



# Consommation de cocaïne dans le canton de Genève

Immersion en communauté, juin 2012



**Jalilla Puglia**

**Anne Girardet**

**Nicolas Johner**

**Laura Sossauer**

Sous la supervision de Jean-François Etter

# Table des matières

<b><u>Introduction</u></b> .....	3
<b><u>Présentation bio-psycho-sociale de la problématique</u></b> .....	3
La substance.....	3
Le consommateur.....	4
Le contexte socioculturel.....	6
La loi fédérale sur les stupéfiants.....	7
<b><u>Survol du réseau au travers de la politique des 4 piliers</u></b>	
<b>1<sup>er</sup> pilier : prévention</b>	
<i>Addiction Suisse</i> .....	8
<i>Service Santé de la Jeunesse</i> .....	9
<b>2<sup>ème</sup> pilier : thérapie et réinsertion</b> .....	10
<i>Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</i> .....	10
<i>Hors-HUG</i> .....	11
<i>Fondation Phénix</i> .....	11
<i>Réflexion autour de l'individu dans sa complexité</i> .....	12
<b>3<sup>ème</sup> pilier : réduction des risques et aide à la survie</b> .....	13
<b>4<sup>ème</sup> pilier : contrôle et répression</b>	
<i>Police genevoise</i> .....	15
<i>Réflexion actuelle sur un coupable idéal : le nouveau code de procédure pénal</i> .....	16
<i>Politique des quatre piliers en péril ?</i> .....	17
<i>Une solution : légaliser ?</i> .....	18
<b><u>Les toxicomanes, une population vulnérable</u></b> .....	18
<b><u>Atouts et manques du réseau en Suisse</u></b>	
Le réseau.....	20
Une politique durable des addictions en Suisse.....	21
<b><u>Hors Suisse</u></b>	
Une responsabilité internationale.....	22
Un débat nécessaire.....	23
<b><u>Conclusion</u></b> .....	24
<b><u>Remerciements</u></b> .....	25
<b><u>Bibliographie</u></b> .....	26

## INTRODUCTION

Comme tout étudiant en médecine qui se respecte, le module d'immersion en communauté a réveillé beaucoup d'idées chez nous. Enfin, l'opportunité de sortir des rayons tant connus de la bibliothèque nous est offerte pour partir à la rencontre du monde médical, le vrai. Evidemment, le choix du sujet est un problème épineux. Dans notre groupe, le thème des dépendances aux substances s'est vite présenté comme un consensus acceptable pour tous. Cependant, il nous semblait que la problématique des dépendances en général était trop vaste et qu'il fallait nous limiter à une substance.

Pourquoi la cocaïne ? Certainement parce qu'elle était moins connue de nous tous et qu'il nous semblait que l'image véhiculée par les médias cachait quelque chose. En effet, nous ne comprenions pas vraiment qui étaient les vrais consommateurs de cette drogue et pourquoi elle ne semblait être en relation qu'avec les milieux aisés, artistiques ou festifs, à l'opposé de drogues comme l'héroïne, dont la consommation réveille plutôt l'image du toxicomane vivant en marge de la société.

Très vite durant ce travail, nous avons réalisé que certaines de nos représentations n'étaient pas parfaitement exactes. Par ailleurs, plus nous avons avancé dans ce projet, plus nous avons réalisé à quel point la consommation de cocaïne est une problématique qui s'inscrit dans un contexte extrêmement vaste. Il n'est pas possible d'isoler la cocaïne des autres substances addictives, ne serait-ce qu'au niveau du réseau de soins, puisque non seulement les structures d'accueil mais également les consommateurs sont très souvent confrontés à plusieurs substances. De plus, l'intérêt que nous avons porté à la consommation de cocaïne a très vite suscité d'autres réflexions, nécessaires pour une compréhension globale du phénomène. Ainsi, nous avons été amenés à considérer des questions d'ordre politique, philosophique ou sociologique, découvrant la complexité du réseau qui s'étend autour de la problématique des drogues.

Ce rapport écrit n'est pas exhaustif, puisqu'il ne détaille pas chaque structure visitée et ne reporte pas les propos de chaque acteur du réseau rencontré, ce qui ne nous semblait pas très pertinent. A la place, nous avons choisi d'écrire quelques lignes sur les différentes facettes de la consommation de cocaïne, permettant ainsi d'aboutir à un point de vue qui se veut plus complet et plus global.

## PRESENTATION BIO-PSYCHO-SOCIALE DE LA PROBLEMATIQUE

*"L'addiction naît d'une rencontre entre un produit, un individu, et un contexte socioculturel"*

Dr Claude Olievenstein, cité par Thierry Musset, infirmier spécialiste clinique en addictologie, HUG

Cette phrase de Claude Olievenstein, cité par Thierry Musset, que nous avons rencontré pendant notre enquête, synthétise bien la complexité du problème de la consommation de cocaïne. En effet, ce problème relève de dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles entre lesquelles les interactions et interdépendances sont multiples. Ce chapitre présente brièvement les aspects les plus importants de cette

analyse.

## **LA SUBSTANCE**

La cocaïne est un alcaloïde d'origine végétale consommé sous forme de sel hydrosoluble (chlorhydrate de cocaïne) ou de cristaux solides (cocaïne base ou « crack »).



### **Tableau 1 : Effets et complications de la cocaïne**

#### **Effets aigus**

Activation du système nerveux sympathique

Altérations de l'humeur (euphorie, anxiété, irritabilité, attaque de panique)

Altérations du jugement

Troubles du comportement

Symptômes psychotiques

Agitation

Troubles du sommeil

#### **Effets chroniques**

Addiction (« dépendance psychique »)

Déficits cognitifs

(Tolérance et dépendance « physique »)

#### **Complications fréquentes**

Cardiovasculaires (infarctus, dissection de l'aorte, AVC)

Psychiatriques

Liées à l'injection (abcès, nécrose, hépatite virale, HIV)



par (1) une motivation extrême à consommer, (2) une consommation poursuivie malgré ses conséquences négatives et (3) une envie irrépressible de consommer (« craving ») déclenchée par des indices contextuels. A ce jour, l'addiction est généralement considérée comme une maladie chronique multifactorielle très handicapante et plus ou moins irréversible. Elle est le principal problème de santé lié à la consommation de cocaïne et est au centre des préoccupations de la plupart des acteurs du système de santé en matière de cocaïne.

## **LE CONSOMMATEUR**

Une des premières questions que nous nous sommes posées en commençant notre travail était de savoir qui étaient les consommateurs de cocaïne. Quels sont les facteurs de risque favorisant le développement d'une consommation abusive et d'une addiction ? Peut-on dresser un profil prototypique du consommateur de cocaïne ? Pour répondre à ces questions, nous nous sommes basés sur nos observations sur le « terrain » et avons interrogé directement les intervenants (consommateurs et professionnels) que nous avons rencontrés.



La première remarque à faire est que chaque individu et chaque parcours de vie est différent. C'est ce que nous ont répondu de nombreux professionnels lorsque nous leur avons demandé s'ils avaient remarqué des tendances ou des facteurs de risque chez leurs patients, et ils ont insisté sur l'importance de prendre cette individualité en compte lors de la prise en charge de chaque patient. L'aspect unique de chaque cas est en effet déterminant dans la prise en charge de l'abus de cocaïne, car c'est un problème multifactoriel, et dont la dimension psychique nécessite particulièrement une approche au cas par cas.

Nous avons cependant pu identifier des facteurs de risque pour l'abus de cocaïne, voir **tableau2**.

En outre, nous avons remarqué que plusieurs de ces facteurs de risque interagissent de manière bidirectionnelle avec la consommation de cocaïne et que les liens de causalité sont parfois difficiles à identifier clairement. La criminalité, les troubles psychiatriques et les troubles psychiques sont particulièrement concernés et, bien que l'association avec la consommation de cocaïne soit indiscutable, il est difficile de savoir qui précède qui. D'après nos observations, tous les scénarios existent, ce qui souligne l'importance d'analyser la chronologie d'apparition au cas par cas lors de la prise en charge de patients. En outre, les facteurs de risque susmentionnés sont souvent amplifiés par une consommation active de cocaïne, et inversement. Il sera donc judicieux, en pratique, de traiter les deux (ou plus) troubles en parallèle en essayant de comprendre comment ils s'entretiennent mutuellement ; la question de la chronologie étant relativement secondaire dans une prise en charge concrète.

Pour aller plus loin dans notre analyse, nous avons essayé d'identifier des profils généraux de consommateurs. De manière frappante, deux profils très différents reviennent systématiquement : (1) des individus vivant dans la précarité, en marge de la société, souvent dans la rue, présentant une polyconsommation; (2) des individus intégrés vivant dans un milieu aisé ou artistique et consommant dans un contexte professionnel ou festif. Ces deux grandes tendances, bien que schématiques, semblent bel et bien refléter l'existence de deux univers très différents dans lesquels s'inscrit la problématique de la cocaïne. Ces deux grands types de consommateurs ne présentent probablement pas les mêmes facteurs de risque, la même évolution, ni les mêmes besoins dans la prise en charge. Comme les consommateurs de rue dysfonctionnent plus que le deuxième groupe, ils sont surreprésentés dans le réseau de soins, tandis que les consommateurs intégrés restent une population relativement invisible et difficile à atteindre. Notre travail s'est donc plus porté sur les problématiques touchant les consommateurs de rue.

En ce qui concerne l'âge des consommateurs, nous avons constaté que la consommation commence souvent assez tôt, les adolescents et jeunes adultes semblant être une population à risque de commencer une nouvelle consommation. Par contre, les usagers du réseau de soins sont en général plus âgés (25-40 ans en moyenne, mais cette fourchette varie beaucoup selon les structures de soins et les types de prestations fournies), car ils recherchent de l'aide plusieurs années après le début de leur consommation, quand ils dysfonctionnent ou constatent qu'ils perdent le contrôle sur leur consommation. Une exception importante à cette règle est la proportion non négligeable d'adolescents en début de consommation qui sont amenés à fréquenter le réseau de soins par la volonté de leurs parents inquiets, voire, dans une moindre mesure, du tribunal des mineurs.

