



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**
FACULTÉ DE MÉDECINE

h e d s

Haute école de santé
Genève

Toxicomanie: « Rencontre d'un individu, d'un produit, d'une société »



Photo: Agathe Evain

Audrey Davy
Agathe Evain
3^e année de Médecine

Lidia Rossel
Noémi Schmutz
2^e BSc Nutrition et diététique

Travail réalisé sous la tutelle du Dr. Jean-François Etter, Institut de médecine sociale et préventive

TABLE DES MATIERES

1. Résumé	3
2. Introduction	4
a. Immersion en communauté	4
b. Intérêt et choix du sujet	4
3. Problématique de la toxicomanie	5
a. Définition	5
b. Facteurs de risque	6
c. Les styles de consommation	7
d. Importance du problème: quelques statistiques	8
e. Substances illicites: description de trois drogues	9
4. La politique de la drogue en Suisse	13
a. Introduction	13
b. Organisation et acteurs dans le domaine de la drogue	14
c. Les quatre piliers :	14
1. La prévention	14
2. La thérapie	16
3. La réduction des risques	17
4. La répression	19
5. Méthodologie	22
a. Choix des intervenants	22
b. Déroulement des entretiens	23
6. Nos rencontres sur le terrain	24
- Service Santé Jeunesse (Genève)	24
- Drop-In (Neuchâtel)	25
- PEPS (Genève)	27
- Clinique Belmont (Genève)	29
- Argos (Genève)	30
- HUG: Service de Médecine de Premier Recours (Genève)	31
- HUG: Service d'addictologie (Genève)	32
- Phénix (Genève)	33
- Réseau Contact (Bienne)	34
- Première Ligne (Genève)	36
- Task Force Drogue (Genève)	37
- Antenne Drogue Famille (Genève)	38
- Yucca (Bienne)	40
- Pasteur de rue (Bienne)	41
- Témoignages	42
7. Conclusion	46
8. Remerciements	50
9. Bibliographie	55

1. Résumé

La toxicomanie est une maladie multifactorielle se déclarant lors d'une consommation problématique de substances. L'offre et la demande en matière de drogue étant difficiles à contrôler et impossibles à éradiquer, la Suisse a élaboré un programme d'action dont le but est de limiter les dégâts liés à la drogue dans différents domaines. Quatre piliers sont ainsi en place : la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression.

Après une description générale de la toxicomanie et de quelques substances problématiques, nous détaillerons les différents axes de lutte contre les problèmes liés à la toxicomanie. L'action sur le terrain sera décrite au moyen de rapports exposant l'activité de divers acteurs.

2. Introduction

a. Immersion en communauté

La toxicomanie est une rivière turbulente dans laquelle chacun peut tomber. Cette chute, heureusement, peut être prévenue par des mesures prises tant par le gouvernement (les lois, l'éducation) que par la société au sens large du terme (les associations, les professionnels de la santé, les écoles, les individus, etc.).

Mais l'action ne s'arrête pas là. Une fois dans le courant, une catastrophe est vite arrivée: maladie, destruction de soi, des autres, délinquance, décès. Là encore, différents acteurs entrent en jeu pour secourir ces naufragés.

Quand ils ont retrouvé la terre ferme, les rescapés sont encore fragiles et présentent malheureusement toujours un risque de rechuter.

C'est pourquoi, là encore, différentes aides leur sont proposées afin d'écartier définitivement le danger.

b. Intérêt et choix du sujet

La toxicomanie est un problème communautaire croissant et actuel. Elle touche, de près ou de loin, toutes les couches sociales ainsi que tous les âges, d'ailleurs de plus en plus jeunes, et les liens s'en retrouvent fragilisés. Dans son parcours, le drogué croise de nombreuses personnes, professionnelles ou non, impliquées dans différents domaines.

Cette problématique englobe les aspects médicaux, sociaux, politiques, économiques et éthiques. Nous avons voulu donc partir à la rencontre d'un individu, d'une substance et d'une société.

3. Problématique de la toxicomanie

Pour avoir une idée complète et globale de la toxicomanie, nous aborderons tout d'abord différentes définitions, les facteurs de risque, les types de consommation, puis quelques statistiques et enfin brièvement trois drogues illégales.

a. Définition

L'OMS définit la toxicomanie comme un état de dépendance physique et/ou psychique vis-à-vis d'un produit, s'établissant chez un sujet à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci.¹ Elle préfère au terme de « toxicomanie » celui de « pharmacodépendance ».

Conformément à la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10), on peut parler de dépendance lorsqu'au minimum trois des critères suivants sont présents sur une période d'un an et ont persisté au moins un mois ou sont survenus de manière répétée:

- désir puissant de consommer
- difficulté à contrôler la consommation
- syndrome de sevrage physique, lors d'arrêt ou de réduction de la consommation
- tolérance accrue (la dose doit être augmentée pour obtenir le même effet)
- désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation
- poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives

L'individu s'organise autour de la recherche de la consommation de la substance, dont le manque entraîne des souffrances psychiques, physiques, sociales, et parfois des problèmes juridiques dus au statut illégal de certaines drogues.

Physiologiquement, toutes les substances addictives ont le même effet final: elles augmentent la quantité de dopamine dans le cerveau. La dopamine est un neurotransmetteur impliqué dans le système de la récompense. Elle est entre autres synthétisée par des neurones des régions cérébrales constituant le système hédonique ou système de récompense. Ce système est inclus dans le système limbique où naissent nos réactions primaires, telles que les désirs et besoins vitaux (se nourrir, réagir aux agressions, se reproduire). Pour assurer la survie de son possesseur, le système limbique doit inciter ces comportements et le fait grâce à la dopamine qui récompense ces fonctions vitales par un plaisir. En augmentant l'action de la dopamine, les drogues « miment » donc l'effet agréable lié à leur consommation, à l'origine de la dépendance.

La dépendance physique traduit l'adaptation du métabolisme à la présence de la drogue, dont il a besoin pour fonctionner. Si l'on diminue ou arrête sa consommation, les symptômes de sevrage apparaissent et sont les plus aigus lors des premiers jours, mais peuvent durer beaucoup plus longtemps. Selon le DSM-IV, il y a dépendance physique s'il y a tolérance et symptômes de sevrage lors de l'arrêt: ces critères sont présents pour la plupart des drogues illicites. La majeure partie des substances peuvent causer

¹ OMS, 2010

également une dépendance psychique. Le consommateur ne peut plus imaginer sa survie sans la drogue.

b. Facteurs de risque

Les facteurs de risques de la toxicomanie, généralement indicateurs de la gravité du trouble, peuvent être classés en deux catégories: les facteurs individuels et environnementaux. Les modalités de consommation sont, quant à elles, corrélées aux facteurs de risque, mais surtout plus aisément repérables.

