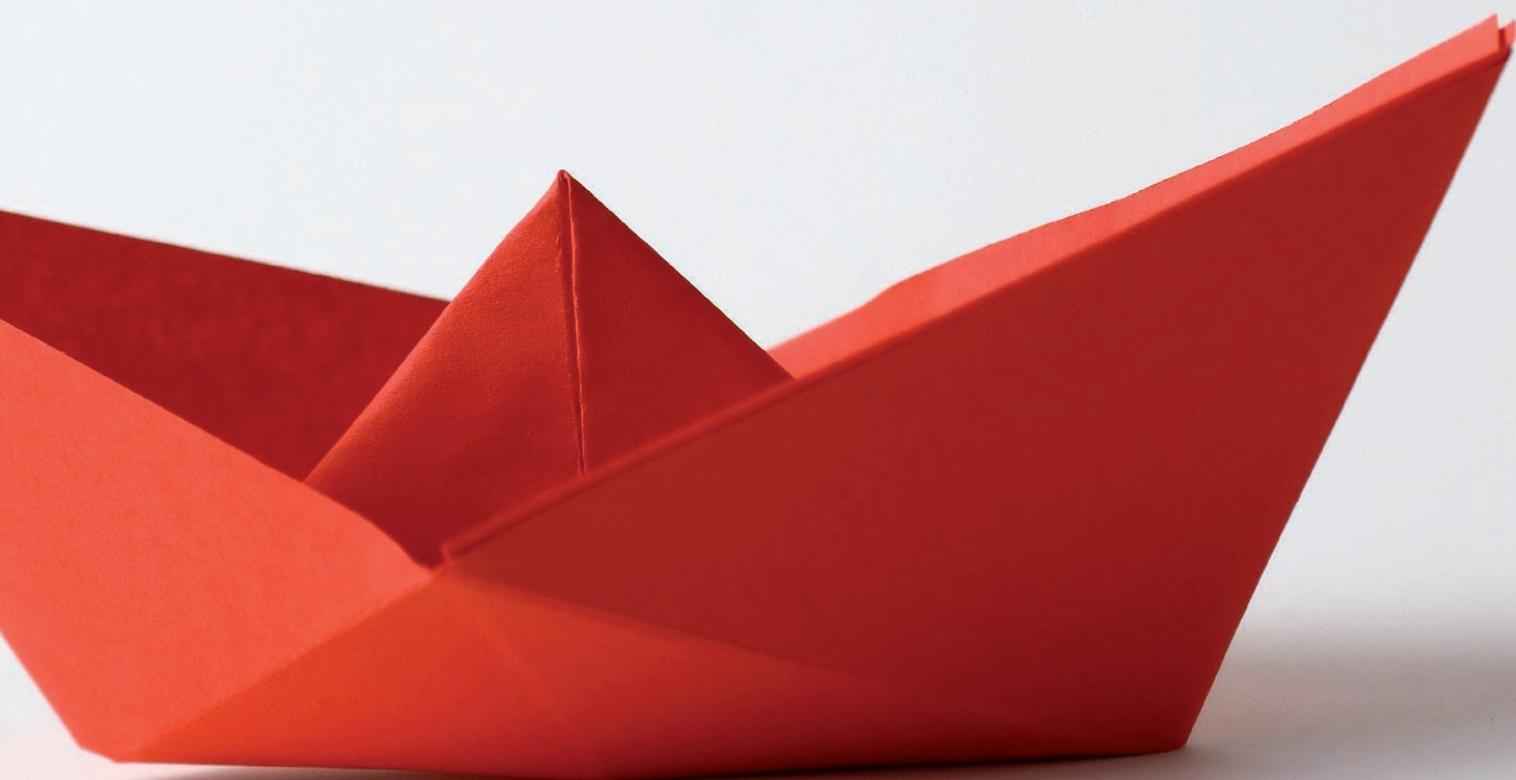


MAI 2012 - NUMÉRO 46

DÉPENDANCES



Migration

Revue éditée par
Addiction Suisse
et le **GREA**

SOMMAIRE

Migration

Éditorial <i>Jean-Félix Savary</i>	p. 1
Quand mondialisation rime avec aliénation <i>Brigitte Longerich</i>	p. 2
Lutte contre les stupéfiants : stigmatiser les minorités plutôt que de se saisir des vrais problèmes ? <i>Alain Barbezat et Ludivine Ferreira</i>	p. 6
Le dispositif d'asile à l'épreuve du deal de rue: <i>Interview de Cécile Ehrensperger par Jean-Félix Savary</i>	p. 9
Qui sont les dealers nigériens ? Pourquoi s'adonnent-ils à cette activité ? <i>Interviews d'un dealer et de Vincent Osamchuks par Peter Chibuzo</i>	p. 13
Migrations et toxicodépendance : gare à la stigmatisation <i>Catherine Jung</i>	p. 15
Migration, précarité, addiction et accès aux soins : situation à Genève <i>Thierry Musset, Lore Barbier, Eliana Induni et Anne François</i>	p. 18
« Anne, ma sœur Anne, vois-tu venir des usagers de drogues migrants ? ... » <i>Martine Baudin et David Gachet</i>	p. 22
Migration et addictions <i>Pablo Sanchez-Mazas</i>	p. 25
L'accueil de patients migrants au cabinet du psychiatre-psychothérapeute <i>Nelson Feldman</i>	p. 29
P.-S.: La prise en compte du tabagisme dans les lieux spécialisés en addiction <i>Frédéric Richter, Richard Blaettler, Raphaela Dux et Jann Schumacher</i>	p. 32

ÉDITORIAL

La migration a été identifiée depuis longtemps comme une question importante pour le domaine des addictions. Le plan d'action de la Confédération en matière de drogues illégales (ProMeDro III) en fait un de ses deux thèmes transversaux, au côté du genre. Il est de bon ton de déclarer que la Suisse, pays d'ouverture à la longue tradition humaniste, intègre cette dimension dans ses politiques publiques estampillées « addiction ».

Mais qu'en est-il vraiment ? Aujourd'hui, on peine sérieusement à voir la stratégie des pouvoirs publics en la matière. La Confédération continue à sensibiliser les intervenants de terrain à intégrer cette dimension, alors même que ce sont ces derniers qui y sont quotidiennement confrontés ! Alors que les lois sur la migration nourrissent chaque jour un peu plus le flux de personnes vivant dans la rue, alors que le Conseil fédéral refuse depuis 2005 de s'impliquer sur la régulation du marché des drogues, alors que les possibilités d'intégration se font de plus en plus limitées pour les plus précaires d'entre nous, ce serait aux professionnels de réaliser la quadrature du cercle, par des interventions ciblées ? Tout cela bien sûr sans nouveaux moyens financiers ? On croit marcher sur la tête.

Il est donc temps de reposer le débat de la migration sur des bases plus saines. La migration regroupe une quantité de phénomènes différents, d'une complexité rare, qui compte assurément parmi les principales évolutions sociales contemporaines. Se contenter de « gérer » la demande de prestations pour les usagers migrants ne saurait donc constituer une réponse suffisante. C'est l'ensemble du phénomène migratoire qui doit faire l'objet de notre réflexion et c'est la société qui doit, par ses choix, tracer la direction à prendre. Encore faut-il que celle-ci soit suffisamment informée et ne tombe pas dans les pièges sémantiques tendus par les mouvances xénophobes.

Nous adoptons donc ici, dans ce numéro, une vision plus large. Les questions spécifiques à la prise en charge sont bien sûr abordées, mais sans s'y restreindre. Après des réflexions sur la migration elle-même et son ancrage dans le système de prohibition des drogues, *dépendances* a également pris le parti d'aborder l'épineuse question du deal de rue. Très présente en Suisse romande, cette préoccupation met aujourd'hui en danger les acquis de la politique des quatre piliers. En effet, sans solution crédible susceptible de réduire les tensions inhérentes à un marché de la drogue hors de contrôle, la population perd patience et commence à qualifier la politique drogue de « laxiste ». Il est temps pour notre domaine de nous re-saisir de ces questions.

Jean-Félix Savary, GREA

QUAND MONDIALISATION RIME AVEC ALIÉNATION

Brigitte Longerich, rédactrice romande de « Soins infirmiers », St Georges

Globalisation, mondialisation, planétarisation : trois termes qui font désormais partie de notre vocabulaire quotidien et qui, une fois dépassée l'illusion d'un avenir meilleur, suscitent aujourd'hui d'innombrables questionnements. Dont celui-ci, effrayant : la mondialisation rend-elle fou ? Ce premier article, initialement paru dans la revue Soins infirmiers interroge les effets du monde globalisé tel qu'il se vit aujourd'hui sur la santé mentale des personnes. (réd.)

Pour la génération née dans les années 1980, le terme de mondialisation n'a rien de particulier en soi : il a simplement toujours existé. Mais que recouvre en réalité ce terme ?

« La mondialisation associe deux aspects différents et pourtant intriqués : les flux migratoires et l'économie de marché.

Il s'agit tout d'abord d'un processus de longue durée qui résulte de la croissance des flux migratoires, des échanges humains, commerciaux et d'information à travers les frontières physiques et politiques. Les échanges culturels se sont intensifiés depuis le milieu des années 80 avec la révolution numérique jusqu'à la dimension d'un village planétaire où « l'autre est mon voisin ». Une conscience mondiale émerge aujourd'hui, revendiquant une meilleure gouvernance et une nouvelle citoyenneté, sans exclure les identités nationales et régionales. Le risque est celui d'une solidarité abstraite et vide.

Le second processus est constitué par la prédominance de l'économie de marché soumise au seul profit – le néo-libéralisme. L'idéologie dominante est fondée sur l'initiative individuelle, qui devient le pivot de la richesse des nations mais aussi de leur malheur. Elle est déconnectée de l'économie réelle et du pouvoir politique, et n'a pas d'horizon temporel ni social »¹. Cette évolution a des incidences sur la vie de chaque individu et affecte simultanément les liens sociaux.

DES REPÈRES QUI S'EFFRITENT

C'est donc dans un contexte sur lequel ils n'ont plus guère d'impact que l'immense majorité des gens tentent actuellement de trouver un sens à leur vie : une vie qui, si elle débute encore pour beaucoup dans le pays d'origine ou d'adoption des parents, risque de se dérouler bien loin d'un chez-soi sécurisant. Avec des effets à long terme imprévisibles, en particulier au niveau de l'équilibre psychique des plus fragiles.

Majid² a laissé derrière lui son Pakistan natal pour trouver du travail en Europe. Il quitte son pays à l'âge de 20 ans, arrive en Suisse après quelques mois passés en Italie. En attendant une réponse à sa demande d'asile, il travaille dans le restaurant d'un ami, ce qui lui permet de vivre décemment. Mais...Majid a le mal du pays, sa grande famille, à qui il envoie une partie de l'argent durement gagné ici, lui manque terriblement. Il broie du noir, la dépression le guette, et, sur les conseils d'un frère aîné, décide de rentrer.

Des parcours comme celui de Majid, il y en a des dizaines, des centaines de milliers. Dans toutes les régions pauvres du monde, les jeunes gens ne songent qu'à tenter leur chance pour goûter à leur tour aux richesses du monde industrialisé qu'ils découvrent à la télévision ou via internet. Mais le mirage tourne souvent au cauchemar.