## **Tableau 2 : Facteurs de risque pour développer une addiction**

- Autre toxicomanie (polyconsommation)
- Marginalité
- Vie dans la rue
- Criminalité
- Troubles psychiatriques (trouble bipolaire, dépression, troubles anxieux, troubles de l'humeur)
- Troubles psychiques (estime de soi instable, période de stress)
- Facteurs sociaux (précarité, influence de l'entourage, phénomènes de mode)
- Facteurs familiaux (conflits, abus dans l'enfance, éducation)
- Génétique



Un autre aspect intéressant concernant l'âge des usagers est l'augmentation récente du nombre de toxicomanes du troisième âge. Ce phénomène, qui peut sembler nouveau, reflète en fait une augmentation de la survie d'anciens toxicomanes plus qu'une augmentation de la toxicomanie chez les personnes âgées. Il s'agit en effet d'individus qui consomment depuis de nombreuses années et qui seraient morts sans, notamment, la politique de réduction des risques et l'efficacité du réseau de soins.

Enfin, nous avons remarqué que la grande majorité des consommateurs sont des hommes (jusqu'à 85% dans certaines structures comme le Quai 9). Cette constatation, aussi banale que difficile à expliquer, est probablement due aux comportements à risques plus fréquents chez les hommes. La dimension sociologique a peut-être aussi un rôle à jouer, avec des phénomènes de mode influençant l'épidémiologie de la toxicodépendance, ou une stigmatisation plus grande pour les femmes toxicodépendantes, notamment à cause des responsabilités familiales que la société leur attribue. En outre, une plus grande conscience de son image pourrait constituer pour la femme un obstacle à la consommation ou à l'accès aux soins, tandis qu'une plus grande pression de réussite sociale pourrait pousser certains hommes à fuir ce stress par un abus de substance. Toutes ces idées restent des hypothèses, et nous n'avons pas trouvé d'explication claire à cette si grande disparité de genre parmi les consommateurs de cocaïne.

## LE CONTEXTE SOCIOCULTUREL



Le but ici n'est pas de faire une critique de notre société moderne. Cependant, il est intéressant de noter que les valeurs promues par celle-ci ne vont pas à l'encontre des effets obtenus par la consommation de cocaïne. En effet, il est bien vu de nos jours et fortement recommandé par ailleurs d'être performant, sûr de soi et efficace. Le rythme de vie qui nous est imposé est relativement contraignant, surtout au niveau professionnel. Soyons productifs, encore et toujours. Travaillons à temps complet, huit heures par jour, cinq jours par semaine. Et soyons satisfaits de nos cinq semaines de vacances

par année. Les gens que vous croisez à l'arrêt de tram le matin ont-ils l'air frais et reposés? Non, c'est un fait. Mais le stress et les soucis font partie intégrante de notre quotidien et il semble inadéquat de s'en plaindre.

Paradoxalement, la société promet de plus en plus un épanouissement de l'individu, censé se réaliser dans ces circonstances. Il faut aller bien. L'individu se doit de se battre sur tous les fronts tout en masquant au mieux ses faiblesses. Bien sûr, un autre mode de vie est possible. Mais il n'est pas le modèle présenté et respecté comme étant « la norme ». Ainsi, s'affranchir de toutes ces contraintes demande une grande force de caractère et une certaine confiance en soi. Pour les autres, se fondre dans le moule en occupant la place qui est attendue de nous au sein de cette société reste le but ultime.

Dans ces conditions, que penser d'une

### Quelques chiffres...

- En 2007, **4,4%** des suisses de 15 à 39 ans déclarent avoir consommé de la cocaïne au moins une fois, contre 2,9% en 2002 (Addiction Suisse)
- On estime qu'il y a en Suisse **11'000 cocaïnomanes** et **96'000 consommateurs occasionnels** (Spinatsch 2004)
- Il y a environ **deux fois plus d'hommes que de femmes** parmi les consommateurs de cocaïne (Conférence nationale sur les drogues de synthèse et la cocaïne. OFSP. 2006.)
- **3 à 5 tonnes** de cocaïne sont consommées chaque année en Suisse (Forum D, magazine d'information de la douane Suisse. Janvier 2011.)

personne qui fonctionne mieux dans cette société en consommant de la cocaïne? Si cette substance permet d'être plus performant, pourquoi s'en priver? De plus, la cocaïne a l'avantage de donner le sentiment d'être fort et indestructible, tout en procurant un grand sentiment de bien-être. N'est-ce pas un but vers lequel nous tendons tous? Et que dire à l'artiste qui devient plus productif après une petite ligne, parce qu'elle lui a permis de renouer pleinement avec ses émotions? Si nous n'avions pas en tête cette diabolisation des drogues, ne serions-nous pas admiratifs de la force octroyée par cette consommation?

LStup, Chapitre 15 Dispositions générales

Art. 16 But

La présente loi a pour but:

1. de prévenir la consommation non autorisée de stupéfiants et de substances psychotropes, notamment en favorisant l'abstinence;
2. de réglementer la mise à disposition de stupéfiants et de substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques;
3. de protéger les personnes des conséquences médicales et sociales induites par les troubles psychiques et comportementaux liés à l'addiction;
4. de préserver la sécurité et l'ordre publics des dangers émanant du commerce et de la consommation de stupéfiants et de substances psychotropes.

Bien évidemment, la cocaïne n'est pas une substance magique et elle entraîne son lot de problèmes abordés ailleurs dans ce travail. Il s'agit simplement ici de relever l'aspect fonctionnel de cette drogue.

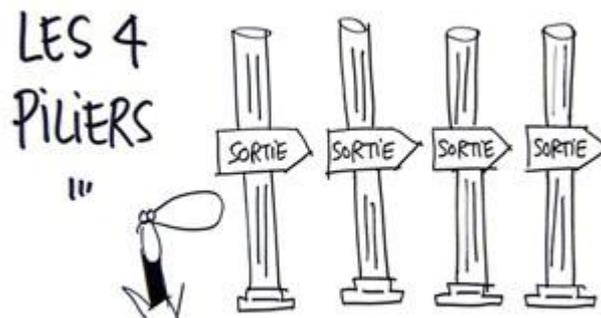
## **LA LOI FEDERALE SUR LES STUPEFIANTS**

La Loi Fédérale sur les Stupéfiants et les substances psychotropes (LStup) adoptée dans sa forme actuelle par le Parlement Suisse le 1<sup>er</sup> juillet 2011 est bâtie sur le modèle des quatre piliers.

Ce modèle propose une prise en charge globale et multidisciplinaire de la problématique des addictions aux substances. Les quatre piliers proposés sont premièrement la prévention, puis la thérapie et la réinsertion, la réduction des risques et l'aide à la survie et finalement,

le contrôle et la répression. Nous avons choisi d'organiser notre travail en fonction de ces piliers, vous présentant pour chacun d'eux une structure visitée durant notre travail d'immersion en communauté accompagnée d'une réflexion sur un sujet qui nous tient à cœur. Cette façon de faire n'est donc pas exhaustive au sens où elle ne recense et ne présente pas toutes les structures visitées durant notre IMC, mais elle nous permet de mettre en exergue quelques points.

## **SURVOL DU RESEAU AU TRAVERS DE LA POLITIQUE DES 4 PILIERS**



## 1<sup>er</sup> PILIER : PREVENTION

Comme dans toute problématique de santé, la prévention a une place particulièrement importante, car comme le dit l'adage bien connu: « Mieux vaut prévenir que guérir. » Ainsi, un gros travail est fourni au niveau de la prévention pour la problématique des addictions. Il s'agit dans un premier temps d'informer les personnes sur les différentes substances et leurs effets, afin que chacun soit à même de faire un choix conscient en ayant toutes les cartes en main.

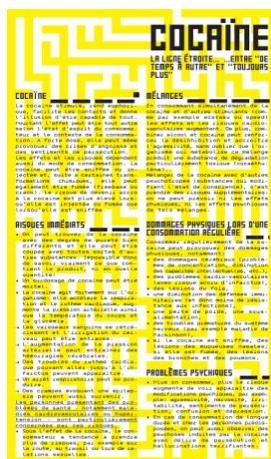
Cette démarche est précieuse dans le cas de la consommation de cocaïne, car contrairement à d'autres substances, les méfaits de cette drogue sont trop peu connus du grand public. La consommation de cocaïne étant trop souvent assimilée à un milieu aisé et festif, les images véhiculées seront plutôt celles d'une drogue non dangereuse. De plus, le simple fait de « snifer » un rail de cocaïne paraît moins dangereux que de s'injecter un produit. Dans l'imaginaire collectif, la ligne blanche et le billet de banque ont meilleure façon que le garrot et la seringue. Le but est donc d'informer le public sur les risques liés à la consommation, qui sont par ailleurs présents dès la première prise.



Bien entendu, la connaissance est nécessaire, mais elle n'est absolument pas suffisante pour prévenir les problèmes liés à la consommation de substances. Le tabac en est un parfait exemple. De nos jours, il est quasiment impossible d'ignorer les risques liés à la consommation de cigarettes, les paquets de cigarettes se chargeant de raviver la mémoire des consommateurs en cas de doutes et pourtant, le nombre de fumeurs en Suisse stagne depuis 2010<sup>1</sup>. Il faut donc agir également à d'autres niveaux. Des actions favorisant la promotion de la santé sont une autre facette de la prévention et sont particulièrement intéressantes pour la problématique qui nous concerne.

En effet, telle que définie par l'OMS, la santé ne se résume pas à un simple état physique. En agissant sur ses différentes composantes et en promouvant le bien-être de l'individu dans son entièreté, il est peut-être possible de diminuer la tentation de faire usage de drogues pour se sentir bien.

### *Addiction Suisse*



Afin de mieux comprendre les objectifs et les actions d'un organisme de prévention, nous avons fait appel à la fondation privée Addiction Suisse, qui, comme son nom l'indique, traite la problématique des addictions en général. Gérée par une équipe de professionnels composée de sociologues, politologues et psychologues, tous avec une formation complémentaire en médecine communautaire, cette fondation agit à de nombreux niveaux.

