On trouve toujours pire dans ce milieu, je n'admettais pas que j'avais besoin d'aide.

J'ai réalisé que je n'y arriverai pas tout seul grâce à mon fils parce que je le voyais que le week-end, et comme je ne consommais pas en sa présence, j'arrivais pété le vendredi et dimanche apparaissaient les premiers symptômes de manque. Je ne pensais qu'à comment j'allais faire le lendemain pour trouver l'argent et acheter la drogue. Si j'étais mal déjà le dimanche à 16h je savais qu j'allais passer une nuit longue, et mes pensées étaient dans le produit tout le temps même quand je ne consommais pas. Je me suis surpris à l'engueuler le matin alors qu'il venait juste me dire bonjour. Il m'agaçait, je lui disait. «File dans ta chambre, c'est trop tôt! ».

Je me suis rendu compte petit à petit que ça n'allait pas. Mais il y a des choses qui m'ont touchées. Une fois je suis allé à Belle-Idée en urgence parce que j'étais dans une période de consommation forte. Il est alors venu me rendre visite. On lui avait expliqué que j'étais à l'hôpital. Le petit a regardé la maison et m'a demandé : «T'es ici pour arrêter de crier? ». Il avait 3 ans à cette époque et sentait déjà que ça n'allait pas. Ce sont des phrases comme celles-là qui amènent à réfléchir.

Une autre anecdote : il avait toujours 3 ans, une fois il s'est mis devant la porte quand je voulais partir un dimanche soir, alors que c'était normal, je partais tous les dimanche soirs. Là il avait senti que je partais pour aller me droguer, il s'était mis devant la porte en il ne voulait pas que je parte.

Et c'est là que je me suis rendu compte que j'étais pas là, qu'il manquait d'un père. J'aurais que j'étais présent sans être présent. L'homme était là, mais pas le père. C'est ça qui m'a fait accepter de prendre de l'aide.

### La démarche vers l'institution

« C'est une démarche dure de chercher de l'aide. Ça a un côté égoïste, à un moment donné j'ai du me dire : « je pense à moi, je vais au CRMT - Toulourenc, c'est une année et demi ». Même si ma copine n'était pas contente, et que mon fils allait me réclamer. Il y a bien sure possibilité de se voir en résidence. Mais le problème c'est qu'elle touche aussi au produit. Le personnel du CRMT Toulourenc est alors plus sceptique aux visites. Ils avaient peur qu'elle amène du produit, on subissait chaque fois un interrogatoire.

Avec le temps j'ai remarqué qu'il se formait un décalage entre ma copine et moi. Moi j'essayais de m'en sortir, de faire autre chose. J'ai vite remarqué que notre relation ne tournait qu'autour du produit. Sans drogue, ça n'allait pas entre nous. J'ai préféré m'éloigner d'elle. On était trop décalés. Mais je vois toujours beaucoup mon fils, parce que ça la soulage, ça lui fait moins de travail quand je m'en occupe une journée de temps en temps. »

### Après l'institution

« J'y crois la maintenant, je vais mieux. Je ne regrette rien. Bon on est vite découragé aussi parce que les médecins disent qu'il faut autant d'années de thérapie que d'années dans le produit. On est bien conscient qu'il y aura des rechutes et que ce n'est vraiment pas facile de s'en sortir.

Ça m'arrive encore de consommer, et je ne m'en veut plus parce que j'en parle tout de suite pour essayer de comprendre pourquoi je rechute. J'essaie tout de suite de faire ce qu'il y a à faire pour ne pas retomber dans l'engrenage.

Moi c'est tout le côté manque et méthadone qui me fait peur. Je ne peut pas m'imaginer reprendre de la méthadone, c'est plus fort que moi. C'est très dure à baisser la méthadone. Je trouve plus dure le manque de méthadone que d'héroïne.

Pour moi la sortie de Toulourenc était dure parce qu'une des dernières étapes du séjours est de se construire un réseau, et je n'ais pas du tout travaillé là dessus. Les seuls gens que je connaissais étaient les professionnels de Quai 9. Je les considérais comme amis tout en étant conscient que ce n'était pas le cas. J'avais besoin d'aller les voir parce que c'est pas possible de rester tout le temps à la maison surtout que je vis chez ma mère. Elle m'aide beaucoup et voit les efforts que j'ai fait, mais ça ne m'aide pas pour ma vie sociale.

Je n'ais jamais travaillé et je n'ai pas suivi la réinsertion professionnelle au Toulourenc, et maintenant, ça me pose un peu problème.

J'ai aussi énormément de dettes : 14 ans de pension alimentaire, la toxicomanie coûte cher, il y a eu énormément de vols, de délits et de deals.

Je ne me sentais pas capable de trouver un boulo, et j'avais peur qu'ils me saisisent mon salaire. Ce sont tout des choses qu'il faut reprendre progressivement. On est entrain d'écrire des lettres pour trouver une solution pour que je puisse rembourser tout en pouvant vivre à côté. Je sais que je ne le supporterai pas qu'on me saisisse sur le salaire, ça me ramènerait au produit.

Après mon divorce j'ai arrêté de vivre. Je ne lisait plus mon courrier. Pour exemple, je vous dit que j'ai lu mon jugement de divorce au « Toulou », donc ça faisait environ 15 ans après. On est entrain de trier mon courrier à l'hospice, pour une bonne partie, ce sont des factures, 1<sup>er</sup> rappel, 2<sup>e</sup> rappel,...Il a fallu gérer tout ça... »

### **L'étiquette colle à la peau**

« Maintenant je travaille chez « Realise », il y a eu un vol. un portable a disparu et je suis accusé. C'est dur. Voilà ça prouve que le passé laisse des traces. J'ai souvent commis ce genre de délits, mais là j'ai arrêté. C'est pas évident... »

Notre rencontre avec Thierry fut pour nous le moment le plus émouvant de l'immersion en communauté. Il est tellement fier de sa progression que ses yeux brillaient quand il parlait. Son enregistrement se trouve sur le CD en annexe.

## Discussion

### Systeme de prise en charge

Lors de notre immersion en communauté nous avons été fortement impressionnées par le nombre et la diversité des institutions qui s'occupent de la prise en charge des toxicomanes. En effet, une grande palette est offerte à ces personnes allant du traitement le plus contraignant, qui vise une abstinence totale, aux structures permettant aux personnes de préserver leur santé physique et mentale.

La toxicomanie est une maladie multifactorielle. Elle touche tant l'aspect médical, social que psychologique.

En effet, la prise de drogue induit une dépendance physique, de nombreux troubles somatiques associés au type de produit consommé et s'il y a négligence des règles d'hygiène, des infections secondaires (hépatite, VIH, etc.) apparaissent.

D'un point de vue psychologique, les toxicomanes ont souvent une personnalité qui les prédispose à une addiction.

Finalement, ces personnes évoluent, pour la plupart, dans un milieu social et familial difficile qui les pousse à consommer pour s'évader ou combler un manque.

Nous avons constaté la présence de chacun de ces éléments lors du témoignage de Thierry ainsi que ceux vus dans les vidéos (mises à disposition par notre tutrice)

Nous avons été surprises par l'abnégation avec laquelle le personnel de ces institutions s'occupent, sans jugement, de leurs usagers, sachant malgré tout que ces derniers s'adonnent à des actes somme toute répréhensibles et illégaux.

Etant donnée le milieu difficile dans lequel ces travailleurs évoluent leur implication n'en est que plus remarquable. Nous étions également étonnées d'apprendre que beaucoup de bénévoles leur apportent une aide.

Lors de nos discussions avec les différents responsables d'institutions, il nous avait semblé que les structure interagissaient bien entre elles, cependant, il semblerait que lorsqu'il y a conflit d'intérêt cette entente ne soit pas aussi parfaite que ça en a l'air. En effet, certaines institutions préfèrent garder leurs patients plutôt que de les référer à des structures plus adéquates. Ceci reste l'avis d'un psychologue avec lequel nous nous sommes entretenues.

### Politique et société

Nous avons été agréablement surprises par la politique genevoise de prise en charge des toxicomanes. En effet, nous trouvons intéressant qu'elle ait évolué en faveur de la prévention des infections plutôt que de tenter d'éradiquer toute forme de toxicomanie. Ainsi l'abstinence ne constitue plus le seul critère de réussite. Les politiciens se sont rendu compte que stopper toute consommation de drogue est impossible. En outre, les infections, dues au manque d'hygiène, telles que les hépatites, VIH, abcès... sont devenues depuis quelques années un grand problème de santé publique. Il est devenu urgent d'instaurer des mesures d'hygiène visant à réduire ces risques.

En outre, les politiciens se sont également rendus compte du besoin urgent d'une prise en charge sociale pour ces personnes. Ils ont constaté que la consommation de produit amène les consommateurs de drogues à avoir un comportement inadéquat en société ce qui les pousse à se mettre volontairement en retrait. La population, pour sa part craint ces gens-là comme s'ils étaient porteurs d'une grave maladie contagieuse et ont tendance à les exclure. Ces deux facteurs amènent à la marginalisation des toxicomanes.

La mise en place d'un programme de réinsertion sociale, autorisée par les autorités genevoises apporte un espoir pour ces personnes d'être réinsérées dans la société. Tout ces mesures permettent aux toxicomanes de retrouver un niveau de vie satisfaisant.

## **Prévention**

Nous nous sommes intéressées à la prévention, étant donné que cela constitue un des quatre piliers de la politique genevoise. Cependant, après d'infructueuses recherches, nous avons constaté que la prévention en matière de drogues illicites nous semble moins assidue que celle qui concerne, par exemple, le tabac et l'alcool. Cette situation nous étonne, car la consommation de drogues est un sujet tout aussi important que ces deux derniers.

D'après les quelques informations que nous avons récoltées, la prévention est plus particulièrement axée sur la prévention des conséquences liées à la consommation de stupéfiants.

## **Notre réflexion**

Ce travail nous a permis de toucher le monde de la toxicomanie qui nous était jusque-là peu connu. Il représentait pour nous, le désordre, la délinquance, la maladie, un monde qui fait peur. Mais à présent, notre vision a considérablement évolué. Nous voyons les toxicomanes comme des personnes à part entière, avec leur souffrance, leur solitude et vivant dans le piège de la dépendance.

En outre, nous ne savions pas que la prise en charge se faisait à tant de niveaux différents. Notamment l'aspect d'une prescription d'héroïne, celui d'un local destiné à l'injection de substances nous paraissaient de prime abord peu probable ou une mesure de dernier recours.. En allant dans ces structures, nous nous sommes rendu compte que ces personnes avaient accès à une écoute et à différents types de soins. Cela leur permet d'avoir un lien avec le réseau de prise en charge et de ce fait d'améliorer leur qualité de vie.

## Conclusion

Durant ce travail, nous avons pu nous rendre compte de la complexité qu'est un sujet comme la toxicomanie. En effet, ce domaine touche de nombreux aspects différents. La prise en charge a dû, de ce fait, s'adapter à chacun d'eux, afin de mieux cibler les besoins des personnes toxicomanes. A cet effet, plusieurs instituts ont été créés, allant de quai 9 avec sa politique de réduction des risques liés aux manques d'hygiènes lors des injections, à PEPS qui pour dernier recours peut prescrire de l'héroïne. N'oublions pas les résidences comme le Toulourenc et le CRMT qui accueillent les personnes toxicomanes prêtes à quitter le produit.

Nous avons également réalisé que les acteurs de ces prises en charge sont de formations diverses. On y trouve des médecins internistes, des infirmiers, des assistants sociaux, des travailleurs sociaux, des psychologues, des psychiatres et de nombreux bénévoles. Ce qui illustre bien la diversité du sujet.

Pour finir, nous avons constaté que le regard de la société sur les toxicomanes a beaucoup évolué. En effet elle a accepté la création de structures telles que Quai 9 et le PEPS.

Cependant le regard de nombreuses personnes sur les toxicomanes reste encore très négatif, mais les différentes structures essaient d'y remédier en informant la population au travers d'affiches et de débats.

Quoi qu'il en soit, la toxicomanie reste sujette à de nombreuses polémiques, comme on peut le voir à Lausanne où l'ouverture d'un local d'injection est fortement critiquée.

Posons nous la question : pourquoi la toxicomanie reste-t-elle un domaine de santé aussi discuté et de ce fait aussi souvent soumis à des votations ?

## Références

### Livres

- Hospice général, La Clé, guide social et pratique, Edition 2005-2006 Genève, 2005
- Neurosciences, Purves, Augustine, Fitzpatrick, Hall, LaMantia, McNamara, Williams, De boeck, Bruxelles, 2005
- Angel Pierre, Angel Sylvie, Farges Florent : Analyses des situations autour des pharmaco-dépendances ; CNED, Paris 2002

### Journaux / périodiques / articles

- *Première Ligne* numéro 1, novembre 2005
- Pittet Jean-Claude : Réflexion sur l'insertion socioprofessionnelle de toxicomanes à partir de l'expérience de l'Association du Relais ; *Dépendances* 2003, p. 26 à 30
- Dietrich N. et A. Uchtenhagen : Méthadone et thérapies résidentielles irrésistible combinaison ; *Dépendances* 2004, p. 23 à 28
- Barboni Emmanuelle : L'expérience de la cohabitation au Radeau ; *Dépendances* 2004, p. 29 à 32
- Mancino Pierre et Thévoz Gérald ; *Dépendances* 2004, p. 33 à 38
- Gerber Cyrill : Avantages d'une approche intégrée des dépendances dans le suivi des personnes ; *Dépendances* 2006, p. 14 à 16
- Broers B. et Mino A : L'approche communautaire en abus de substance ; *Médecine & Hygiène*, 29 septembre 1999, p. 1817-1820
- Bertschy Gilles : Addiction et exclusion ; *Revue Médicale De La Suisse Romande*, 1995, 115 : p. 485-486
- Jeanrenaud, Claude et al : *Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse*, Rapport final 2005, Université de Neuchâtel

### Sites Web

[www.etape.qc.ca/drogues/](http://www.etape.qc.ca/drogues/)

[www.premiereligne.ch/](http://www.premiereligne.ch/)

[www.groupsida.ch/index.html](http://www.groupsida.ch/index.html)

[www.fr.wikipedia.org/wiki/Toxicomanie](http://www.fr.wikipedia.org/wiki/Toxicomanie)

[www.hug-ge.ch/abussubstances](http://www.hug-ge.ch/abussubstances)

[www.toxicomanie.org/](http://www.toxicomanie.org/)

[membres.lycos.fr/caat/toxicomanie/toxicointro.html](http://membres.lycos.fr/caat/toxicomanie/toxicointro.html)

[www.css.ch/fr/home/privatpersonen/pri-gesundheit/pri-ges-lexika/pri-ges-abczugesundheitundkrankheit/pri-ges-abc-drogenabhaengigkeit.htm#0](http://www.css.ch/fr/home/privatpersonen/pri-gesundheit/pri-ges-lexika/pri-ges-abczugesundheitundkrankheit/pri-ges-abc-drogenabhaengigkeit.htm#0)

[www.argos.ch](http://www.argos.ch)

[www.geneve.ch/social/presse/toxi.html](http://www.geneve.ch/social/presse/toxi.html)

## Autres

Prospectus « Aide aux personnes toxico dépendantes Argos »

Argos : référentiel avril 2005

IT 1.3.1 101 programme socio thérapeutique Argos (8 mai 2006)

Power point de PEPS (en annexe)

## Entretiens

Nous avons contacté les personnes et les institutions suivantes :

- Thierry Musset , infirmier à Polimed
- Dr Zullino, chef de service des abus de substances (HUG)
- Dr Favrod Coune , addictologue à Seran, Champ Dollon
- Mme Deruaz – Résidence Toulourenc (Argos)
- Gaëlle Martinez – Bus Boulevard
- Christophe Mani ,directeur de Quai 9
- Thierry (toxicomane)
- Dr Rathelot , responsable de PEPS
- Association Phenix
- Police
- Clinique Belmont

## Remerciements

Nous remercions chaleureusement les personnes suivantes pour avoir pris du temps pour nous accueillir et répondre à nos questions :

- Thierry Musset
- Dr Khazaal, adjoint du Dr Zullino
- Dr Favrod-Coune
- M<sup>me</sup> Deruaz
- Christophe Mani
- Thierry
- Dr Rathelot
- M Peiry, de la brigade des stupéfiants (police)

## Annexes

- Entretien avec M. Thierry Musset
- Entretien avec Dr Khazaal
- Entretien avec le Dr Favrod-Coune
- Entretien avec M<sup>m</sup>e Deruaz (Toulourenc/Argos)
- Planning de la semaine du CMRT et de Toulourenc
- Entretien avec Dr Rathelot
- Power point de PEPS
- Entretien avec M. Mani (Quai 9/ Première Ligne)
- Questionnaire d'entrée et règlement du Quai 9
- Entretien avec M. Peiry (Police)
- Recueil de lois

## Entretien avec Thierry Musset

### Quels sont les réseaux de prise en charge des toxicomanes à Genève ?

La prise en charge des patients souffrant de toxicomanie se divise en deux grandes familles :

- Service publique : HUG
- Service privé  
Clinique Belmont et médecins  
Associations – prescription de méthadone, Phénix, Entracte complété avec CRMT et Toulourenc  
Première ligne

### Quels sont les réseaux à l'hôpital ?

- 1) Service d'abus de substances en psychiatrie
  - a) Unités hospitalières
    - a.1) Sevrage à Seran (Belle Idée)
    - a.2) Hospitalisation de crise
  - b) Soins ambulatoires
    - b.1) Rue verte (rive gauche)
    - b.2) Navigation (rive droite)
  - c) PEPS
- 2) Traitement spécifique (pneumonie, infections, etc.) discute avec le patient pour une substitution ou un sevrage éventuel

### Quel est votre rôle ici à l'hôpital ?

Accueil, sensibilisation, soins et réorientation des patients toxicomanes à l'hôpital.  
Fait partie de polimed

### Quel est le financement de ces structures? et de la prise en charge hospitalière de ces personnes ?

- 1) Caisse maladie pour tous les traitements
- 2) Subventions pour les institutions bas seuil
- 3) Héroïne n'est pas remboursée par les caisses maladies

### Comment faire la différence entre les vrais patients et les faux qui ne cherchent qu'à voler des médicaments ?

On ne peut pas les différencier, mais il y a parfois des cas à l'hôpital des gens qui se font hospitaliser pour voler des médicaments. Ça fait partie de leur maladie.