1. Facteurs individuels²

Le tempérament ou la personnalité de l'individu est le facteur de risque majeur. Ces composantes incluent:

- un haut niveau de recherche de performance, de sensations, de nouveautés et de réactivité émotionnelle
- un faible évitement du danger
- une faible estime de soi
- une résolution de problèmes difficile
- des relations instables ou insatisfaisantes
- une incapacité d'auto-contrôle
- une difficulté à verbaliser les affects
- un isolement social
- une angoisse de séparation
- une intolérance à la frustration
- un abus sexuel (tant pour les femmes que pour les hommes)
- un trouble de la personnalité (personnalité anti-sociale, limite ou abandonnique)
- un trouble de l'humeur: les dysthymies précèdent généralement la consommation et des dépressions majeures ou bipolarités sont des conséquences de la consommation

Certains auteurs mentionnent qu'un contexte familial instable serait un facteur environnemental, mais nos observations et discussions ont révélé que ce sont davantage les relations entretenues avec les membres familiaux qui influencent la vulnérabilité de l'individu. Par ailleurs, une vulnérabilité génétique est actuellement étudiée. Est-ce une génétique particulière ou l'imitation des parents qui mène à la toxicomanie ?

Certes, des événements traumatisants sont à même d'augmenter le risque de toxicomanie, mais on retiendra avant tout la manière dont le sujet perçoit l'événement et sa manière d'y faire face (résilience).

2. Facteurs environnementaux

- l'exposition et la facilité d'accès aux produits
- la (non-)consommation familiale
- les facteurs culturels
- le contexte social
- les pairs (appartenance à un groupe tant pour l'abstinence que pour la consommation et facteur d'entretien du trouble)

² Rahioui & Reynaud, 2006, p.19

3. Les modalités de consommation

- la précocité
- la consommation auto-thérapeutique visant à réduire un état d'angoisse
- le comportement excessif ou consommation à risque
- la polyconsommation

Les facteurs de risque permettent de cibler l'action préventive ainsi que les soins et ne sont pas réservés à la prévention primaire, mais peuvent également être des facteurs de risque de la rechute. La connaissance des facteurs est donc un élément primordial pour une prévention de qualité. Ils permettent parfois de comprendre l'origine du trouble. Au cours de nos immersions, nous avons été frappées par le caractère hétéroclite de la population toxicomane et en déduisons ainsi qu'il est impossible de dresser le « profil type » du toxicomane.

c. Les styles de consommation

On distingue différents « stades » de consommation ou différentes relations que l'on peut entretenir avec un produit.

- **L'abstinence**: quels qu'en soient les motifs, le produit n'est pas essayé
- **L'expérimentation**: le produit est expérimenté par curiosité, par la recherche de nouvelles expériences, de plaisir, afin de s'adapter à la norme du groupe ou sous la pression des pairs

« Beaucoup de mes amis me disent qu'après avoir fumé un joint on se sent mieux et que d'essayer juste une fois ne nuirait pas à ma santé ».

- **Usages récréatifs ou occasionnels**: on consomme par recherche de plaisir, de convivialité et de sensation d'ivresse

« Je fume des joints de temps en temps ».

- **Usages intensifs et abusifs**: les motifs souvent évoqués par ce type d'usage sont l'ennui, l'oubli, la fuite de la réalité, ils peuvent être caractérisés par différentes problématiques

« Tous les week-ends, je me pète aux joints pour oublier mes soucis ».

- **Dépendance**: il s'agit d'une perte de maîtrise de la consommation. La personne dépendante abandonne souvent des sources d'intérêt au profit des substances; outre la dépendance psychique, une dépendance physique peut s'installer, selon les produits.

« Je ne peux plus me passer de cannabis ».

d. Importance du problème: quelques statistiques

En 2007, l'Enquête suisse sur la santé a été effectuée³. Elle a permis de constater que 19.7% des personnes interrogées âgées de 15 ans affirmaient avoir déjà consommé des drogues illégales. Pour la plupart, il s'agissait uniquement du cannabis. La proportion des personnes ayant fait usage de cannabis au moins une fois dans leur vie a nettement augmenté ces dix dernières années.

En comparaison avec 1997, une proportion plus élevée de personnes avaient consommé au moins une fois dans leur vie de la cocaïne dans une proportion de deux hommes pour une femme (3,8% et 1,7%).

La consommation des autres drogues illégales est restée relativement stable ces dix dernières années.

Proportion des personnes de 15 ans et plus **ayant une expérience avec des drogues illégales** (comparaison des années 1997, 2002 et 2007) en %

ADDITION | INFO | SUISSE

Sources: pour 1997: ISPA (1999). Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 1997. Pour le cannabis n = 12 989 pour 2002: ISPA (2004). Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2002. Pour le cannabis n = 19 678 pour 2007: ISPA (2009). Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2007. Pour le cannabis n = 18 702

	Femmes			Hommes			Total		
	1997	2002	2007	1997	2002	2007	1997	2002	2007
Cannabis	9.9	11.6	14.8	18.9	20.3	24.4	14.2	15.8	19.4
Héroïne	0.3	0.3	0.4	0.7	0.9	1.1	0.5	0.6	0.7
Cocaïne	1.0	1.1	1.7	2.2	2.5	3.8	1.6	1.7	2.8
Méthadone	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2	0.4	0.2	0.1	0.2
Ecstasy	0.7	0.7	1.2	1.3	1.5	2.5	1.0	1.1	1.8
Autres	1.0	0.9	1.2	2.2	2.3	2.9	1.5	1.6	2.0

Une telle enquête sur la consommation de drogues illégales sous-estime probablement le nombre de sujets ayant eu une expérience de consommation, car toutes les personnes n'indiquent pas leur usage. En outre, les personnes marginalisées qui ont une forte consommation sont difficilement atteignables par une telle enquête.