Elle comporte tout d'abord un pôle de recherche, où des études sur l'épidémiologie de la consommation sont menées, afin de mieux comprendre les causes sociologiques des conduites addictives, le but étant ensuite d'utiliser ces données pour améliorer les actions de prévention. Le second pôle est celui de la prévention à proprement parler, avec comme objectifs d'informer les gens et de promouvoir la santé, en produisant notamment de

<sup>1</sup> Site Internet de la RTS : <http://www.rts.ch/info/suisse/3205377-stagnation-du-nombre-de-fumeurs-en-suisse-en-2010.html>

l'information sous forme de flyers ou de brochures distribués dans les organismes de prévention ou en organisant des conférences publiques dans les HES et les universités pour informer les futurs professionnels amenés à côtoyer la problématique de l'addiction. Addiction Suisse collabore étroitement avec les autres membres du réseau de soins, notamment avec la fondation Phénix ou l'association Première Ligne. Des formations pour les professionnels de la santé sont également organisées par cette fondation, en collaboration avec la docteure Barbara Broers de l'unité de Médecine de Premier Recours (UMPR) des HUG.

Au niveau de la cocaïne, des flyers adaptés aux différents publics cibles sont réalisés. Ils présentent de façon générale ce produit, avec les effets et les risques encourus. Certains d'entre eux, plutôt destinés aux consommateurs, s'inscrivent déjà dans une optique de réduction des risques. L'approche de cette fondation est donc très complète dans ses domaines d'action, offrant ainsi une prévention efficace et réfléchie. Leur site internet est d'ailleurs très bien conçu (voir Références).

### *Service Santé de la Jeunesse*

Le Service Santé de la Jeunesse du canton de Genève s'est attaqué au problème des drogues (et tout particulièrement l'alcool) en essayant de coller au maximum à la réalité quotidienne du jeune. Conscients eux aussi que les problèmes impliquent une personnalité, son contexte et une substance, ces trois aspects sont traités au travers d'interventions ponctuelles de quelques heures s'étalant de la fin de l'école primaire au post-obligatoire.

Au niveau individuel d'abord, le jeune apprend à travailler sur son estime de soi, son appartenance au groupe et à l'école. Les éducateurs du Service Santé de la Jeunesse ont comme base de stimuler ses ressources personnelles, de manière à les valoriser et les renforcer, afin qu'il ait les bases et la confiance nécessaires le moment venu pour refuser de consommer une substance ou d'avoir un comportement à risque. « *Vous valez infiniment plus que vous ne le pensez* ».

La substance n'est pas abordée de prime abord en termes d'effets ou de dégâts. Ces informations ne seraient que peu utiles aux jeunes si elles ne s'inscrivent pas dans le concret. Pire, elles pourraient le tenter. La substance ou le comportement sont plutôt contextualisés de façon ludique, en calculant un taux d'alcoolémie par exemple, prétexte à ouvrir une discussion informelle. Ainsi, le jeune est amené à se questionner quant aux conséquences physiologiques de ses comportements sur une base concrète. Des affirmations telles que « *On ne peut pas s'amuser à une fête sans alcool, cannabis et tabac* » peuvent être lancées et les jeunes doivent en débattre par petits groupes. Ceci implique qu'ils doivent se positionner et chercher ce que la fête signifie pour eux. Les substances et les comportements à risques faisant souvent partie du tableau, c'est l'occasion de discuter de la place qu'ils occupent, de leurs intrications, de leur sens et du but final recherché.

★★★★★★★★★★

#### Tableau 3: Ce qui fait plaisir aux jeunes, en dehors des substances :

- Etre soi-même.
- S'assumer, s'autonomiser.
- Etre à l'aise dans un groupe de pairs.
- Se sentir libre de consommer ou pas.
- Se rappeler de la veille, en garder un bon souvenir.

Interview de Soraya Orduz, Service Santé de la Jeunesse

★★★★★★★★★★

« Plus l'adulte se montre proche de son statut d'être humain, mieux il est accepté par le jeune. »

Soraya Orduz, Service Santé de la Jeunesse

Les jeunes concèdent volontiers qu'ils recherchent principalement le plaisir. C'est alors l'occasion pour l'éducateur d'explorer avec eux d'autres sources potentielles en dehors des substances (voir **tableau 3**), de manière à élargir l'horizon des possibilités.

Un élément intéressant qui lie souvent la personnalité

du jeune à la consommation de substances est la peur. Peur d'être jugé par ses pairs si on ne boit pas, peur de ne pas s'amuser, etc. Une réflexion collective peut alors être menée sur la fonction et le caractère universel de ce sentiment humain. Ainsi l'éducateur s'adapte au jeune, à ses craintes, en se montrant lui-même tel qu'il est, avec ses forces et ses faiblesses. Le jeune peut dès lors relativiser ses propres sentiments négatifs afin de mieux les gérer, sans l'aide d'une béquille externe.

Le contexte socioculturel et familial est lui aussi pris en compte, via des actions communautaires, des journées à thèmes, etc. Le résultat sera fonction de l'implication du jeune dans le projet, le but étant de le faire passer du statut de consommateur à celui d'acteur, ce qui est beaucoup plus valorisé au niveau de la communauté et qui renforce le sentiment d'appartenance. Quant au réseau de soins, il est présenté sous forme de brochures contenant toutes les coordonnées utiles.

Les parents sont eux aussi impliqués. Ils trouvent des réponses à leurs questions et un travail sur leurs compétences à se positionner, à mettre des limites et à faire figure d'autorité leur est proposé.

En intégrant ainsi tous les aspects du problème de la consommation de substances, mais également des comportements à risques, les éducateurs du Service Santé de la jeunesse créent des conditions favorables pour éviter, ou le cas échéant, retarder l'entrée du jeune dans la consommation.

## **2<sup>ème</sup> PILIER : THERAPIE ET REINSERTION**

Le deuxième pilier « thérapie et réinsertion » est sans doute celui qui mobilise le plus de ressources et qui concerne de plus près les professionnels de la santé et le réseau de soins. A priori, soigner la personne toxicodépendante semble essentiel. Mais le problème des dépendances va au-delà d'un problème physique. Il ne s'agit pas simplement d'aider la personne à devenir abstinente. La toxicomanie a un impact sur différents (tous?) aspects de la vie et il faut tous les prendre en considération car ils sont à la fois cause et conséquence de cette dernière. Les clichés sortis tout droit de films qui véhiculent l'image de cliniques de sevrage où les gens sont enfermés un certain laps de temps pour affronter les symptômes de sevrage dans une douleur extrême avant d'être relâché dans la nature, sont très éloignés de la réalité. Le problème doit être traité dans sa globalité, et les équipes qui le gèrent avec la personne doivent être multidisciplinaires.

Rappelons par ailleurs que la médecine est relativement démunie face à l'addiction et qu'il n'existe pas de traitement unique et 100% efficace. A la place, de nombreuses approches thérapeutiques différentes coexistent, ayant chacune une efficacité partielle mais démontrée : (1) la médecine communautaire et de premier recours prend en charge les problèmes somatiques liés à la consommation et utilise la thérapie cognitivo-comportementale et l'entretien motivationnel dans l'optique d'atteindre des objectifs fixés conjointement avec le patient ; (2) la psychiatrie s'intéresse aux addictions pour les nombreuses co-morbidités psychiatriques qu'elles comportent, et a la particularité d'analyser en détails la dynamique de la consommation, notamment les motivations à consommer, les facteurs de maintien de la consommation et les facteurs de rechute ; (3) les psychologues travaillent dans l'idée que l'addiction est un symptôme de troubles psychiques sous-jacents et qu'il faut donc commencer par traiter ces troubles ; (4) de nombreux travailleurs sociaux fournissent des prestations variées, dont la particularité est de s'étendre au-delà des aspects médicaux et psychiques, avec notamment un soutien administratif et social ; (5) les groupes de parole ont une approche radicalement différente, basée sur le partage et l'écoute entre pairs ; (6) enfin, des structures résidentielles diverses permettent aux usagers de marquer une coupure dans leur consommation en vivant dans un environnement différent de leur milieu habituel et en étant protégés de la substance.

Lors de notre enquête, nous avons passé beaucoup de temps à explorer ce réseau et avons rencontré un grand nombre d'acteurs différents, que ce soit aux HUG ou en-dehors. Ce chapitre présente les points saillants de nos observations.

Persuadés que le service des Urgences pouvait être une porte d'entrée non négligeable dans le réseau de soins, nous avons été étonnés de constater que les cas d'intoxication aiguë à la cocaïne ne représentent qu'une infime minorité des admissions (une à deux par mois). L'alcool et les médicaments semblent de loin être les causes les plus fréquentes d'intoxications aux substances (plusieurs cas par jour !). Même constat chez les Samaritains, postes avancés lors de grandes manifestations comme la Lake Parade. Même en l'absence d'identification formelle de la substance, les « abus de substances hors alcool » restent bien loin derrière les chutes, les plaies et les intoxications alcooliques.

Une partie des patients qui prennent contact avec le réseau de soins, que ce soit via des associations comme Argos, Phénix ou Antenne Drogues Familles sont souvent redirigés vers l'Unité de Médecine de Premier Recours des HUG. On y trouve en effet plusieurs spécialistes des addictions travaillant en étroite collaboration avec d'autres acteurs du réseau, voir des acteurs politiques.

Le message principal que nous a transmis la doctoresse Barbara Broers est que de larges pans du monde de la toxicomanie restent fort méconnus des soignants, qui ne voient au final qu'une fraction bien particulière de tous les usagers. Ceux par exemple qui ont été sensibilisés et motivés à entamer un processus de soin au décours d'une hospitalisation ( par exemple via l'infirmier spécialiste clinique en addictologie Thierry Musset), ceux faisant l'objet d'une obligation de traitement de la part de la Justice ou encore ceux recommandés par des associations. Mais de nombreux autres usagers de cocaïne, stables dans leur fonctionnement avec la substance, n'auront jamais recours au réseau de soins et resteront ainsi méconnus des soignants.

Une tendance assez récurrente au sein de cette population hétérogène est la consommation de drogues en lien avec la consommation d'alcool, notamment en milieu festif. Il y a donc un premier travail à faire en rapport avec l'alcool, puisqu'il a pour effet de précipiter la consommation en baissant l'inhibition naturelle de l'individu à passer à l'acte.