***Le lien social
est le fondement
même de la santé
mentale.***

DES TRANSITIONS DOULOUREUSES

Depuis quelque temps, sociologues, psychologues, psychiatres, philosophes ou encore économistes s'inquiètent des effets psychosociaux de la mondialisation : les conséquences du style de vie moderne et trépidant, devenu la norme, sur la santé mentale des populations sont en effet visibles dans toutes les parties du monde.

A cet égard, l'un des exemples les plus frappants est sans doute celui de la Chine, qui vit actuellement une transition ultra-rapide et connaît un développement économique fulgurant.

Cette expansion à l'échelon mondial a des répercussions néfastes sur une large partie de la population : la vie matérielle est désormais érigée comme valeur suprême, mais le fossé se creuse toujours plus entre riches et pauvres. Pour les populations rurales n'ayant connu qu'une vie de labeur, l'injustice semble tout à coup criante. « En Chine, 100 millions de personnes (sur une population de quelque 1,3 mil-

¹ Déclaration de Lyon, préambule.

² Tous les prénoms sont fictifs

liards) souffrent de problèmes psychiques, dont 6 millions de handicaps graves », relève le Professeur Qin Hui, professeur à la faculté des sciences humaines de l'Université de Qinghua de Pékin. « 42% des décès sont dus au suicide, et le pays occupe à cet égard le 4^e rang dans le monde » poursuit-il. « Quant aux structures de santé, elles sont totalement insuffisantes pour répondre aux besoins d'une population qui nécessite une prise en charge spécialisée à long terme ».

A cela vient s'ajouter le déplacement en masse, depuis quelques années, des populations rurales vers l'Afrique, ce continent que les Chinois investissent rapidement, en quête des matières premières indispensables à leur propre développement galopant. Avec 200 millions de travailleurs migrants, la Chine est confrontée à une augmentation massive des problématiques sociales, et des répercussions graves sur la santé psychique de ses ressortissants.

TERRES VIOLÉES

Changement de continent, changement de contexte, changement de culture : cap sur la forêt amazonienne, une région du monde qui fait fréquemment parler d'elle en raison de la surexploitation dont elle est victime. Ici aussi, le maître-mot est le profit, basé sur une exploitation intense des ressources, sans respect aucun ni pour l'environnement ni pour les populations indigènes.

Carlos Martin Beristain, médecin espagnol actif dans l'éducation à la santé, s'est intéressé aux enjeux psychosociaux liés à l'extraction pétrolière en Amazonie sur les communautés locales.

Depuis quarante ans, la compagnie Texaco exploite les ressources pétrolières en Equateur avec des conséquences gravissimes sur l'environnement, qui a conduit en 2009 à un procès médiatisé dans le monde entier. Depuis quarante ans aussi, les populations indiennes vivent dans un environnement hautement pollué, dont les incidences sur la santé sont importantes : problèmes digestifs, dermatologiques, respiratoires et cancers se sont multipliés. Carlos Martin Beristain et son équipe se sont surtout intéressés à la santé mentale des populations concernées : vivant dans un climat de peur et de violence (militarisation du pays, violences sexuelles fréquentes etc) privées de leurs terres et déplacées en fonction des besoins des exploitants, beaucoup développent des troubles psychiques qui peuvent les mener jusqu'au suicide.

LES HÉROS DU GOLFE

Le voyage se poursuit, mais pas pour le meilleur : dans l'Etat indien du Kerala, on assiste aujourd'hui à une émigration massive des jeunes hommes vers les pays du Golfe Persique, en particulier Dubai.

A 28 ans, Rahman est marié et père de deux jeunes enfants. Ne trouvant plus de travail dans son pays, il décide d'émigrer. Dubai – c'est l'aventure, la vie facile, un nouveau statut. Mais la réalité est tout autre : dans cette ville où s'étale opulence et prospérité, Rahman trouve un emploi, mais il est seul, déraciné, acculturé. Pour s'intégrer, il renie sa religion (bouddhiste) et devient musulman. Une fois par an, il revient chez lui, mais il n'est plus le bienvenu : sa famille le ressent comme un étranger. Il devient insomniaque, perd l'appétit, recourt à toutes sortes de médecines avant d'entrer dans une institution psychiatrique.

Vikram Patel est professeur de santé mentale à Londres et Goa (Inde). Il consacre son temps à tenter d'améliorer le sort des malades mentaux dans les pays pauvres et de sensibiliser pouvoirs publics et organisations non gouvernementales à leur sort. Son constat est clair : avec la mondialisation et en raison du fossé croissant entre riches et pauvres, de plus en plus de gens seront victimes de troubles de la personnalité, déconnectés d'une réalité rassurante, étrangers dans leur propre pays, coupés des liens sociaux indispensables à l'équilibre et au bien-être.

Au Kerala, le taux de suicides et de violence domestique a augmenté drastiquement. Les malades mentaux représentent 5,8% de la population (contre 2% dans le reste du pays). On parle aujourd'hui du « syndrome des veuves du Golfe », le syndrome des femmes dont le mari est parti et qui souffrent de solitude.

Maris désillusionnés et femmes dépressives : et que deviendront leurs enfants ?

DE PLUS EN PLUS D'ENFANTS PERTURBÉS

Les enfants, justement. Lorsque les phénomènes migratoires ont commencé à s'intensifier, nous étions nombreux à vanter les avantages, les charmes du multiculturalisme. Quoi de mieux en effet pour ouvrir l'esprit : un père européen, une mère japonaise, haïtienne ou brésilienne, deux langues, deux cultures, des voyages et d'infinis possibles... Aujourd'hui, sociologues et pédopsychiatres se voient obligés de freiner cet enthousiasme. Si les brassages culturels sont désormais la norme et le resteront, ils laissent des traces indélébiles chez les enfants qui n'en ont pas toujours vécu les seuls aspects enrichissants.

Livia est pédopsychiatre. Elle pratique en Allemagne, et reçoit dans son cabinet les enfants de soldats américains basés dans ce pays. Parmi ses jeunes patients, elle observe de plus en plus d'enfants autistes et mène une étude sur leurs conditions de vie. Le petit San, qu'elle suit, a un papa américain, une mère thaïe et une nounou espagnole. A l'école on parle anglais et autour, c'est en allemand qu'il faut s'exprimer... Les parents vont divorcer, et San va probablement aller vivre en Thaïlande.

Ce type de situation est fréquent aujourd'hui. Ce n'est pas le multiculturalisme en soi qui est en question, mais le cumul de facteurs défavorables à un développement harmonieux des enfants. Elever une famille dans un environnement étranger, sans soutien familial, avec des tensions au sein du couple, entre autres parce que le père est constamment absent – mondialisation oblige – est loin d'être facile. Et combien d'enfants ne connaissent aujourd'hui leurs grands-parents que par l'intermédiaire du téléphone ou de Skype, sans pouvoir apprécier un contact direct, physique, aimant avec leur parenté si lointaine.

NOUS DÉLOCALISONS...

Retour en Suisse.

Au début du XXI^{ème} siècle, on ne quitte plus la patrie de Guillaume Tell pour des raisons économiques, comme ce fut le cas il y a cent-cinquante ans. Mais les Suisses sont eux aussi confrontés aux exigences d'un monde globalisé.

Martine travaille depuis vingt-cinq ans dans l'industrie pharmaceutique. Elle vit dans la petite localité romande où elle est née, s'est mariée et a fondé sa famille. Grand'mère depuis peu, elle savoure son temps partiel, qui lui permet de donner un coup de main à ses enfants. Fin 2010, elle est convoquée par la direction de la multinationale : « Madame, nous délocalisons. Notre entreprise ouvre une succursale à Singapour. Vous avez le choix de nous suivre, faute de quoi nous nous verrons dans l'obligation de mettre fin à nos rapports de travail ». Le choix est vite fait. Mais depuis, Martine, à 56 ans, est au chômage et sa santé psychique en a pris un coup.

Les exemples pourraient être multipliés à l'infini. Alors que l'ouverture des frontières, l'essor des moyens de transport, sans oublier la fin du communisme qui privait une partie du monde de contacts avec l'extérieur, ouvrait des perspectives infinies, force est de constater que les conséquences néfastes de la globalisation dépassent de loin les avantages espérés.

LIEN SOCIAL ET SOLIDARITÉ

En automne 2011, des spécialistes des cinq continents se sont réunis à Lyon pour débattre de ces problématiques et engager des actions concrètes visant à enrayer les effets néfastes de la mondialisation sur des groupes de population vulnérables, pour lesquels le dernier refuge devient souvent...la folie ! Cette rencontre a débouché sur une Déclaration (lire encadré « Déclaration de Lyon ») qui met en avant l'état fondamental de « précarité » dans lequel se trouvent tous les êtres humains, raison pour laquelle ils ont tous besoin les uns des autres.

Le lien social est le fondement même de la santé mentale. A ce jour il n'existe pas d'espace public mondial pour débattre des effets psychosociaux défavorables de la mondialisation. Les auteurs de cette déclaration entendent par conséquent instaurer une organisation internationale, qui sera chargée de défendre l'idée d'une écologie des liens humains auprès des décideurs économiques et politiques. Les spécialistes de la santé mentale proposent de créer un Observatoire international sur la mondialisation et l'écologie humaine. Son but sera la recherche, les échanges et les propositions concernant les problèmes de précarité et de souffrance mentale liés aux effets aliénants de la financiarisation et de la marchandisation du monde.

18 - 19 OCTOBRE 2012

Centre International de Conférences Genève

www.TDO3.org

Troisième colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes

Soutien financier et scientifique :

Office fédéral de la santé publique (Suisse)
Réseau MedNET (Groupe Pompidou - Conseil de l'Europe)
Service de psychiatrie communautaire
 (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois)

En partenariat avec les congrès :

Dritte Nationale und Internationale Substitutions-Konferenz www.NaSuKo3.ch
International Society of Addiction Medicine
 14th annual meeting - www.ISAM2012.org

• S • S • A • M •

Swiss Society of Addiction Medicine
 Société Suisse de Médecine de l'Addiction
 Società Svizzera di Medicina della Dipendenza
 Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin

GREAA
 GROUPEMENT ROMAND D'ÉTUDES DES ADDICTIONS

COROMA
 Collège Romand de Médecine de l'Addiction

Fédération addiction

Cran
 Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

fedito
 2011

DÉCLARATION DE LYON LA PRÉCARITÉ COMME LIEN

- Les êtres humains, libres et égaux en droit, naissent et demeurent précaires tout au long de leur vie dans la mesure où ils ont absolument besoin d'autrui pour vivre.
- Cette précarité native est l'un des moteurs du maintien de la vie grâce aux liens interhumains, familiaux et sociaux ; elle s'oppose à l'exclusion.
- Elle ne doit pas être confondue avec le seul sens négatif qui lui est ordinairement attaché. Elle ne doit pas non plus être assimilée à la pauvreté, bien qu'elle lui soit souvent associée.
- Les conditions qui favorisent des liens humains suffisamment confiants constituent la base d'une saine précarité ; elles impliquent la justice et l'équité, et permettent de développer le sentiment personnel d'une maîtrise de l'avenir.
- L'ignorance de ces conditions est aussi néfaste à l'individu et à la société que celle touchant aux atteintes à la liberté et à la sûreté, elle fait violence aux personnes. Le mépris social, la disqualification et l'exclusion doivent disparaître.
- Les contextes sociaux, économiques et politiques peuvent entraîner une précarité négative, avec des effets néfastes sur la santé mentale. Ces effets portent sur le rapport à soi, à la famille, aux groupes humains et sur le rapport crucial à l'avenir. Ils peuvent engendrer la dépression, le repli sur soi, une paranoïa sociale, la disparition de tout projet d'avenir autre que catastrophique.
- Le respect de l'écologie du lien social fait intégralement partie des déterminants sociaux de la santé mentale. Cette écologie du lien social doit être envisagée dans une acception systémique et globale, non réductible aux symptômes et aux désordres traités par la psychiatrie.