³ ISPA, 2009

e. Substances illicites: description de trois drogues

LE CANNABIS

1. L'origine



(Tiré de: Kotzot, 2010)

Le cannabis, ou chanvre, est une plante originaire de l'Himalaya, connue et utilisée depuis des millénaires pour soulager divers troubles comme les douleurs et les troubles de sommeil. Aujourd'hui encore, certains pays (dont la Suisse) en autorisent la prescription à des fins purement médicales.⁴

2. Quelques chiffres

Selon l'Enquête suisse sur la santé parue en 2007, 20% des personnes âgées de plus de 15 ans ont déjà consommé du cannabis. 3.4% en consomment « actuellement ». 14 ans est en moyenne l'âge de la première consommation de cannabis. Parmi les jeunes de 15 à 19 ans, 30.7% des hommes et 16.7% des femmes ont déjà pris du cannabis.

3. Le mécanisme d'action

Le principe actif du cannabis est le THC (tétrahydrocannabinol). Il se lie sur les récepteurs aux cannabinoïdes des neurones du système hédonique et empêche la libération de neurotransmetteurs inhibiteurs comme le GABA. Ainsi, les neurones peuvent sécréter de la dopamine sans régulation négative, activant le système de récompense.

4. Les effets

L'herbe et le haschich sont les formes les plus courantes du cannabis. Elles sont fumées. L'huile, très concentrée, est également fumée. Enfin, le cannabis peut être mangé avec de la nourriture (« space cakes »).

Les consommateurs de tous âges utilisent le cannabis pour ses effets de plaisir et de détente. Les perceptions (visuelles, temporelles) et la mémoire sont altérées. L'état initial du consommateur influence aussi l'effet du cannabis : chez une personne qui va mal, l'euphorie peut se transformer en déprime.

Les conséquences physiques comprennent des palpitations, un gonflement des vaisseaux sanguins et des nausées.

Le cannabis augmente le risque d'apparition de psychoses (notamment la schizophrénie) chez les sujets vulnérables plus tard dans la vie, en accélérant le développement ou précipitant le cours de la maladie.⁵

Les effets nocifs du cannabis sont plus faibles que ceux d'autres drogues comme la cocaïne et l'héroïne, amenant la population à sous-estimer les conséquences de son usage. Ce dernier, s'il est répété et abusif peut entraîner une dépendance psychique.

La consommation d'autres drogues, notamment la cocaïne et l'héroïne, s'accompagne la plupart du temps également de prise de cannabis. Il n'est toutefois pas possible d'affirmer que l'usage du cannabis conduit à la consommation d'autres substances, car de nombreux autres facteurs sont à prendre en compte.

⁴ ISPA, 2005

⁵ Minerva, 2008

LA COCAÏNE

1. L'origine

La cocaïne (coke, coca, neige) est extraite des feuilles du cocaïer. La coca est utilisée depuis les sociétés Inca pour ses vertus tonifiantes et anesthésiantes. Au XIXe siècle, l'industrie pharmaceutique usa de ses propriétés, en particulier pour atténuer la douleur. Depuis les années 1970, la cocaïne est une drogue à deux visages: drogue de la jet set, dont les acteurs recherchent stimulation et performance, et drogue de la misère, puisqu'elle est souvent consommée par les héroïnomanes et sous forme de crack dans certains quartiers populaires.

«La cocaïne, c'est le diable dans un flacon! »

M. Boulgakov, Morphine

2. Quelques chiffres

D'après l'Enquête suisse sur la santé, l'usage de cocaïne est en hausse: en 2007, 4.4% des personnes de 15 à 39 ans ont consommé au moins une fois de la cocaïne (6.1% sont des hommes, 2.6% sont des femmes). Ces proportions sont en augmentation.⁶

3. Le mécanisme d'action

Le principe actif est l'alcaloïde cocaïne transformé en hydrochloride de cocaïne. C'est sous cette forme que la drogue circule le plus, souvent coupée avec d'autres produits, de sorte que la matière finale ne contient que 20% de cocaïne pure.

La cocaïne empêche la recapture des neurotransmetteurs, en particulier de la dopamine. Moins rapidement éliminée, cette dernière peut agir plus longtemps sur le système de récompense.

4. Les effets

La cocaïne peut être sniffée par voie nasale, injectée dans le sang, fumée (le crack, le freebase) ou ingérée. La cocaïne sniffée agit rapidement et de manière intense : c'est le flash, ou « high ». L'effet dure quinze à trente minutes. La cocaïne injectée ou inhalée agit plus rapidement.

Les effets psychiques comprennent une stimulation tant intellectuelle (euphorie, suppression de la douleur, de l'appétit, du sommeil) que physique (stimulation du cœur, contraction des vaisseaux). Après l'euphorie induite par la drogue, c'est le « crash », pouvant conduire à une dépression, voire à des comportements suicidaires. Ces sentiments étayent le désir de reprendre une dose. Peu à peu, le consommateur devient dépendant. C'est le « craving », qui se traduit par un besoin impérieux de combler le manque et des symptômes de sevrage (tremblements, agitation, céphalées, insomnie, troubles digestifs, etc.).

Sans prise, la personne dépendante ressent les effets inverses à celui induit par la cocaïne (le « coming down »).

Au début de la consommation, on observe une sensibilisation, c'est-à-dire que l'effet d'une prise est plus puissant que la précédente. Avec le temps, il y a apparition d'une tolérance. Pour obtenir les mêmes sensations, le consommateur doit augmenter les doses, amplifiant ainsi le risque de déclin de la santé et de surdosage fatal.

⁶ ISPA, 2007

L'HEROÏNE

1. L'origine



(Tiré de: Libertas Occidentalis, 2010)

L'héroïne (du mot « héroïque ») est issue de l'opium, un suc séché recueilli sur le pavot. Les produits dérivés de l'opium furent utilisés comme remèdes depuis des siècles et furent produits en grande quantité dès la fin du XIXe siècle par les industries pharmaceutiques.

Au vu des conséquences sociales et sanitaires inhérentes à la consommation d'héroïne, la Suisse la considéra dès 1924 comme une drogue mortelle. A partir de cette année, l'Etat contrôla sa fabrication, son commerce et sa prescription. L'usage de l'héroïne fut véritablement interdit en 1975, sauf pour des motifs médicaux ou scientifiques.