## Quels sont les traitements médicamenteux?

- 1) Méthadone
- 2) Héroïne
- 3) Buprénorphine (Subutex, utilisé principalement en France)

## Qui peut prescrire ces traitements ?

- Méthadone: tout médecin avec un FMH avec accord du médecin cantonal, pour éviter les abus. Certains, vont chez plusieurs médecins pour posséder plusieurs prescriptions. Les médecins privés ont une limite de 10 patients.
- Héroïne: Centre seulement dans centres validés pas OFSP (Genève c'est le PEPS)

Prescription de l'héroïne faite sur des critères très précis :

- 1) Avoir échoué à au moins deux traitements dans le passé
  - 2) Résidant à Genève
  - 3) Agé de plus de 20 ans
  - 4) Etre dépendant depuis au moins 2 ans
  - 5) Dernière intention
- ...

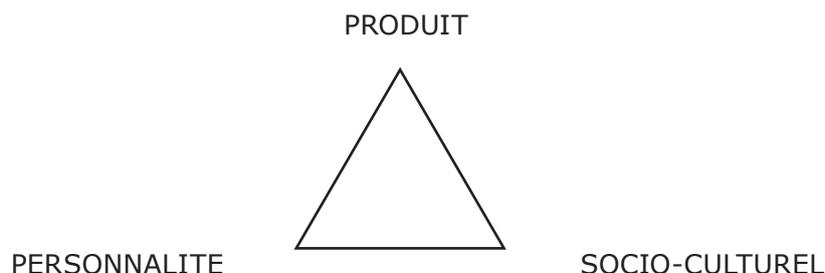
## Au sujet des problèmes de compliance :

- Un tiers des patients évoluent dans le bon sens, dont une partie reste sous traitement à la méthadone pendant des années, voir à vie.
- Un tiers meurent précocement
- Un tiers sont marginalisés, deviennent clochards, toxicomanes chroniques...

## Quelles en sont les causes principales de la toxicomanie ?

L'histoire personnelle, la rencontre avec le produit, sa disponibilité et une exposition chronique sont quelques uns des nombreux facteurs pouvant amener une toxicomanie.

Le schéma ci-dessous montre les 3 familles des causes de cette maladie, il faut qu'un élément de chacune de ces classes soit présent pour amener à la toxicomanie.



Quant à la toxicomanie d'ordre psychique, elle découle le plus souvent de troubles de la personnalité, borderline, etc.

## **Fluctuation de la toxicomanie à Genève ?**

Les chiffres changent très peu d'une année à l'autre, c'est le type de consommation, le contexte et l'accessibilité qui ont changé :

- La cocaïne devient dominante, alors que dans le passé c'était une drogue réservée aux milieux aisés, aujourd'hui elle accessible partout.
- Il y a aussi apparition de nouvelles drogues, protoxyde d'azote et drogues de synthèse : ketamine, etc.
- Apparition d'un nouveau marché de la drogue via internet.

De plus un grand nombre de consommateurs ne fréquentent jamais l'hôpital, ils ne peuvent donc pas comptabilisés dans les statistiques. Une preuve évidente: il y quelques années, une cocaïne coupée à l'atropine était disponible sur le marché, induisant une intoxication massive de toutes les personnes l'ayant consommée. Sur les 40 personnes admises à l'hôpital seul trois avaient été recensées.

## **La Toxicomanie est-elle un trouble psychique ou somatique ?**

Cela dépend de quel point de vue on se place, si on considère la toxicomanie comme une maladie (dépendance), alors on parle de trouble somatique, mais si on se préoccupe de plutôt de l'addiction, alors c'est considéré comme un trouble psychique.

## **Qu'est-ce qui vous a amené à choisir cette voie ?**

Passion et hasard et circonstances

## **Entretien du Dr Khazaal : Rue Verte**

### **Quel est son rôle**

Il est psychiatre. Adjoint du chef de service des abus de substances qui est Dr Zuillino. Il y a trois adjoints, un pour tout ce qui est hospitalier, un pour ce qui est ambulatoire et un pour ce qui est hôpitaux de jour (Dr Khazaal).

### **Quelles sont les différentes structure au sein de l'hôpital ?**

Il y a les consultations ambulatoires : Rue Verte, Navigation et NANT (nouvelles addictions, nouvelles tendances de consommation)

Il y a les hôpitaux de jour : Les acacias (alcoologie), la Villa les Crêts (toute toxicomanie). Il y en a encore un qui va ouvrir fin août.

Il y a les unités hospitalières : Le Seran, à Belle-Idée

Toutes ces structures font parties du service des abus de substances.

### **Qu'est ce qu'un hôpital de jour ?**

Ce n'est pas la même chose qu'un centre de jour qui peut être géré par des acteurs sociaux. Un hôpital de jour est tenu par des personnes qui sont dans le milieu médical est donc pris en charge par la LAMAL.

C'est un endroit qui accueille les gens qui ne sont pas assez stables : à risque de rechute, avec péjoration de l'état psychique, avec sevrage compliqué, dont la situation n'évolue pas en ambulatoire car le traitement n'est pas approprié, manque de points de repère pour s'en sortir, ou lorsque l'intensité de la prise en charge ne suffise pas, mais qui ne sont pas au point de nécessité une hospitalisation.

Il offre un suivi (encadrement et traitement) plus intensif. Par rapport à l'intensité de la prise en charge, elle se situe entre l'ambulatoire et l'hospitalisation. Il peut servir d'intensification de l'ambulatoire ou de relais à l'hôpital. C'est aussi une alternative à l'hôpital quand l'ambulatoire ne suffit pas ce qui fait que c'est moins contraignant et moins coûteux pour le patient. De plus c'est une structure qui suit mieux la vie quotidienne du patient. Il offre une réhabilitation médico-psycho-sociale, contrairement à d'autre structure qui n'ont pas l'aspect médical mais seulement psycho-social. Leur rôle est de faire des diagnostics médicaux, psychiatriques et fonctionnels (ce qui interfère avec la réalisation des objectifs fixés).

Le patient est suivi pendant toute la journée ou une demi-journée, ce qui diffère avec la consultation ambulatoire où la personne ne vient que quelques minutes ou quelques heures, mais ne dort pas sur place, contrairement à l'hôpital. Le nombre de jour par semaine est défini au début quand les objectifs se définissent. Cela peut aller d'1 demi-journée à 5 jours maximum (l'hôpital de jour est fermé le week end) par semaine.

### **Comment sont accueillis les patients quand ils arrivent à l'hôpital de jour et quelles sont les prises en charges ?**

Il existe deux modes :

- Crise
- Réhabilitation

En mode crise, ils sont accueillis le matin assez vite. Ils sont pris en charge par un médecin et une infirmière qui identifient les facteurs de crise et évaluent les besoins du patient.

Pour le mode réhabilitation, il y a d'abord un programme préparatoire, car la réhabilitation peut être réussite que si on cible les problèmes spécifiques du patient.

Suivant la demande, ils évaluent si cette structure est la mieux adaptée à ces besoins.

Il y a des thérapies individuelles pour leurs propres objectifs et/ou en groupe avec des personnes qui ont des problématiques communes (ex. : difficulté d'affirmation de soi, à entrée en contact avec les autres, de régulation de soi-même, à se fixer des objectifs, de planification).

Il y a un groupe qui prend aussi en charge les familles, car, dans certains cas, les interactions familiales favorisent le maintien de l'addiction. Celle-ci prend, en effet, beaucoup de place dans une famille et il est donc difficile de ne pas les prendre en compte. Cette prise en charge reste cependant centrée sur le patient.

Les problèmes de parentalité de l'accouchement et de grossesses sont aussi pris en charge.

Le principe de base est d'être centré sur la personne et sur sa demande et ensuite de définir avec elle les objectifs et de définir les moyens pour y arriver.

### **Quels sont les buts des prises en charge ?**

Cela dépend à quel stade est la personne.

Il y a plusieurs stades de changement pour les dépendances : principes motivationnelles

- Phase de pré-contemplation : la personne ne se pose pas de questions.
- Phase de contemplation : la personne commence à se poser des questions et à se dire qu'il y a un problème.
- Phase de décision : la personne décide d'entreprendre quelque chose
- Phase d'action : la personne met en œuvre ce qu'elle a décidé
- Phase de maintien

On ne va pas parler de la même manière aux patients, suivant le stade où ils en sont. Les objectifs définis ne seront également pas les mêmes.

### **Combien de temps un patient reste-t-il à l'hôpital de jour?**

Cela peut aller de quelques jours à trois mois. Le traitement est organisé sur trois mois au maximum mais une fois fini, il y a une évaluation. On regarde si les objectifs ont été atteints. Si ce n'est pas le cas, ils fixent à nouveau des objectifs.

### **Quand la personne finit l'hôpital de jour, est-elle encore suivie?**

Elle va souvent aller en consultation ambulatoire ou chez son médecin.

### **Est-ce que le patient vient par lui-même ou est-ce qu'il est envoyé par quelqu'un?**

Il y a les deux cas de figure. Le plus souvent ils sont envoyés par quelqu'un. La plupart des patients viennent en tout cas de manière volontaire.

## **Il y a-t-il plusieurs types de sevrages ?**

Il y a des sevrages simples et d'autres plus ou moins compliqués et dangereux selon le type de produits consommés et selon la sévérité de l'addiction. Ceux qui sont simples peuvent être pris en charge en ambulatoire. Il y a même des gens qui arrivent à se sevrer tout seul. Pour d'autre c'est mieux de le faire à l'hôpital car il y des risques importants (ex. : convulsion, crises). Enfin il y a ceux qui ont besoin d'une structure intermédiaire comme l'hôpital de jour.

Il existe des sevrages « arrêt », où le patient arrête de consommer sa substance sans substitution ou il y a les sevrages qui sont suivis par une substitution comme la méthadone.

## **Quand la personne est-elle hospitalisé ?**

Lorsqu'il y a un danger immédiat par exemple lors de substitution de méthadone la personne peut y avoir des symptômes comme une dépression sévère et la personne alors avoir des idées suicidaires. Le patient peut aussi avoir des troubles psychologiques qui deviennent plus sévères et qui nécessite un suivi plus intense. La personne est aussi hospitalisée lorsque son sevrage se complique ou lorsque on sait qu'elle a déjà fait un sevrage difficile.

## **Qu'est ce que le NANT ?**

C'est un centre qui s'occupe des nouvelles addictions comme la cyber-dépendance, la cocaïne e les benzodiazépines et s'occupe aussi de l'addiction chez les adolescents à toutes les substances. Comme se sont des nouvelles addictions, elles doivent être traitées avec de nouveaux traitements.

## **Où est distribuée la méthadone ?**

Dans tous les types de structures sauf au NANT et aux acacias

## **Y a t-il d'autres types de centres ?**

Il existe aussi un programme d'héroïne au PEPS. Les patients reçoivent, dans ce centre, de l'héroïne. Cela évite que les personnes se fassent une injection par intra-veineuse dans la rue, qu'elles échangent les seringues, donc évite les risque d'infection, qu'elle se prostituent, qu'elle fasse du deal ou qu'elle commettent des actes illicites pour se payer de la drogue. De plus, ce centre permet au patient d'être en contact avec une structure de soin qui peut l'amener à autre chose.

Tous les effets secondaires sociaux sont ainsi évités au mieux.

## **Résumé de la prise en charge d'une personne?**

Chaque personne suit une trajectoire. Il existe des structures de soins différents qui prennent en charge les différents stades de sa trajectoire où la personne à besoin de choses différentes. De plus à l'intérieur de chaque structure il y a une gamme de souplesse. Cela permet de s'adapter au besoin de la personne à un moment donné de son chemin et de réduire les risques les risques qu'elle encoure à se moment là de son parcours.

Ils évitent le plus possible d'imposer des contraintes sauf s'il y a un danger immédiat et qu'il n'ait pas d'autre solution.

### **Y a-t-il des interactions avec les structures privés ?**

Oui avec l'ensemble du réseau.

### **Comment est-ce que ces structures sont financées ?**

Les patients sont remboursés par leur assurance maladie. Les départements sont financés par l'état.

### **Quels sont les résultats ?**

En général ça se passe assez bien. Cela dépend des objectifs que l'on se fixe. Si on peut déjà réduire les risques c'est déjà une réussite.

Il a souvent une bonne participation des personnes.

Cependant il faudrait étudier cela de manière plus scientifique. Pour l'instant c'est en projet.

### **Quels sont les différents acteurs qui travaillent dans ces structures ?**

- Psychiatre
- Médecin interne
- Psychologue
- Infirmier
- Assistant sociaux

### **Où se situe la toxicomanie par rapport au secret médical ?**

Il y des cas qui doivent être dénoncé à la justice/exception, par exemple lors d'une mise sous tutelle ou quand il y a un danger imminent pour la personne elle-même ou pour autrui.

Lorsqu'il y a un problème avec les enfants du patient, il faut annoncer le cas.

Cependant à chaque fois ces démarches sont faites en essayant d'avoir l'accord du patient, car la contrainte pur ne marche pas. Il vaut mieux que la personne voit cela comme une aide.

## **Entretien Dr Favrod-Coune – Champ Dollon**

### **Quelle est votre fonction ?**

Médecin chef de clinique en médecine communautaire avec différents rôles :

- 1 journée de consultation tout addiction (jeudi)
- 3 demi-journées pour les problèmes somatiques au Seran
- 4 demi-journées pour les problèmes de substances à Champ Dollon

### **Qu'est-ce que le Seran ?**

C'est une unité de Bel-Idée de 9 lits destinée aux consommateurs de drogues illicites (héroïne, cocaïne, benzodiazépine) qui ont besoin d'une hospitalisation. Cela est dû soit parce qu'ils ont d'autres maladies psychiatriques concomitantes avec leur problème de dépendance (dépression, risque suicidaire), soit ils ont des troubles psychotiques (20-30% des patients); ces derniers nécessitent une hospitalisation car, étant délirant ou ayant des troubles de la personnalité, ils sont incapables d'avoir des réactions adéquates et peuvent donc se mettre en danger. En plus des hospitalisations de crise, il y a également des personnes qui viennent pour des sevrages hospitaliers, prescrits par leur médecin ambulatoire.

Le Seran reste une unité psychiatrique où il n'y a pas de structure de soin pour les problèmes somatiques.

Des distributions de méthadone se font aussi, non seulement au Seran mais sur tout le domaine de Bel-Idée.

### **Qu'est-ce que Champ Dollon ?**

C'est une prison préventive pour les personnes en attente de jugement, cela peut aller de quelques jours à quelques mois (des années dans de rares cas).

Lors de leur arrivée les personnes effectuent une première visite avec l'infirmière pour faire leur état de santé ainsi que pour dépister quelques problèmes prévalents de cette population (tuberculose, tabac, alcool, autres substances, maladies mentales, VIH, hépatites...). Selon le résultat, il y a trois options, soit voir (1) les gens de l'unité médicale ou (2) une infirmière ou (3) un médecin. Dans le cas d'une urgence médicale, l'infirmière soit appelle le médecin, soit le met dans une ambulance. Si le détenu doit voir le médecin cela ne se fera que le lendemain de son arrivée.