*" En matière de soins psychiatriques,  
l'addiction est en plus du reste,  
s'intrique avec le reste et complique le  
tout »*

Yasser Khazaal, psychiatre et psychothérapeute,  
CAAP

Les HUG disposent également d'un service d'addictologie, géré par des psychiatres et des psychologues, qui vont quant à eux se pencher sur le terrain dans lequel survient l'addiction. Le but étant ici de permettre à la personne de trouver d'autres manières d'obtenir ce qu'elle recherche en consommant une ou plusieurs substances. Il est apparu que des troubles psychiatriques ou psychologiques sont souvent liés au phénomène de l'addiction, surtout en tant que comorbidités. Cependant, leur nature n'est pas assez bien définie pour que l'on puisse les poser en causes ou en conséquences. Entre addiction et troubles psychiques, c'est un peu la poule ou l'œuf. Ce problème peut néanmoins être dépassé en analysant la manière dont ces deux troubles s'auto-entretiennent.

## **Hors-HUG**

La majorité des usagers font leur entrée dans le réseau de manière beaucoup moins visible, notamment par une simple consultation chez leur médecin généraliste. Conscients de l'ampleur de la tâche pour les médecins nouvellement installés, un Groupe de Praticiens en Médecine de l'Addiction s'est créé sur mandat de l'OFSP pour prodiguer formations continues, conseils et centralisations des prises en charge en centres de cure.

## **Fondation Phénix**

La Fondation Phénix est une des plus anciennes structures du réseau de soins en matière d'addictions à Genève. Composée de quatre centres répartis à différents endroits dans la ville, elle est un des piliers du réseau de soins genevois. Phénix revendique une prise en charge bio-psycho-sociale des addictions. En effet, les différents centres proposent à la fois des bilans de santé réalisés par des infirmiers ou des médecins et des entretiens avec des assistants sociaux ou des psychothérapeutes. La prise en charge s'y veut globale et chaque projet de soins est personnalisé. Le psychologue psychothérapeute Philippe Beytrison travaillant au centre «Chêne» a accepté de nous recevoir pour un entretien riche en informations qui nous ont permis d'affiner notre réflexion sur la problématique des dépendances ;

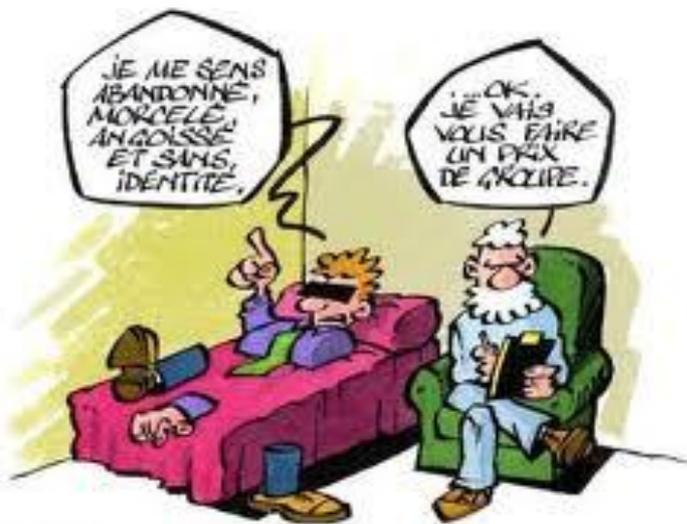
### ***Réflexion autour de l'individu dans sa complexité***

Tout part d'une prise de conscience essentielle: l'addiction n'est qu'un symptôme. Bien sûr, un symptôme séduisant, surtout pour le soignant, puisqu'il est voyant et à première vue, facile à régler. Il faut stopper cette consommation qui détruit petit à petit le toxicomane. Cela semble logique. Mais peut-on demander à une personne de traiter les symptômes de son mal sans s'attaquer à l'origine de ce mal? Cette idée reviendrait à demander à un patient diabétique de réguler sa glycémie avant de commencer un traitement médicamenteux.

On s'accordera volontiers à penser que cette façon de faire serait absurde. Pourtant, certains psychiatres semblent exiger que les patients soient abstinents avant de s'engager avec eux dans une thérapie. Ceci reviendrait à dire que le patient devrait régler la conséquence de son problème avant sa cause. Un changement de paradigme paraît nécessaire.

Cet exemple permet également de mettre en évidence le risque qu'a le soignant de passer à côté du problème en voulant imposer sa notion de «guérison». Les patients ainsi que leurs proches ont leurs propres priorités, qui ne sont pas toujours les mêmes que celles du personnel soignant. Et bien qu'il soit extrêmement tentant de considérer la personne toxicomane comme une personne malade et démunie ayant absolument besoin d'aide, il ne faut pas perdre de vue que c'est cette même personne qui vit et consomme au quotidien et qu'elle est donc plus à même que nous autres soignants de savoir ce qui est bon pour elle. Nous ne détenons pas les clés du bonheur des autres et ne pouvons pas leur imposer nos idéaux, souvent basés sur des représentations et influencés par notre jugement moral. « *La*

*drogue c'est mauvais. Se droguer n'est pas bien.* ».



Ne serait-il pas plus intéressant de considérer la prise de drogues comme une réponse apportée à un moment à un problème autre? Quelles réponses le consommateur trouve-t-il dans le produit? Pourquoi a-t-il ressenti le besoin, à un moment donné, de faire appel aux drogues? Quel état cherchait-il à fuir? Quel ressenti son produit lui permet-il d'atteindre?

Grâce à ce type de réflexions, il devient possible d'apporter une aide adéquate et personnalisée à chaque

consommateur. Les mécanismes qui poussent à la consommation ont certainement des points communs pour chacun, mais l'histoire d'une dépendance est propre au vécu d'un individu. C'est sur ce vécu qu'il faut travailler. C'est lui qu'il faut comprendre pour permettre à la personne de développer de nouvelles stratégies de vie lui permettant d'aller de l'avant et de se sortir de cette situation problématique qui l'a amenée à consulter. Evidemment, si la personne vit dans la rue et rencontre des difficultés financières, elle ne sera pas disponible pour s'investir dans une psychothérapie. Le contexte social et familial du dépendant doit faire partie intégrante du projet de soins, puisqu'il fait intégralement partie du problème.

### **3<sup>ème</sup> PILIER : REDUCTION DES RISQUES ET AIDE A LA SURVIE**

Ce pilier est l'un des plus innovants sur le plan mondial, puisqu'il présuppose qu'un Etat reconnaisse le fait que ses citoyens consomment et qu'il agisse afin de leur fournir des conditions de consommation optimales qui réduiront les risques pour leur santé.

Ceci implique deux choses fondamentales : tout d'abord de reconnaître l'usager dans sa consommation comme un « citoyen responsable de faire ses choix » et ensuite de lui apporter une aide pragmatique au plus proche de sa réalité.<sup>2</sup>

La politique suisse a été citée en tant qu'exemple par le Rapport de la Commission Mondiale pour la politique des drogues<sup>3</sup> et elle a inspiré de nombreux pays européens, ainsi que le Canada et l'Australie. Le concept de « réduction des risques » s'étend dans notre pays aux prescriptions médicales de méthadone ou d'héroïne, mais aussi à la distribution de matériel stérile et de conseils sanitaires pour réduire au minimum les risques liés à la consommation de drogues.

A Genève, c'est l'association Première Ligne qui est chargée dans une très grande mesure de veiller à l'application de ce pilier. Comme son nom l'indique, cette association va au-devant de la consommation, qu'elle soit occasionnelle et festive (avec son soutien à Nuit Blanche, association s'occupant de la réduction des risques spécialement en milieu festif) ou bien quotidienne. Dans ce dernier cas, Genève fait figure de pionnière, car elle a concrétisé en 2001 la prévention des risques sous la forme d'un local de consommation, le Quai 9.

Au Quai 9, l'usager trouve à la fois du matériel stérile, un endroit sécurisé et adapté pour qu'il puisse consommer et des conseils en matière de réduction des risques donnés par des travailleurs sociaux, qui constituent souvent le dernier filet de sécurité pour ces consommateurs « de rue ». Deux médecins et une psychiatre assurent également des permanences hebdomadaires pour traiter des problèmes aigus et renforcer les conseils de réduction des risques.



#### **Tableau 4 : Bénéfices des structures avec local de consommation, en Suisse**

- Baisse du nombre de comportements à risque de transmission de maladies infectieuses (VIH surtout)
- Baisse des overdoses fatales
- Etablissement et maintien d'un contact entre usagers et réseau social et sanitaire
- Réduction des problèmes d'ordre public ( scènes ouvertes, seringues usagées...)
- Pas d'augmentation du nombre ni la fréquence des consommateurs, (tous deux en baisse)
- Pas d'influence sur l'entrée ni le maintien en traitement des usagers

*NB : Ceci concerne les injections. Les inhalations doivent encore faire l'objet d'études*

Source : ZOBEL F. DUBOIS- ARBER F. Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse. Institut universitaire de médecine

<sup>2</sup> Voir d'autres définitions sur le site de Première Ligne: [http://www.premiereligne.ch/thematiques/reduction\\_risques.htm](http://www.premiereligne.ch/thematiques/reduction_risques.htm)

<sup>3</sup> GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY. Rapport Mondial pour la politique des drogues, juin 2011.

Comme les huit autres quais de la gare Cornavin, le Quai 9 se veut avant tout être un lieu de passage, au propre comme au figuré. L'anonymat y est par ailleurs garanti.

L'utilisateur y trouvera de quoi consommer sa substance dans de bonnes conditions. Le lieu comportant des places de sniff, d'injection et d'inhalation, mais il y trouvera aussi de l'écoute, du soutien et de petites collations, l'alimentation étant souvent un paramètre négligé par les personnes toxicodépendantes.

Les personnes fréquentant ce lieu sont en majorité des hommes (85%), entre 25 et 30 ans, ayant déjà un parcours avéré de consommateur.

Pour le visiteur, ce qui fait de prime abord la particularité de ce lieu, c'est les sentiments de normalité et de liberté qui s'en dégagent, aussi bien dans le comportement des consommateurs que dans celui des éducateurs. Tout le monde y évolue avec aisance et respect, des discussions informelles ont lieu, des blagues s'échangent, on y rit, on y « pousse un coup de gueule ». Les éducateurs n'ayant pas pour mission d'entretenir des relations suivies avec les usagers, chacun se sent dès lors libre d'aller et venir à sa guise, de nouer ou pas une discussion, de profiter de l'accès à internet ou des toilettes. Seule la présence d'un agent de sécurité nous rappelle que nous sommes dans un lieu particulier où de l'inattendu peut survenir.