A la fin des années 80 apparurent en Suisse des scènes ouvertes de drogues qui exposaient les héroïnomanes à la société. Les infections liées à la consommation, notamment le VIH, la criminalité et la prostitution utilisés par les consommateurs pour financer leurs doses augmentèrent également. C'est en 1999 que la prescription médicale d'héroïne, la distribution de seringues et la création de centre d'accueil et de contact se généralisèrent.⁷



(Tiré de: Cyberpharmacie, 2010)

2. Quelques chiffres

En 2006, 1% des élèves de 15 ans ont reconnu avoir déjà consommé de l'héroïne. En se basant sur les statistiques du traitement à la méthadone, des décès et dénonciations liés à la drogue, on estime le nombre d'héroïnomanes entre 18 500 et 25 500 en Suisse (en 2002).⁸

65% des personnes toxicodépendantes sont en traitement, principalement avec de la méthadone.

3. Le mécanisme d'action

L'héroïne est produite en faisant cuire de la morphine avec de l'anhydride acétique. Elle est souvent coupée avec d'autres substances, aussi bien des drogues telles que la cocaïne (dans le speedball) que des substances nocives comme le plâtre ou les analgésiques. Il est ainsi difficile de savoir la quantité et la qualité réelle d'héroïne contenue dans une dose et, partant, l'effet de la prise.

Après consommation, cet euphorisant atteint le cerveau où il est transformé en morphine. Cette dernière se lie aux récepteurs d'endorphines. Elle diminue également l'action inhibitrice des neurones GABA sur les neurones dopaminergiques, qui peuvent sécréter plus de dopamine.

⁷ ISPA, 2008

⁸ ISPA, 2008

4. Les effets

L'héroïne est couramment injectée dans le sang (le « fix »). Elle est également sniffée, fumée (« chasser le dragon »), voire ingérée.

L'effet d'une prise commence en quelques secondes et dure entre trois et cinq heures. Il est décrit comme un « flash » qui se traduit par une sensation de bien-être extraordinaire et d'insouciance. Mais très vite, la somnolence et le repli sur soi prennent le relais.

Physiquement, on observe parfois des nausées, des vertiges et un ralentissement du rythme cardiaque. En outre, l'héroïne diminue la toux, les troubles respiratoires et la diarrhée. Le surdosage n'est pas rare et souvent mortel.

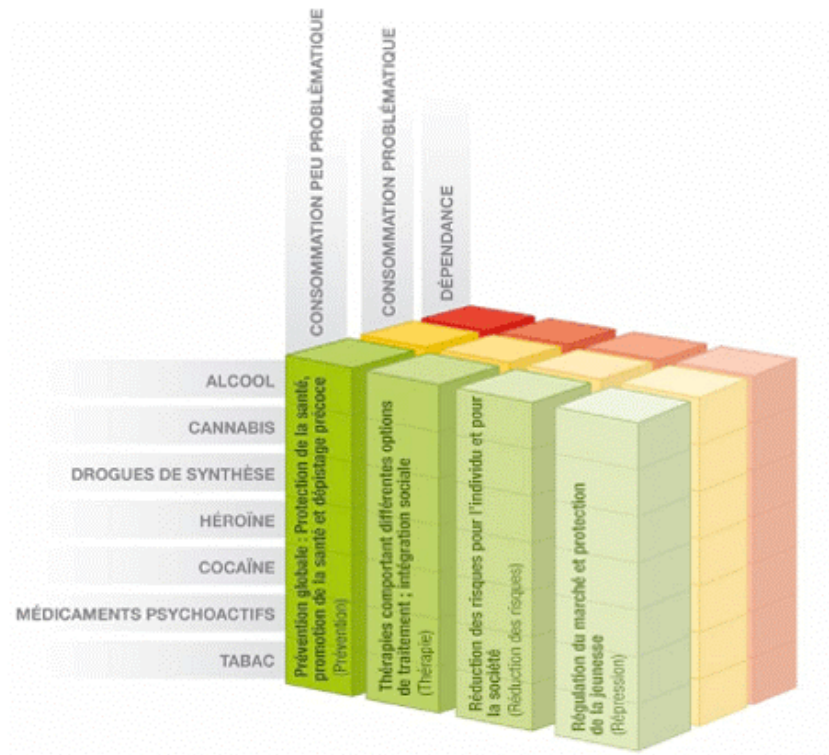
Le corps s'habituant au produit, l'héroïnomane dépendant a besoin d'accroître la quantité de produit et la fréquence des prises pour ressentir le même effet. Au fil des prises, les effets disparaissent et le toxicodépendant prend de l'héroïne dans l'unique but de ne pas ressentir le manque et d'être le moins mal possible.

4. La politique de la drogue en Suisse

a. Introduction

La Confédération Suisse souhaite diminuer les problèmes de drogue en établissant trois objectifs:

1. Réduire la consommation de drogues
2. Réduire les conséquences négatives de la consommation pour les usagers
3. Réduire les conséquences négatives de la consommation pour la société



Pour ce faire, elle s'appuie depuis 1990 sur un modèle à quatre piliers:

1. Prévention
2. Thérapie
3. Réduction des risques
4. Répression

Le troisième programme de mesures établi par la Confédération pour les années 2006 à 2011 (ProMeDro III) souhaite améliorer la politique en harmonisant les diverses mesures et en permettant une plus grande coordination entre les quatre piliers.⁹

Ce modèle est novateur, progressiste, et son efficacité est internationalement reconnue. Ses effets les plus importants sont la diminution des décès liés à l'usage de drogue, la réduction de la criminalité, l'amélioration de la santé des toxicodépendants et la disparition des scènes ouvertes.

⁹ Confédération suisse, 2006

b. Organisation et acteurs dans le domaine de la drogue

La politique de la drogue concerne tous les niveaux de l'Etat – Confédération, cantons et communes. De plus, un grand nombre d'organisations et d'institutions généralement privées sont actives dans le domaine des drogues. La législation attribue des tâches différentes et complémentaires à ces divers acteurs¹⁰.

Voici brièvement les tâches de divers acteurs:

La Confédération: elle assure l'animation, le soutien et la coordination des différents acteurs de la politique de la drogue, en créant des plateformes adéquates. Elle ne dispose pas de la compétence de donner des directives aux autres acteurs et ne peut que promouvoir une coordination volontaire.

L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP): il est chargé de soutenir les acteurs impliqués dans la prévention, le traitement et la réduction des risques. De plus, il encourage la recherche scientifique en matière de drogues.

Les cantons: ils sont responsables d'appliquer les mesures de prévention, de thérapie, de réduction des risques et de la répression sur le terrain.

Les communes: beaucoup de cantons délèguent aux villes la responsabilité de la mise en place des différentes mesures. Parfois, elles assument une grande partie de la charge financière.