Déclaration de Lyon, octobre 2011. (Version adaptée par la rédaction de Soins infirmiers).

Article paru dans Soins Infirmiers 3/2012, reproduit avec l'aimable autorisation de la rédaction. Cet article s'inspire des réflexions partagées lors du Congrès des cinq continents, consacré aux « Effets psychosociaux de la mondialisation sur la santé mentale – Pour une écologie du lien social » qui s'est déroulé à Lyon du 19 au 22 octobre 2011, organisé par l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (France) en collaboration avec l'Université Claude Bernard Lyon 1 et le Centre hospitalier Le Vinatier.

Pour en savoir plus : www.orspere.fr

Courriel :

brigitte.longerich@sbk-asi.ch

LUTTE CONTRE LES STUPÉFIANTS : STIGMATISER LES MINORITÉS PLUTÔT QUE DE SE SAISIR DES VRAIS PROBLÈMES ?

Alain Barbezat, *Lic. iur, MA en sciences criminelles, Greffier-rédacteur et doctorant en droit pénal à l'Université de Neuchâtel* et **Ludivine Ferreira**, *MA en droit, Assistante-doctorant en droit pénal à l'Université de Neuchâtel*

Les problématiques liées à la migration se retrouvent aujourd'hui au centre de la question du marché de la drogue. Les auteurs adoptent ici une vision plus large, en interrogeant de manière critique le système actuel de régulation des drogues et ses conséquences sur le terrain. Ils pointent les incohérences actuelles et font le constat que celui-ci favorise l'implication de populations vulnérables, notamment migrantes, sur ce marché. Leur conclusion est sans appel. Le système actuel doit être réformé en profondeur. (réd.)

Sil est vrai que la politique criminelle en matière de lutte contre les stupéfiants et la politique en matière de migrations ont quelques points en commun, force est de constater que l'amalgame est très souvent fait dans l'esprit du citoyen lambda ; cette situation est favorisée par le fait que les médias relatent à satiété, voire à réplétion les affaires liées aux stupéfiants, qu'elles soient de grande ou de toute petite envergure. Par conséquent, bien souvent la réflexion se limite à considérer tout migrant comme un dealer potentiel et le trafic de drogues serait ainsi l'apanage d'une population migrante.

Mais est-ce réellement le cas ? Si l'on s'en réfère aux statistiques de condamnations d'infractions à la LStup¹ pour l'année 2010, la part relative aux étrangers représente 62% du total. Il semblerait donc que les étrangers sont plus enclins à enfreindre la LStup... Néanmoins, on ne peut pas décemment se contenter d'une conclusion si abrupte.

Parmi les différents facteurs qui établissent un profil crimino-gène chez l'auteur potentiel, la nationalité n'occupe que la cinquième position. L'auteur type est avant tout (1) un homme, (2) jeune, (3) d'une catégorie socioéconomique défavorisée et (4) dont le niveau d'éducation est relativement bas. Il en va bien évidemment du domaine des stupéfiants comme de la criminalité en général. Il convient ici de relever que la migration est principalement le fait d'hommes jeunes au statut socioculturel et éducatif peu élevé. Au surplus, un autre facteur pourrait potentiellement expliquer la participation disproportionnée des étrangers en matière de LStup : la tradition socioculturelle.

En effet, la relation homme-plante n'est pas une nouveauté mais remonte bien à des millénaires. Les plantes à drogue en faisaient donc parties ; à titre d'exemple, nous pouvons citer la plantation du pavot à opium bien avant l'ère chrétienne en Mésopotamie, celle de la feuille de coca en Amérique latine env. 2000 ans av. J.-C. ou encore celle du chanvre en Asie près de 3000 ans av. J.-C.

Ainsi, chaque époque a connu et connaît encore aujourd'hui des substances naturelles ou transformées qui permettent de modifier le comportement et l'appréciation des êtres humains, par exemple pour soulager certains maux, pour se détendre ou pour augmenter ses capacités physiques et/ou intellectuelles. Il s'agit « d'une consommation culturelle, intégrée, faisant l'objet d'une socialisation parfaitement convenue et plus ou moins bien contrôlée »² ; le cannabis en Afrique du Nord, l'opium en Orient, les feuilles de coca et les champignons hallucinogènes en Amérique latine, le vin, et plus largement l'alcool, et le tabac en Occident sont

autant d'exemples. De la sorte, le migrant ramènerait avec lui tout son bagage culturel dont la consommation de certaines substances qui, sous nos latitudes, sont considérées comme stupéfiantes.

Par la suite, durant l'époque coloniale, mais également en raison du commerce et des échanges y relatifs, ces substances, au même titre que le cacao, le thé ou tout autre produit méconnu, ont principalement voyagé en direction du continent européen.

...un monde sans drogue est une utopie, une société sans drogue est un mythe tout comme l'idée que le droit pénal est nécessaire et efficace pour éradiquer la drogue.

¹ Cf. statistiques de l'OFS :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/19/03/03/key/verurteilte.html>

² Robert C.-N., « Stupéfiant(s) : le juridique et ses variations », in : « Limites du droit pénal, quelques interrogations », in « Cahiers psychiatriques genevois » n° 6, Genève, 1989, p. 5. Cet auteur pose d'ailleurs un regard rétrospectif complet sur l'évolution des substances naturelles et de leur criminalisation

Ce phénomène a petit à petit engendré des dépendances dans les pays riches, non producteurs, et est devenu un marché lucratif pour les gouvernements, et peu à peu pour les groupes mafieux, etc. En parallèle, les traditions des pays cultivateurs ont été petit à petit stigmatisées et les populations marginalisées ; ce patrimoine culturel – utilisations ancestrales, rites, etc. en relation avec les plantes à drogue – devient le fait de minorités. Cette évolution explique néanmoins la localisation des plus grandes plantations de plantes à drogue, qui sont liées à la culture et aux traditions. Ainsi, aujourd'hui encore, la Bolivie, le Pérou et la Colombie sont les plus grands producteurs de feuille de coca, alors que la Birmanie et l'Afghanistan sont en position pour la culture de pavot à opium, et enfin le Maroc, l'Afghanistan et le Pakistan pour le cannabis (haschich)³.

Sans remettre en cause la thématique de la migration au sein de la politique de lutte contre les stupéfiants, il convient de rester vigilant à ne pas décentrer l'objet du débat. Le nœud du problème demeure la drogue et ses dommages collatéraux et non une partie mineure de la population qui s'y adonne sous forme de trafic ou de consommation. C'est donc la drogue qu'il convient de combattre et non le migrant...

Jusqu'à présent et universellement, combattre la drogue et ses ravages, c'est avant tout user d'une politique de prohibition associée à une politique criminelle (ultra) répressive. Pourtant, un tel angle d'attaque est voué à l'échec et ce, notamment, pour les raisons suivantes. La prohibition implique que les drogues sont illicites ; ce constat est trivial mais les conséquences pour les consommateurs le sont moins. En premier lieu, ces derniers sont criminalisés, stigmatisés et exclus, ce qui les contraint à la clandestinité, à l'éloignement des structures de prise en charge thérapeutique et les oblige parfois à des actes de consommation à haut risque sanitaire (p. ex. l'échange de seringues entre consommateurs).

Par ailleurs, il est impossible, sur un marché illégal, d'envisager des mesures de réglementation : la prohibition tue le contrôle. On se trouve face à une situation paradoxale où par la prohibition on s'interdit d'agir de manière efficace et l'on amplifie les maux que l'on veut combattre par un effet iatrogène, la prohibition entraînant des aggravations de santé publique telles que le sida, les hépatites ou la tuberculose. Sur un plan plus international, la prohibition est créatrice d'un immense marché criminel parallèle qui exploite le profit et le pouvoir. Selon l'OMS, le trafic de drogues serait le troisième commerce en importance dans le monde, après le pétrole et l'alimentation⁴. La prohibition et sa mise en œuvre ont également un coût. Rien qu'aux Etats-Unis, 51 milliards de dollars sont annuellement dépensés pour tenter d'éliminer l'offre de stupéfiants.

3 Labrousse A., *Géopolitique des drogues, Que sais-je ? puf*, 2ème édition, Paris 2006, pp. 11-12.

4 Le chiffre d'affaire annuel du trafic de drogues se monterait en 2009 à quelque 380 milliards d'euros.

Légaliser ne signifie pas que l'Etat donne un blanc-seing au citoyen quant à la consommation de drogues.

En Suisse aussi la prohibition a un coût, c'est celui de la répression : CHF 798 mio pour l'année 2000, qui représente à elle seule les deux tiers du budget des ressources affectées à la politique des quatre piliers⁵.

Force est de constater qu'au niveau international, la répression n'atteint pas les objectifs fixés. A ce propos, en 1998, l'Assemblée générale des Nations Unies déclarait vouloir aboutir à un monde sans drogues et éliminer ou réduire significativement la production d'opium, de cocaïne et de cannabis dans les dix ans, soit d'ici 2008. Nous laissons le lecteur constater de lui-même l'échec. En Suisse, ces objectifs sont définis par la Confédération⁶ et se résument en trois points : diminution de la consommation de stupéfiants, la réduction des risques pour les consommateurs et la diminution des effets néfastes pour la société dans son ensemble. Pour y parvenir, elle mise sur la politique des quatre piliers.

Puisque l'échec de la répression est cuisant, il convient d'envisager d'autres solutions, parmi lesquelles la légalisation. Si elle peut paraître radicale, elle est à nos yeux la seule qui soit optimale et satisfaisante. La légalisation consiste à placer dans un cadre légal la fabrication, la vente et la consommation de stupéfiants. En d'autres termes, cela signifie que ces activités ne seraient, en soi, plus considérées comme des infractions passibles de sanctions pénales, mais qu'elles seraient régies par des règles étatiques (les lois) tout comme c'est le cas actuellement pour d'autres substances comme l'alcool, le tabac et surtout les médicaments. La légalisation et la régulation des drogues ne rend pas leur usage sans danger – une consommation de drogue ne peut jamais être sans dangers – mais cela permettrait de réduire ces derniers au travers d'un contrôle. Il n'est pas question de faire l'apologie des drogues, pas plus que de considérer positivement leur consommation. Toutefois, elles sont une réalité et croire qu'elles pourront disparaître tient du rêve éveillé. Ainsi, quand bien même la légalisation n'est sans doute pas la panacée, en ce qui concerne tous les dommages dont les drogues sont la cause, elle ouvre cependant beaucoup de nouvelles opportunités pour une intervention plus responsable sur le plan de la santé publique.