Deux uniques règles sont à respecter pour l'utilisateur du lieu : pas de deal dans les locaux et le périmètre, pas de consommation hors de la salle spécialement dévolue à cela. Nous avons pu constater que les usagers avaient parfaitement intégré ces principes, profitant de l'attente pour boire un café ou discuter.

Passé dix-neuf heures, le lieu ferme et une partie de l'équipe investit le BIPS (Bus d'Information et de Préservation de la Santé), stationné en ville, pour continuer sa mission d'échange

de matériel et d'information jusqu'à tard dans la soirée. La différence étant que les usagers ne peuvent pas consommer dans le bus, qu'ils investissent parfois le temps de boire quelque chose et de discuter de leurs soucis.

Une étude a montré que cette stratégie de réduction des risques a porté ses fruits à plusieurs niveaux (voir **tableau 4**). Cependant, elle pourrait encore être améliorée par l'adoption de quelques



mesures, telles que le « testing » des drogues en soirée, qui permettrait à l'utilisateur de vérifier la qualité du produit qu'il s'apprête à consommer, ou l'ouverture des salles de consommation aux mineurs, qui ne seraient plus réduits à une consommation de rues et aux nombreuses nuisances qui en découlent.

Un autre fait marquant est que si le deuxième volet de ce 3<sup>ème</sup> pilier, à savoir « l'aide à la survie », est satisfait au niveau primaire (les gens ne meurent pas de faim), il pourrait encore être étendu aux conditions de vie de ces consommateurs marginalisés. Nous avons en effet observé qu'il leur était difficile de trouver un foyer d'urgence ou un lieu d'accueil pour la nuit et que les préoccupations qu'ils avaient étaient souvent d'ordre administratif. Certes, un grand nombre d'entre eux sont pris en charge par l'Hospice Générale, mais d'autres, sans papier et sans statut légal, sont dans une situation extrêmement précaire.

C'est donc tout un volet de la réinsertion de cette population qu'il s'agit de repenser et d'inventer. Quel rôle joue l'Etat en accordant des rentes AI à de jeunes personnes consommatrices ? De prime abord, le bien-fondé de cette démarche semble difficilement discutable, mais n'y aurait-il pas une part d'exclusion et de stigmatisation néfaste au consommateur dans cette démarche ? Des idées d'actions sociales, concrétisées par des associations comme l'Orangerie, Le Bateau ou le Resto Scout, fournissent à ces personnes l'occasion de se mettre en valeur professionnellement, leur permettent de se rassurer sur leurs compétences, de s'insérer et surtout d'être considérés par la société comme des citoyens ayant des droits et des devoirs, comme tout un chacun, arrachant par la même occasion les racines de l'ostracisme dont les consommateurs sont victimes.

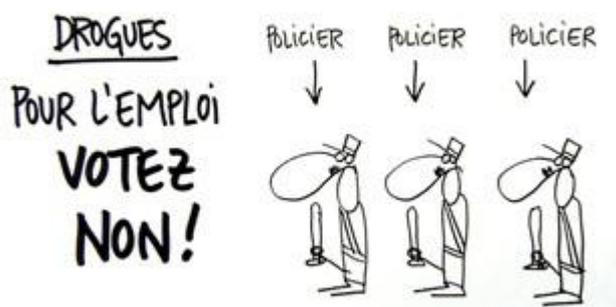
L'extension de ce genre de mesures éviterait peut-être des événements comme ceux qui ont secoués le Quai 9 en 2005, lorsque des rixes entre consommateurs ont éclaté, obligeant les organisateurs à fermer le lieu dix jours et à recourir à un agent de sécurité privé. Cet incident est survenu dans un contexte où la surveillance policière s'est renforcée autour de la gare, dans le but de ne pas laisser de « zone de non-droit » aux abords de Quai 9. C'est cette pression sur les usagers qui aurait contribué à augmenter les tensions à Quai 9, selon Christophe Mani, directeur de Première Ligne.<sup>4</sup>

On constate ici que les intérêts des acteurs du réseau semblent se confronter, les actions des uns entravant la liberté des autres. Le 4<sup>ème</sup> pilier, la répression, semble à première vue opposé aux trois autres puisqu'il entend défendre la société, alors que les trois autres se centrent sur l'individu. On peut dès lors se demander à quel point cet antagonisme apparent est infranchissable.

#### 4<sup>ème</sup> PILIER : CONTRÔLE ET REPRESSION

##### *Police genevoise*

Le 4<sup>ème</sup> pilier, contrôle du marché et répression, vise à protéger la population des problèmes liés aux drogues en agissant en amont de la consommation, au niveau de la vente. Cet axe d'intervention a la particularité d'agir très indirectement sur la santé publique, et, pour mieux en comprendre les buts et les actions, nous avons rencontré Patrick Pulh, porte-parole de la police genevoise.



<sup>4</sup> ESTOPPEY Didier. « Dénonçant la pression policière, Quai9 engage un vigile privé ». *Le Courrier*, 12 juillet 2005

Tout d'abord, nous avons constaté que la police agissait à plusieurs échelles géographiques différentes : (1) le trafic international (actuellement, la cocaïne est produite en Amérique du Sud, transportée et vendue aux mafias d'Afrique de l'ouest, puis transportée, redistribuée et vendue dans la rue en Europe) ; (2) le trafic « local » européen et national ; et (3) la vente (ou « deal ») de rue à Genève. En se fondant sur la base légale de l'interdiction de produire et de vendre certaines substances librement, différentes unités de la police interviennent à ces différents niveaux.

Les interventions aux niveaux internationaux ont pour but principal de démanteler les réseaux mafieux de grande envergure, dont les impacts sur la sécurité publique sont désastreux, en particulier dans certains pays d'Amérique du Sud. Dans ce cadre, les collaborations avec d'autres pays sont fréquentes, notamment lorsqu'il s'agit d'intervenir directement en territoire étranger (parfois jusqu'aux laboratoires clandestins d'Amérique du Sud). Ce type d'interventions relève donc plus de la lutte contre le crime organisé que de la politique sanitaire en matière de drogue.

L'aspect du travail de la police qui nous a le plus intéressé est le niveau d'intervention le plus local, c'est-à-dire celui qui s'occupe du deal de rue. Les interventions à ce niveau ont comme objectif principal de préserver l'ordre et la sécurité publique en empêchant les dealers de devenir dangereux au-delà de la vente de stupéfiants. L'expérience montre en effet que, sans un contrôle permanent de la police, le deal de rue prend facilement des proportions qui menacent la sécurité publique bien au-delà de la simple vente de produits illicites : rues bloquées par des dealers, quartiers impénétrables par la police et zones de non-droit ; tous ces phénomènes représentent un danger pour les résidents et les usagers de la voie publique, et ce indépendamment de la consommation de drogue. C'est donc avant tout dans l'optique d'empêcher de tels phénomènes de se développer que la police intervient auprès des dealers de rue, et non pas dans l'idée surréaliste d'éradiquer complètement la vente de stupéfiants. En outre, il est probablement préférable d'avoir des lieux de deal définis et connus de la police (schématiquement à Genève : (1) Cornavin – Paquis, (2) Usine – Jonction et (3) Plainpalais) et ainsi d'avoir un regard et un contrôle permanents sur ce qui s'y passe plutôt que de dissoudre la vente dans toute la ville en augmentant la répression dans les quartiers précités. On constate donc que, ici encore, le travail de la police dépasse largement les enjeux purement sanitaires liés à la consommation de drogues.

Enfin, un autre aspect de la répression que nous avons découvert durant notre travail est le contrôle « économique » que la police effectue sur le marché des stupéfiants à Genève. Patrick Pulh nous a en effet expliqué que, selon la conjoncture internationale et certains phénomènes de mode, les prix pratiqués par les dealers variaient d'une région à l'autre et dans le temps. Or, quand les prix deviennent plus bas à Genève qu'ailleurs, cela produit un « appel d'air » et le marché prend de l'ampleur localement, ce qui est très criminogène. Dans ces cas, la police est capable de contrôler le marché et de faire remonter les prix, notamment en renforçant la répression sur le marché concerné, ce qui a pour effet de compliquer la tâche des dealers et de rééquilibrer l'offre et la demande. Les prix redeviennent alors comparables à ceux pratiqués ailleurs et le marché genevois redevient « non-compétitif » sur le plan international.

Le pilier contrôle du marché et répression répond donc au problème de la drogue par une approche particulière, en protégeant la population des substances, mais aussi, et surtout, en la protégeant de la criminalité potentielle liée à la vente de ces substances. Les enjeux liés à ce pilier sont donc bien plus vastes que la santé publique proprement dite et ils sont développés dans les paragraphes suivants.

### ***Réflexion actuelle sur un coupable idéal : le nouveau code de procédure pénal.***

Entrée en vigueur en janvier 2011, ce dernier prévoit qu'un individu soupçonné de dealer soit arrêté et retenu 24 heures, pour que son cas soit présenté à un procureur, qui peut prononcer une ordonnance pénale. La personne est ensuite relâchée et dispose alors d'un délai de dix jours pour faire recours, sans quoi le dossier est transmis au service d'application des peines et mesures (Sapem).

Reste alors à le retrouver, ou, le cas échéant (ce qui est très fréquent) de l'inscrire au registre suisse des personnes recherchées.

On peut sans peine se figurer que cette procédure laisse une grande marge de manœuvre aux intéressés, principalement ceux sans statut légal et sans papiers, pour disparaître dans la nature. L'interdiction qu'ils ont de travailler ne favorise pas leur intégration dans la communauté et rend plus facile une émigration vers un pays voisin.

Il semblerait que cette situation exaspère autant les habitants que les autorités. Les premiers sont choqués du nombre sans cesse grandissant de ces dealers de rue, de plus en plus voyants. Les seconds regrettent amèrement l'ancien code de procédure pénale, qui permettait de détenir la personne une dizaine de jours sous la main du procureur, dont l'ordonnance de condamnation valait immédiatement titre de détention. Quelles pourraient être les raisons d'un tel relâchement légal ?