Autres acteurs: beaucoup d'institutions, d'organisations et d'associations privées sont chargées par les instances publiques de prendre et d'appliquer des mesures de politique de la drogue.

c. Les quatre piliers

La politique des addictions doit être centrée sur le patient et sur son parcours, avant, pendant et après un épisode de vie caractérisé par une dépendance pathologique, par des conduites addictives.

1. La prévention

Prévenir signifie certes éviter que les gens commencent à consommer de la drogue, mais aussi enrayer le développement d'une dépendance, autrement dit le passage d'une consommation de drogues impliquant peu de risques à une consommation problématique, voire à une addiction.

¹⁰ OFSP, 2010

Définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

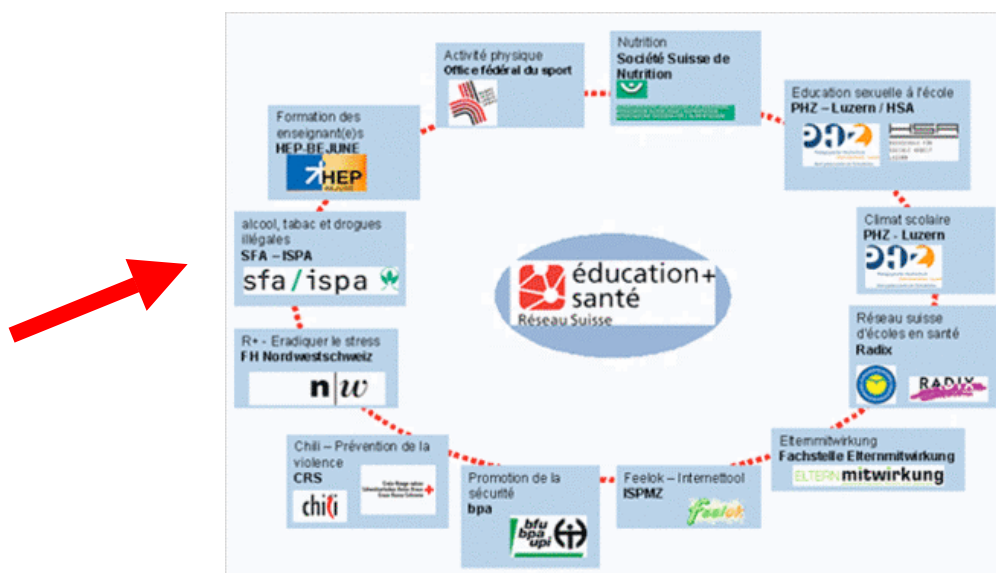
La **promotion de la santé** est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

La **prévention primaire** est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme.

La **prévention secondaire** se charge du dépistage précoce de symptômes et vise à éliminer ou à améliorer cette problématique. Elle s'adresse aux personnes à risque et à leur entourage. C'est la prise en charge du problème au tout début de l'apparition du trouble qui peut ainsi être enrayeré.

L'OFSP cible particulièrement les adolescents en privilégiant une prévention dite structurelle. Cette approche porte sur le changement des structures et de l'environnement, dans le but de modifier indirectement les comportements individuels. Elle diffère de la prévention comportementale qui cherche à agir directement sur les comportements. La prévention est peu centrée sur des substances particulières. Différents programmes pour la jeunesse, ainsi que des institutions et associations sont mis en place pour une prévention et une promotion de la santé:

- Info Réseau éducation et santé
- Prévention auprès des jeunes vulnérables
- Education + santé Réseau suisse: (ex: La santé s'apprend)
- Institutions pour enfants et adolescents (ex: Fil rouge)
- Prévention des dépendances dans les communes (ex: RADIX)
- Travail avec des jeunes (ex: centre de loisirs, publication)
- Institution travaillant sur la réduction des risques, la prévention de rechute ou le traitement



Collaboration entre Education+santé Réseau suisse et les écoles à travers différents centres de compétences tel que ISPA, qui s'occupe de la prévention des dépendances auprès des jeunes.

2. La thérapie

La thérapie offre aux personnes toxico-dépendantes la possibilité de sortir durablement de leur dépendance ou de garder cette perspective possible. Elle favorise également la santé et l'intégration sociale des personnes en traitement. En évitant la marginalisation sociale, la thérapie permet de diminuer les conséquences individuelles et collectives ainsi que les coûts que cela entraînerait.

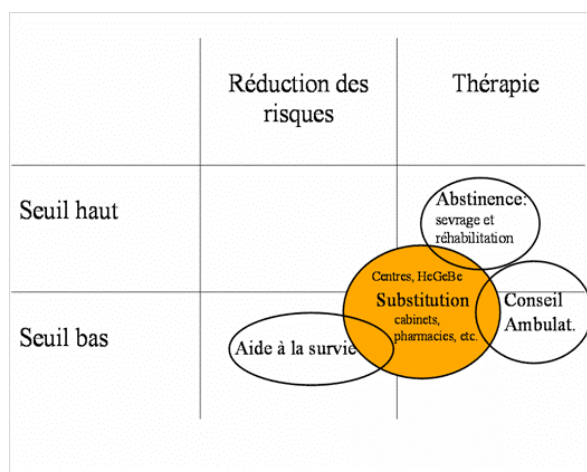
Les différentes offres en matière de traitement de la toxicomanie poursuivent les objectifs de soutenir l'intégration sociale, de promouvoir la santé physique et psychique et de permettre la sortie de la dépendance.

Nous décrivons les deux thérapies principales, celles de substitution et celle visant l'abstinence.

2.a. Traitement de substitution

Le traitement de substitution est une intervention médicale et psychosociale en cas d'héroïnomanie. Il est utilisé en Suisse depuis les années septante, mais son usage s'est généralisé à partir de 1987. Il fait maintenant partie, comme dans de nombreux autres pays, de la palette des mesures thérapeutiques standards. Dans le cadre d'un tel traitement, l'héroïne illégale est remplacée par un opioïde délivré sur prescription médicale (substitution). Il s'agit en général de la méthadone ou de la buprénorphine à haute dose (Subutex®).

60% des prescriptions sont délivrées par des médecins de premiers recours, les 40% restant étant pris en charge par des centres spécialisés.



Le principe de la substitution est celui d'un double déplacement. Le stupéfiant devient un médicament et le fournisseur un thérapeute. Ce transfert des rôles attribués apporte au consommateur substitué une stabilisation et un soulagement.