Lors de l'incarcération, soit ils ont un suivi médical qui a commencé depuis le début, soit ils peuvent écrire pour demander une consultation et ils sont vu en électif, c'est-à-dire selon le degré d'urgence, cela peut prendre quelques jours. Dans le cas de malaise soudain, le gardien est appelé, puis l'infirmière prend le relais.

### **Comment se fait la prise en charge à Champ Dollon?**

Elle se fait de manière ambulatoire, par une équipe multidisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmières, médecin...). Mais une fois que le détenu retourne à sa cellule, il n'y a plus de contrôle ni de surveillance si ce n'est par l'infirmière qui distribue les médicaments

2/jours et qui ne peut effectuer un suivi qu'en « voyant quelqu'un visuellement », il n'y a pas même pas de prise des constantes vitales.

Si une personne a besoin d'être suivie de près, elle doit être transférée.

### **Qui fait la démarche pour débiter une cure ?**

Elle peut venir du détenu qui sait qu'étant un gros consommateur, il sera inévitablement en manque et il aura donc besoin d'un produit. Cependant il est possible de trouver de la drogue en prison car il n'y a pas de fouille corporelle.

Mais en général, on va proposer aux détenus qui ont été dépistés un suivi et après une cure. Il faut noter que s'ils arrivent en manque, l'infirmière va leur prescrire uniquement des médicaments pour leurs symptômes et ils vont passer leur première nuit à la prison en manque. Ils pourront discuter le lendemain avec le médecin et décider ce qu'ils veulent faire. Etant donné que cela n'est pas dangereux, certains décident de se sevrer à sec (ils vont sentir super mal, en manque pendant trois jours) mais cela reste assez rare.

### **Quelles sont les mesures prises quand on apprend qu'un patient consomme ?**

Elles ne sont pas différentes d'ailleurs, s'ils apprennent qu'un de leur patient consomme, ils vont essayer de travailler sur leur relation avec leur patient pour avoir une bonne communication à la base. Ils pourront ainsi amener leurs patients à discuter de leur problème dont ils sont conscients ou non. Dans le cas du déni, la relation doit d'autant plus être travaillée pour amener le patient à se rendre compte de sa maladie. Puis selon le stade motivationnel du malade, le médecin va commencer à entreprendre les démarches nécessaires dans le but de faire avancer la personne.

### **Comment cela se passe-t-il du point de vue judiciaire ?**

La relation avec un patient qui consomme reste la même qu'à l'extérieur, le patient est totalement protégé par le secret médical.

Mais dans le cas où ils sont attrapés avec ou à consommer du produit dans leur cellule ou dans la prison, alors là il va y avoir rapport d'incident qui va être transmis au juge pour être ajouté à leur dossier.

### **Est-ce qu'il y a un suivi à leur sortie de prison ?**

Ils vont essayer d'assumer la continuité mais cela n'est pas toujours facile pour deux raisons : (1) le détenu sort sans que cela soit prévu, dans ces cas-là le patient est perdu dans la nature, pour éviter cela les médecins essaient d'anticiper ces éventualités en leur expliquant le plus tôt possible quelles sont les différents suivis possibles et en leur fournissant des adresses à l'extérieur des divers lieux de soins. Les médecins peuvent également remplir un certificat de traitement qu'ils mettent dans les affaires des patients et dans le cas où ces derniers sont libérés de manière impromptu, ils peuvent aller dans des centres de soins et ainsi certifier qu'ils sont sous traitement et ainsi le suivre. (2) Pas tous les détenus n'ont des couvertures donc à leur sortie ils ne peuvent pas aller dans n'importe quelle structure de soins, les requérants d'asile ou les NEMs par exemples ne peuvent

s'adresser qu'au centre santé d'immigrants, quant aux clandestins sans assurance, ils sont dirigés vers les unités mobiles de soins communautaire (UMSCO) et finalement ceux qui se trouvent dans l'une ou l'autre de ces catégories et qui a besoin de méthadone, ils sont dirigés vers la Navigation. Mais dans tous ces cas, ils auront droit plutôt à un suivi court, minimaliste et très rarement à un programme de sevrage de maintenance.

### **Et la sortie ?**

Il est vrai qu'en prison, les détenus sont bien pris en charge, très assistés et qu'à leur sortie ils ont un sentiment de liberté, d'euphorie qui se mélange à un sentiment de crainte de l'extérieur et cela favorise les rechutes, les overdoses.

Le travail des médecins consistent donc à faire comprendre à ces gens qui vont sortir les concepts de tolérance et de perte de tolérance pour éviter ces overdoses, ce qui n'est pas toujours évident tant du point de vue conceptuel que la barrière linguistique.

S'il n'y a pas traitement de méthadone, il n'y a pas de suivi, donc le patient est lâché dans la nature.

### **Prise en charge de la famille ?**

L'équipe médicale ne prend pas en charge la famille, elle n'est pas en contact avec elle. Il n'y a pas de consultation familiale, seuls les détenus ont « accès » aux psychologues, aux psychiatres.

Cependant le médecin serait d'accord de parler avec la famille en dehors du cadre de la prison pour autant que le détenu le désire et le délègue du secret médical.

## **Questionnaire Argos : TOULOURENC (« tout ou rien » en provençal)**

### **Quels sont le fonctionnement et l'organisation d'Argos ?**

Argos c'est une association qui va avoir 30 ans, qui a été créée pour venir en aide aux toxicomanes et qui s'appelait à l'époque « l'Association pour la création de dispositifs thérapeutiques en faveur des toxicomanes ». Ça été créé surtout sur un mandat politique qui s'est inquiété sur la position des toxicomanes dans la société. Ils ont ouvert cette maison de « Toulourenc » qui accueillait à l'époque 9 personnes en institution résidentielle. A l'époque, c'était pour des héroïnomanes et l'idée était qu'ils quittent totalement la toxicomanie. En institution ils n'avait ni drogue, ni produit de substitution, ni antidépresseurs. Et leur séjour résidentiel leur permettait de prendre du recul et d'envisager une réinsertion.

Il y a une vingtaine d'années, au fur et à mesure des besoins, ils ont ouvert une deuxième institution, le « CRMT » qui est un centre résidentiel à moyen terme. On avait besoin d'un lieu où les gens puissent venir lors de crise directement depuis la zone, qui leur permettait de venir pour un mois, de faire le point et de renouveler le contrat de mois en mois avec un maximum de six mois. Tout ceci sans substances.

Par la suite, s'est ouvert « Entr'acte » qui est un centre de jour qui peut accueillir des personnes qui sont encore dans le produit.

Au fur et à mesure des besoins, le « CRMT » s'est ouvert aux personnes sous méthadone. Nous restons dans l'optique de l'abstinence, mais certains resteront sous méthadone mais viennent là dans l'optique de se réinsérer.

### **Que vise « Toulourenc » ?**

L'abstinence. Au départ, l'idée était qu'en arrivant à « Toulourenc », ils avaient pu faire le chemin suffisant pour qu'ils n'aient plus besoin de produit. Nous acceptons des personnes avec des antidépresseurs, mais actuellement, les personnes qu'on a en séjour, elles vivent sans produit elles ont des reconstructions régulières de substances souvent en sortie. On se rend bien compte que l'abstinence c'est que un moyen quand ils sont à l'intérieur, mais ils ont des rechutes donc la population s'est péjorée à cette possibilité là.

La vie en communauté leur permet d'apprendre à se gérer (ménage, cuisine, etc.), se réadapter à la cohabitation et de mettre en évidence certains de leurs problèmes (leurs relations avec les résidents et les référents).

### **Plus spécifiquement pour « Toulourenc », quelles sont les conditions d'admission ?**

Alors pour entrer à « Toulourenc » il faut être majeur, il faut être sevré et volontaire. Il n'y a pas de placements par la prison par exemple. La prison place des fois des personnes par mandat ou à la place d'un séjour en prison, ils ont un projet d'insertion en institution. Nous, nous n'acceptons pas les personnes sous mandat.

### **Et pour le « CRMT » ?**

Pour le « CRMT », c'est pareil. Il faut être majeur aussi, volontaire, mais à la différence que les personnes peuvent être sous méthadone.

### **Comment est-ce que ça se passe quand un personne arrive à «Toulourenc» ?**

Une fois que la personne arrive ici, elle est engagée pour un séjour de 15 à 18 mois. Dons elle arrive ici, elle passe par une première étape où elle reste à l'intérieur de la maison pendant trois mois. Elle ne va pas avoir de sortie possible individuelle, seule, en soirée ou en week-end. Elle pourra aller à des rendez-vous de médecin, ou autres rendez vous en ville durant la journée.

Après cette première étape, ils passent un bilan et ce bilan se compose de deux parties : ils doivent parler de leur histoire de vie et faire l'état des lieux où ils nous disent comment ils ont vécu ces trois premiers mois dans l'institution. Quels sont l'état de leurs relations etc. Une fois ce bilan passé, ils passent à la deuxième étape. Celle-ci dure de 9 à 12 mois et où ils vont commencer à sortir progressivement. Ils vont commencer à faire l'état des lieux de leur insertion sociale ainsi que professionnelle. Ils vont progressivement apprendre à s'attacher à un autre groupe social.

Ils passent ensuite à la troisième étape qui consiste en la phase d'insertion. Celle-ci peut varier de 1 à 3 mois. A ce moment là, ils sont presque totalement à l'extérieur où il s'agit de rechercher un travail, un logement. S'ils ont déjà un appartement, on leur propose de dormir une nuit chez eux, puis de revenir, etc.

### **Durant les trois mois de la première étape ont-ils droit aux visites ?**

Nous travaillons beaucoup avec les familles. On ne peut pas travailler sans elle. Donc la famille est accueillie ici selon les besoins de la personne, on discute en expliquant le programme. Et dans le cadre des sorties, si les résidents souhaitent rencontrer leur famille, on travaille avec eux pour voir comment s'y prendre et comment ça se passe.

Souvent nos résidents sont eux-mêmes des parents, dans ce cas-là, on accueille les enfants durant le week-end. Peut ont le droit de garde, souvent ils ont le droit de visite.

### **Et au niveau de la réinsertion, est-ce que vous interagissez avec d'autres institutions, ou programmes?**

Oui, nous travaillons avec l'Office d'orientation professionnelle. Ils fournissent des places de stage d'une semaine, deux semaines, dépendant des besoins des employeurs et de nos usagers et en fonction de ça on fait un bilan du domaine où ils peuvent aller travailler. Ce n'est jamais simple, car la plupart n'ont pas de formation, certains souhaiteraient être formés mais dans un premier temps ils doivent trouver un travail alimentaire.

### **Y a-t-il un suivi à la sortie ? qui prend le relais ?**

Oui, en ce qui nous concerne, après leur sortie, on les suit encore après trois mois à raison d'une fois par semaine. On appelle ça la post-cure. Tout ceci en collaboration avec notre service ambulatoire, avec « Entr'acte », parce que des fois, il y a besoin de les suivre encore au delà des trois mois, notamment pour des questions administratives. Suivant les situations, c'est le service social qui les prend en charge. Pendant leur séjour ici, ils ont tous un assistant social qui les suit et souvent, le service social peut poursuivre le suivi sur le plan administratif.

### **Est-ce que beaucoup de gens partent avant le terme ?**

C'est très variable, certains partent à 12 mois pensant qu'ils ont terminé pensant qu'ils vont trouver un travail et ne veulent pas faire la dernière phase. En général ils partent plutôt à 15 mois pensant qu'ils vont se débrouiller seuls. Ce sont souvent des gens qui ont de la peine avec la séparation. Les toxicomanes sont des gens qui ont subi beaucoup de séparations dans leur vie, et celles-ci sont douloureuses. Ils préfèrent alors partir avant la fin pour ne pas avoir à vivre la période de séparation qui est un gros travail.

Pour les personnes qui arrêtent leur séjour plus tôt, généralement ça se passe à 8 mois. Ça arrive au 3<sup>e</sup> mois, au moment du bilan, ainsi que dans le premier mois, parce que les gens ne se sentent pas prêts et que c'est trop tôt.

Ce qui est déterminant aussi c'est si les gens ont un appartement à l'extérieur, qui ont un travail potentiel et qui viennent ici parce qu'il y a un problème relationnel lié à la toxicomanie, c'est plus difficile parce qu'ils ont une structure qui existe à l'extérieur. Ils sont très ambivalents et la vie communautaire n'est pas simple. Et tout cela peut les faire basculer sur un « je reviendrai plus tard ».

### **Et c'est financé par qui ?**

Par les services sociaux car c'est une association uniquement sociale. En grande partie c'est l'hospice général à Genève. Pour la plupart, ils n'ont pas d'emploi avant d'arriver ici.

Certains touchent le chômage, et dans ce cas, parfois ils peuvent avoir des prestations liées à un certificat médical. On en a donc certains qui payent leur séjour au moyen du chômage. Mais durant cette période ils doivent avoir un certificat médical qu'ils doivent fournir chaque mois.

### **Quel est le coût d'un séjour ?**

200 fr. par jour, soit 1 400 fr. par semaine, environ 6 000 fr. par mois. Soit un coût total (18 mois) de 100 000 fr. par séjour à Toulourenc.

A cela s'ajoute les frais ambulatoires et hospitaliers pendant et après le séjour.

Cela semble être un coût élevé, mais comparé aux usagés non résidents pour lesquels des hospitalisations répétées sont nécessaires cela reste avantageux.

### **Ce n'est pas pris en charge par les caisses maladies ?**

Non parce que c'est une institution sociale, il n'y a pas de médecins ni d'infirmiers chez nous. Il y a un médecin au CRMT pour le suivi de la méthadone mais celui-ci appartient à l'hôpital et à la santé communautaire.

### **Mais y a-t-il quand même un médecin engagé par Argos qui passe régulièrement à la résidence ?**

Non, ils ont tous leur médecin privé.

### **Quelles sont la demande et la liste d'attente pour un séjour à «Toulourenc» ?**

Jusqu'à il y a quelques années, il y avait beaucoup d'attente, mais actuellement, le séjour résidentiel est de moins en moins demandé. Nous sommes plutôt sous occupés.

En ce moment, nous sommes à moitié de la capacité totale de la résidence. Nous avons 13 places et actuellement 7 personnes résident ici. Au CRMT qui possède 14 places, ils en ont 12, mais essentiellement des patients sous méthadone. C'est récent, depuis quelques mois. On se pose des questions, est-ce que c'est pas plutôt des prises en charge ambulatoires qu'il faut développer ? On se rend compte que les personnes cherchent d'avantage une prise en charge ambulatoire. Car s'ils viennent ici, ils sont obligés de lâcher leur logement. Les services sociaux refusent de garder des appartements vides pendant 15 mois. La vie communautaire n'est pas facile non plus.

Maintenant nous avons quand même une population de cocaïnomanes ce qui est très différent des héroïnomanes de l'époque. Les cocaïnomanes ne tiennent pas sur la longueur, ils ont besoin de changement. Ils doivent avoir beaucoup de choses à disposition et la résidence en communauté est quelque chose de trop lourd, astreignant voir même monotone pour ces gens là. Au bout de quelques mois ils veulent sortir, il ont besoin d'autre chose, de quelque chose d'extraordinaire. Le changement de type de produit change beaucoup la clientèle. Ce sont des gens beaucoup plus déstructurés.

### **Quelles sont les activités que vous proposez ?**

Nous fonctionnons avec beaucoup d'outils différents : les ateliers, de l'art thérapie, du sport, et des entretiens individuels

Au niveau des activités, c'est la cuisine et le ménage dans la maison, le jardin, l'entretien de la propriété ainsi qu'un atelier bois et apiculture. L'hiver nous travaillons autour de l'apiculture en fabricant les ruches que nous revendons ensuite à des apiculteurs. Maintenant nous venons d'avoir la période d'extraction et tout ce qui tourne autour de l'abeille.

Les résidents sont du lundi au vendredi en activité. Mais entre les activités, ils sortent pour aller chez le médecin, à un entretien, ou pour aller à un cours. Leur planning est conçu en fonction de leurs activités qui dure quinze jours chacune.