5 Prévention, Thérapie, Réduction des risques et Répression.

6 Programme ProMeDro III (2006-2011).

7 Qui tiendraient de la prévention, de l'information et de l'encadrement.

Légaliser ne signifie pas que l'Etat donne un blanc-seing au citoyen quant à la consommation de drogues. Il est tout à fait concevable d'entourer la légalisation de tout un arsenal de dispositions spécifiques propres à éviter les abus et les problèmes⁷. Nous n'envisageons pas que les supermarchés puissent ouvrir un rayon « dopes », dès lors qu'une régulation s'avère nécessaire.

Les outils de base de cette dernière sont d'ores et déjà en place pour les drogues légales, qui sont déjà contrôlées par le biais d'ordonnances prescrites par les médecins en ce qui concerne les médicaments psychotropes et par certains points de vente spécifiques pour l'alcool ou le tabac. Chaque drogue nécessite des modalités de régulation appropriées au regard des risques associés à son utilisation. Il n'existe à l'heure actuelle pas de solution clé en main et un travail interdisciplinaire, notamment en terme de santé publique, doit être entrepris. Parmi les modèles de mise en œuvre nous pouvons déjà en retenir deux : celui de la prescription et celui de la pharmacie. Le premier est celui qui existe actuellement pour les médicaments nécessitant une ordonnance médicale, mais est réservé aux usagers dont la dépendance est problématique. Quant au second, il est moins strict que le précédent. C'est le modèle dans lequel le pharmacien est habilité à délivrer des prescriptions médicales de drogues sans pouvoir les prescrire lui-même. Par contre, il peut vendre certaines substances dont le risque est moins grand, de façon autonome. Ainsi, le pharmacien habilité pourrait restreindre la vente de tels produits en fonction de critères préétablis, tels que l'âge, la quantité, etc.

Se pose évidemment la question de l'approvisionnement. À notre sens, il n'est pas nécessaire de créer de nouveaux cadres légaux pour ce qui concerne les drogues à usage non médical, il suffit d'étendre les règlements relatifs aux médicaments. A titre d'exemple, la moitié de la production d'opium est produite de façon légale pour être utilisée dans des médicaments à base d'opiacés comme la morphine et la codéine.

A priori, il vient à l'esprit de tout lecteur qu'une légalisation des drogues jusqu'ici illégales s'accompagnerait inévitablement d'une augmentation massive de la consommation. L'idée sous-jacente est basée sur la prémisse que la prohibition est un moyen efficace pour limiter la consommation. En réalité il n'en est rien. La décision pour un individu de prendre de la drogue ou de ne pas en prendre est dictée par plusieurs variables (le niveau socioéconomique, la mode, la culture d'appartenance, la publicité, le prix ou encore la perception que l'on se fait du risque lié à l'usage de telle ou telle drogue) parmi lesquelles la dissuasion ne joue qu'un rôle minime.

À notre sens, la légalisation est une solution envisageable en tant qu'elle serait plus efficace que la prohibition pour lutter contre les effets néfastes de la consommation de drogues mais également pour lutter contre le trafic de stupéfiants. Ce modèle éviterait également la criminalisation, et les suites pénales des consommateurs du seul fait de leur consommation.

Toutefois, il va sans dire que la mise en œuvre d'un tel modèle doit être faite à grande échelle, idéalement au niveau international. En effet, s'il se limite à un seul État, le changement de paradigme ne peut porter ses fruits sur tous les points, en particulier en matière de trafic international ; dès lors que ses acteurs ne perdraient qu'un seul client.

Le marché illicite de stupéfiants, se révélant extrêmement lucratif dans un pays riche, est propre à intéresser un certain pan des populations migrantes. Se trouvant finalement sans travail ni statut légal, certains migrants sont inévitablement tentés par des activités illégales offrant d'intéressantes perspectives de gain à court terme. Par ailleurs, par la répression, l'État crée un marché illégal alléchant et très lucratif propre à susciter l'intérêt de personnes qui, dans leur pays, ont de maigres perspectives économiques.

En tout état de cause, un monde sans drogue est une utopie, une société sans drogue est un mythe tout comme l'idée que le droit pénal est nécessaire et efficace pour éradiquer la drogue. C'est du moins la position de plus en plus de pays et d'organisations qui soutiennent qu'il faut apprendre à vivre avec la drogue ; la position très récente du président du Guatemala, Otto Perez, pour une légalisation totale de toutes les drogues n'en est que le dernier exemple.

Courriels :

alain.barbezat@unine.ch

ludivine.ferreira@unine.ch

formation continue 

www.formation-continue-unil-epfl.ch



Certificate of Advanced Studies (CAS) / Modules individuels

Jeu excessif

Prévention, traitement et action communautaire

Novembre 2012 à mai 2014

- 6 modules (18 jours de formation)
- 18 crédits ECTS
- Suivi de modules individuels possible (3 jours / module)

Public concerné
Psychologues, médecins, infirmiers, assistants sociaux, éducateurs, collaborateurs et cadres de l'industrie du jeu

Organisation

- Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne
- Centre du jeu excessif, Service de psychiatrie communautaire, DP-CHUV
- Centre des formations, CHUV

Objectifs

- Etre capable de **dépister**, d'**orienter** et de **prendre en charge** un joueur problématique ainsi que son entourage
- Acquérir les connaissances théoriques et pratiques permettant de **comprendre la problématique du jeu excessif** comme un enjeu de santé publique
- Savoir **mener à bien un projet de prévention** dans le champ du jeu excessif
- Intégrer les connaissances acquises en matière de jeu excessif dans le champ de la **médecine de l'addiction** et des autres conduites addictives sans substances

Pour plus d'informations :

formation-continue-unil-epfl.ch

Formation Continue UNIL-EPFL
Tél.: +41 21 693 71 20, formcont@unil.ch

LE DISPOSITIF D'ASILE À L'ÉPREUVE DU DEAL DE RUE

Interview de **Cécile Ehrensperger**, responsable du secteur Nord & Ouest à l'Établissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM) par **Jean-Félix Savary**, GREA

La question du deal de rue préoccupe l'EVAM et entrave son activité. Au-delà du sens commun réducteur, cette problématique est complexe. Dans cette interview, Cécile Ehrensperger, collaboratrice à l'EVAM depuis 2003, nous livre son analyse sur la question. Elle montre aussi que des solutions pragmatiques sont possibles. Son discours sur la tension perpétuelle qui habite ce champ professionnel révèle de manière frappante une certaine symétrie avec les contraintes du domaine des dépendances.

Que fait l'Établissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM) ?

L'EVAM est un établissement de droit public. Il est mandaté par la Confédération, par l'entremise du canton de Vaud, pour remplir trois missions : héberger, encadrer et assister les migrants.

Nous nous basons essentiellement sur les lois suivantes : Au niveau fédéral, la LAsi (Loi sur l'Asile) et, au niveau cantonal, la LARA (Loi sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers). Nous nous référons aussi à un Guide d'assistance, paraphé par le Conseiller d'Etat en charge du Service à la Population - actuellement Philippe Leuba -, qui décrit les droits et les devoirs des migrants.

LES 3 MISSIONS DE L'EVAM

HÉBERGER

Près de 5000 personnes sont actuellement hébergées par l'EVAM. 25% en structures collectives (foyers, abris de protection civile) et 75% en appartements loués par l'EVAM ou dont il est propriétaire (environ 1500 appartements).

ENCADRER

L'EVAM offre un accompagnement social et, selon le statut administratif de la personne, un soutien à l'insertion professionnelle par le biais de formations, programmes d'occupation et une aide à la recherche d'emploi. Des surveillants assurent la sécurité au sein des structures collectives.

ASSISTER

L'EVAM assiste financièrement les migrants selon le principe de subsidiarité et sur la base de normes adoptées par le Conseil d'Etat. Tous sont au bénéfice d'une assurance maladie.

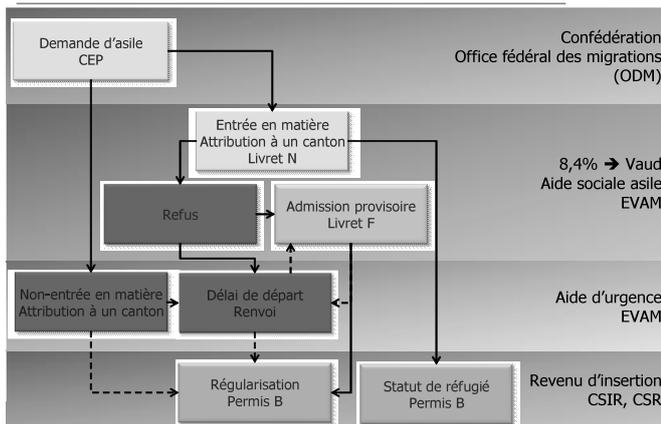
CE QUE L'EVAM NE FAIT PAS

- L'ensemble de la procédure d'asile proprement dite est de la responsabilité de l'Office Fédéral de la Migration (ODM). L'EVAM ne connaît pas les motifs d'asile invoqués par les migrants ni les raisons qui ont motivé l'ODM à statuer de façon positive ou négative. Cette séparation de pouvoir permet à l'EVAM d'assurer sa mission avec objectivité et équité.
- L'évolution et les modifications de la LAsi sont du ressort des politiques et de la volonté du peuple, lors de votations. L'EVAM répond à sa mission conformément aux directives et bases légales adoptées.
- Nous ne faisons donc pas de militantisme. Cependant, nous nous efforçons d'expliquer à nos différents interlocuteurs le cadre d'asile afin qu'ils puissent en saisir la complexité. Nous réalisons de nombreuses présentations pour des publics très variés : communes, polices, bénévoles, églises, club services, écoles et hautes écoles, Protection civile, associations caritatives, etc.
- L'exécution des renvois est du ressort du Canton de Vaud, que ce soit dans le pays d'origine ou au sein des pays de la communauté européenne pour les Cas Dublin. L'EVAM ne participe pas à cette procédure.
- L'EVAM ne se substitue pas à la police mais opère une surveillance de ses propres structures.
- Une collaboration entre la police et l'EVAM est cependant mise sur pied dans toutes les communes hébergeant des migrants.
- Les personnes qui ont obtenu le droit de séjourner durablement en Suisse suite à l'obtention d'un permis B doivent s'adresser à d'autres structures.
- L'EVAM n'office pas comme tuteur pour les migrants qui restent des personnes responsables de leurs actes.

On a parfois de la peine à s'y retrouver dans la procédure d'asile actuelle. Pouvez-vous nous en rappeler l'essentiel ?

Le système d'asile en Suisse est très complexe et en perpétuelle évolution. Il existe plus de 5 statuts administratifs. L'encadré en annexe décrit l'essentiel de la procédure. Pour plus de détails, vous pouvez aussi consulter le site www.evam.ch.

Processus asile et assistance Procédure fédérale, assistance cantonale



Lors de l'arrivée en Suisse, chaque demandeur d'asile est tenu de déposer sa demande d'asile dans l'un des 5 centres d'enregistrement et de procédure (CEP) situés à Vallorbe, Kreuzlingen, Chiasso, Altstätten et Bâle et gérés par l'ODM.

Afin de pouvoir être entendu, le migrant doit fournir un document d'identité valable. Sans pièce d'identité, une décision automatique de non-entrée en matière (NEM) est prononcée. Dans le système juridique lié à l'asile, toute déclaration doit en effet être confirmée par des preuves matérielles.