2.b. Thérapie visant l'abstinence¹¹

Le concept de « thérapie de la dépendance » comprend toutes les mesures visant à donner à des personnes dépendantes la possibilité de se réinsérer dans la vie sociale. Pour que la personnalité du patient puisse être influencée de manière durable, il est impératif que celui-ci dispose de suffisamment de temps pour prendre pleinement conscience de sa situation et en comprendre les enjeux.

La réalisation des objectifs se mesure aux facteurs suivants:

- Reprise du travail pour assurer un revenu
- Installation dans un logement
- Constitution et entretien d'un réseau de relations
- Conduite d'un style de vie ayant un effet positif sur la santé

Pendant la période d'addiction, il s'agit de pouvoir offrir à toute personne qui en aurait besoin, quel que soit le stade de sa dépendance, une prise en charge de proximité d'accès le plus facile possible.

Quel que soit l'éventail de l'offre dans le domaine des soins, malgré une accessibilité optimale, il y aura toujours une partie de la population marginalisée et présentant des pathologies importantes qui ne pourra pas être rattachée au tissu sanitaire et social.

3. La réduction des risques

La réduction des risques contribue à diminuer les conséquences négatives de la consommation de drogues pour les usagers eux-mêmes et, indirectement, pour la société, en rendant possible une consommation entraînant moins de problèmes individuels et sociaux.

Elle doit également permettre de réduire les coûts sociaux de la drogue.

Des offres dites à bas seuil ont été créées pour soutenir les toxico-dépendants dans certaines phases difficiles de leur vie, leur permettant ainsi de réduire les risques liés à la consommation de drogue, de stabiliser leur santé et de se réintégrer dans la vie sociale.

Selon le Dr Zullino, les connaissances des risques sont bonnes chez les usagers. En revanche, les mesures d'hygiène, en particulier pour l'injection, sont très peu appliquées. *« On voit de tout ! La seringue dans la bouche, dans le mauvais sens par rapport au flux sanguin... Il faut ainsi leur apprendre comment se désinfecter, comment et où s'injecter, etc. Les autres problématiques abordées avec les patients sont: comment consommer, avec qui, que faire en cas de surdosage, etc.*

Ce programme est très efficace ! A Genève, rares sont les décès dus à des overdoses. De même, les infections comme le VIH et l'hépatite ont fortement diminué ».

Il y a différents secteurs de la réduction des risques:

¹¹ Citation tirée du site de l'OFSP (2010) qui lui-même, dans son texte, cite Fehlmann (1987)

- **Promotion de la santé:**
 - o Distribution de matériel d'injection et de préservatifs
 - o Informations et conseils concernant la prévention du VIH et de l'hépatite, les conditions de consommation des drogues et le « safer sex »
 - o Campagnes et actions de promotion de la santé (ex: hépatite C)

- **Conseils et assistance de base:**
 - o Offre de repas, de soins médicaux et d'installations sanitaires
 - o Lieu d'injection sous surveillance et dans des conditions d'hygiène

- **Intégration sociale:**
 - o Foyers d'urgence
 - o Projets de travail
 - o Structures de jour

- **Surveillance des groupes à risques:**
 - o Nouveaux groupes cibles en lien avec les nouvelles substances
 - o Consommateurs occasionnels ou dans un contexte particulier (ex: soirées)
 - o Prévention à bas seuil sur le terrain (lors des fêtes ou dans la rue)

La réduction des risques a aussi pour effet secondaire positif de diminuer la présence des problèmes de drogue dans l'espace public.

4. La répression

Il serait intéressant de commencer ce chapitre par quelques chiffres, afin d'avoir un aperçu de la place que prend la répression dans la politique des quatre piliers:

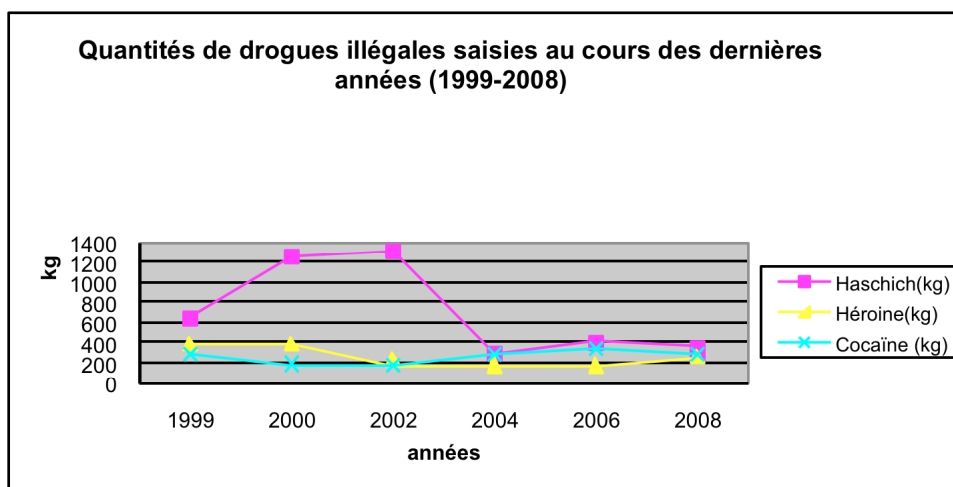
a. Quantités de drogues illégales saisies au cours des dernières années (évolution de 1999 à 2008)

Quantités de drogues illégales saisies au cours des dernières années (évolution de 1999 à 2008)

Source: Office fédéral de la police (fedpol) (2009). *Statistique suisse des stupéfiants* des années concernées.