Le procureur général Olivier Jornot nous apporte peut-être un élément de réponse lorsqu'il explique dans la Tribune de Genève pourquoi les magistrats ne placent pas immédiatement la personne en détention;

-« *Ils (les magistrats) peuvent demander au Tribunal des mesures de contraintes, mais cette démarche est lourde.(...) S'ils le faisaient pour des affaires de deals, il me faudrait vingt magistrats supplémentaires et ajouter un étage à Champ-Dollon.* »<sup>5</sup>

A première vue, l'administration serait dépassée par l'ampleur du phénomène du deal de rue. Les moyens à disposition ne seraient-ils pas adaptés ou bien la solution proposée n'est-elle pas optimale ? Une autre approche, plus douloureuse à examiner peut-être, serait de constater qu'il y a un hiatus entre le dispositif sécuritaire mis à disposition et la réalité.

### ***Politique des quatre piliers en péril ?***

Comme nous l'avons vu, la politique des quatre piliers résulte d'un consensus entre une prise en charge globale et une idée sécuritaire. Régulièrement, dans les journaux, l'épineuse question du deal de ville refait surface. L'accent est alors mis sur les manquements du système judiciaire, jugé trop laxiste et peu cohérent.

L'impact de ce commerce de rue sur l'opinion publique se pose comme un futur problème politique à régler. On pourrait considérer la situation actuelle comme une conséquence logique de ce consensus politique entre santé publique et préoccupation sécuritaire, qui s'est attaqué aux conséquences d'un problème sans en traiter les causes.

En janvier 2012, Jean-Félix Savary, secrétaire général du GREA (Groupement Romand d'Etudes des Addictions) nous mettait en garde dans le journal Première Ligne sur le risque de voir notre politique des quatre piliers remise en question par des amalgames populistes.

-« *Le risque est grand qu'un discours simpliste sur les politiques trop « laxistes » prenne le dessus. De plus, vue du grand public, la différence entre le deal et les mesures socio-sanitaires reste ténue. Il existe un danger réel de voir la question sécuritaire du marché provoquer un renversement de l'opinion publique concernant le modèle des quatre piliers et la réduction des risques.* »<sup>6</sup>

*« Le nouveau Code de procédure pénale suisse, entré en vigueur en 2011, ne facilite pas les choses. Tout comme le manque de places dans le centre de détention administrative de Frambois . »*

ROSELLI, Sophie « Sécurité : plus de cohérence ! » L'éditorial. *Tribune de Genève*. 9-10 juin 2012.

<sup>5</sup> Olivier Jornot, interviewé par Roselli, Sophie « Genève supermarché de la cocaïne » . Tribune de Genève. 9-10 juin 2012.

<sup>6</sup> SAVARY Jean-Félix. « Le débat sur la légalisation des drogues doit reprendre ». *Première Ligne*. Janvier 2012.

Ses craintes semblent en partie vérifiées par l'article de la Tribune de Genève de juin 2012 précité. Or, si la population s'affole devant les dealers et réclame une modification de la LStup allant dans le sens de son durcissement, les principaux perdants seraient les usagers, population déjà vulnérable et marginalisée qui avait vu son statut s'améliorer ces vingt dernières années, précisément par l'adoption des trois premiers piliers.

### ***Une solution : Légaliser ?***

Ce pilier « répression », dont les failles risquent de faire basculer les autres, se fonde sur l'existence d'un marché noir. Comme tout marché noir, celui-ci s'appuie sur le statut illégal de la substance. Une légalisation de ce marché, dont les termes et les conditions resteraient à définir, constituerait donc une solution à ce problème de fond, mais attention, légaliser ne signifie pas promouvoir. Il faudrait délivrer la substance dans un contexte clair, sous conditions (âge, etc.) et avec un message sur les risques, les alternatives et les traitements.

« Les drogues ne sont pas interdites parce qu'elles sont dangereuses, c'est le contraire »  
Thomas Szasz, cité par Thierry Musset, infirmier spécialiste clinique en addictologie, HUG

La Suisse n'étant pas seule au monde, une des grandes craintes des autorités et de la police face à une légalisation à l'échelle d'un seul pays serait l'effet « appel d'air », autrement dit la création d'un « tourisme de la drogue » néfaste pour l'image du pays et criminogène. Face à cette crainte, une légalisation concertée entre un ensemble d'Etats pourrait être une solution, ou alors une restriction de la distribution de stupéfiants aux seuls citoyens du pays.

Une autre crainte, précédemment émise pour les programmes d'échange de seringues ou de prescription d'héroïne, est que cet accès « facilité » fasse augmenter le nombre de consommateurs. Force est de constater que depuis l'instauration des programmes d'échange de seringues et de prescription médicalisée d'héroïne, le nombre de nouveaux demandeurs a baissé<sup>7</sup>.

Il est certes difficile d'extrapoler cela à une légalisation, surtout si le cadre de celle-ci n'est pas clairement défini, néanmoins il vaudrait la peine d'écarter pour un temps ces peurs irrationnelles afin de se concentrer sur des essais plus scientifiques en matière de politique des drogues, comme le recommande le rapport de la Commission Mondiale pour la Politique des Drogues (voir paragraphe « *Un débat nécessaire* »).

## **POPULATIONS VULNERABLES**

Les toxicomanes représentent une population vulnérable sous de nombreux aspects et cette problématique nous a interpellé durant notre travail. Pour mieux comprendre cette dimension du problème, nous avons interrogé des professionnels ainsi que des consommateurs de stupéfiants. Ce chapitre présente nos constatations et nos réflexions à ce sujet.

Nous avons tout d'abord tenté de comprendre en quoi cette population était vulnérable et avons identifié de nombreux éléments de réponse (nous parlerons ici surtout des toxicomanes de rue, mais il est probable que certains éléments soient applicables à certains toxicomanes mieux insérés). Voir **tableau 5**.

<sup>7</sup> Office fédéral de la santé publique OFSP. Traitement avec prescription d'héroïne / diacétylmorphine (HeGeBe). Juin 2011. p 8. ZOBEL F. DUBOIS-ARBER F. Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse. *Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne*, 2004. p.21.

Ces éléments de vulnérabilité ne s'appliquent, bien sûr, pas à tous les toxicomanes, mais sont tous fortement associés à la toxicomanie. Les raisons de cette association sont diverses : certains éléments sont plutôt des causes de la consommation de stupéfiants (notamment la précarité), d'autres sont plutôt ses conséquences (notamment la stigmatisation, la vulnérabilité physique et la dysfonction professionnelle et sociale), et d'autres entretiennent avec la consommation des liens plus complexes, souvent bilatéraux, ou impliquant un troisième facteur commun (par exemple, la vulnérabilité psychique et la criminalité). Dans tous les cas, ces éléments sont surreprésentés dans la population des toxicomanes et représentent des causes importantes de vulnérabilité, voire des obstacles à la réinsertion.

Pour aller plus loin, un aspect qui nous a particulièrement intéressés est le lien très fort entre toxicomanie et criminalité. Les populations des toxicomanes et des criminels sont en effet largement superposées. La Dre Mariem Baroudi (cheffe de clinique à l'unité Antenne Addiction à Champ-Dollon et travaillant aussi à la Consultation Navigation du service d'addictologie des HUG) nous a d'ailleurs dit qu'elle voyait en partie les mêmes patients à Champ-Dollon et à la Navigation, ce qui montre bien que ces deux populations sont en fait une seule et même population, du moins en partie. Nous avons tenté de comprendre quelle était la raison de cette association, et avons constaté que tous les scénarios existaient. Certains individus sont toxicomanes bien avant de commettre des actes criminels, et la toxicomanie est alors la cause de la criminalité (le plus souvent, il s'agit d'actes criminels commis sous l'influence de stupéfiants, ou pour financer la consommation). Pour d'autres personnes, la criminalité entraîne la toxicomanie, notamment en ce qui concerne les détenus qui commencent une consommation de drogue en prison. Enfin, pour certains, un autre facteur



**Tableau 5 : Causes possibles de vulnérabilité chez les toxicomanes**

- Précarité, pauvreté, absence de revenu
- Vie dans la rue
- Vie en marge de la société
- Violences et criminalité
- Stigmatisation
- Absence de soutien familial
- Vulnérabilité physique (état de santé précaire, « camisole chimique » pendant la consommation)
- Vulnérabilité psychique (troubles psychiatriques et psychiques divers, traits antisociaux, rapport pathologique à l'autorité)
- Dysfonction (professionnelle et sociale liée à la consommation)



est la cause commune et de la criminalité et de la toxicomanie (par exemple, une grande précarité). Il semble que le premier scénario soit néanmoins le plus fréquent, avec un grand nombre d'actes criminels commis sous l'influence de substances, et très probablement déclenchés par cette dernière. La criminalité constitue donc un élément supplémentaire de vulnérabilité pour les toxicomanes, et ce même pour ceux qui n'appartenaient pas à ce milieu avant de commencer leur consommation de drogue.

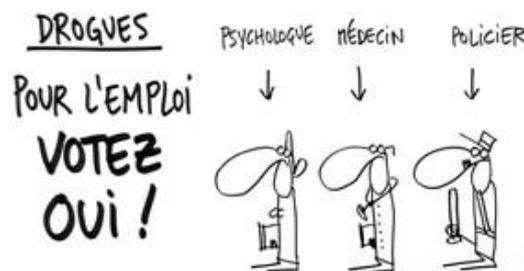


## ATOUPS ET MANQUES DU RESEAU EN SUISSE

### *Le réseau*

Au terme de notre enquête, après avoir mieux compris le problème de la cocaïne dans toute sa complexité et exploré en détails le réseau de soins, nous avons réfléchi de manière critique aux atouts et à ce qui pouvait être amélioré dans ce réseau.

Tout d'abord, soulignons qu'il y a peu de choses à améliorer dans le réseau de soins et la politique suisse en matière de drogues. Ces derniers sont en effet d'une grande efficacité, répondent de manière appropriée aux différents aspects du problème, et sont plutôt modernes et novateurs comparés à la plupart des autres pays (en particulier l'aspect « réduction des risques »). En outre, nous bénéficions en Suisse d'un réseau complet qui offre un panel très large de prestations pour des prises en charge variées, multidisciplinaires, et traitant les nombreuses facettes de la problématique (des problèmes somatiques à la désinsertion sociale, en passant par les co-morbidités psychiatriques et l'addiction). Enfin, ce réseau a l'avantage d'être très accessible, y compris pour les populations vulnérables et précaires, en offrant notamment des prestations gratuites, qui constituent des portes d'entrée vers le réseau pour les personnes en situation irrégulière ou n'étant pas assurées (par exemple Quai 9, BIPS, Argos).