Si le demandeur produit un document d'identité valable et que son discours paraît « vraisemblable », alors sa demande peut être enregistrée et il obtient le statut de « requérant d'asile ». Il sera auditionné plusieurs fois par les fonctionnaires de l'ODM qui analyseront les motifs invoqués. Cette procédure peut durer de quelques semaines à plusieurs années. Trois réponses peuvent être données au requérant d'asile :

1. Les critères invoqués donnent droit au statut de réfugié. La personne démontre qu'elle est persécutée par son Etat pour des raisons de race, de nationalité, de religion, d'opinion politique ou d'appartenance à un groupe social déterminé. Etre persécuté, signifie risquer de sérieux préjudices, à savoir être en danger de mort, en danger dans son intégrité physique, risquer une privation de liberté ou subir des pressions psychiques insupportables. Les femmes représentent une catégorie particulièrement vulnérable et des motifs spécifiques peuvent être invoqués.

2. Les critères invoqués ne sont pas valables et la personne est sommée de quitter la Suisse. Elle est déboutée de l'asile.
3. Les critères invoqués ne correspondent pas aux critères donnant droit au statut de réfugié et la demande d'asile est donc refusée. Cependant, l'Etat sait que si la personne est renvoyée dans son pays, elle sera en danger de mort (pays en guerre, soins inexistantes pour certaines maladies graves comme le HIV, etc.). Cette personne obtient donc une admission provisoire sous la forme d'un livret de séjour F. Cette catégorie représente plus de la moitié des personnes assistées par l'EVAM.

Etant donné la longueur des procédures, les personnes sont attribuées par l'ODM vers les cantons selon une clé de répartition proportionnelle à la population du canton (8,4% pour Vaud) pour être hébergées, encadrées et assistées.

Les NEM et des déboutés de l'asile sont en situation irrégulière et doivent quitter la Suisse. Ils ont cependant le droit de demander l'aide d'urgence et ce, conformément à l'art. 12 de la Constitution « Droit d'obtenir de l'aide dans des situations de détresse »¹.

Les requérants d'asile (livret N) et des admis provisoires (livret F) sont en situation régulière et ils ont le droit de travailler. Ils sont généralement logés en appartement.

Est-ce que l'entrée de la Suisse dans l'espace Schengen a eu une influence sur l'asile ?

Oui, en 2009, nous sommes entrés dans l'Espace Schengen et nous partageons une base de données (EURODAC) qui compile les empreintes digitales de toutes personnes provenant d'un pays en dehors du territoire européen. Lors de l'inscription de la demande d'asile, les fonctionnaires de l'ODM vérifient si la personne a déjà ou non été identifiée dans un pays tiers, comme, par exemple, l'Espagne, la France ou l'Italie. Si c'est le cas, elle devient ce qu'on appelle un « cas Dublin » et la Suisse, après accord du pays tiers, organise le renvoi dans ce pays.

Est-ce que le système juridique lié à l'asile peut être considéré comme restrictif ?

Oui, le système suisse est restrictif et il continue d'évoluer dans ce sens. La Loi sur l'asile est parmi les législations suisses qui subit le plus de modifications. Elle ne concerne pourtant que moins de 1% de la population. Or, de manière générale, les prestations délivrées pendant la procédure sont de haut niveau. Cette dichotomie caractérise la politique suisse en matière d'asile : Fermeté dans la loi et générosité dans les mesures d'accompagnement.

¹ Quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine. La majorité des personnes demandant l'aide d'urgence sont logées en structures collectives et perçoivent en principe les prestations minimales en nature

Les collaborateurs de l'EVAM vivent plusieurs types de pressions, la pression sur le terrain tout d'abord. Lors de la rencontre avec les migrants, entre histoires très douloureuses et conditions de vie assez précaires, les collaborateurs ont à gérer un rôle qui ne correspond souvent pas aux attentes des personnes. Ils ne délivrent que des prestations d'aide sociale et non des titres de séjour. Il y a ensuite la pression de la société civile qui est parfois très critique, entre une certaine droite qui voudrait un EVAM plus strict et une certaine gauche qui nous accuse de trop de dureté. Enfin, le collaborateur doit constamment se repositionner en fonction des changements législatifs. Ceux-ci vont dans le sens d'un durcissement, en particulier à partir de 2004. Pour pouvoir fonctionner de manière adéquate, il s'agit de faire cohabiter en permanence deux éthiques : l'éthique de la responsabilité et l'éthique de la conviction. Sans cet équilibre subtil, il y a un risque de burn-out ou de décompression. Le collaborateur ne sera plus en mesure de remplir ses tâches et pourrait mettre en danger sa propre personne et celle de l'institution. Ce positionnement est mouvant; il n'est pas simple à trouver. Il est important de re-questionner sa propre position au sein du système en tout temps.

On parle beaucoup de la filière de l'asile dans le trafic de drogues, notamment dans la rue. Qu'en est-il réellement ?

La grande majorité des « dealers de rue » ou petits revendeurs ne sont pas dans nos structures. On pourrait les classer en 3 groupes : les personnes qui n'ont jamais sollicité l'asile et qu'on appelle communément des sans-papiers, celles qui ont été déboutées ou des NEM qui ne demandent pas l'aide d'urgence, et celles qui bénéficient des prestations d'aide d'urgence par l'EVAM et qui sont logées en structures collectives. A l'EVAM, c'est ce dernier groupe qui nous occupe en particulier et c'est sur ce groupe uniquement que l'EVAM peut agir.

Quels sont les facteurs qui permettent d'expliquer ce développement ?

On peut probablement toujours avancer des facteurs exogènes pour expliquer un parcours de vie. Il faut cependant toujours replacer au centre le choix de la personne et éviter d'en faire une victime. Paradoxalement, je dirais qu'il faut la replacer dans sa dignité. La participation au trafic de drogues restera toujours un choix et nous devons continuer à le voir comme tel. De manière générale et dans un contexte en perpétuelle mutation, il est extrêmement périlleux de vouloir définir des profils types.

Quel est l'impact de la problématique du deal sur votre travail ? Ressentez-vous un changement d'attitude parmi la population ?

Cette question du deal est pour nous catastrophique ! Le sens commun associe ces dealers aux requérants d'asile, alors qu'une grande partie de nos bénéficiaires se comporte très bien. Il faut souligner ici que l'immense majorité de ces migrants fait le choix de ne pas s'adonner à ce trafic, malgré la précarité de leur situation.

La population développe une hostilité envers les migrants, ce qui a une incidence sur nos activités, notamment dans la recherche de logements. Cette défiance de la population réduit notre marge de manœuvre. Nous sommes aujourd'hui de plus en plus réduits à trouver des solutions non souhaitables, comme la réquisition d'abris de protection civile.

J'aimerais souligner que cette situation est surtout difficile pour les migrants eux-mêmes ! Le profil du requérant se confond de temps à autre avec le profil du dealer, ce qui a pour conséquence que tout requérant est vu comme un dealer potentiel par une partie de la population. Ceci peut se confirmer parfois par l'installation, à proximité de certaines structures collectives, d'un petit trafic de drogues qui est l'œuvre de quelques personnes. Ensuite, tout va très vite dans la tête des gens. On pourrait résumer la situation par le syllogisme suivant : « Les dealers de rue sont des hommes, jeunes, africains. Les requérants aussi. Donc tous les requérants sont des dealers ».

Cette confusion a un impact énorme sur la population suisse quand elle vote sur l'asile. Nous avons de la peine aujourd'hui à séparer les questions techniques, très complexes, de l'asile, et les mouvements émotionnels suscités par le trafic de drogues. Notre travail n'en devient que plus difficile.

On parle beaucoup des réseaux criminels transnationaux. Quelle est leur responsabilité dans cette situation ?

Je n'ai pas les éléments de connaissance suffisants pour répondre. Cependant, les personnes qui ont essayé de décrire les phénomènes migrants montrent une proximité des réseaux criminels. Par exemple, le livre de Fabrizio Gatti « Bilal, sur la route des clandestins » (2008) explique que sur la route de Dakar à Lampedusa, le réseau des drogues s'organise, en parallèle avec celui de la migration.

Les dealers peuvent être recrutés soit au départ, dans leur pays d'origine, soit pendant le trajet. Une décision négative ou de non-entrée en matière peut aussi mener au trafic. Bien que cela reste un choix, on comprend néanmoins qu'il s'agit d'une population particulièrement vulnérable, que les réseaux criminels ont tôt fait de repérer et de recruter.

Comment gérez-vous cette question au niveau de l'EVAM? Avez-vous développé une réponse spécifique ?

Notre travail n'est pas de nous occuper des dealers, mais des personnes en situation de détresse ou en attente de décision de l'ODM. Cependant, comme évoqué plus haut, nous ne pouvons nous permettre d'ignorer cette réalité. Nous avons peu de moyens à disposition, principalement de trois ordres.

D'abord, nous collaborons beaucoup avec la police. Nous demandons l'appui des forces de l'ordre pour effectuer des contrôles dans les locaux communs. Nous le faisons régulièrement dans les abris, comme à Nyon ou à Venes. Notre objectif consiste précisément à diminuer les problèmes avec la population. En tant qu'établissement au service de l'Etat, l'EVAM se doit de dénoncer les comportements délicatueux, que se soit le dealer ou le consommateur. Les peines encourues ne sont pas très dissuasives, mais pour nous, il est important de donner un signal fort et de ne pas laisser s'installer un sentiment d'impunité.

Ensuite, nous effectuons nous-mêmes des contrôles dans les appartements, pour vérifier la bonne utilisation des logements. De cette manière, nous parvenons à lutter parfois contre la sous-location de studios aux dealers non pris en charge par l'EVAM. En cas de problème, nous expulsions le « squatteur » et nous renvoyons le bénéficiaire de l'appartement dans un foyer collectif de l'EVAM.

Enfin, nous avons adapté les horaires des abris pour éviter qu'ils deviennent des bases arrière du deal. Ils sont désormais fermés pendant la journée. La situation était devenue intenable dans certains lieux, notamment à Nyon.

Quels sont vos rapports avec les pouvoirs publics sur cette question ?

Nous travaillons main dans la main avec toutes les collectivités publiques. Nous avons des séances de suivi régulières dans les sites où nous sommes présents. Police, communes et EVAM agissent de manière coordonnée pour favoriser l'intégration des migrants ou le bon voisinage, mais aussi pour lutter contre le trafic de drogues.

A l'EVAM, nous savons aussi que nous ne pourrions pas « régler » le problème, mais nous devons rester vigilants. Notre but est d'agir au mieux dans un environnement qui nous échappe partiellement. Nous constatons, par exemple, que les centres touchés par le deal se situent sur des grands axes de communication. C'est donc de la problématique de la drogue dans son ensemble dont il est question et qui dépasse largement l'activité de l'EVAM. Le dealer de rue, bling-bling et visible, n'est qu'un symbole stigmatisé d'un vaste système nourri et cautionné, directement ou indirectement, par une multitude d'acteurs (certains Etats, consommateurs, blanchisseurs,...). Il est bon de rappeler que le trafic de drogues constitue la 3^e économie informelle mondiale.

Faites-vous quelque chose en matière de prévention ?