Nous avons aussi des contrats de petit jardinage avec l'église et le voisinage

### **Pouvez-vous nous expliquer le règlement de l'institut ?**

Oui, il existe un programme :

- Fonction des activités
- Retour à 23 h 00, et 24 h 00 le samedi et dimanche selon activité du lundi
- La fumée est interdite dans les chambres et certains locaux
- Il existe des règles de fonctionnement de la maison

### **Si quelqu'un ne suit pas les règles que se passe-t-il ?**

Si règles traditionnelles (fumée dans la maison, heures de rentrée), on discute avec lui des raisons

Si ce sont des règles interdites de transgression (consommation de drogue à l'intérieur de la maison, violence physique et/ou verbale), alors cela nécessite une sortie/ mise à l'écart du résident hors de la maison pendant une durée déterminée suivi d'un rendez-vous quel-

ques jours après à l'extérieur (centre Entr'acte) pour faire le point avec eux et si possible réintégration

S'ils consomment lors de leurs sorties, ils doivent appeler depuis l'extérieur et ne peuvent rentrer au centre sous l'influence de produit. Cela nécessite aussi un rendez-vous à l'extérieur avant leur retour pour discuter de la rechute et réfléchir là-dessus et des fois ils doivent rester quelque jours dehors

### **Leur mise à l'écart ne les incite-t-elle pas à rester à l'extérieur ?**

C'est un risque car ils sont très fragilisés par leur cure, qui les rend plus vulnérables à une rechute et sensibles au produit

Généralement ils reviennent à l'entretien et c'est à ce moment qu'ils prennent une décision, et le plus souvent ils continuent

### **Savez-vous quelles sont les principales motivations de sevrage ?**

- L'enfer
- La désocialisation
- La solitude
- Age
- Manque de projets
- Mesures des services sociaux
- Plus de bénéfice du produit (en général après 5 ans environ), effets néfastes
- Encouragement des médecins
- Marginalisation

### **Quelle est la moyenne d'âge des résidents ?**

Moyenne 35 ans, avec quelques années de toxicomanie (15-20 ans, car ils commencent à l'adolescence)

Il en a des plus jeunes, mais ils vont plus dans les services ambulatoires car cela leur permet de rester en contact avec l'extérieur (nécessaire pour leur travail)

### **Quels sont les traitements acceptés à l'intérieur de la maison ?**

- Antidépresseurs tolérés
- Pas d'héroïne
- Pas de méthadone
- Pas de traitement de substitution
- Pas de Ritaline
- Il existe une pharmacie dans l'institut
- Les traitements sont prescrits par leur médecin et la distribution se fait à de heures données
- Des médicaments tel que le dafalgan peuvent être distribué mais tout est noté pour avoir un suivi de leur consommation

## **Quel est leur suivi pendant leur séjour ?**

- Il est basé sur 5 principes : santé, relation au produit, situation sociale, situation professionnelle, relation familiale
- Médecins
- Psychologues
- Psychiatre
- Chacun a un couple de référent (homme-femme) responsable de son suivi, qui fait le point chaque semaine des objectifs atteints et prépare son programme de la semaine.
- Il y a également des bilans de réseau (5-6x /pendant leur séjour) où toutes les personnes intervenant dans son traitement se réunissent (assistant social, médecin, psychiatre, couple de référent et directrice) et discutent avec lui de sa situation et de ses objectifs et du suivi.

## **Quel est le taux de réussite ?**

Ça dépend de ce qu'on appelle réussite.

- Non consommation, réinsertion réussie -> taux bas
- Avoir un travail, un logement et une consommation occasionnelle -> 30%
- Certain sortent et retournent à leur consommation, mais sont moins déstructurés qu'avant, et sont suivi ambulatoirement (prise de conscience) 30%

Cela peut dépendre de la présence de comorbidités physiques et psychiatriques.

La famille joue également un rôle dans la réussite car si elle est à la base du problème elle peut influencer une rechute.

## **Qui fait les démarches pour les consultations à l'extérieur ?**

Les deux :

- Toulourenc peut constater dans un premier temps des problèmes de santé et pousser le patient à consulter son patient. Dans un deuxième temps, lors des bilans, les responsables peuvent observer d'autres troubles (violence familiale, abandon, problèmes d'identité sexuelle) -> et leur suggère d'investiguer le problème seuls ou avec leur entourage.
- Le patient lui même qui est suivi par son médecin/psychiatre à l'extérieur et ce déjà avant son entrée en institution.

5. Planning de la semaine CRMT

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	WEEK-END
07h45	PETIT DEJEUNER					
08h45	RENCONTRE ORGANISATION JOURNEE					
09h00	ACTIVITES MAISON	REFERENCES & ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON
09h00	ART THERAPIE 1 <sup>er</sup> étape		ART THERAPIE 2 <sup>ème</sup> étape	ART THERAPIE 1 <sup>er</sup> & 2 <sup>ème</sup> étapes	ART THERAPIE 1 <sup>er</sup> & 2 <sup>ème</sup> étapes	ART THERAPIE 1 <sup>er</sup> & 2 <sup>ème</sup> étapes
10h15	PAUSE					
10h30	GRUPE 2 <sup>ème</sup> étape & ACTIVITES MAISON	REFERENCES & ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	GRUPE 1 <sup>er</sup> étape & ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON
12h00	REPAS DE MIDI					
14h00	SPORT I	Occupations Individuelles	ou	REFERENCES	SPORT II	
16h00	PAUSE			et / ou	PAUSE	
16h30	COLLOQUE RESIDENTS	Sortes Individuelles	COLLOQUE MAISON	Sortes INDIVIDUELLES	BILAN SEMAINE	
18h00	REPAS SOIREE					
19h30	REPAS SOIREE					
23h00	A L'ETAGE dans espace chambre					
23h30	DANS SA CHAMBRE					

IT. 1.3.1.01 Programmes sociothérapeutiques ARGOS  
Validé le 8 mai 2006

Viass Direction RAQ

p 10/19

5. Planning de la semaine TOULOURENC

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Week-End
07h45	PETIT DEJEUNER					
08h15	DEBUT DES ACTIVITES					
08h30	Préparation WEEK-END ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	Colloque MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON
08h30	ART THERAPIE 1 <sup>er</sup> étape		ART THERAPIE 2 <sup>ème</sup> étape	ART THERAPIE 1 <sup>er</sup> & 2 <sup>ème</sup> étapes	ART THERAPIE 1 <sup>er</sup> & 2 <sup>ème</sup> étapes	ART THERAPIE 1 <sup>er</sup> & 2 <sup>ème</sup> étapes
09h45	PAUSE					
10h00	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON
12h00	REPAS DE MIDI					
14h00	Groupes préparation colloque maison	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON
14h00	ACTIVITES MAISON	ART THERAPIE 1 <sup>er</sup> étape	ART THERAPIE 2 <sup>ème</sup> étape	ART THERAPIE 1 <sup>er</sup> & 2 <sup>ème</sup> étapes	ART THERAPIE 1 <sup>er</sup> & 2 <sup>ème</sup> étapes	ART THERAPIE 1 <sup>er</sup> & 2 <sup>ème</sup> étapes
15h45	PAUSE					
16h00	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON	ACTIVITES MAISON
17h30	COLLOQUE RESIDENTS	Sortes Individuelles	COLLOQUE MAISON	Sortes INDIVIDUELLES	BILAN SEMAINE	
19h00	REPAS et SOIREE					
19h00	Chacun suit son programme semaine					
19h45	GRUPE THERAPIE	REPAS et SOIREE	REPAS et SOIREE			
21h00	Tous les résidents-es sont présents-es	Chacun suit son programme semaine	Mardi soir sport facultatif			
23h00	DANS SA CHAMBRE					

IT. 1.3.1.01 Programmes sociothérapeutiques ARGOS  
Validé le 8 mai 2006

Viass Direction RAQ

p 11/19

## **PEPS: Thomas Rathelot**

### **Quel est son rôle au PEPS ?**

Il est psychiatre. Il coordonne le programme.

### **Qu'est-ce que le PEPS ?**

C'est un programme de prescription d'héroïne. Il fait partie des prestations de la Navigation, mais reste quand même une prise en charge particulière.

Attention ce programme ne fait pas de distribution d'héroïne.

Les problèmes de santé et les problèmes administratifs sont aussi pris en charge.

### **Depuis quand ce programme existe-t-il ?**

A Genève, depuis 1995. Au début, il a été ouvert à titre expérimental. Maintenant cette structure a été acceptée, car elle a prouvé son utilité.

En Suisse, il existe depuis 1994.

### **Quelles sont les différences entre la méthadone et l'héroïne ?**

Ce sont les deux des opiacés. Cependant la méthadone a une demi-vie plus longue que l'héroïne. De ce fait, le sevrage à la méthadone est plus long que celui qui est à l'héroïne. Cependant il n'est pas plus dur.

### **Quel est l'objectif de la prescription d'héroïne ?**

Les objectifs sont les mêmes que ceux de la cure à la méthadone. Le but est de s'occuper des problèmes qui sont autour de l'addiction comme la marginalisation, les problèmes d'emploi, d'argent, de logement et familiaux etc. afin d'améliorer le niveau de vie du toxicomane. La personne n'est plus obnubilée par la recherche de drogue. Il peut ainsi se concentrer sur autre chose. Tous les problèmes sont pris en charge sauf celui qui est central (cause de sa toxicomanie). Ce dernier est plus difficile à régler.

### **Quel est le profil des patients qui viennent ?**

- ont un problème d'addiction
- ont un long parcours de toxicomanie (15-20ans)
- ont souvent des co-morbidités psychiatriques importantes
- n'arrivent pas à aller mieux malgré le fait d'avoir essayé plusieurs prises en charge différentes.

### **Quelles sont les co-morbidités les plus souvent rencontrées ?**

- La schizophrénie
- Les troubles psychotiques

## **Les produits ont-ils une influence sur ces troubles ?**

La schizophrénie est très bien stabilisée par l'héroïne. Les consommateurs n'ont, de ce fait, pas besoin de prendre des neuroleptiques. Le PEPS leur donne en plus un cadre, ce qui les stabilise encore plus.

## **Quels sont les critères d'admission ?**

- Il faut avoir 18 ans
- Il faut consommer l'héroïne depuis au moins 2ans
- Il faut avoir subi au moins deux échecs thérapeutiques
- Il faut être à Genève depuis un an et demi

## **Combien de place y a-t-il dans ce programme ?**

Il y a 50 places. Cependant elles ne sont pas toutes occupées. Actuellement il y a une quarantaine de personnes.

## **Combien de temps les patients restent-ils dans ce programme ?**

Il y a beaucoup de patients qui restent pour de nombreuses années. Il y a moins de patients qui abandonnent ce programme que lors d'une cure de méthadone. Certaines personnes vont partir, lorsqu'elles sont prêtes, vers d'autres prises en charge. Certaines (un tiers) sont même d'accord d'entreprendre un sevrage.

## **Comment l'héroïne est-elle administrée ?**

Elle est donnée par intraveineuse pour ceux qui ont l'habitude de pratiquer cette méthode. Pour les autres elle est donnée sous forme de comprimés. Pour ceux qui se l'injectent, il y a possibilité de passer aux comprimés lorsqu'ils sont prêts.

Les patients viennent prendre deux à trois dose par jour, sept jours sur sept. Il y trois plages horaires organisées à cet effet : 8 h - 10 h 30, 12 h 30 - 14 h, 18 h 30 - 20 h.

L'héroïne ne peut pas être emportée sauf dans de rares exceptions (la personne travaille aux heures d'ouverture ou a des enfants en bas âge) elle peut être donnée sur une journée.

C'est le médecin qui décide avec le patient de la posologie. Il voit avec lui qu'elle est sa dose de confort.

C'est le patient lui-même qui se fait les injections. Un infirmier prépare le matériel et peut l'aider si besoin, contrairement au Quai 9 où ils n'ont pas le droit d'intervenir mais seulement de conseiller.

Les injections se font seulement dans les membres supérieurs et inférieurs.

## **D'où vient l'héroïne ?**

Elle est fabriquée en laboratoire.

## **Il a-t-il des overdoses ?**

C'est rare. Cela peut arriver si le patient a pris d'autres substances comme des benzodiazépines, de la cocaïne ou quand il n'a pas dormi la veille.

Souvent ce ne sont pas des overdoses graves. En stimulant la personne elle se réveille par elle-même.

### **Comment est gérée l'héroïne avec les autres substances?**

Le médecin discute avec le patient sur la manière de gérer les autres produits avec les doses prescrites d'héroïne.

### **Comment font les patients quand ils partent en vacances ?**

Lorsqu'ils partent en vacances les patients sont substitués à la méthadone. Le fait de passer de l'héroïne à cette substance et vice-versa ne pose aucun problème. Les personnes arrivent à bien gérer la cure de méthadone, car elles savent qu'elles vont avoir de l'héroïne à leur retour.

Cet événement est un signe d'amélioration chez le patient. Cela montre qu'il est plus stable.

### **Comment est donnée la méthadone ?**

Elle est donnée sous forme de liquide avec du sirop, en per os. Elle est jamais donnée en intraveineuse.

### **Quels sont les résultats ?**

Il y a moins d'hospitalisations et moins d'incarcérations.

Certaines personnes reprennent un travail et/ou ont une vie familiale. D'autres ont un niveau de vie amélioré, mais sont à l'AI.

Le taux de satisfaction est de 95%.

### **Quels sont les effets à long terme des opiacés ?**

Il n'y a pas d'effets secondaires.

### **Quels sont les différents acteurs de soins ?**

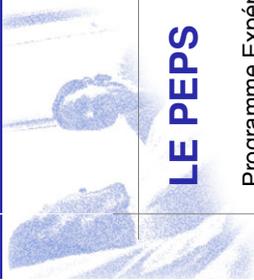
Il y a des médecins, des infirmiers, des psychologues et des assistants sociaux qui s'occupent de tous les problèmes administratifs.

### **Les familles sont-elles prises en charge ?**

Il y a des psychologues qui font des thérapies familiales pour régler les problèmes de co-dépendance. Cependant cela ne se fait pas assez. Les patients ont souvent du mal à entreprendre une démarche avec leur famille.

### **Comment est financé ce programme ?**

Les patients sont remboursés par leur assurance maladie.

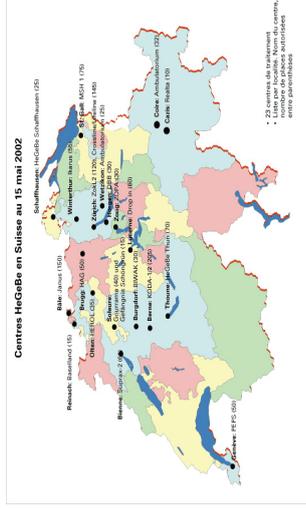


## LE PEPS

Programme Expérimental de Prescription de stupéfiants

« Le début d'un processus de changement »

## PEPS – Le seul centre romand



## Les programmes HeGeBe

- En Suisse: depuis janvier 1994.
- A Genève: Ouverture PEPS septembre 1995

## Objectifs thérapeutiques

- Attraction/rétention dans réseau
- Arrêt consommation héroïne illégale
- Prévention maladies transmissibles
- ♣ Santé
- ♣ Qualité de vie

## Critères d'admission

- $\geq$  18 ans
- Résidence à Genève depuis 1 an
- Déficits médicaux, psychiques et sociaux
- Consommation  $\geq$  2 ans
- $\geq$  2 ans échecs thérapeutiques documentés
- Renoncer au permis de conduire

## Concept

N'est pas un centre de distribution !

- Traitement intégré et interdisciplinaire
- Réseau de soins
- Traitement individualisé
- Processus intermédiaire, notion de progression

## Spécificité

- Pharmacologie des opiacés prescrits.
- Abord de la voie intraveineuse pour administration traitements
- Intensité prise en charge interdisciplinaire
- Individualisation et diversification

## Traitement DAM

- DAM i.v.
- DAM i.m.
- DAM per inhalation
  - Dégradation voie intraveineuse
  - Evolution des habitudes de consommation: abandonné voie intraveineuse.



## Équipe

- 2 psychiatres-psychothérapeutes (150%)
- 1 médecin interniste (20%)
- 7 infirmiers (700%) – 50% IRU
- 1 assistante sociale (60%)
- 1 secrétaire (50%)
- 4 étudiants en médecine (40%)

Département de Psychiatrie / Département de Médecine Communautaire



## Profil de l'utilisateur moyen

- Age moyen 36 ans ; 20% femmes
- Durée consommation iv: 16 ans
- 3 cures sevrage et 4 cures méthadone
- Problèmes sociaux à l'entrée
- Certains avec conduites à risque
- Désinsertion socio-familiale

Département de Psychiatrie / Département de Médecine Communautaire



## Profil des usagers

- VIH: 21% (moyenne genevoise: 10,9%).
- HépatiteC: 84% (moyenne genevoise: 44%).
- Comorbidité psychiatrique: 79%

Département de Psychiatrie / Département de Médecine Communautaire



## Rétention en traitement ?

- 75 patients traités au PEPS (1700 en Suisse)
- Sur 45 patients, 15 sont au PEPS depuis 1995 (10 ans), 13 depuis 1998-1999 .