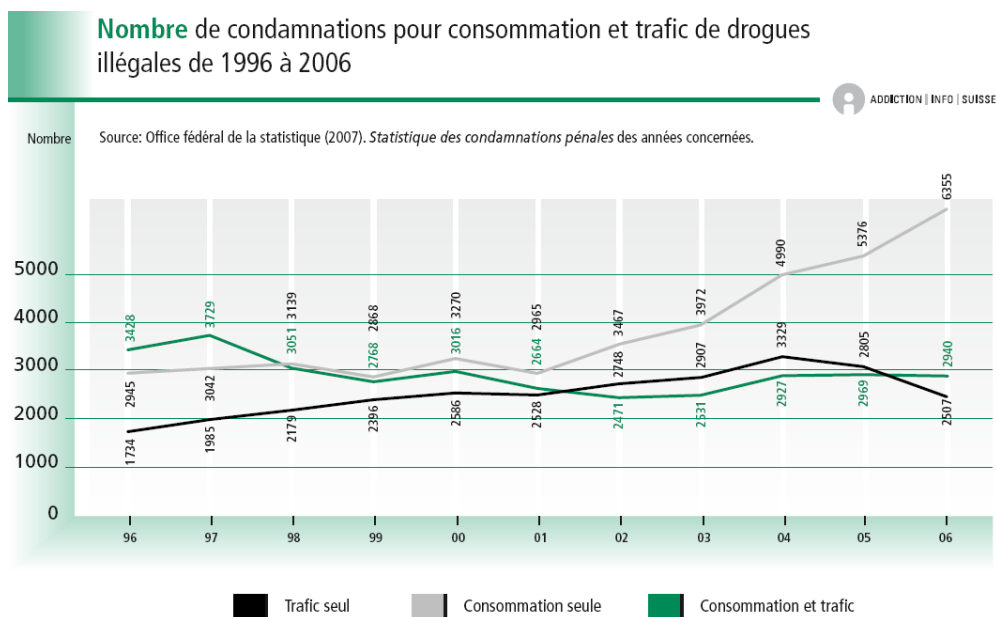
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Marijuana (kg)	7 800.3	18 313.6	11 106.5	21 893.2	13 032.2	5 877.9	4 505.4	2 298.8	3 530.6	1 520.0
Haschich (kg)	651.5	1 258.2	317.6	1 317.6	323.2	300.6	392.7	394.6	484.0	362.6
Huile de haschich (kg)	0.6	9.5	17.6	191.6	0.7	1.2	1.7	1.4	0.2	0.6
Chanvre, culture (pièce)	79 746	227 476	189 008	557 262	570 704	482 071	388 112	149 960	132 712	176 509
Héroïne (kg)	397.5	372.0	227.5	208.5	300.1	177.9	256.3	231.1	134.7	284.9
Cocaïne (kg)	288	207.4	168.6	185.9	188.6	361.4	282.6	354.3	404.1	284.3
Crack (g)	25	10	12	2	7	5	20	75	16	17
Opium (g)	775	9		5	16	9	855	666	3 912	313
Morphine-héroïne-base (g)	537	135	492	146	73	16	46	20	54	64
Amphétamines (kg)	10.7	39.1	4.6	10.4	23.6	15.7	10.2	10.7	9.1	6.4
LSD (dose)	3 130	15 525	8 707	1 552	657	5 490	392	928	4 978	1 032
Party drogues (dose)	67 353	189 569								
Ecstasy (dose)			86 959	88 342	19 942	115 561	202 326	216 811	50 107	19 069
Méthadone (pièce)	5 006	5 472	6 630	4 079	6 323	10 517	7 963	5 969	15 454	6 077
Méthamphétamines (kg)						3.5	2.6	14.9	2.1	4.9
Champignons hallucinogènes (kg)						15.3	9.0	6.8	6.0	7.4
Khat (kg)						276.4	605.3	550.8	1 351.6	737.5

En résumé :



D'une manière générale, nous constatons qu'il y a une nette diminution des saisies, excepté pour la cocaïne. Cependant, la cause n'a pas été expliquée.

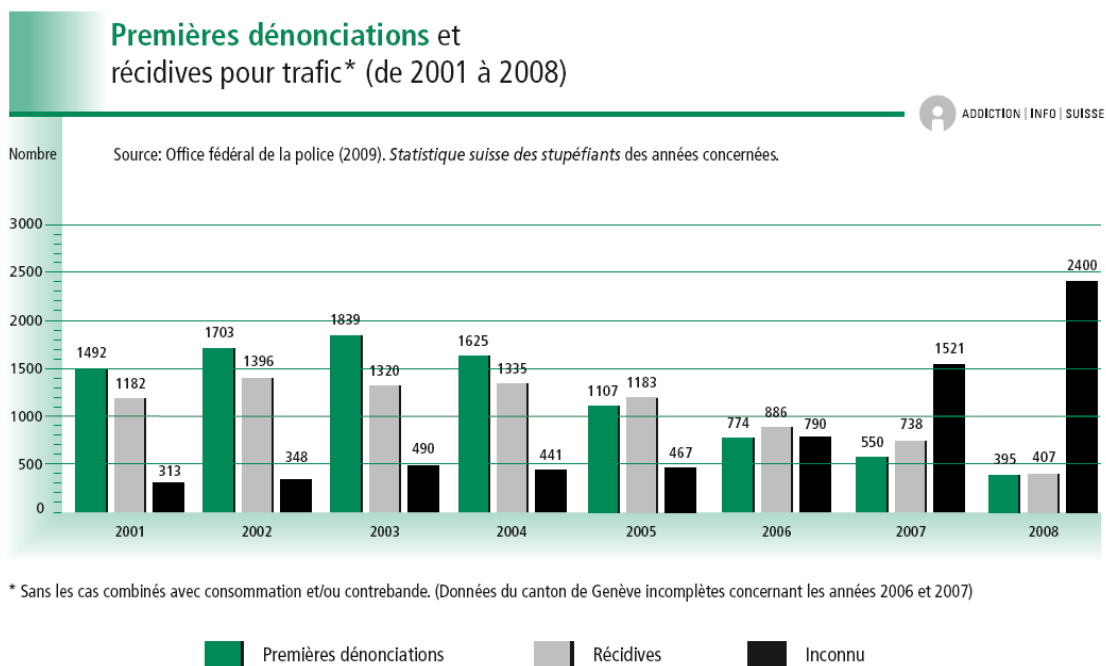
b. Nombre de condamnations pour consommation et trafic de drogues illégales de 1996 à 2006



En résumé :

- Le nombre de condamnations pour consommation seule : fortement augmenté depuis 2001
- Le nombre de condamnations pour trafic seul: légère augmentation depuis 1996 mais a commencé à diminuer depuis 2004
- L'ensemble, avec de légères fluctuations au cours des années, s'est stabilisé depuis 2004

c. Premières dénonciations et récidives pour trafic de 2001 à 2008



* Sans les cas combinés avec consommation et/ou contrebande. (Données du canton de Genève incomplètes concernant les années 2006 et 2007)

Les objectifs directs de la répression dans le domaine des drogues sont la réduction de l'offre, la lutte contre le commerce de drogues illicites et les transactions financières illégales qui y sont liées, ainsi que la lutte contre la criminalité organisée.