Oui, c'est très important ! Nous avons toujours évoqué cette problématique avec les migrants. Et face à notre impuissance à juguler le problème, nous devons nous montrer créatifs. Nous avons par exemple initié une collaboration avec l'EDEA (Europe Development Entertainment Association), une association d'anciens dealers à Nyon qui ont décidé de lutter contre ce phénomène et d'aller à la rencontre des dealers. Nous leur avons donné accès à nos structures pour faire de la prévention. Ils sont aussi actifs dans des espaces publics où les dealers sont présents; ils jouent un rôle de médiation.

Quand les migrants ont des « possibles » devant eux et que les portes restent ouvertes pour une intégration dans la légalité, nous avons des choses à proposer et ils sont preneurs ! A quelques rares exceptions près, ils jouent le jeu tant que l'espoir est là. Par contre, lorsqu'une décision négative tombe, cela devient extrêmement difficile. Comment expliquer à quelqu'un qu'il doit respecter nos règles quand la société lui signifie qu'il n'a plus sa place dans celle-ci ?

Pour les mineurs non accompagnés, nous avons créé en 2006 un centre dédié. Cette population est en effet très vulnérable à cette problématique. Cela nous permet d'offrir une protection supplémentaire et d'élargir les choix de vie possibles. Avec ces jeunes, nous essayons donc prioritairement de promouvoir des conditions favorables à leur développement et d'éviter de les mettre en contact avec des milieux sensibles.

La question du deal renvoie toujours à la question de la réglementation du marché de la drogue. Seriez-vous favorable à une intervention de l'Etat pour gérer ce marché ?

Le système actuel ne semble de toute évidence pas très dissuasif, ni pour le petit dealer ni pour le consommateur. Sur le terrain, l'EVAM et différents partenaires concernés par cette problématique font le constat d'une insuffisance d'outils pour lutter contre ce phénomène.

Un réel débat portant sur le marché des drogues devrait être ré-ouvert en Suisse. Il y a des incohérences que constatent tous les acteurs sur le terrain. Dans la population, l'exaspération est grande et je la comprends. Il faut prendre nos responsabilités et oser le débat.

Nous avons proposé de lancer un dialogue social sur ce thème avec des acteurs du Nord-Vaudois. Il s'agit ici de choix fondamentaux de société qui ont des répercussions bien au-delà des problématiques sociales et sanitaires. Nous sommes tous affectés et, à ce titre, nous avons tous droit à la parole.

Courriel :

cecile.ehrensperger@evam.ch

QUI SONT LES DEALERS NIGÉRIENS ? POURQUOI S'ADONNENT-ILS À CETTE ACTIVITÉ ?

Ce sont là deux questions qui ont guidé M. Peter Chibuzo dans son travail de diplôme. D'origine nigériane, arrivé en Suisse par la filière de l'asile, il a été particulièrement choqué par les propos, en Suisse, qui identifient les ressortissants nigériens avec des trafiquants de drogues. Les souffrances ressenties au jour le jour, liées à la forte stigmatisation de sa communauté d'origine, l'ont poussé à consacrer son travail de diplôme à cette question (travail disponible auprès de la rédaction). Dans ce cadre, il a réalisé des interviews de dealers nigériens, que nous reproduisons ici.

INTERVIEW DE MIKE (NOM FICTIF, DEALER NIGÉRIEN)

Quel âge as-tu ?

J'ai 23 ans.

Quand est-ce que tu es arrivé en Suisse ?

C'était il y a 5 ans, en 2006.

Quelle image avais-tu de l'Europe et surtout de la Suisse avant d'y venir ?

En tout cas je pensais que c'était un pays où l'on pouvait trouver du travail sans se soucier d'avoir un papier car je connais un certain monsieur qui vient de mon pays, qui vivait ici en Suisse mais il ne m'a jamais raconté ce qu'il faisait pour gagner sa vie.

Connais-tu l'image que les gens ont vis-à-vis des Nigériens ?

J'ai l'impression qu'ils nous prennent tous pour des malfaiteurs et que le Nigeria est très riche, que l'on n'a pas besoin de venir en Europe en général.

Et tu fais partie des malfaiteurs ?

Sincèrement ce n'est pas dans mes objectifs.

Comment ressens-tu le fait d'avoir quitté ton pays ?

C'est la première fois que je quitte le Nigeria. Je me sens comme dans un autre monde mais je suis content tout de même (rires). En revanche, ma famille et mes amis au pays me manquent beaucoup.

Alors pourquoi vends-tu de la drogue et d'où provient-elle ?

Parce que je n'ai pas trouvé du travail, j'étais frustré et j'étais obligé de vendre la drogue pour m'en sortir. En traversant la frontière suisse, je n'avais pas la drogue en ma possession, je ne savais même pas de quoi il s'agissait quand j'étais chez moi au Nigeria.

Donc en arrivant ici, j'ai fait la connaissance d'un monsieur arabe avec qui je me suis tout de suite entendu, puis il s'est engagé à me fournir de la drogue, voilà.

Comment reconnais-tu tes clients ?

En général, je regarde souvent ceux qui sont très sales. Quand j'ai commencé, je vendais surtout à ceux qui sont vraiment sales et après, un drogué amène tous ses amis et on échange des numéros.

Est-ce que tu connais les conséquences de tes actes, juridiquement et moralement ?

Oui je les connais, même consciemment je ne me sens pas bien après la vente mais je n'ai pas de choix.

N'es-tu pas sensible au fait que tu es en train de détruire les vies des gens en leur vendant de la drogue ?

C'est eux-mêmes (les drogués) qui viennent acheter, je ne les force pas, donc je ne peux pas savoir.

Penses-tu arrêter de vendre la drogue un jour ?

Bien sûr ! Car être un trafiquant ce n'est pas un métier, donc j'arrêterai quand j'aurai trouvé d'autres moyens pour m'en sortir.

Dans le journal... du 8 septembre 2011, il a été cité que l'EVAM (Etablissement Vaudois pour l'Accueil des Migrants) a mis sur pied plusieurs travaux d'utilité publique pour occuper les requérants d'asile, pourquoi ne tenterais-tu pas ta chance là-bas ?

Oui, j'ai essayé mais il y avait beaucoup de racisme donc j'ai dû renoncer.

Que dis-tu à ta famille ou tes amis au pays sur ce que tu fais en Europe ?

Je leur dis que je travaille car si je leur dis que je trafique de la drogue, ils vont me renier.

Est-ce que tu parles le français, l'allemand ou l'italien ?

Oui, je l'ai appris à l'école dans ce pays.

Si tu avais la possibilité de faire autre chose en Suisse qu'est-ce que ce serait ?

J'aimerais bien retourner à l'école pour continuer la formation d'électricien que j'ai dû abandonner il y a 3 ans dû au fait que j'étais débouté.

INTERVIEW DE VINCENT OSAMCHUKS, PRÉSIDENT D'EUROPE DEVELOPPEMENT AND ENTERTAINMENT ASSOCIATION (EDEA)

Qu'est-ce qui vous a motivé à fonder cette association ?

Nous avons fondé cette association pour aider les dealers à comprendre les conséquences du trafic de drogue.

Vous étiez un trafiquant de drogue, pourquoi avez-vous tourné la page ?

Oui, j'étais trafiquant de drogue. J'ai tourné la page parce que c'est dangereux pour moi en tant que dealer mais également pour les consommateurs.

Qu'est-ce qui vous a poussé à devenir un trafiquant ?

Dès mon arrivée, je fréquentais les dealers qui ont saisi l'occasion, le fait que j'étais nouveau, pour m'attirer dans ce milieu.

A l'époque où vous trafiquiez de la drogue, quel est le moment ou l'événement qui a marqué votre vie ?

C'était quand j'ai vu une personne toxicomane dans un état critique.

M. Alard du Bois-Reymond, ancien directeur de l'Office fédéral des migrations dit que 95% des demandeurs d'asile en provenance du Nigéria sont impliqués dans des trafics de drogues. Ces propos vous choquent-ils ou vous êtes plutôt d'accord ?

Ca nous choque mais nous sommes convaincus que sa statistique est un peu exagérée.

Avez-vous déjà été en contact avec les autorités suisses pour leur parler de votre projet ?

Nous avons commencé les démarches en espérant que ça va aboutir.

Parlons justement du film que vous avez réalisé ici en Suisse, vous prétendez que c'est pour des fins éducatives, où en est-t-il aujourd'hui ?

C'est à des fins éducatives. D'ailleurs il y a quelques dealers qui ont renoncé au trafic et ont préféré recevoir l'aide au retour pour retourner dans leurs pays d'origine pour y commencer une nouvelle vie avec cette aide-là.

Avez-vous régulièrement des contacts ou une rencontre avec des trafiquants pour essayer de les dissuader de trafiquer ?

Bien sûr que oui. Au moins une fois par semaine. (Voir le journal 20 minutes du mercredi 7 mars 2012).

Que se passe-t-il plus précisément dans ces rencontres et dans quel endroit ?

Nous essayons de les amener à la raison en discutant, en projetant notre film dans les foyers de requérants d'asile. Par exemple à Nyon.

Quel a été l'accueil qu'ils vous ont réservé, plutôt chaleureux ou méfiant ?

Au début, ils étaient très méfiants mais quand ils comprennent qu'on ne travaille pas avec la police, par la suite ils commencent à s'ouvrir petit à petit.

Ne pensez-vous pas que vous mettiez votre vie en danger face à ces trafiquants ?

Notre objectif est de sauver et dissuader le maximum de gens possible donc nous sommes prêts à tout.

Avez-vous déjà eu des résultats positifs, pensez-vous que le nombre des trafiquants a diminué depuis le lancement de cette association ?

Evidemment puisqu'il y en a quelques-uns qui sont partis de l'EVAM sans signaler. Des résultats probants ont été atteints à l'abri de PC de Nyon. En tout, 23 personnes ont tourné le dos à la drogue et ont effectué des travaux d'utilité publique, 45 ont suivi des cours de français. Et surtout, 13 requérants ont quitté la Suisse et certains d'entre eux ont même refusé l'aide au retour. (Voir le journal 20 minutes du mercredi 7 mars 2012).

Pensez-vous aller plus loin c.-à-d. là d'où viennent ces trafiquants pour sensibiliser les gens qui envisagent de quitter leurs pays ?

Bien sûr ! C'est notre objectif principal.

MIGRATIONS ET TOXICODÉPENDANCE : GARE À LA STIGMATISATION

Catherine Jung, médecin, maison de santé du Neuhof, Strasbourg

Pour les soignants, la nécessité de prendre en compte le parcours migratoire des personnes dans la prise en charge, en évitant les écueils de la stigmatisation, est partagée par tous. Il n'en va pas de même au niveau des dispositifs mis en place. Alors qu'en Suisse, certains principes ont été reconnus (même si on peut encore interroger les moyens pour leur mise en pratique), on constate en France l'importance de Médecins du monde pour pallier le manque de dispositifs spécifiques dans la filière de soins traditionnelle. Un état des lieux par Catherine Jung. (réd.)

INTRODUCTION

Il est difficile d'associer les deux termes, toxicodépendance et migrants, sans prendre le risque de stigmatiser ces derniers, particulièrement dans ces périodes de crise et de repli identitaire, où l'Europe tente plus ou moins maladroitement de limiter l'entrée des étrangers dans l'espace Schengen.