Département de Psychiatrie / Département de Médecine Communautaire



## Financement

- 75% caisses-maladie
- 15% communes et cantons
- 10% patients
- Forfait hebdomadaire

## Accueil des patients

- 10 minutes d'attente obligatoires
- Objectif : recherche intoxication
- Contacts/entretiens informels entre infirmier et patients
  - avant et après la prise de traitement
  - autour d'une boisson



**Hôpitaux Universitaires de Genève**

**Service d'Abus de Substances**

« Le début d'un processus de changement »

## Quai 9

### Qu'est l'organisation Quai 9 et quel est son fonctionnement?

Quai 9 est née en 2001, elle est une des structures de l'association 1<sup>re</sup> Ligne.

Cette association, nommée Groupe SIDA Genève jusqu'en 2004 regroupe diverses activités telles que le BIPS (Bus d'Information et de Préservation de la Santé) qui a vu le jour en 1991 et le bus Boulevard (Bus pour personnes qui consomment et se prostituent) créé en 1996. Le programme Nuit Blanche est également coordonné par 1<sup>ère</sup> Ligne et il s'occupe de la réduction des risques en milieux festifs.

Cette association à but non lucratif se compose de :

- une assemblée générale
- un comité de 13 personnes (bénévoles) qui gèrent le bon fonctionnement de l'association (objectifs mis en œuvre, gestion de la trésorerie, bonne approche de la problématique...)
- une équipe de travail (27-28 personnes réparties sur les différentes structures de l'association) qui travaille à temps partiel sauf les responsables
- une équipe de coordination (3) qui permet la bonne interaction entre Quai 9, BIPS et Boulevard et qui fait également l'interface avec l'extérieur.

Quai 9 a son comité de pilotage qui est une instance mandatée par le Conseil d'Etat, composée de différents partenaires tels que la police, service de santé de la jeunesse, les hôpitaux, la Ville Genève qui assurent de la bonne mise en œuvre du projet, mais de manière consultative, c'est-à-dire en donnant des recommandations, sa position et non pas en prenant des décisions quant aux diverses problématiques en rapport avec le projet.

Quai 9 a la volonté de responsabiliser les collaborateurs et également une volonté plus difficile mais présente d'impliquer les usagers dans le cadre des activités qui les concerne tels que agents de médiations (bonne atmosphère dans le local, pas de deal), ramassage des seringues. Dans cette optique, il y a chaque mois une instance qui s'appelle le conseil consultatif des usagers, qui donne la parole aux usagers pour qu'ils puissent donner leur avis sur le fonctionnement du local mais aussi sur d'autres sujets qui les touchent. Cette politique sociale de Quai 9 permet d'informer les autorités et les sensibiliser par rapport aux besoins de la population toxicomane.

### Quels sont les différents objectifs à Quai 9?

#### *But 1 : Risques*

Le but principal est de faire en sorte que les consommateurs puissent limiter les dommages qu'ils encourent en prenant du produit. Plus précisément en diminuant les risques de transmission de virus tels que le VIH, Hépatites mais aussi limiter les risques d'overdose ou encore les risques d'abcès et d'infections multiples.

Permettre de détecter rapidement des situations potentiellement graves (détection d'abcès aggravés, pneumonie) est très important. En effet, le médecin de la structure peut ainsi envoyer les personnes concernées au plus vite auprès des spécialistes, leur faire des bons pour faciliter les entrées, avant que le problème ne devienne trop important. L'idée principale est la facilitation à l'accès rapide aux soins.

Il est important de faire remarquer que le médecin ne donne aucun traitement de psychotrope. Des dossiers anonymes sont établis par le médecin et consultés uniquement par lui. Si l'utilisateur va consulter un autre médecin et qu'il accepte la levée de son anonymat, alors son dossier est transféré.

Outre le médecin, la structure compte également des travailleurs sociaux et des infirmiers autonomes. Autonome implique qu'ils ne peuvent pas effectuer de soins avec effraction de la paroi veineuse (par ex : vaccination, prise de sang, incision abcès...).

Le travail (social ou soins) effectué par les travailleurs sociaux et les infirmiers est interchangeable dans le sens où il y a un tournus, l'un peut faire le travail de l'autre mais bien sûr dans la limite de ses capacités et le plus souvent l'utilisateur est envoyé à la personne la plus qualifiée pour la demande.

Dans le cas où un usager court un grand risque à s'injecter son produit, l'accès à la salle lui est refusée car cela irait à l'encontre de l'objectif du local qui est de réduire les risques. L'accès est par exemple refusé aux personnes ayant les problèmes suivants : un abcès purulent où le risque d'infection est accrue, la prise d'autre médicament avant, qui rend le patient ingérable ou encore un problème cardiaque qui augmente le risque d'arrêt. Ainsi un code d'évaluation des risques est donc important et cela se fait principalement par la discussion avec les gens.

### *But 2 : Contact*

Un second objectif de l'association est d'établir le contact avec les usagers qui ne connaissent pas les différents lieux de soins, en discuter avec eux et si possible les orienter vers d'autres structures peut-être plus adéquates. La politique n'est pas d'inonder les usagers d'informations, ni de les pousser vers une abstinence mais de les conseiller et les accompagner dans les démarches qu'ils auront décidé de faire soit de leur propre initiative (car ils sont inconfortables avec leur situation), soit après avoir été informés lors de discussions avec les personnes de l'association.

Dans ce sens l'association a vraiment une fonction d'écoute et d'aide.

### *But 3: Société*

Le maintien du lien social est également un objectif de l'association:

- limiter les risques d'exclusion
- favoriser l'insertion sociale
- Encourager à avoir de l'estime pour soi
- encourager les usagers à réfléchir sur l'image qu'ils donnent à l'extérieur en tant que personne mais aussi en tant que groupe

### *But 4: Le Voisinage*

L'association cherche également à établir le lien avec le voisinage afin de l'informer des sujets en rapport avec la drogue mais aussi pour les écouter et de discuter de thèmes qui les touchent : seringue dans une allée, détresse des usagers, comportement de proches vis-à-vis du produit. Cela aide beaucoup à l'intégration de l'association dans le quartier. Un journal a été édité dans cet optique.

Ce lien avec les gens du quartier a probablement amené à une meilleure connaissance quant aux problèmes de drogue que dans d'autres quartiers. Il semble y avoir moins critique actuellement quant à l'association et son activité. En outre il y a eu une amélioration (par ex : moins de seringue à l'école) de l'environnement du quartier de la gare qui était réputé pour être le lieu de marché de rue de la drogue. Le rapport avec l'installation du local n'est pas déterminé, mais la présence accrue des forces de police autour du local peut être un facteur. De plus le ramassage de seringues par les usagers de l'association a certainement contribué à améliorer l'environnement du voisinage.

### **Interaction avec le réseau de soin**

Comme le but de Quai 9 n'est pas de traiter les gens il faut pouvoir orienter les usagers de manière adéquate vers les différents lieux, et pour cela les collaborateurs doivent être bien au courant des différentes structures adaptées pour des soins spécifiques :

- Soins des dépendances (Institutions)
- Soins médicaux tels que VIH, Hépatites (HUG)
- Aspects sociaux (LAVI)
- ...

### **Interaction avec la police**

Il y a des liens avec la police à différents niveaux tels que la Commission consultative ou le groupe de pilotage. Ceux-ci sont assez privilégiés que ce soit avec les bureaux ou avec les policiers de terrain.

Toutes les actions mises en place l'ont été avec accord de principe de la police.

La politique est qu'il accepte les activités du local, mais en tant que garant de l'ordre public, les forces de l'ordre ne peuvent tolérer le trafic et ont donc en tout temps l'autorité d'intervenir dans le local si elles estiment que cela est nécessaire (deal à l'intérieur, refuge).

Il y a mensuellement une régulation des problèmes mais sans citer de nom, ni « balance ».

La police n'exerce aucune pression.

Il arrive évidemment que les policiers cherchent aux alentours du Quai 9 quand ils cherchent une personne susceptible d'être un usager.

### **Critères d'admission et 1<sup>er</sup> entretien**

Pour avoir droit d'entrer dans le local, il faut impérativement que l'utilisateur soit consommateur et majeur.

Lors du premier passage, le futur usager est accueilli par un collaborateur, pour un entretien et qui va lui faire remplir un questionnaire de manière anonyme, afin de connaître ses attentes, ses habitudes et son comportement. Il sera ensuite accompagné lors de son injection afin de vérifier que l'utilisateur ne se met pas en danger et lui expliquer et ré expliquer les différentes mesures d'hygiène à prendre. En espérant que ces dernières seront prises en compte lors d'injection hors du local.

## **Règlement et infractions**

A leur arrivée, les usagers signent, avec des surnoms, le règlement qu'ils s'engagent à respecter :

- Pas de deal
- Pas de violence
- Pas d'injection dans les lieux pas réservés à cet effet.

Le non respect de ce règlement peut amener à une sanction qui consiste en l'exclusion du local pendant un jour et dans les cas avérés d'utilisation du local comme place de deal, à une exclusion définitive.

## **Attente des usagers**

Les personnes qui viennent outre pour s'injecter leur produit viennent au local pour être écoutées et pour parler, pour pouvoir échanger, pour pouvoir s'arrêter un moment, respirer et aussi, plutôt avant, pour pouvoir sortir du milieu de la rue.

Pour certains ce lieu représente le seul espace de rencontre, de socialisation avec d'autres personnes et cela même s'ils ne consomment plus.

Le soutien du personnel est très important pour les personnes qui viennent.

Dans certains cas, le local représente aussi l'endroit où ils pourront rencontrer des gens qui pourront leur fournir du produit.

## **Accidents dans les locaux**

En 2006, l'ambulance a été appelée 31 fois dont la grande majorité sont des overdoses, principalement d'héroïne.

De temps en temps les collaborateurs peuvent détecter des signes qui indiquent une prise antérieure de drogues et dans ce cas peuvent interdire l'injection pour éviter une association néfaste et ainsi réduire les risques d'accident.

Dans certains cas les personnes présentent des troubles psychiques, ils sont alors adressés à des médecins.

Un autre type d'accident possible est celui d'ordre physique, blessé, par exemple suite à une bagarre dans la rue.

## **Déménagement**

« Tout projet qui s'adresse aux usagers de drogues fait peur aux gens »

Et cela même si les gens sont sevrés, car il y a une peur de contagion.

Il est tout à fait légitime de penser que l'arrivée d'une telle structure va amener à la fréquentation d'un nombre accru d'usagers de drogues. Cependant si le comportement de ces derniers est convenable cela devient acceptable, mais dans le cas contraire, l'implantation d'un nouveau centre devient très difficile et beaucoup de travail d'approche et d'information deviennent nécessaires.

En outre l'exemple de Quai 9 montre que la cohabitation intelligente avec le voisinage est tout à fait possible.

# première ligne

ASSOCIATION GENEVOISE DE  
RÉDUCTION DES RISQUES  
LIÉS AUX DROGUES

Les offres et le règlement du centre d'accueil sont connus :

Remarques :

Signature : .....

Pseudo (+ mois et année) : .....

1er entretien (date) : ..... Visa du collaborateur : .....

**QUESTIONNAIRE D'ENTREE**  
**Quai 9, espace d'accueil et d'injection - Genève**

<i>Date :</i> _____	<i>No :</i> _____
<i>Vous êtes</i>	<input type="radio"/> un homme <input type="radio"/> une femme
<i>Quel est votre âge ?</i>	âge _____
<i>Quel est votre prénom ou pseudonyme ? (+ mois et année)</i> _____	
<i>Où habitez-vous actuellement ?</i>	<input type="radio"/> domicile fixe privé <input type="radio"/> sans domicile fixe (changements fréquents, rue, etc.) <input type="radio"/> autre (prison, institution)
<i>Où est situé votre domicile officiel ?</i>	<input type="radio"/> canton de Genève <input type="radio"/> canton de Vaud <input type="radio"/> France <input type="radio"/> autre
<i>Avez-vous des enfants ?</i>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<i>Vivent-ils avec vous ? (mi-temps/plein temps)</i>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<i>Quelles ont été vos principales sources de revenus le dernier mois ?</i>	
<i>Pour chaque possibilité, cocher OUI ou NON</i>	
activité professionnelle	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
aide sociale, assurances sociales	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
famille, amis, partenaire	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
revenus illégaux, deal,	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<i>Suivez-vous actuellement un traitement de substitution ?</i>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<i>Si oui, lequel ?</i>	<input type="radio"/> héroïne <input type="radio"/> <input type="radio"/> méthadone <input type="radio"/> <input type="radio"/> subutex <input type="radio"/>
<i>A quel âge avez-vous commencé l'injection ?</i>	<input type="radio"/> entre 18 et 25 ans <input type="radio"/> entre 26 et 35 ans <input type="radio"/> après 35 ans

*Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé des substances psychotropes ?*

Pour chaque produit, mettez une coche :

	Quotidiennement	Plusieurs fois par semaine	Occasionnellement (<1fois/sem.)	Pas consommé, durant le mois
Héroïne	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Cocaïne	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Benzodiazépines	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>

*De manière générale, quel est votre principal mode de consommation des produits suivants :*

Pour chaque produit, plusieurs réponses possibles :

	Injection	Fumée	Sniffée	Jamais
Héroïne	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Cocaïne	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>
Benzodiazépines	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>

*Est-ce la première injection de votre vie.*

O<sub>1</sub> oui

O<sub>2</sub> non

*Où avez-vous fait votre dernière injection hors du local d'injection ?*

O<sub>1</sub> à domicile, dans un appartement

O<sub>2</sub> dans un lieu public (wc, allée, cave, parking, parc, rue etc.)

O<sub>3</sub> autres lieux : (préciser) \_\_\_\_\_

*Durant les 6 derniers mois, vous êtes-vous injecté avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre ?*

O<sub>1</sub> oui  O<sub>2</sub> non

*Durant les 3 derniers mois, vous êtes-vous injecté avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre ?*

O<sub>1</sub> oui  O<sub>2</sub> non

*Etes-vous fumeur ?*

O<sub>1</sub> oui  O<sub>2</sub> non

*Etes-vous sniffeur ?*

O<sub>1</sub> oui  O<sub>2</sub> non

*Si oui, dans quels lieux consommez-vous habituellement ?*

O<sub>1</sub> à domicile, dans un appartement

O<sub>2</sub> dans un lieu public (wc, allée, cave, parking, parc, rue etc.)

O<sub>3</sub> autres lieux : (préciser) \_\_\_\_\_

Initiales collaborateur, collaboratrice \_\_\_\_\_

Feuille séparée à mettre dans une enveloppe

Date : .....

Vous êtes       un homme       une femmeAvez-vous déjà fait un test pour le sida / VIH ?     1 oui     2 non

Date du dernier test : .....

Quel est le résultat du test du sida / VIH ?

- 1 séropositif (porteur du virus)  
 2 séronégatif (pas infecté/e)  
 3 ne sais pas, ne veux pas répondre

Avez vous déjà été testé(e) pour l'hépatite B ?     1 oui     2 non

Date du dernier test : .....

Si oui, quel a été le résultat du test de l'hépatite B ?

- 1 positif (si au moins 1 test positif)  
 2 négatif  
 3 ne sais pas, ne veux pas répondre

Etes-vous vacciné contre l'Hépatite B ?     1 oui     2 non

Si oui, quelle est la date de la vaccination ? .....

**Veillez à faire un contrôle de vos anti-corps auprès de votre médecin !**Avez vous déjà été testé(e) pour l'hépatite C ?     1 oui     2 non

Date du dernier test : .....

Si oui, quel a été le résultat du test de l'hépatite C ?

- 1 positif (si au moins 1 test positif)  
 2 négatif  
 3 ne sais pas, ne veux pas répondre

# QUAI 9

## REGLEMENT

### ACCES AU LIEU D'ACCUEIL

L'accès au lieu d'accueil est réservé aux personnes consommatrices de drogues dures. Les mineurs ne sont pas autorisés à entrer dans la salle d'injection.