A Genève, les rapports entre la police et le milieu de la drogue se passent assez bien grâce au caractère ouvert de la ville et aux engagements, dès les années 1980 et 1990, de certaines personnalités politiques et médicales.

Evidemment, le fait que les organismes médicaux administrent de l'héroïne, substance considérée comme illicite, peut amener à s'interroger sur la crédibilité des lois. « *Nous avons une mission de traitement. L'héroïne que nous administrons est un médicament qui ne sort pas du milieu médical (injection dans les locaux des HUG). Par contre, dès que l'on sort avec ces substances, on est en possession d'un produit illégal* », souligne le Dr Zullino.

La consommation de drogues peut constituer un risque pour la santé; ces drogues ne devraient donc être que difficilement accessibles, cette difficulté devant correspondre à leur potentiel de dangerosité. Il convient en particulier de mettre en place des obstacles empêchant les adolescents de consommer des substances illégales.

Dans certaines circonstances, la répression peut cependant aussi constituer un risque pour la santé des usagers en contribuant à leur marginalisation.

Pour que la répression soit efficace, la sensibilisation et la collaboration entre les services de polices et les intervenants en toxicomanie doivent être encouragées.

5. Méthodologie

a. Choix des intervenants

En choisissant d'étudier les quatre piliers édictés par la Confédération pour lutter contre les dégâts liés à la drogue, beaucoup de possibilités de rencontres diverses et variées ont pu être envisagées. Vu le court temps imparti pour ce travail, nous nous sommes limitées aux acteurs agissant sur notre lieu de vie (Genève, Neuchâtel et Bienne).

Toutes les personnes que nous avons contactées ont accepté de nous consacrer au moins une heure dans des délais très brefs. Par ailleurs, il fut intéressant de voir qu'il y avait une collaboration entre les différents acteurs, qui n'hésitaient pas à mentionner le travail de leurs collègues. Cela démontre combien la prise en charge du problème de la toxicomanie doit être globale et ne peut être le monopole d'un seul groupe d'agissants.

Pour illustrer le pilier de la **prévention**, nous nous sommes entretenus avec la Dresse Wyler du Service Santé Jeunesse, à Genève. Elle nous a exposé la théorie de la prévention de la consommation de substances et sa mise en pratique dans les écoles.

Le Drop-In, centre d'information, de prévention et de traitement des addictions pour jeunes et adultes, leurs familles et leurs proches, à Neuchâtel, nous a ouvert ses portes. L'objectif de ces rencontres avec différents professionnels était de nous informer et de réfléchir avant tout sur la problématique des addictions, les différents usages (peu problématiques, problématiques, dépendance) et finalement de répondre à nos questions concernant le type d'usage (récréatif, abusif et dépendant) et le stade de motivation de la personne consommatrice.

Concernant la **thérapie**, nous avons pu discuter avec des représentants de plusieurs services des Hôpitaux Universitaires de Genève, plaque tournante du traitement de la toxicodépendance. Les Drs Zullino et Kaufmann, du service d'addictologie, nous ont expliqué les différentes prises en charge médicales pratiquées. Nous avons eu la chance de visiter l'unité d'addictologie de Belle-Idée et d'assister à un traitement au PEPS.

La Dresse Broers, du Service de Médecine de Premier Recours, nous a exposé l'importance du médecin généraliste dans la détection de la toxicomanie.

Nous avons également rencontré des personnes actives au sein de diverses fondations, associations et cliniques privées.

La Dresse Santoro, de la fondation Phénix, nous a décrit le fonctionnement et les prestations médicales et psychothérapeutiques de leur organisme.

Monsieur Dugnat, directeur de l'association Argos, nous a démontré l'importance du travail de réinsertion d'une personne toxicomane.

Plusieurs psychologues travaillant à la Clinique Belmont nous ont permis d'assister à différentes séances de thérapie de groupe.

Pour illustrer la **réduction des risques**, nous avons été reçues par Monsieur Mathis, éducateur social travaillant pour l'association genevoise Première Ligne. Il a justifié, motivé, commenté l'importance de favoriser une consommation « safe » de drogue. Offrir de tels services permet de diminuer une multitude de problèmes découlant de ce « simple » acte (infections, marginalisation, délinquance).

Enfin, comment mieux décrire la **répression** qu'en donnant la parole au service de la Task Force Drogue de la Police judiciaire genevoise? C'est avec ouverture que nous avons été accueillies dans leur bâtiment par le responsable, Monsieur Imboden.

Nous avons aussi l'occasion de rencontrer des acteurs n'intervenant pas dans le cadre d'un pilier spécifique.

Madame Geisendorf, présidente de l'association Antenne Drogue Famille, nous a parlé des nombreuses difficultés qu'éprouve l'entourage de personnes toxicomanes.

Monsieur Reichenbach, pasteur de rue à Bienne, a partagé avec nous sa pratique et ses rencontres avec la population toxicomane. Nous avons eu l'occasion de l'accompagner et de collaborer activement au Passe Partout, un local où des repas et de la nourriture invendue par des magasins locaux sont servis chaque semaine à des marginaux. Toujours à Bienne, Madame Villars nous a accueillies au Yucca, une brasserie fréquentée par les toxicomanes et pour finir, nous avons découvert Réseau Contact, un groupe bernois d'entraide aux dépendances, par l'intermédiaire de Monsieur Hernandès, ethno-psychologue.

Pour terminer, n'oublions pas les principaux concernés par la consommation de substances, les usagers eux-mêmes, dont l'approche est malheureusement délicate. Nous avons toutefois pu recevoir les témoignages d'anciens consommateurs.

b. Déroulement des entretiens

Nous pensions initialement élaborer une série de questions à poser aux différentes personnes rencontrées. Dès les premiers entretiens, nous avons remarqué que les acteurs parlaient d'eux-mêmes. Ainsi, ce furent plutôt des discussions que des interviews académiques. Pour retranscrire aussi fidèlement que possible leurs propos, nous avons, dans la majorité des rencontres, eu l'autorisation d'enregistrer les entretiens. Quand cela n'était pas possible, pour des raisons administratives ou contextuelles (lors des thérapies, par exemple), nous prenions des notes. Plutôt que de vous livrer un dialogue « théâtral », nous vous offrons une version synthétisée de chaque échange, agrémentée d'informations récoltées dans les diverses brochures et rapports d'activités fournis par les différents acteurs.