Pour aborder ce sujet, il est nécessaire de s'entendre sur deux définitions. La première concerne la toxicodépendance : l'OMS en donne une définition qui comporte quatre éléments, l'addiction, la tolérance, la dépendance et les conséquences néfastes sur la vie quotidienne. La deuxième définition concerne la migration : le migrant est celui qui a traversé la frontière, il a fait l'expérience de l'exil, de l'arrachement à son pays et à sa culture pour des raisons diverses, le plus souvent politiques ou économiques.

L'origine géographique, mais aussi sociale, le niveau d'instruction dans le pays d'origine, les conditions de la migration et la durée du séjour dans le pays d'accueil vont modifier de manière radicale la relation de la personne migrante au pays d'accueil. De plus, certains adolescents d'origine migrante qui n'ont pas eux-mêmes vécu l'exil, sont porteurs de l'histoire de la migration de leurs parents. Ils font partie des minorités visibles du fait de la consonance de leur nom ou de la couleur de leur peau et sont désignés par l'expression « migrants de deuxième génération », jamais tout à fait intégrés. Certains vont aussi se retrouver aux prises avec la toxicodépendance. Celle-ci est-elle singulière du fait de l'origine de leurs parents ? Par ailleurs, si les migrants ont tous en commun d'avoir vécu l'exil, chacun a une histoire singulière. Poser la question du lien entre migrations et toxicodépendance ne peut faire abstraction de ces diversités.

Nous allons aborder trois questions concernant la toxicodépendance des migrants : la migration et le vécu de l'exil sont-ils un facteur de risque de devenir toxicodépendant, les modes de consommation sont-ils différents pour les personnes migrantes, et enfin, existe-t-il des modalités spécifiques de prise en charge ?

1) UNE PERSONNE AYANT IMMIGRÉ A-T-ELLE PLUS DE RISQUE D'AVOIR DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES DU FAIT DE LA MIGRATION ?

L'origine géographique ou ethnique ne peut en soi être un facteur de risque de dépendance. Par contre, les conditions de la migration, la précarisation dans le pays d'accueil, les difficultés à affirmer son identité peuvent favoriser, lors de la rencontre avec un produit, le risque de développer une consommation problématique.

A contrario, les valeurs du pays d'origine peuvent protéger les individus contre les consommations à risque. Les résultats d'études nord américaines (1) portant sur des sujets latino-américains mettent en évidence des liens contradictoires entre migrations et toxicodépendances. D'un côté, le fait d'être migrant, de venir d'ailleurs, d'être porteur d'autres habitudes et d'une autre culture, protège dans un premier temps contre la consommation à risque parce que la toxicodépendance ne fait pas partie des habitudes du pays d'origine. Par exemple, les maghrébins en France ont en partie été protégés d'une consommation excessive d'alcool du fait que l'Islam considère que l'alcool est interdit par le Coran. Au contraire lorsque l'acculturation augmente, ils perdent progressivement leurs repères et leurs comportements en matière de toxicodépendance se rapprochent de ceux des personnes nées aux États-Unis.

A l'opposé, la migration n'est pas en soi, un facteur de risque de devenir dépendant, mais en fragilisant l'individu et sa famille, elle le rend plus réceptif aux produits. Dans le pays d'accueil, les migrants sont surreprésentés dans les catégories sociales les plus défavorisées. La fragilité liée à l'exil est aggravée par la précarité économique et sociale. Dans ces conditions, la rencontre avec le produit va se faire de deux manières : soit la consommation, qui permet d'apaiser des tensions intérieures et d'affronter le monde extérieur, soit le trafic, qui permet à la fois de compléter ses ressources économiques et de s'inscrire dans un réseau social qui vient remplacer celui de l'emploi.(2)

En ce qui concerne les migrants de deuxième génération, si l'exil est un traumatisme pour celui qui l'a vécu, les enfants de migrants devenus adolescents sont porteurs du deuil enkysté de leurs parents. Le rappel de leurs origines par des propos ou des attitudes racistes à leur rencontre fragilisent ces adolescents qui peinent à trouver une place dans la société et à se construire une identité. Un petit nombre d'entre eux vont tenter d'échapper à des questionnements douloureux par la prise de produits. Pour eux, la prévention de la toxicodépendance peut s'envisager de différentes manières. Le passage vers l'adolescence se complique du fait de leur appartenance à deux cultures, celle du pays d'accueil et celle du pays d'origine. Entre ces deux cultures, les conflits et les tensions trouvent facilement leur place. Valoriser la culture et la langue d'origine est indispensable pour permettre à ces adolescents de s'inscrire dans la société du pays d'accueil sans risque de trahir leurs parents. La reconnaissance de la langue et de la double culture peut se faire par l'école mais aussi par tous les professionnels qu'ils rencontrent, qu'ils soient professionnels de l'éducation, du social ou de la santé. Il est indispensable aussi d'accompagner et de soutenir les parents, en les encourageant à parler de leur histoire migratoire, mais aussi en valorisant leur langue et leur culture.

Pour les migrants récemment arrivés, en particulier originaire d'Afrique noire et des pays d'ex-URSS, les difficultés administratives, en compliquant la régularisation du droit au séjour aggravent la précarisation, mais aussi l'éclatement des familles : certains franchissent la frontière seuls et tentent de faire venir leur famille dans un second temps. Certains groupes, en partie ceux venant d'Europe de l'Est ou d'ex-URSS ont débuté la toxicodépendance dans leur pays d'origine. La toxicodépendance peut être d'ailleurs à l'origine de la migration : dans leur pays ils ont vécu une stigmatisation importante et les produits de substitution ne sont pas accessibles. Ils viennent en Europe de l'Ouest pour tenter d'échapper à la répression.(3)

2) LES MODES DE CONSOMMATION SONT-ILS DIFFÉRENTS CHEZ LES PERSONNES AYANT VÉCU LA MIGRATION ?

Les modes de consommation sont divers, tant dans le type de produit utilisé que dans le mode d'utilisation. Parmi les jeunes migrants de deuxième génération, souvent issus des banlieues, les usagers de drogue ont longtemps consommé des opiacés. Aujourd'hui, ils consomment moins d'opiacés seuls. L'héroïne a cessé d'être le premier produit consommé contrairement à ce qu'elle était dans les années 1970, car les plus jeunes ont assisté aux difficultés et à la déchéance sociale de leurs aînés et ont repris à leur compte la diffé-

rence entre drogues dures et drogues douces. Ils sont plutôt polytoxicodépendants, associant tabac, alcool, cocaïne et produits de substitution éventuellement. Les produits consommés sont essentiellement des psychostimulants, comme la cocaïne dont les effets nocifs sont moins visibles, et dont ils perçoivent moins la dépendance.(4)

Pour les usagers de drogue bénéficiant d'un traitement de substitution, l'alcool permet d'avoir « un effet » ou vient remplacer le produit de substitution vécu comme problématique par les usagers, parce que stigmatisant.

Pour les migrants originaires des pays de l'Est, dont la migration est récente, le mode de consommation diffère. Les produits utilisés sont davantage des opiacés (héroïne ou produits de substitution, ou médicaments tel le tramadol ou le sulfate de morphine).(5)

Ils sont plus souvent injecteurs et prennent davantage de risques, partage du matériel d'injection ou comportement sexuel à risque, en partie parce qu'ils accèdent moins facilement aux dispositifs de soins.

3) LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE PEUT-ELLE OU DOIT-ELLE ÊTRE ADAPTÉE À CES POPULATIONS ?

La tentation est grande de ne pas prendre en compte l'origine migrante pour ne pas stigmatiser et, au nom de l'universalité de l'homme, de ne pas pouvoir entendre toute une partie de l'histoire, ou au contraire de n'entendre que cela et de ne pas laisser de place à l'individu singulier. Certains recommandent de développer les compétences transculturelles des professionnels appelés à intervenir en milieu migrant.(6)

Contrairement aux recommandations des autorités fédérales suisses, en France, l'origine migrante est rarement prise en compte de façon singulière dans l'élaboration des programmes de soins aux personnes dépendantes.

Les dispositifs de soins sont en principe ouverts à tous. Cependant, les migrants rencontrent des difficultés spécifiques d'accès à ces dispositifs.(7) Lorsque la migration est récente, la barrière de la langue est un frein important à la rencontre des professionnels de santé. Il existe dans certains endroits des possibilités de travailler avec des interprètes, mais ces dispositifs ne sont pas généralisés. Ces migrants récemment arrivés, surtout d'Europe de l'Est, recourent plus difficilement aux soins, car ils importent de leur pays d'origine la crainte d'être stigmatisés, mal traités, et une relation méfiante avec les structures sanitaires et sociales. Ils sont très nombreux dans le dispositif d'accueil de Médecins du monde à Paris.(5)

...si les migrants ont tous en commun d'avoir vécu l'exil, chacun a une histoire singulière.



Photo: Interfoto

Il paraît nécessaire de développer des prises en charge spécifique des difficultés des migrants dans la mise en place des dispositifs d'accueil.

Pour les jeunes « de deuxième génération », l'accès aux dispositifs de soins paraît plus aisé. La prise en charge psychothérapeutique prend en compte l'histoire du sujet, sa difficulté à se situer entre la culture de ses parents, les valeurs que ceux-ci ont tenté de leur imposer et la culture du pays d'accueil qui leur permettrait une socialisation et une intégration.(8)

Le sujet va avoir à reconstruire l'histoire, à retrouver des racines alors que ses parents sont restés très silencieux sur leur vécu de l'exil et les conditions du départ et que c'est ce silence assourdissant qui compromet son intégration dans le pays d'accueil. Il va lui être nécessaire de tenter d'explicitier les liens entre migrations et toxicodépendance d'une part et à leur relation à la culture de leurs parents et à celle du pays d'accueil d'autre part.(6)

Parallèlement aux services de soins et de prise en charge développés par les collectivités, les familles, déroutées par la toxicodépendance de leurs enfants, vont chercher une guérison par le biais du retour dans le pays d'origine. L'usage du produit est lié au pays d'accueil qui apparaît ainsi responsable de la dépendance de leurs enfants. La solution est alors de renvoyer leurs enfants dans le pays d'origine pour les séparer du produit et les remettre en contact avec leur culture. Ce séjour au pays n'est pas toujours exempt de consommation. Les produits disponibles sont plus souvent alors des médicaments et de l'alcool. Ce « retour aux sources » a des avantages, il permet un temps de pause dans le parcours chaotique d'un toxicodépendant, mais il est souvent mal préparé, mal accompagné, et au retour la rechute est souvent inévitable.

CONCLUSIONS

Le lien entre toxicodépendance et migration est complexe, il est variable selon l'histoire migratoire et il est fonction du degré d'acculturation. Autant il est nécessaire de développer des compétences transculturelles et de savoir prendre en compte les spécificités de la migration, autant il est nécessaire d'éviter de rapporter toutes les difficultés à la migration, pour pouvoir entendre l'histoire singulière de chacun.