Une des faiblesses que nous avons identifiée repose dans l'aspect « prévention ». Il nous semble en effet que cet axe d'intervention, si important en santé publique, est peu exploité et relativement peu efficace. En effet, comparé aux autres piliers de la LStup, peu de moyens sont investis dans la prévention et les messages de prévention sont parfois peu appropriés. Un consommateur de cocaïne que nous avons rencontré nous a dit qu'il avait eu envie d'essayer des drogues pour la première fois lors d'un cours de prévention au cycle d'orientation. Cette remarque ne nous a que partiellement étonnés : il est en effet difficile de parler des effets d'une drogue sans risquer de faire envie à certains individus prédisposés qui accordent plus d'importance aux aspects « positifs » de la substance et en négligent les dangers. Nous saluons donc les efforts fournis au niveau du Service Santé de la Jeunesse pour adapter le discours aux jeunes et éviter de répéter ce genre de maladroites. Il est à regretter toutefois que les actions menées ne s'étalent que sur une poignée d'heures, tout au long de la scolarité. Peut-être faudrait-il augmenter les moyens alloués à ce service, ou sensibiliser les enseignants et les parents à cette problématique afin qu'ils renforcent les messages ?

Une suggestion que nous aurions à émettre par rapport à la communication en prévention est basée sur le constat que certains adolescents ont une perception biaisée des avantages et des dangers d'une consommation, accordant beaucoup d'importance aux avantages perçus, et négligeant à la limite du déni les dangers qu'on essaye de leur montrer. Puisque ce biais est présent dans l'esprit de nos interlocuteurs, il serait peut-être judicieux ( mais cela ne fait l'unanimité au sein du groupe) de biaiser notre discours dans l'autre sens, quitte à ne pas être tout à fait objectifs. Il faudrait probablement plus passer sous silence les effets agréables des drogues, et présenter la consommation de drogue comme une expérience qui est d'emblée pathologique et problématique. En outre, il faudrait plus insister sur les inconvénients immédiats de la consommation afin de stopper rapidement les consommations naissantes. En effet, bien que moins sévères, les désagréments immédiats sont plus décourageants pour un non-consommateur que la menace abstraite d'une complication qui viendrait des années plus tard. Nous pensons donc qu'il faudrait investir plus dans la prévention et peut-être retravailler certains aspects de la communication.

Un autre aspect qui manque probablement au réseau est une intervention en amont de la prévention : une promotion de la santé qui irait dans le sens de réduire les facteurs de risque de la consommation de stupéfiants (en particulier les facteurs psychiques, sociaux et familiaux, cf. tableau

2, « Facteurs de risque »). Ce « 5<sup>ème</sup> pilier » pourrait contenir un ensemble d'interventions sociales et culturelles dont le but serait de promouvoir, « à la source », une meilleure santé en matière d'addiction et de conduites à risque. Bien évidemment, cet aspect dépasse largement la dimension de santé publique et intervenir à ce niveau relève d'un choix de société. En outre, quand bien même nous choisirions de faire cette intervention, elle resterait difficile à mettre en place : comment promouvoir le bien-être d'un maximum de gens pour qu'ils ne soient pas tentés de fuir dans une consommation ? Vaste question politique !

Enfin, et cela va sans dire, la médecine reste relativement démunie face à l'addiction et il n'existe pas de traitement unique et 100% efficace. Il est donc nécessaire de continuer d'investir dans la recherche fondamentale et clinique afin de mieux connaître et de mieux traiter ce problème complexe.

### ***Une politique durable des addictions en Suisse***

Notre modèle des quatre piliers n'est certes pas parfait, mais il correspond néanmoins aux idéaux internationaux en la matière. En Suisse, un organe consultatif est chargé de conseiller le Département Fédéral de l'Intérieur sur les questions de drogues : il s'agit de la commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD).

Composé de quatorze experts mandatés par le DFI, cet organe a pour mission de guider le Conseil Fédéral en matière de politique des addictions et d'applications de la LStup. Les avis sont émis sous forme de rapports. Le dernier en date, *Défi Addictions*, présente la particularité d'avoir été conçu en collaboration avec les Commissions Fédérales pour les problèmes liés à l'alcool (CFAL) et pour la prévention du tabagisme (CFPT).

Datant de 2010, ce rapport esquisse un nouveau tournant dans la manière de considérer des substances comme le tabac, l'alcool ou les drogues de manière globale. Le changement de paradigme proposé porte sur le champ d'application de la politique des drogues, qui devrait selon les experts aller « *au-delà de la dépendance* » pour inclure toute les consommations problématiques, « *au-delà du statut légal* » et « *au-delà de la substance* » pour inclure également les comportements à potentiel addictif comme le jeu compulsif.

Du point de vue stratégique, la politique suisse des addictions devrait aller « *au-delà de la responsabilité individuelle* », dans le sens que l'Etat devrait proposer des choix sains plus attractifs, « *au-delà de la protection de la jeunesse* » pour ne pas oublier les autres tranches de population touchées par l'addiction (notamment les personnes âgées) et « *au-delà des mesures de politique sanitaire* » pour impliquer tous les autres acteurs politiques concernés.

Au final, il ressort de ce rapport que le problème des addictions en général va bien au-delà de la santé publique. Il s'étend à une société dans son ensemble, touchant des groupes de population n'ayant à priori rien en commun (comme des marginaux ou des banquiers), sauf peut-être la même recherche existentielle, déçue peut-être par des solutions socialement acceptables.

« Le nombre de personnes susceptibles de s'impliquer dans des trafics pour améliorer leurs conditions de vie, subvenir aux besoins de leur famille ou échapper à la pauvreté semble illimité »

Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues, juillet 2011.

## HORS DE LA SUISSE

### *Une responsabilité internationale*

Du point de vue du citoyen suisse non-consommateur, le principal désagrément du trafic de cocaïne est la vision des petits dealers. Pour d'autres pays, les désavantages vont bien au-delà du visuel. Après le pétrole, la drogue est la deuxième économie mondiale. Les enjeux sont sociaux, économiques, politiques et écologiques. Tous ces facteurs s'entremêlent dans des luttes géostratégiques de réseaux mafieux sans cesse en évolution. Si certains Etats ont une responsabilité directe dans ce problème (via la corruption ou des intérêts géostratégiques à protéger les narcotrafiants), l'immense majorité des autres ont une responsabilité indirecte, via une législation qui favorise la survie de tels réseaux.

En Colombie, premier pays producteur de coca actuellement, 15'000 guérilleros de gauche affrontent 8000 paramilitaires d'extrême-droite. Le trafic de coca finance ce conflit.<sup>8</sup>

Depuis 15 ans, les Etats-Unis ont fait de cette situation une de leur priorité. Ils financent par millions des opérations militaires de destruction des champs, des fumigations aériennes avec un herbicide large spectre, le glyphosate. Si l'effet sur la santé des populations de ce produit fait encore l'objet de controverses (du fait du peu de recul que l'on a sur la substance ainsi que sur son interaction avec d'autres herbicides), l'effet immédiat sur l'environnement est quant à lui désastreux.

En effet, pulvérisé par avion, ce produit détruit non seulement le champ de coca, mais également les cultures vivrières des cultivateurs de coca, ainsi que la jungle alentour. La conséquence étant le déplacement des cultivateurs toujours plus loin dans des terres, au détriment de la forêt.<sup>9</sup>

Mais l'extraction de la cocaïne a elle aussi ses conséquences pour l'environnement ; elle nécessite en effet plusieurs dizaines de substances hautement toxiques comme l'acide sulfurique, la chaux sodée, le kérosène. Effectuée dans des laboratoires clandestins en pleine jungle, ses produits ont tôt fait de se retrouver dans les sols, les cours d'eau, les nappes phréatiques.

Quant à l'acheminement de la poudre blanche, il fait lui aussi l'objet d'intenses convoitises. Au Mexique, 19 cartels de la drogue mènent une guerre sanglante pour le contrôle du trafic de cocaïne à destination des Etats-Unis. Depuis 5 ans, on compte plus de 60 000 morts liés à leurs activités et à leurs luttes de pouvoir.

Le gouvernement actuel, sous la présidence de Felipe Calderon, mène, avec un appui financier considérable des Etats-Unis<sup>10</sup>, une guerre contre ces cartels, avec comme conséquence des luttes de succession entre cartels rivaux exacerbant encore la violence.<sup>11</sup>

« Ce jeu du chat et de la souris fait qu'en Colombie la culture de la coca est depuis une vingtaine d'années le principal facteur de déforestation devant l'élevage, l'agriculture ou l'exploitation minière »

MISERY Yves, « la coca grignote la forêt colombienne », *Le Figaro*, février 2011.

<sup>8</sup> CASTRO Nelson « Coca et pluies empoisonnées, fléaux de la Colombie ». *Le Courrier de l'Unesco*, mai 2001.

<sup>9</sup> CASTRO Nelson « Coca et pluies empoisonnées, fléaux de la Colombie ». *Le Courrier de l'Unesco*, mai 2001.

<sup>10</sup> LABROUSSE Alain. « Evolution récentes de la géopolitique de la cocaïne », *l'Espace politique*, janvier 2008

<sup>11</sup> GEOPOLITIS, « Le Mexique et la drogue, une victoire des cartels ? » RTS, émission du 1<sup>er</sup> avril 2012.

## Un débat nécessaire

C'est en partant du constat d'échec des politiques internationales en matière de répression du trafic de drogues, que des personnalités politiques (notamment notre ancienne présidente Ruth Dreifuss, mais également les anciens présidents mexicain, colombien, brésilien) ont cosigné en juin 2011 le Rapport de la Commission Mondiale pour la Politique des Drogues.