### SONT INTERDITS

*A L'INTERIEUR DES LOCAUX ET DANS LE PERIMETRE EXTERIEUR DIRECT*

### LE DEAL :

- TOUTE VENTE DE PRODUIT LEGAL ILLEGAL (*le produit sera sorti dans la salle d'injection*)
- TOUTE CONSOMMATION DE PRODUIT EN DEHORS DE LA SALLE D'INJECTION (*périmètre autour du local, salle d'accueil, wc...etc.*)
- TOUTE OFFRE OU VENTE DE PRODUITS VOLES
- TOUT TRANSFERT D'ARGENT
- TOUTE VENTE, DON OU ECHANGE DE SON TICKET D'ENTREE POUR LA SALLE D'INJECTION

### LA VIOLENCE :

- TOUT ACTE DE VIOLENCE ENTRE LES USAGERS OU ENVERS LES EMPLOYES
- LES DOMMAGES AU MOBILIER
- LE MANQUE DE RESPECT, LES MENACES VERBALES OU PHYSIQUES ENVERS LES USAGERS OU LES EMPLOYES
- LE PORT D'ARMES (*armes blanches ou à feux, couteaux....etc.*)

**NOUS VOUS RAPPELONS QUE LA  
CONSOMMATION DE DROGUE EST  
UN ACTE ILLEGAL**

**Le personnel peut interdire l'accès au lieu d'accueil pour  
une durée plus ou moins longue à toute personne ne  
respectant pas les règles**

## PROCEDURE D'UTILISATION DE LA SALLE D'INJECTION

- Déposer/Echanger votre matériel usagé au bar => seringue, cuillère et filtre propres vous seront remis dans la salle d'injection.
- Prendre un ticket au bar (*si vous êtes 2, le signaler et prendre 2 numéros qui se suivent*). Acheter un garrot, si vous n'avez pas le vôtre.
- Attendre votre tour.
- Entrer dans la salle d'injection lorsque votre numéro s'affiche.
- Eteindre votre natel (portable).
- **VOUS LAVER LES MAINS AVANT** de prendre votre matériel.
- Remettre votre ticket à l'entrée et annoncer le produit à consommer.
- Chacun apporte, prépare et consomme son propre produit.
- Signaler à l'intervenant lorsque votre injection est prête et remettre votre filtre et votre cuillère à l'intervenant.
- Ne faire qu'**UNE** seule injection par passage.
- Déposer votre seringue, et votre matériel annexe usagé dans les bacs et les poubelles appropriés.
- Ranger et nettoyer votre place.
- Respecter l'intimité de chacun et chacune.

### **Veillez ne pas :**

- Entrer dans la salle d'injection avec du matériel usagé.
- Manipuler de façon désordonnée des seringues.
- Rester au-delà de **30 minutes** dans la salle.
- Quitter la salle avec votre matériel IV usagé et votre coton.
- Manger, boire ou fumer dans cette salle.
- Utiliser un point d'injection évalué dangereux par le professionnel présent.
- Faire une injection dans le cou ou dans une zone évaluée dangereuse à une autre personne.
- Entrer avec un animal => chaque personne est responsable de SON animal et il doit être tenu en laisse dans la salle d'accueil.

### **Le personnel est en mesure d'interdire l'accès à la salle IV et de déterminer la durée de l'interdiction, à toute personne :**

- risquant de faire une overdose avec une injection supplémentaire,
- ayant un comportement perturbateur,
- sans ticket,
- nécessitant des soins (nécessité d'avoir recours à un médecin pour poser un diagnostic, recouvrir les plaies ouvertes...)
- n'ayant pas respecté les règles de fonctionnement citées ci-dessus.

*Le personnel décline toute responsabilité en cas de pertes, vols ou blis, d'objets personnels ou autres dans nos locaux.*

## Questionnaire sur la toxicomanie: Police: M. Peiry

1. Quelles sont les infractions commises par les toxicomanes ?
2. Quels sont les moyens de répression envers les toxicomanes ? et quand sont-ils appliqués ?
3. Quel est le but de ces répressions ? et quels en sont les effets sur les toxicomanes ?
4. Quelle est la réaction de la police quand elle surprend un usagers entrain de se droguer ? dealer ?
5. Quelle est la vision des policiers des toxicomanes ?
6. Avez-vous vision différente en tant qu'humain et en tant que policier ? si oui, comment le gérez-vous ?
7. Avez-vous des connaissances du réseau de pris en charge des toxicomanes ? et orientez-vous ces derniers quand vous les appréhendez ?

### Réponse 1

a) L'infraction principale est : consommation et détention de stupéfiants (article 19 a de la Loi fédérale sur les stupéfiants, ci-après LFS).

b) Il arrive souvent que des toxicomanes se livrent au trafic, à la culture ou à la revente de stupéfiants ; ils enfreignent alors l'article 19 de la LFS.

c) Il se peut également, malgré la diminution des prix des stupéfiants, que certains toxicomanes commettent des crimes ou des délits pour se procurer l'argent nécessaire à leur consommation. Il peut s'agir de vols (à l'étalage, à l'astuce, etc...), d'agressions, de brigandages, d'escroqueries, d'abus de confiance, de cambriolages ou autres crimes ou délits réprimés par le code pénal suisse.

### Réponse 2

Par rapport au point a) ci-dessus, les toxicomanes sont déclarés en contravention.

Pour ce qui est des points b) et c), ils sont arrêtés et déférés devant un Juge d'instruction.

De plus, les toxicomanes peuvent faire l'objet d'une dénonciation au Service des automobiles et de la navigation (SAN) s'ils ont pris le volant sous l'emprise de la drogue.

Ces mesures sont systématiquement appliquées dès qu'un délit ou un crime tels que décrits ci-dessus sont constatés, ceci répondant également à votre question No 4.

### Réponse 3

Le but consiste tout d'abord à appliquer la loi, tout simplement. Mais outre cette démarche purement legaliste, il s'agit également de tenter de dissuader les consommateurs de poursuivre dans cette voie, notamment en raison de la dangerosité accrue des produits stupéfiants. De plus en plus de drogues sont en effet constituées de mélanges chimiques extrêmement puissants et toxiques. Même la marijuana, faussement qualifiée de drogue douce, est actuellement beaucoup plus forte en raison de l'utilisation de graines génétiquement modifiées.

Il serait également paradoxal de ne pas punir les toxicomanes alors que l'alcool au volant est de plus en plus sévèrement sanctionné, sans parler des fumeurs de cigarettes, amendables dans certains pays européens selon l'endroit où ils auraient la mauvaise idée d'allumer leur cigarette.

En ce qui concerne les effets sur les toxicomanes, j'y reviendrai ci-dessous, en répondant globalement aux questions 5, 6 et 7.

### **Réponses 4 (effets), 5, 6 et 7**

Les effets de nos mesures sont difficilement appréciables. Au niveau des contraventions, le fait de toucher au porte-monnaie constitue un bon argument, mais les amendes ne sont pas toujours payées par le toxicomane lui-même (mineurs ou personnes assistées par exemple). Les retraits de permis par contre occasionnent une gêne beaucoup plus importante d'après les échos que nous avons eus en retour.

Une autre difficulté pour évaluer la situation réside dans le nombre toujours plus important de consommateurs de stupéfiants (phénomène de mode surtout pour ce qui est de la cocaïne), qui sont en plus issus de toutes les couches de la société. Une contravention dérangera donc différemment le contrevenant en fonction de sa catégorie sociale et de ses revenus.

A relever aussi que le toxicomane accroché physiquement à l'héroïne par exemple ne pourra que très difficilement s'en passer et il préférera risquer une amende (ou pire), plutôt que de se priver de sa dose.

Quant au consommateur de cocaïne, son sentiment de toute puissance lorsqu'il est sous l'effet de ce produit provoquera une dépendance purement psychique qui, là-encore, ne l'incitera pas forcément à considérer une contravention comme un obstacle insurmontable.

-----

Il convient de préciser que le toxicomane n'est pas une victime au sens propre du terme dans le domaine des infractions à la LFS, ou alors une victime consentante.

Cette nuance est importante car tous les toxicomanes que nous connaissons ont librement choisi de s'adonner à la consommation de stupéfiants, la plupart d'entre eux en parfaite connaissance de cause des risques encourus, et notamment celui de devenir «accro», physiquement ou psychologiquement.

Aux yeux de la majorité des policiers, le toxicomane n'est pas perçu différemment selon le point de vue «policiier» ou «humain». Si l'on excepte le fait que ces gens ont choisi de s'adonner à une addiction illégale, les contacts que nous entretenons avec eux sont tout à fait normaux dans la majeure partie des cas.

Pour en venir aux réseaux de prise en charge de toxicomanes, nous fournissons régulièrement des coordonnées utiles à ceux qui le souhaitent.

Les consommateurs de stupéfiants ne demandent toutefois que rarement des renseignements à ce sujet. Le plus souvent, il s'agit de proches ou de parents qui nous en font la requête.

**Loi fédérale  
sur les stupéfiants et les substances psychotropes  
(Loi sur les stupéfiants, LStup)<sup>1</sup>**

du 3 octobre 1951 (Etat le 1<sup>er</sup> mai 2007)

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,  
vu les art. 64<sup>bis</sup>, 69 et 69<sup>bis</sup> de la constitution<sup>2,3</sup>  
vu le message du Conseil fédéral du 9 avril 1951<sup>4</sup>,  
arrête:*

**Chapitre 1<sup>5</sup> Dispositions générales**

**Art. 1<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Sont des stupéfiants au sens de la présente loi, les substances et les préparations ayant des effets du type morphinique, cocaïnik et cannabique et qui engendrent la dépendance (toxicomanie).

<sup>2</sup> Sont considérés comme stupéfiants au sens de l'al. 1, notamment:

- a. matières premières
  - 1. l'opium;
  - 2. la paille de pavot utilisée pour la production des substances ou des préparations visées sous b 1, c ou d du présent alinéa;
  - 3. la feuille de coca;
  - 4. le chanvre;
- b. principes actifs
  - 1. les alcaloïdes phénanthrènes de l'opium ainsi que leurs dérivés et sels qui engendrent la dépendance (toxicomanie);

RO 1952 241

- <sup>1</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 1995, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1996 (RO 1996 1677 1678; FF 1994 III 1249).
- <sup>2</sup> [RS 1 3; RO 1985 659]. Aux dispositions mentionnées correspondent actuellement les art. 118 et 123 de la Constitution du 18 avril 1999 (RS 101).
- <sup>3</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II 3 de l'annexe à la loi du 15 déc. 2000 sur les produits thérapeutiques, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2002 (RS 812.21).
- <sup>4</sup> FF 1951 I 841
- <sup>5</sup> Selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303), la présente loi a été divisée en chapitres et sections. Selon la même disposition, les numéros «bis» des sections, articles et alinéas intercalaires ont été remplacés par la lettre a.
- <sup>6</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

2. l'ecgonine ainsi que ses dérivés et sels qui engendrent la dépendance;
3. la résine des poils glanduleux du chanvre;
- c. autres substances  
qui ont un effet semblable à celui des substances visées sous a ou b du présent alinéa;
- d. préparations  
qui contiennent des substances visées sous a, b ou c du présent alinéa.

<sup>3</sup> Sont assimilés aux stupéfiants au sens de la présente loi les substances psychotropes engendrant la dépendance, à savoir:

- a. les hallucinogènes tels le lysergide et la mescaline;
- b. les stimulants du système nerveux central ayant des effets du type amphétaminique;
- c. les dépresseurs centraux ayant des effets du type barbiturique ou benzodiazépinique;
- d. les autres substances qui ont un effet semblable à celui des substances visées aux let. a à c;
- e. les préparations qui contiennent des substances visées aux let. a à d.<sup>7</sup>

<sup>4</sup> L'Institut suisse des produits thérapeutiques (institut)<sup>8</sup> dresse la liste des substances et des préparations au sens des al. 2 et 3.

## Art. 2<sup>9</sup>

<sup>1</sup> Les stupéfiants sont soumis au contrôle institué par la présente loi.

<sup>1bis</sup> La loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques<sup>10</sup> s'applique aux stupéfiants utilisés comme produits thérapeutiques. La présente loi est applicable si la loi sur les produits thérapeutiques ne prévoit pas de réglementation ou que sa réglementation est moins étendue.<sup>11</sup>

<sup>2</sup> Ce contrôle est exercé:

1. à l'intérieur du pays, par les cantons sous la surveillance de la Confédération;
- 2.<sup>12</sup> à la frontière (importation, transit et exportation) et dans les entrepôts douaniers et dépôts francs sous douane, par la Confédération.

<sup>7</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 1995, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1996 (RO **1996** 1677 1678; FF **1994** III 1249).

<sup>8</sup> Nouvelle dénomination selon le ch. II 3 de l'annexe à la loi du 15 déc. 2000 sur les produits thérapeutiques, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2002 (RS **812.21**). Il a été tenu compte de cette modification dans tout le présent texte.

<sup>9</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>10</sup> **RS 812.21**

<sup>11</sup> Introduit par le ch. II 3 de l'annexe à la loi du 15 déc. 2000 sur les produits thérapeutiques, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2002 (RS **812.21**).

<sup>12</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 16 de l'annexe à la loi du 18 mars 2005 sur les douanes, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007 (RS **631.0**)

**Art. 3**

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral peut assujettir au contrôle des stupéfiants selon les dispositions des chap. 2 et 3 de la présente loi, les substances qui, n'engendrant pas la dépendance par elles-mêmes, peuvent être transformées en substances visées à l'art. 1. Il peut prévoir pour ces substances-là ou pour celles qui se prêtent à la fabrication de stupéfiants et de substances psychotropes, une autorisation obligatoire ou d'autres mesures de surveillance moins strictes, telles que l'identification des clients, l'obligation de tenir un registre et l'obligation de renseigner. En l'occurrence il se conformera en principe aux recommandations des organisations internationales compétentes.<sup>13</sup>

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral peut soustraire partiellement des stupéfiants aux mesures de contrôle ou, s'il s'agit de concentrations ou de quantités déterminées, les y soustraire totalement, lorsque les organisations internationales compétentes (Nations Unies, Organisation mondiale de la santé) le décident ou le recommandent en vertu d'une convention ratifiée par la Suisse.<sup>14</sup>

<sup>3</sup> L'institut établit la liste des substances visées à l'al. 1.<sup>15</sup>

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral peut associer des organisations privées à l'exécution de l'al. 1, notamment pour des tâches d'information et de conseil.<sup>16</sup>

**Art. 3a<sup>17</sup>**

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral désigne un laboratoire national de référence chargé de tâches de recherche, d'information et de coordination dans les domaines analytique, pharmaceutique et pharmaco-clinique des stupéfiants et substances visés aux art. 1 et 3, al. 3. A cet égard, il collabore avec les organisations internationales.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral peut aussi confier certaines tâches selon l'al. 1 à des tiers.

<sup>13</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 1995, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1996 (RO **1996** 1677 1678; FF **1994** III 1249).

<sup>14</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>15</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1968 (RO **1970** 9; FF **1968** I 784). Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 1995, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1996 (RO **1996** 1677 1678; FF **1994** III 1249).

<sup>16</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 1995, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1996 (RO **1996** 1677 1678; FF **1994** III 1249).

<sup>17</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 1995, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1996 (RO **1996** 1677 1678; FF **1994** III 1249).

**Chapitre 2****Fabrication, dispensation, acquisition et utilisation de stupéfiants<sup>18</sup>****Section 1 Fabriques et maisons de commerce****Art. 4**

<sup>1</sup> Les maisons et personnes qui cultivent des plantes en vue d'en extraire des stupéfiants ou qui fabriquent ou préparent des stupéfiants ou en font le commerce doivent y avoir été autorisées par l'institut. L'art. 8 est réservé.<sup>19</sup>

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral arrête les modalités de ces autorisations, ainsi que les conditions qui régissent leur octroi, leur durée, leur retrait et leur extinction.

**Art. 5**

<sup>1</sup> Un permis spécial de l'institut est requis pour toute importation et exportation de stupéfiants soumis au contrôle. Ce permis est accordé conformément aux conventions internationales. Un permis d'exportation, qui n'est pas requis par cette loi ou par les conventions internationales, peut être accordé s'il est exigé par le pays destinataire.<sup>20</sup>

<sup>2</sup> L'Administration des douanes exerce avec l'institut le contrôle sur le transit des stupéfiants.

**Art. 6**

<sup>1</sup> En vertu des conventions internationales, le Conseil fédéral peut interdire au détenteur de l'autorisation ou lui prescrire de limiter la culture de plantes à alcaloïdes pour en extraire des stupéfiants, de même que la fabrication, l'importation, l'exportation et la constitution de réserves de stupéfiants.<sup>21</sup>

<sup>2</sup> Il peut déléguer cette faculté au Département fédéral de l'intérieur, qui l'exerce sous sa haute surveillance.

**Art. 7<sup>22</sup>**

<sup>1</sup> Les substances et les préparations dont on est en droit de présumer qu'elles ont un effet semblable à celui des substances et des préparations visées à l'art. 1 ne peuvent être fabriquées, importées, exportées, entreposées, utilisées ou mises dans le commerce qu'avec l'assentiment de l'institut et selon les conditions qu'il aura fixées.

<sup>18</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>19</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II 3 de l'annexe à de la loi du 15 déc. 2000 sur les produits thérapeutiques, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2002 (RS **812.21**).

<sup>20</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>21</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>22</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>2</sup> Cette autorisation a effet jusqu'au moment où l'institut a établi que la substance ou la préparation répond aux critères de l'art. 1 ou non.

<sup>3</sup> L'institut dresse la liste de ces substances et préparations.

### Art. 8

<sup>1</sup> Les stupéfiants indiqués ci-après ne peuvent être ni cultivés, ni importés, ni fabriqués ou mis dans le commerce.

- a. l'opium à fumer et les déchets provenant de sa fabrication ou de son utilisation;
- b. la diacétylmorphine et ses sels;
- c. les hallucinogènes tels que le lysergide (LSD 25);
- d. le chanvre en vue d'en extraire des stupéfiants, et la résine de ses poils glanduleux (hachisch).<sup>23</sup>

<sup>2</sup> ...<sup>24</sup>

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral peut interdire l'importation, la fabrication et la mise dans le commerce d'autres stupéfiants si des conventions internationales en proscrivent la fabrication ou si les principaux Etats producteurs y renoncent.<sup>25</sup>

<sup>4</sup> Les stocks éventuels de stupéfiants prohibés doivent être transformés, sous surveillance de l'autorité cantonale, en une substance autorisée par la loi; à défaut de cette possibilité, ils doivent être détruits.

<sup>5</sup> Si aucune convention internationale ne s'y oppose, l'Office fédéral de la santé publique peut accorder des autorisations exceptionnelles en tant que les stupéfiants visés aux al. 1 et 3 sont utilisés à des fins scientifiques ou de lutte contre les stupéfiants ou que les substances visées à l'al. 1, let. b et c, sont destinées à une application médicale limitée.<sup>26</sup>

<sup>6</sup> L'Office fédéral de la santé publique peut en outre octroyer à titre d'exception des autorisations de cultiver, d'importer, de fabriquer et de mettre en circulation des substances visées à l'al. 1, let. b. Il peut également octroyer des autorisations d'utiliser ces mêmes substances pour traiter les personnes toxicodépendantes, à titre d'exception et aux seules institutions spécialisées en la matière.<sup>27</sup>

<sup>23</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>24</sup> Abrogé par le ch. I de la LF du 20 mars 1975 (RO **1975** 1220; FF **1973** I 1303).

<sup>25</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>26</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>27</sup> Introduit par le ch. I de l'AF du 9 oct. 1998 sur la prescription médicale d'héroïne, en vigueur jusqu'au 31 déc. 2004 (RO **1998** 2293; FF **1998** 1321). Prorogé jusqu'au 31 déc. 2009 par l'art. 1 de la LF du 20 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2005 (RO **2004** 4387; FF **2002** 5435).

<sup>7</sup> Le Conseil fédéral fixe les conditions régissant le traitement des personnes toxico-dépendantes au moyen de substances visées à l'al. 1, let. b. Il veille en particulier à ce que ces substances ne soient administrées qu'à des personnes:

- a. âgées de 18 ans au moins;
- b. héroïnomanes depuis au moins deux ans;
- c. qui ont interrompu au moins deux essais de traitement ambulatoire ou hospitalier impliquant une autre méthode reconnue ou dont l'état de santé ne permet pas d'autres traitements et
- d. qui présentent des déficiences d'ordre médical, psychologique ou social dues à la consommation de stupéfiants.<sup>28</sup>

<sup>8</sup> Le Conseil fédéral règle le contrôle périodique de l'application des thérapies, notamment en tenant compte de l'objectif de l'abstinence.<sup>29</sup>

#### **Art. 8a**<sup>30</sup>

<sup>1</sup> L'Office fédéral de la santé publique est autorisé à exploiter des données personnelles aux fins de vérifier les conditions relatives au traitement visé à l'art. 8, al. 6 et 7, et son déroulement.

<sup>2</sup> Il prend les mesures techniques et organisationnelles nécessaires pour assurer la protection des données.

## **Section 2 Professions médicales**

### **Art. 9**

<sup>1</sup> Les médecins, les médecins-dentistes, les médecins-vétérinaires et les dirigeants responsables d'une pharmacie publique ou d'hôpital qui exercent leur profession sous leur propre responsabilité, en vertu d'une décision de l'autorité cantonale prise en conformité de la loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse<sup>31</sup>,

<sup>28</sup> Introduit par le ch. I de l'AF du 9 oct. 1998 sur la prescription médicale d'héroïne, en vigueur jusqu'au 31 déc. 2004 (RO 1998 2293; FF 1998 1321). Prorogé jusqu'au 31 déc. 2009 par l'art. 1 de la LF du 20 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2005 (RO 2004 4387; FF 2002 5435).

<sup>29</sup> Introduit par le ch. I de l'AF du 9 oct. 1998 sur la prescription médicale d'héroïne, en vigueur jusqu'au 31 déc. 2004 (RO 1998 2293; FF 1998 1321). Prorogé jusqu'au 31 déc. 2009 par l'art. 1 de la LF du 20 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2005 (RO 2004 4387; FF 2002 5435).

<sup>30</sup> Introduit par le ch. I de l'AF du 9 oct. 1998 sur la prescription médicale d'héroïne, en vigueur jusqu'au 31 déc. 2004 (RO 1998 2293; FF 1998 1321). Prorogé jusqu'au 31 déc. 2009 par l'art. 1 de la LF du 20 juin 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2005 (RO 2004 4387; FF 2002 5435).

<sup>31</sup> RS 811.11

peuvent sans autorisation se procurer, détenir, utiliser et dispenser des stupéfiants dans les limites que justifie l'exercice, conforme aux prescriptions, de leur profession. Sont réservées les dispositions cantonales réglant la dispensation directe par les médecins et les médecins-vétérinaires.

<sup>2</sup> Cette faculté s'étend:

- a. aux médecins, pharmaciens, médecins-dentistes et médecins-vétérinaires, ainsi qu'aux étudiants en médecine, en pharmacie, en médecine dentaire et en médecine vétérinaire, en tant qu'ils sont autorisés par l'autorité cantonale à remplacer un médecin, un pharmacien, un médecin-dentiste ou un médecin-vétérinaire;
- b. ...<sup>32</sup>

<sup>2a</sup> Après avoir entendu l'institut, l'autorité cantonale compétente peut habiliter à se procurer, à détenir, à utiliser et à dispenser des stupéfiants dans les limites que justifie l'exercice, conforme aux prescriptions, de leur profession, les médecins, les médecins-dentistes, les médecins-vétérinaires et les dirigeants responsables d'une pharmacie publique ou d'hôpital qui ne sont pas autorisés à exercer librement leur profession dans toute l'étendue de la Confédération conformément à l'art. 1 de la loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse<sup>33</sup>, mais à qui elle a délivré sur la base d'un diplôme autre que le diplôme fédéral l'autorisation d'exercer leur profession sous leur propre responsabilité. Sont réservées les dispositions cantonales réglant la dispensation directe par les médecins et les médecins-vétérinaires.<sup>34</sup>

<sup>3</sup> Les droits des médecins, pharmaciens, médecins-dentistes et médecins-vétérinaires qui n'exercent pas leur profession sous leur propre responsabilité sont réglés par le Conseil fédéral.

<sup>4</sup> Les cantons peuvent limiter les droits des médecins-dentistes à certains stupéfiants.

<sup>5</sup> D'entente avec l'institut, les cantons fixent les normes applicables aux établissements hospitaliers étrangers situés en Suisse.

## Art. 10

<sup>1</sup> Les médecins et les médecins-vétérinaires visés par l'art. 9 sont autorisés à prescrire des stupéfiants.

<sup>2</sup> Les médecins et les médecins-vétérinaires étrangers autorisés à pratiquer dans les zones frontalières suisses, en vertu d'un arrangement international, peuvent utiliser et prescrire les stupéfiants qui leur sont nécessaires dans l'exercice de leur profession en Suisse. Leurs ordonnances doivent être exécutées par une pharmacie de la zone frontière.

<sup>32</sup> Abrogée par le ch. I de la LF du 18 déc. 1968 (RO 1970 9; FF 1968 I 784).

<sup>33</sup> RS 811.11

<sup>34</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1970 (RO 1970 9 13; FF 1968 I 784).

<sup>3</sup> Le Conseil fédéral édicte les prescriptions complémentaires selon lesquelles une ordonnance établie par un médecin ou un médecin-vétérinaire étranger peut être exécutée en Suisse.

#### **Art. 11**

<sup>1</sup> Les médecins et les médecins-vétérinaires sont tenus de n'employer, dispenser ou prescrire les stupéfiants que dans la mesure admise par la science.

<sup>2</sup> Il en est de même pour les médecins-dentistes, en ce qui concerne l'emploi et la dispensation de stupéfiants.

#### **Art. 12**

<sup>1</sup> Les cantons peuvent priver, pour un temps déterminé ou à titre définitif, des droits que confère l'art. 9, la personne exerçant une profession médicale devenue dépendante (toxicomane) ou qui contrevient aux art. 19 à 22.<sup>35</sup>

<sup>2</sup> Une telle mesure déploie ses effets sur tout le territoire de la Confédération.

<sup>3</sup> L'art. 54 du code pénal suisse<sup>36</sup> est réservé.

#### **Art. 13**

Les pharmaciens ne peuvent dispenser des stupéfiants au public que sur présentation de l'ordonnance d'un médecin ou d'un médecin-vétérinaire.

### **Section 3      Etablissements hospitaliers et instituts**

#### **Art. 14**

<sup>1</sup> Tout établissement hospitalier peut être autorisé par l'autorité cantonale compétente à se procurer, à détenir et à utiliser des stupéfiants dans les limites de ses besoins, si une des personnes visées par l'art. 9 assume la responsabilité de la détention et de l'utilisation.

<sup>2</sup> L'autorité cantonale compétente peut autoriser les instituts de recherche scientifique à cultiver des plantes à alcaloïdes ou du chanvre en vue d'en extraire des stupéfiants et à se procurer, à détenir et à utiliser des stupéfiants dans les limites de leurs propres besoins.<sup>37</sup>

<sup>3</sup> L'art. 8 est réservé.<sup>38</sup>

<sup>35</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>36</sup> RS **311.0**. Actuellement "les art. 67 et 67a".

<sup>37</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1970 (RO **1970** 9 13; FF **1968** I 784).

<sup>38</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

### Section 3a Organisation<sup>39</sup>

#### Art. 14a<sup>40</sup>

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral peut autoriser des organisations nationales ou internationales, telles que la Croix-Rouge, les Nations Unies ou leurs institutions spécialisées, à se procurer, à importer, à détenir, à utiliser, à prescrire, à dispenser ou à exporter des stupéfiants dans les limites de leur activité.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral peut retirer l'autorisation pour un temps déterminé ou à titre définitif, si des circonstances spéciales l'exigent.

### Section 4 Lutte contre l'abus des stupéfiants<sup>41</sup>

#### Art. 15<sup>42</sup>

<sup>1</sup> Les services administratifs, les médecins et les pharmaciens sont autorisés à signaler à l'autorité protectrice compétente ou à une institution de traitement ou d'assistance agréée les cas d'abus de stupéfiants qu'ils constatent dans l'exercice de leur activité officielle ou professionnelle, lorsqu'ils estiment que des mesures de protection sont indiquées dans l'intérêt du patient, de ses proches ou de la communauté.

<sup>2</sup> Le personnel de l'autorité protectrice compétente et celui de l'institution de traitement ou d'assistance agréée sont tenus d'observer, à propos de tels avis, le secret de fonction et le secret professionnel au sens des art. 320 et 321 du code pénal suisse<sup>43</sup>. Ce personnel n'est pas obligé de témoigner en justice ou de renseigner dans la mesure où ses déclarations concernent la situation de la personne protégée ou une infraction visée à l'art. 19a.

<sup>3</sup> Lorsqu'un éducateur, un assistant social et le personnel auxiliaire dont ils disposent apprennent qu'une personne qui leur est confiée a commis une infraction à l'art. 19a de la présente loi, ils ne sont pas tenus de la dénoncer.

<sup>39</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1970 (RO 1970 9 13; FF 1968 I 784).

<sup>40</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1970 (RO 1970 9 13; FF 1968 I 784).

<sup>41</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

<sup>42</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

<sup>43</sup> RS 311.0. Actuellement «des art. 320 à 321<sup>bis</sup>».

**Art. 15a<sup>44</sup>**

<sup>1</sup> Pour prévenir l'abus des stupéfiants, les cantons encouragent l'information et les consultations et créent les institutions nécessaires à cet effet.

<sup>2</sup> Les cantons pourvoient à la protection des personnes dont l'état requiert un traitement médical ou des mesures d'assistance en raison d'un abus de stupéfiants et favorisent la réintégration professionnelle et sociale de ces personnes.

<sup>3</sup> Les autorités compétentes peuvent déléguer certaines tâches et attributions à des organisations privées.

<sup>4</sup> Les cantons peuvent interdire l'acquisition de stupéfiants. Ils notifient leurs décisions à l'Office fédéral de la santé publique. Celui-ci en informe les autorités sanitaires des autres cantons, à l'intention des médecins et des pharmaciens.

<sup>5</sup> Les cantons soumettent à une autorisation spéciale la prescription, la dispensation et l'administration des stupéfiants destinés au traitement des personnes dépendantes.

<sup>6</sup> Lorsque, du fait de sa dépendance, une personne pourrait constituer un danger pour la circulation publique, le service qui en a connaissance avise l'office compétent en la matière.

**Art. 15b<sup>45</sup>**

<sup>1</sup> Les personnes dépendantes peuvent être placées ou retenues dans un établissement approprié en vertu des dispositions du code civil suisse<sup>46</sup> sur la privation de liberté à des fins d'assistance.

<sup>2</sup> Les cantons peuvent ordonner le traitement ambulatoire ou le contrôle post-hospitalier.

**Art. 15c<sup>47</sup>**

<sup>1</sup> La Confédération encourage, par l'octroi de subventions ou par d'autres mesures, la recherche scientifique sur les effets des stupéfiants, les causes et les conséquences de leur abus et les moyens de le combattre.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral définit les modalités relatives à l'octroi et au calcul des subventions et en fixe le montant.

<sup>3</sup> La Confédération prête ses services aux cantons et aux organisations privées pour l'exécution de la loi. Elle crée, notamment, un office de documentation, d'information et de coordination et encourage la formation du personnel spécialisé dans le traitement de personnes dépendantes. Le Conseil fédéral en règle les modalités.

<sup>44</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>45</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 1975 (RO **1975** 1220; FF **1973** I 1303). Nouvelle teneur selon le ch. III de la LF du 6 oct. 1978 modifiant le CC (privation de liberté à des fins d'assistance), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1981 (RO **1980** 31 35; FF **1977** III 1).

<sup>46</sup> RS **210**

<sup>47</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

## Chapitre 3 Contrôle

### Art. 16

<sup>1</sup> Pour toute livraison de stupéfiants, un bulletin doit être établi et adressé avec la marchandise au destinataire. Ne tombe pas sous le coup de cette disposition la dispensation de stupéfiants par les médecins, les médecins-dentistes et les médecins-vétérinaires, par les pharmaciens au public et aux médecins pratiquant dans leur canton, qui ne dispensent pas eux-mêmes des stupéfiants.

<sup>2</sup> Les maisons et personnes autorisées à fabriquer et à préparer des stupéfiants doivent remettre à l'institut, en nombre suffisant, un double de chaque bulletin de livraison.

### Art. 17

<sup>1</sup> Les maisons, personnes et instituts en possession d'une autorisation en vertu des art. 4 et 14, al. 2, doivent tenir à jour une comptabilité de toutes les opérations qu'ils effectuent avec des stupéfiants.<sup>48</sup>

<sup>2</sup> Les maisons et personnes visées à l'art. 4 doivent renseigner l'institut à la fin de chaque année sur leur commerce et leurs stocks de stupéfiants.<sup>49</sup>

<sup>3</sup> Les maisons et personnes autorisées à cultiver des plantes à alcaloïdes ou du chanvre en vue d'en extraire des stupéfiants, à fabriquer et à préparer des stupéfiants doivent en outre renseigner, chaque trimestre, l'institut sur l'étendue de leurs cultures et sur la nature et les quantités de stupéfiants qu'elles ont extraites, fabriquées et préparées.<sup>50</sup>

<sup>4</sup> Les personnes autorisées aux termes de l'art. 9 à acquérir, à employer et à dispenser des stupéfiants ou qui sont responsables, au sens de l'art. 14, al. 1 doivent en justifier l'emploi.

<sup>5</sup> Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur la détention et la désignation des stupéfiants ainsi que sur la réclame faite à leur sujet et les indications figurant dans les prospectus d'emballage.<sup>51</sup>

### Art. 18

<sup>1</sup> Les maisons, personnes, établissements et instituts soumis au contrôle officiel sont tenus de rendre leurs cultures, leurs locaux de fabrication, magasins et entrepôts accessibles aux organes de surveillance, de leur présenter leurs stocks de stupéfiants

<sup>48</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1970 (RO **1970** 9 13; FF **1968** I 784).

<sup>49</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II 3 de l'annexe à la loi du 15 déc. 2000 sur les produits thérapeutiques, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2002 (RS **812.21**).

<sup>50</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1970 (RO **1970** 9 13; FF **1968** I 784).