Dans ce rapport, destiné à l'ensemble des pays membres des Nations Unies, ils constatent que la situation en matière de drogues ne s'est pas améliorée depuis cinquante ans (soit depuis la Convention unique sur les stupéfiants des Nations Unies, en 1961, qui a mis un veto sur l'exportation de la coca et rendue la cocaïne illégale) et ce malgré les milliards injectés par les gouvernements pour lutter à tous les échelons contre ce trafic par des mesures répressives.

Forts de ce constat d'échec, les cosignataires encouragent les gouvernements à engager des réformes profondes sur leur politique des drogues. Voici les principaux changements demandés :

-Cesser de criminaliser les consommateurs, car cela favorise leur stigmatisation et leur marginalisation.

-Expérimenter et évaluer des modèles de régulation légale des drogues, afin que la politique ne soit plus fondée sur des bases morales, mais scientifiques. Ceci amènerait comme bénéfice de nuire au marché noir et de protéger la santé des consommateurs, qui auraient enfin droit à une transparence concernant la qualité de leurs produits.

-Garantir un traitement adapté aux usagers de drogue, avec la mise à disposition de traitements variés, jusqu'à la mise à disposition d'un programme de prescription médicalisée d'héroïne (et aux auteurs de citer l'exemple suisse), mettre en place des programmes de réduction des risques et de prévention crédibles et adaptés à ceux qui reçoivent les messages. On peut constater ici que nos trois premiers piliers nationaux collent parfaitement à ces principes !

-Stopper les abus tels que l'enfermement, le travail forcé, les violences physiques et psychologiques allant à l'encontre des Droits de l'Homme aussi bien sur les consommateurs que sur les autres membres du système tels que les paysans, passeurs, « mules » et petits revendeurs, qui devraient eux aussi être considérés comme des victimes.

-Concentrer la répression sur les organisations criminelles violentes, en concentrant les efforts des forces de l'ordre non sur l'offre (en l'occurrence paysans et petits revendeurs) mais sur les préjudices commis sur les populations par les réseaux mafieux

-Revoir la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, conçue pour guider les pays dans leur politique de gestion des substances selon les nuisances et les risques de diverses substances. En effet, les progrès scientifiques effectués en cinquante ans sur des substances comme le

« Briser le tabou qui pèse sur le débat et la réforme, c'est maintenant qu'il faut agir ! »

Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues, juillet 2011.

« Remplacer les politiques et les stratégies en matière de drogue, motivées par l'idéologie et l'intérêt politique, par des politiques et des stratégies fiscalement responsables, fondées sur la science, la santé, la sécurité et les droits de l'homme ; adopter des critères appropriés pour cette évaluation »

Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues, juillet 2011.

**DROGUES**  
**ON VA**  
**VOTER...**



cannabis ou la feuille de coca nécessitent que leur classification soit revue.

## CONCLUSION

Si les substances, les modes de consommation, les populations concernées et le contexte social changent, une chose demeure : le manque à combler.

Notre condition humaine est faite de doutes existentiels. Nous sommes sans cesse soumis à des émotions tantôt désagréables, tantôt plaisantes. Pour peu que nos conditions de vie, notre milieu familial ou social ne nous ait pas donné tous les outils nécessaires pour y faire face, nous voilà tentés de fuir. Anesthésier ou exacerber, la finalité semble au la même ; il s'agit avant tout d'une tentative de maîtriser quelque chose qui nous échappe.

Notre société élitiste et compétitive ne convient pas à tous. La cocaïne est supposée être une solution parmi tant d'autres pour y faire face, que l'on soit en haut de cette société pour foncer toujours plus, ou tout en bas, pour ressentir la jubilation que la vie nous a refusée. On peut imaginer que dans un autre modèle social, dicté par d'autres valeurs, une autre drogue aurait pignon sur rue, qui permettrait de s'y soustraire le temps de quelques heures.

Nous pouvons tous nous considérer comme des toxicomanes, en ce sens que toutes les addictions, toutes les consommations pouvant poser problème agissent sur les mêmes structures cérébrales. Peu importe que ce circuit soit au final activé par de l'héroïne, de la cocaïne, du sexe, de la nourriture, du shopping ou du sport !

Nous ne sommes pas en droit de juger de la manière dont les autres activent leur système dopaminergique dès lors qu'ils ne mettent pas l'ordre social en péril. Comparé aux coûts sociaux de l'alcool et du tabac, ceux de la cocaïne et de l'héroïne sont ridicules. Au contraire, que pourrait-on reprocher à un banquier qui accroît sa productivité par sa consommation ? Est-il plus dangereux qu'un consommateur d'alcool chronique ?

Changer de paradigme de société ne servirait à rien. Nous devons prendre nos responsabilités face à nos choix actuels, qui laissent une frange d'entre nous désarmée. Plutôt que de marginaliser et de mépriser les consommateurs, mieux vaut diminuer leur nombre potentiel en faisant une prévention ciblée sur les compétences individuelles à faire face. Si malgré tout le piège se referme sur certains, il faut tout mettre en œuvre pour qu'ils traversent cette épreuve avec le moins de dommages possibles, pour qu'ils atteignent l'équilibre qu'ils auront choisi. Pour certains, ce sera l'abstinence, pour d'autres, une consommation contrôlée. Ce choix ne nous appartient pas.

Ainsi devons-nous faire preuve d'humilité face à notre rôle de soignants. Nous ne sommes pas là pour imposer un sevrage ou un traitement, mais pour guider au mieux une personne dans ses choix, tout en lui fournissant un maximum d'outils qui lui seront utiles pour se déterminer. C'est en cela qu'une bonne connaissance du réseau et des partenaires sociaux est indispensable, car nous ne sommes qu'un (petit) maillon de la chaîne.

*« L'idéal des toxicomanes, c'est une  
superindépendance »*

Sylvie Geismar Wiewiorka, citée par Philippe  
Beytrison, Psychologue psychothérapeute FSP,  
Fondation Phénix

## Remerciements aux personnes interviewées :

**Patrick Pulh**, porte-parole de la police genevoise

**Philippe Sudre**, Médecin cantonal délégué. philippe.sudre@etat.ge.ch

**Soraya Orduz**, Service Santé de la Jeunesse du Canton de Genève. soraya.orduz@edu.ge.ch

**Simon Regard**, relations publiques et communication, Association Genevoise des Sections de Samaritains. simon.regard@agss.ch

**Mariem Baroudi**, cheffe de clinique à l'unité médicale de la prison de Champ-Dollon. mariem.baroudi@hcuge.ch

**Yasser Khazaal**, psychiatre au service d'Addictologie des HUG, Grand-Pré. yasser.khazaal@hcuge.ch

**Barbara Broers**, médecin à l'Unité de médecine de premier recours (UMPR). HUG. barbara.broers@hcuge.ch

**Nadia Magnin**, service social de la police genevoise, nadia.magnin@police.ge.ch

**Laurence Fehlmann Rielle**, Secrétaire générale de la FEGPA, Présidente de la commission consultative en matière d'addictions, Conseillère municipale de la Ville de Genève, laurencefr@vtxnet.ch

**Sandro Cattacin**, Département de sociologie, Université de Genève. Sandro.Cattacin@unige.ch

**Thierry Musset**, Infirmier Spécialiste Clinique addictologie, Direction Adjointe des Soins, Thierry.Musset@hcuge.ch

**Danièle Geisendorf**, présidente d'Antenne Drogue Famille. info@agpcd.ch

**Gérald Thévoz**, Intervenant Psychosocial spécialisé en addictologie, Centre de Jour Entracte, Association Argos, gerald.thevoz@argos.ch

**Philippe Beytrison**, Psychologue psychothérapeute FSP, thérapeute systémique et de famille ASTHEFIS, fondation Phénix, philippe.beytrison@phenix.ch

**Geneviève Praplan**, sociologue spécialisée en médecine communautaire, Addiction Suisse, gpraplan@addictionsuisse.ch

**Samia Hurst**, médecin et bioéthicienne, samia.hurst@unige.ch

**Emmanuel Ducret**, Infirmier au Quai 9 et membre de l'association Première Ligne, emmanuel.ducret@premiereligne.ch

Notre tuteur : **Jean-François Etter** . Jean-François.Etter@unige.ch

## BIBLIOGRAPHIE :

### Articles et publications :

-CASTRO Nelson « Coca et pluies empoisonnées, fléaux de la Colombie ». *Le Courrier de l'Unesco*, mai 2001.

-GEOPOLITIS, « Le Mexique et la drogue, une victoire des cartels ? » RTS, émission du 1<sup>er</sup> avril 2012.

- Office fédéral de la santé publique OFSP. Traitement avec prescription d'héroïne / diacétylmorphine (HeGeBe). Juin 2011.

- ZOBEL F. DUBOIS-ARBER F. Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse. *Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne*, 2004.

-ROSELLI, Sophie « Genève supermarché de la cocaïne ». *Tribune de Genève*. 9-10 juin 2012.

-ESTOPPEY Didier. « Dénonçant la pression policière, Quai9 engage un vigile privé ». *Le Courrier*, 12 juillet 2005

-SAVARY Jean-Félix. « Le débat sur la légalisation des drogues doit reprendre ». *Première Ligne*. janvier 2012.

-GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY. Rapport Mondial pour la politique des drogues, juin 2011.

-« Défi Addictions : Fondements d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse. » Commissions fédérales pour les problèmes liés à l'alcool, les questions liées aux drogues et la prévention du tabagisme. Berne, 2010.

-LABROUSSE Alain. « Evolution récentes de la géopolitique de la cocaïne », *l'Espace politique*, janvier 2008

- MISERY Yves, « la coca grignote la forêt colombienne », *Le Figaro*, février 2011.

-B. G. KATZUNG, Basic and clinical pharmacology. 11th edition, 2009. pp. 553-568 Drugs of abuse.

### Sites internet

Addiction Suisse : <http://www.addictionsuisse.ch/>

Fondation Phénix : <http://www.phenix.ch/>

Groupement romand d'Etude des Addictions : <http://www.grea.ch/>

Association Argos : <http://www.argos.ch/>

Antenne Drogues Familles : <http://www.infoset.ch/inst/adf/>

Association Première Ligne : <http://www.premiereligne.ch/index.htm>

Radio Télévision Suisse : <http://www.rts.ch/info/suisse/>

Association Nuit Blanche : <http://www.nuit-blanche.ch/index.htm>

Up To Date : <http://www.uptodate.com>