<sup>51</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1970 (RO **1970** 9 13; FF **1968** I 784).

et de leur soumettre toutes les pièces justificatives. Ils doivent, sur leur demande, renseigner en tout temps les autorités.<sup>52</sup>

<sup>2</sup> Les fonctionnaires de la Confédération et des cantons chargés de la surveillance du trafic des stupéfiants sont astreints au secret, sans limite de temps, au sens de l'art. 320 du code pénal suisse<sup>53</sup>.

## Chapitre 4 Dispositions pénales

### Art. 19<sup>54</sup>

1. Celui qui, sans droit, cultive des plantes à alcaloïdes ou du chanvre en vue de la production de stupéfiants,

celui qui, sans droit, fabrique, extrait, transforme ou prépare des stupéfiants,

celui qui, sans droit, entrepose, expédie, transporte, importe, exporte ou passe en transit,

celui qui, sans droit, offre, distribue, vend, fait le courtage, procure, prescrit, met dans le commerce ou cède,

celui qui, sans droit, possède, détient, achète ou acquiert d'une autre manière,

celui qui prend des mesures à ces fins,

celui qui finance un trafic illicite de stupéfiants ou sert d'intermédiaire pour son financement,

celui qui, publiquement, provoque à la consommation des stupéfiants ou révèle des possibilités de s'en procurer ou d'en consommer,

est passible, s'il a agi intentionnellement, d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. Dans les cas graves, la peine sera une peine privative de liberté de un an au moins qui pourra être cumulée avec une peine pécuniaire<sup>55</sup>.

2. Le cas est grave notamment lorsque l'auteur

- a. sait ou ne peut ignorer que l'infraction porte sur une quantité de stupéfiants qui peut mettre en danger la santé de nombreuses personnes,
- b. agit comme affilié à une bande formée pour se livrer au trafic illicite des stupéfiants,
- c. se livre au trafic par métier et qu'il réalise ainsi un chiffre d'affaires ou un gain important.

<sup>52</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1970 (RO 1970 9 13; FF 1968 I 784).

<sup>53</sup> RS 311.0

<sup>54</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

<sup>55</sup> Nouvelle teneur du membre de phrase selon le ch. 3 de l'annexe à la LF du 13 déc. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO 2006 3459 3535; FF 1999 1787).

3. Si l'auteur agit par négligence dans les cas visés sous ch. 1 ci-dessus, il est passible d'une peine privative de liberté d'un an au plus ou d'une peine pécuniaire<sup>56</sup>.

4. L'auteur d'une infraction commise à l'étranger, appréhendé en Suisse et qui n'est pas extradé, est passible des peines prévues sous ch. 1 et 2, si l'acte est réprimé dans le pays où il l'a perpétré.

#### **Art. 19a<sup>57</sup>**

1. Celui qui, sans droit, aura consommé intentionnellement des stupéfiants ou celui qui aura commis une infraction à l'art. 19 pour assurer sa propre consommation est passible de l'amende<sup>58</sup>.

2. Dans les cas bénins, l'autorité compétente pourra suspendre la procédure ou renoncer à infliger une peine. Une réprimande peut être prononcée.

3. Il est possible de renoncer à la poursuite pénale lorsque l'auteur de l'infraction est déjà soumis, pour avoir consommé des stupéfiants, à des mesures de protection, contrôlées par un médecin, ou s'il accepte de s'y soumettre. La poursuite pénale sera engagée, s'il se soustrait à ces mesures.

4. Lorsque l'auteur sera victime d'une dépendance aux stupéfiants, le juge pourra ordonner son renvoi dans une maison de santé. L'art. 44 du code pénal suisse<sup>59</sup> est applicable par analogie.

#### **Art. 19b<sup>60</sup>**

Celui qui se borne à préparer pour lui-même la consommation de stupéfiants ou à permettre à des tiers d'en consommer simultanément en commun après leur en avoir fourni gratuitement, n'est pas punissable s'il s'agit de quantités minimales.

#### **Art. 19c<sup>61</sup>**

Celui qui, intentionnellement, décide ou tente de décider quelqu'un à consommer sans droit des stupéfiants est passible de l'amende.

<sup>56</sup> Nouvelle teneur du membre de phrase selon le ch. 3 de l'annexe à la LF du 13 déc. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO **2006** 3459 3535; FF **1999** 1787).

<sup>57</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>58</sup> Nouvelle expression selon le ch. 3 de l'annexe à la LF du 13 déc. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO **2006** 3459 3535; FF **1999** 1787). Il a été tenu compte de cette modification dans tout le présent texte.

<sup>59</sup> RS **311.0**. Actuellement "l'art. 60".

<sup>60</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>61</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

**Art. 20**

1.<sup>62</sup> Celui qui présente une demande contenant de fausses indications pour se procurer ou procurer à autrui un permis d'importation, de transit ou d'exportation,

celui qui, sans autorisation, à l'intérieur du pays ou à l'étranger, détourne de leur lieu de destination des stupéfiants ou des substances au sens de l'art. 3, al. 1, pour lesquels il possède un permis suisse d'exportation,<sup>63</sup>

le médecin, le médecin-dentiste, le médecin-vétérinaire ou le pharmacien qui emploie ou dispense des stupéfiants en dehors des cas que prévoient les art. 11 et 13, et le médecin ou le médecin-vétérinaire qui prescrit des stupéfiants en dehors de ces cas,

est passible, s'il a agi intentionnellement, d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. Dans les cas graves, la peine sera une peine privative de liberté d'un an au moins qui pourra être cumulée avec une peine pécuniaire<sup>64</sup>.

2. Si le délinquant a agi par négligence, il est passible de l'amende.

**Art. 21**

1. Celui qui n'établit pas les bulletins de livraison et ne tient pas les contrôles prescrits ou qui inscrit de fausses indications ou néglige de consigner celles qui sont requises par les art. 16 et 17, al. 1,

celui qui fait usage de bulletins de livraison ou de registres contenant des indications fausses ou incomplètes,

est passible, s'il a agi intentionnellement, d'une peine privative de liberté de deux ans au plus ou d'une peine pécuniaire<sup>65</sup>.

2. Si le délinquant a agi par négligence, il est passible de l'amende.

**Art. 22**

Celui qui contrevient aux prescriptions de la présente loi ou à ses dispositions d'exécution est passible de l'amende, s'il n'y a pas infraction au sens des art. 19 à 21.

**Art. 23<sup>66</sup>**

<sup>1</sup> Si un fonctionnaire chargé de l'exécution de cette loi commet intentionnellement une infraction au sens des art. 19 à 22, les pénalités sont aggravées de manière adéquate.

<sup>62</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>63</sup> Nouvelle teneur du par. selon le ch. I de la LF du 24 mars 1995, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1996 (RO **1996** 1677 1678; FF **1994** III 1249).

<sup>64</sup> Nouvelle teneur du par. selon le ch. 3 de l'annexe à la LF du 13 déc. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO **2006** 3459 3535; FF **1999** 1787).

<sup>65</sup> Nouvelle teneur du membre de phrase selon le ch. 3 de l'annexe à la LF du 13 déc. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO **2006** 3459 3535; FF **1999** 1787).

<sup>66</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>2</sup> Le fonctionnaire chargé de combattre le trafic illicite de stupéfiants qui, à des fins d'enquête, accepte une offre de stupéfiants n'est pas punissable même s'il ne dévoile pas son identité et sa fonction.<sup>67</sup>

#### Art. 24<sup>68</sup>

Les avantages pécuniaires illicites qui se trouvent en Suisse seront également acquis à l'Etat lorsque l'infraction aura été commise à l'étranger. A défaut de for selon l'art. 348 du code pénal suisse<sup>69</sup>, le canton dans lequel se trouvent les biens est compétent pour la confiscation.

#### Art. 25<sup>70</sup>

#### Art. 26

A défaut de prescriptions de la présente loi, sont applicables les dispositions générales du code pénal suisse<sup>71</sup>.

#### Art. 27

<sup>1</sup> Sont réservées les dispositions spéciales du code pénal suisse<sup>72</sup> et les prescriptions de la loi fédérale du 8 décembre 1905 sur le commerce des denrées alimentaires et de divers objets usuels<sup>73</sup>.

<sup>2</sup> En cas d'importation, d'exportation ou de transit illégaux de stupéfiants selon l'art. 19, les dispositions pénales de la loi fédérale du 1<sup>er</sup> octobre 1925 sur les douanes<sup>74</sup> et de l'arrêté du Conseil fédéral du 29 juillet 1941 instituant un impôt sur le chiffre d'affaires<sup>75</sup> ne sont pas applicables.<sup>76</sup>

<sup>67</sup> Nouvelle teneur selon l'art. 24 ch. 2 de la LF du 20 juin 2003 sur l'investigation secrète, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2005 (RS 312.8).

<sup>68</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

<sup>69</sup> RS 311.0. Actuellement "l'art. 342".

<sup>70</sup> Abrogé par le ch. I de la LF du 20 mars 1975 (RO 1975 1220; FF 1973 I 1303).

<sup>71</sup> RS 311.0

<sup>72</sup> RS 311.0

<sup>73</sup> [RS 4 475; RO 1979 1758, 1985 1992 ch. I 1, 1991 362 ch. II 404. RO 1995 1469 art. 58 let. a]. Voir actuellement la LF du 9 oct. 1992 sur les denrées alimentaires (RS 817.0).

<sup>74</sup> [RS 6 469; RO 1956 635, 1959 1397 art. 11 ch. III, 1973 644, 1974 1857 annexe ch. 7, 1980 1793, 1992 1670 ch. III, 1994 1634 ch. I 3, 1995 1816, 1996 3371 annexe 2 ch. 2, 1997 2465 appendice ch. 13, 2000 1300 art. 92 1891 ch. VI 6, 2002 248 ch. I 1 art. 41, 2004 4763 annexe ch. II 1, 2006 2197 annexe ch. 50. RO 2007 1411 art. 131 al. 1]. Voir actuellement la loi du 18 mars 2005 sur les douanes (RS 631.0).

<sup>75</sup> [RS 6 176; RO 1950 1511 art. 4, 5, 1954 1349 art. 2, 1958 491, 1959 1397 art. 11 ch. IV 1682 ch. I let. B 1759, 1971 940, 1973 644 ch. II 2 1061, 1974 1857 annexe ch. 28, 1982 142, 1987 2474, 1992 288 annexe ch. 27. RO 1994 1464 art. 82]. Voir actuellement la LF du 2 sept. 1999 régissant la taxe sur la valeur ajoutée (RS 641.20).

<sup>76</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 14 déc. 1984 (RO 1985 412; FF 1984 II 671 665 679).

**Art. 28**

<sup>1</sup> La poursuite pénale incombe aux cantons.

<sup>2</sup> Les jugements, prononcés administratifs ayant un caractère pénal et ordonnances de non-lieu doivent être communiqués immédiatement, en expédition complète, au Ministère public de la Confédération, à l'intention du Conseil fédéral.

**Chapitre 5 Office central****Art. 29<sup>77</sup>**

<sup>1</sup> L'Office fédéral de la police est l'office central suisse chargé de réprimer le trafic illicite des stupéfiants. Il collabore, dans les limites des prescriptions en vigueur sur l'entraide judiciaire et de la pratique suivie en la matière, à la lutte menée par les autorités d'autres Etats contre le trafic illicite des stupéfiants. Il recueille les renseignements propres à prévenir les infractions à la présente loi et à faciliter la poursuite des délinquants. Pour l'exécution de ces tâches, il est en rapport avec les offices intéressés de l'administration fédérale (Office fédéral de la santé publique, ...<sup>78</sup>, Direction générale des douanes), la Direction générale de La Poste Suisse, l'entreprise fédérale de télécommunications, les autorités cantonales de police, les offices centraux des autres pays et l'Organisation internationale de police criminelle – INTERPOL.<sup>79</sup>

<sup>2</sup> En matière d'entraide judiciaire internationale, les dispositions de la loi fédérale du 15 juin 1934 sur la procédure pénale<sup>80</sup> sont applicables lors de la recherche de preuves dans des causes pénales concernant des stupéfiants.

<sup>3</sup> Les cantons doivent signaler à temps à l'office central toute poursuite pénale engagée pour réprimer une infraction à la présente loi.

<sup>4</sup> Est réservé le droit du procureur général de la Confédération d'ordonner des recherches dans les limites de l'art. 259 de la loi fédérale sur la procédure pénale. Ce droit peut également être exercé pour l'exécution des demandes d'entraide judiciaire de l'étranger.

<sup>77</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1970 (RO **1970** 9 13; FF **1968** I 784).

<sup>78</sup> La désignation de l'unité administrative a été supprimée en application de l'art. 16 al. 3 de l'O du 17 nov. 2004 sur les publications officielles (RS **170.512.1**).

<sup>79</sup> Nouvelle teneur selon le ch. 19 de l'appendice à la loi du 30 avril 1997 sur l'organisation de la Poste, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RS **783.1**).

<sup>80</sup> RS **312.0**

## Chapitre 6 Dispositions finales

### Art. 30

<sup>1</sup> Les cantons et la Commission fédérale des stupéfiants entendus, le Conseil fédéral édicte les ordonnances et les arrêtés nécessaires pour appliquer la présente loi.

<sup>2</sup> Il fixe la composition de cette commission, en détermine le champ d'activité et en nomme les membres sur la proposition du Département fédéral de l'intérieur.

### Art. 31

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral fixe le montant des émoluments que l'institut perçoit pour les autorisations d'importation, d'exportation et de fabrication délivrées. Il peut lui déléguer cette compétence.<sup>81</sup>

<sup>2</sup> Il édicte des prescriptions particulières pour l'acquisition, l'emploi, le contrôle et la détention des stupéfiants nécessaires à l'armée.

<sup>3</sup> Lorsqu'il délivre des autorisations à des organisations au sens de l'art. 14a, le Conseil fédéral édicte dans chaque cas des dispositions réglant les droits accordés, les conditions détaillées de leur exercice ainsi que le mode de contrôle. Le cas échéant, il peut édicter, lors de la réglementation du contrôle, des prescriptions qui dérogent à la loi.<sup>82</sup>

### Art. 32<sup>83</sup>

L'institut établit les rapports que prévoient les conventions internationales.

### Art. 33

Les autorités cantonales compétentes et l'institut mettent en sûreté les stupéfiants qui leur sont confiés en exécution de la présente loi et il leur incombe de les vendre ou de les détruire.

### Art. 34

<sup>1</sup> Les cantons édictent les dispositions nécessaires de la législation fédérale et désignent les autorités et organes compétents pour:

- a. accorder les autorisations (art. 4 et 14);
- b. recueillir les dénonciations des cas de dépendance et leur donner la suite qu'ils appellent (art. 15);
- c. procéder aux contrôles (art. 16 à 18);

<sup>81</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II 3 de l'annexe à la loi du 15 déc. 2000 sur les produits thérapeutiques, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2002 (RS **812.21**).

<sup>82</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1970 (RO **1970** 9 13; FF **1968** I 784).

<sup>83</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

- d. engager les poursuites pénales (art. 28) et retirer les autorisations de faire le commerce des stupéfiants (art. 12);
- e. surveiller les autorités et organes mentionnés sous let. a à d ainsi que les institutions de traitement et d'assistance agréées.<sup>84</sup>

<sup>2</sup> Les dispositions cantonales d'exécution sont communiquées au Département fédéral de l'intérieur.<sup>85</sup>

<sup>3</sup> Les cantons peuvent percevoir des taxes pour l'octroi des autorisations (art. 4 et 14), pour les dispositions particulières qu'ils prennent et les contrôles qu'ils font.

#### **Art. 35**<sup>86</sup>

#### **Art. 36**

Les gouvernements cantonaux adressent chaque année au Conseil fédéral un rapport sur l'application de la loi et les observations qu'elle a suscitées.

#### **Art. 37**

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur de la présente loi.

<sup>2</sup> Dès l'entrée en vigueur de la présente loi, sont abrogées la loi fédérale du 2 octobre 1924 sur les stupéfiants<sup>87</sup>, ainsi que les dispositions contraires des lois et ordonnances fédérales et cantonales.

Date de l'entrée en vigueur: 1<sup>er</sup> juin 1952<sup>88</sup>

<sup>84</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1975 (RO **1975** 1220 1228; FF **1973** I 1303).

<sup>85</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II 401 de la LF du 15 déc. 1989 relative à l'approbation d'actes législatifs des cantons par la Confédération, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> fév. 1991 (RO **1991** 362 369; FF **1988** II 1293).

<sup>86</sup> Abrogé par le ch. I de la LF du 20 mars 1975 (RO **1975** 1220; FF **1973** I 1303).

<sup>87</sup> [RS 4 449]

<sup>88</sup> ACF du 4 mars 1952 (RO **1952** 251).