Bibliographie :

- 1) Taieb O. et al. - Consommations d'alcool et de drogues, et migrations en Amérique du Nord : revue critique de la littérature. - Annales Médico-psychologiques, 2007, 11 p.
- 2) INSERM. - Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogue. Expertise collective. - Paris, INSERM, 2010, 592 p.
- 3) Lydie N. -Influence du type de migration sur les comportements à risque. - Transriptases, 2005, 120, p.7-9
- 4) Coppel A. - Consommation de stimulants et jeunes des cités : nouvelles représentations, nouvelles pratiques. - 2007 OFDT. - Drogues et dommages sociaux
- 5) Halfen S. - Usagers de drogues et modalités d'usages parmi les personnes migrantes récemment arrivées en France. - Paris, ORS, 2007 (TREND, OFDT)
- 6) Koenig Setiadi M. - Intervention spécifique à la migration dans le domaine des dépendances. Implications pour la pratique. - Bern, Infodrog, 2009
- 7) Comiti V. P., Patureau J. - La santé des migrants en France, spécificités, dispositifs et politiques sanitaires. - Santé, Société, solidarité, 2005
- 8) Beckaert J.; et al. Psychopathologie des addictions. - Alcoologie et Addictologie 2011-33(3) 265-272

Courriel :

jung.cath@gmail.com

MIGRATION, PRÉCARITÉ, ADDICTION ET ACCÈS AUX SOINS : SITUATION À GENÈVE

Thierry Musset, Direction adjointe des soins, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), **Lore Barbier**, Service d'addictologie, Département de Santé Mentale et de Psychiatrie, HUG, **Eliana Induni**, Service de Médecine de Premier Recours, HUG et **Anne François**, Unité des dépendances, Service de Médecine de Premier Recours, HUG

Cet article décrit le fonctionnement du réseau mis en place à Genève pour la prise en charge des patients dépendants en situation de précarité liée à un contexte de migration. Travail en réseau, adaptation et surtout soutien politique sont les ingrédients nécessaires à la bonne marche de cette offre essentielle. (réd.)

VIGNETTE CLINIQUE : KARIM

Genève, décembre 2011 : Karim, 22 ans, est adressé aux urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) par le médecin consultant du Quai 9, lieu d'accueil avec possibilité de consommation, pour un abcès au pli de l'aine sur injections d'héroïne et de benzodiazépines.

Ce jeune homme vit en Suisse depuis environ 5 ans, de manière clandestine. Il est originaire des faubourgs d'une grande ville d'Afrique du Nord, n'a pas de domicile, pas d'assurance maladie, dort dans les parcs ou dans les abris mis à disposition par la protection civile (abris PC) durant l'hiver et se nourrit dans les structures d'accueil pour personnes en situation de précarité. Il finance sa consommation de drogues avec des activités « marginales ».

Karim a commencé à consommer de l'héroïne à son arrivée en Suisse, en inhalation, puis par injection. Depuis environ deux ans, il consomme également du midazolam (Dormicum®), qu'il injecte le plus souvent dans le pli inguinal, car il n'a plus d'autre accès vasculaire.

A l'hôpital, il s'exprime assez peu, mais dit avoir très peur d'être laissé « en manque ». Il est opéré et doit rester hospitalisé une dizaine de jours pour l'antibiothérapie.

Dès le premier jour, un traitement de substitution à base d'opiacés et de benzodiazépines est instauré de manière à permettre de donner les soins nécessaires dans de bonnes conditions. Au cours de l'hospitalisation, Karim formule une demande de suivi addictologique à sa sortie de l'hôpital. Dans le cadre d'une collaboration entre le service d'addictologie (SA) et le service de médecine de premier recours (SMPR), ce patient pourrait bénéficier d'un traitement de méthadone en ambulatoire, en continuité des soins hospitaliers. Quinze jours plus tard, Karim quitte l'hôpital avec une antibiothérapie terminée, une plaie propre et poursuit son traitement basé sur la substitution en ambulatoire dans le service d'addictologie.

INTRODUCTION

A l'instar des grandes villes des pays riches, Genève connaît une immigration importante de personnes ayant quitté leur pays pour des motifs de guerre, de conflits ethniques, ou pour fuir la misère. L'absence de statut légal entraîne souvent une situation de précarité. En cas de problèmes de santé, l'accès aux soins est rendu difficile, entre autres par l'absence d'assurance maladie.

L'addiction aux drogues et/ou à l'alcool fait partie des problèmes de santé que présente une partie de cette population. Dans ce contexte, trouver un soutien thérapeutique s'apparente à un véritable parcours du combattant.

Dans cet article, nous décrivons une expérience pour permettre à ces personnes, victimes de la « triple peine » clandestinité/précarité/addiction, d'accéder aux soins. Après une rapide description de la population concernée et du dispositif genevois en matière d'addictologie, nous proposons une analyse critique d'un travail de collaboration entre les structures de type seuil bas, le Service de Médecine de Premier Recours (SMPR) et le Service d'addictologie (SA) du Département de Santé Mentale et de Psychiatrie.

POPULATION RENCONTRÉE

La population de migrants à Genève est estimée entre 6000 et 20 000 personnes (1). Le profil des migrants usagers de drogues (UD), difficilement quantifiables, rencontrés dans les lieux d'accueil et de soins à Genève est bien spécifique; cette population est surtout composée d'hommes, généralement originaires des pays de l'Est et d'Afrique du Nord. Il semble que les usagers en provenance des pays de l'Est, consommant principalement des opiacés en injection, de la méthadone acquise au marché noir et des benzodiazépines (BZD) sont, pour la plupart, déjà consommateurs dans leur pays d'origine (2). Les UD ressortissants d'Afrique du Nord sont fréquemment consommateurs d'une BZD spécifique, le clonazépam (Rivotril®), qui semble très présente dans les pays du Maghreb (3); sa consommation existe donc préalablement à la migration. La consommation d'héroïne, en inhalation principalement, est également fréquente dans cette population, qui passe souvent à l'injection dans un deuxième temps. Ce groupe de consommateur est très visible au niveau de la rue (4). L'usage occasionnel de cocaïne se retrouve dans ces deux groupes.

LE « RÉSEAU ADDICTION » À GENÈVE

Le dispositif genevois d'aide et de soins pour les usagers de drogues (UD) est composé d'unités de soins ambulatoires et hospitalières publiques et privées, de structures à vocation psychosociale et de structures de réduction des risques liés à l'usage de drogues.

La population décrite dans cet article n'ayant pas accès au secteur privé par absence d'assurance maladie, nous nous bornerons à évoquer les soins offerts par le service public. Deux départements médicaux proposent des soins spécialisés en addictologie : l'Unité des dépendances du Service de Médecine Communautaire (SMPR) et le Service d'addictologie (SA) du Département de Santé Mentale et de Psychiatrie.

Le SA propose des traitements ambulatoires et hospitaliers. La structure ambulatoire offre un accueil personnalisé, facile et rapide. L'entrée dans le programme de soins, par exemple pour un traitement basé sur la substitution aux opioïdes (TSO), se fait après l'identification des besoins du patient et la mise en place d'objectifs communs. Ces objectifs peuvent être modestes et sont régulièrement réévalués et adaptés lors d'entretiens médico-infirmiers et sociaux.

L'Unité des dépendances du SMPR offre des soins interdisciplinaires ambulatoires au sein des HUG, pour les patients présentant des problèmes d'addiction à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites. Elle a pour vocation de s'occuper des problèmes somatiques des patients dépendants, mais aussi d'offrir des consultations spécialisées d'addictologie. Elle

n'offre que peu de TSO à long terme, qui sont l'apanage du SA, mais elle permet souvent des premières prises de contact pour les patients sans statut légal, de par son appartenance au service de Médecine Communautaire. Elle est référente pour l'hôpital cantonal pour des questions d'addictions pour les patients hospitalisés et travaille en lien étroit avec les autres structures spécialisées en addictologie, publiques ou privées, et avec les infirmiers spécialisés en addictologie qui font les consultations pour les patients dépendants hospitalisés dans les unités de soins de l'hôpital cantonal.

Concernant la réduction des risques, l'association « Première ligne » gère des programmes d'échange de seringues ainsi qu'un lieu d'accueil avec possibilité de consommation, le « Quai 9 ». Ce lieu offre un accueil anonyme et gratuit, du matériel de consommation, des messages de prévention et des conseils de santé, ainsi que la possibilité de consommer sur place dans un espace sécurisé. Une consultation de santé primaire est proposée au Quai 9; tous les membres de l'équipe (infirmières et travailleurs sociaux) sont formés aux soins de base et à reconnaître les situations nécessitant des soins médicaux ou un transfert aux urgences. Une consultation médicale gratuite, anonyme et sans rendez-vous a lieu deux fois par semaine. Ses objectifs sont de reconnaître et traiter de manière précoce les lésions potentiellement graves, de répondre aux questions concernant la santé, les produits et les traitements et de faciliter l'entrée en traitement spécialisé de la dépendance. On n'y offre pas de suivi ni de prescription de traitements psychotropes. Un psychiatre consulte deux heures par semaine sur le même modèle.

Sur les 984 consultations pratiquées en 2011, 27% ont fait l'objet de relais médicaux sur l'hôpital, le médecin traitant ou sur des structures spécialisées pour l'addiction. Ce lieu est bien investi par les migrants usagers de drogues.

C'est environ un an après l'ouverture, en décembre 2002, qu'une population originaire de Géorgie a commencé à fréquenter le lieu et, en décembre 2003, on dénombrait une cinquantaine de personnes différentes, consommant principalement de l'héroïne et de la méthadone, ayant peu de contact avec la population francophone et fonctionnant en groupe. En raison d'une barrière linguistique évidente, certains d'entre eux parlant seulement des rudiments d'espagnol, d'anglais ou d'allemand, l'association a fait appel aux services d'un interprète de géorgien et de russe dès août 2003 (5). Cette prestation perdue et est toujours très utilisée. Outre leurs besoins sociaux, ces personnes ont rapidement demandé des soins, notamment en vue d'obtenir des traitements de substitution ou des traitements de leur hépatite C, dont la prévalence est extrêmement haute dans ce groupe.

ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION PRÉCAIRE

Depuis 1996, afin de garantir un accès aux soins pour tous (grands précaires, migrants précaires, sans-papiers) le Service de Médecine de Premier Recours a mis en place une consultation interdisciplinaire, la Consultation Ambulatoire Mobile de Soins Communautaires (CAMSCO), dont les objectifs sont de faciliter l'accès aux soins pour les personnes en situation précaire, coordonner les actions de soins et favoriser l'intégration dans les réseaux de soins et sociaux existants. Des recherches sur des sujets liés à la précarité sont également menées permettant de décrire cette population, d'identifier ses besoins de soins, de former, de soutenir les soignants et autres membres du réseau de précarité (6). Le fonctionnement du CAMSCO est caractérisé par un travail interdisciplinaire entre infirmières, médecins et assistants sociaux, tous rattachés au Département de Médecine Communautaire. Deux filtres d'accès aux soins (gate-keeping) sont appliqués. Un gate-keeping infirmier, régulant l'accès à la consultation médicale, et un gate-keeping médical, modulant l'accès aux soins spécialisés (7) et auquel une garantie financière est fournie après évaluation sociale. Les soins sont financés par le budget alloué aux missions d'intérêt général de l'hôpital public.

Les personnes dépendantes en situation précaire ayant besoin de soins spécialisés en addictologie, traitement de substitution basés sur les opiacés (TSO) par exemple, ont dès lors la possibilité d'être référées à un des deux services de soins spécialisés du service public. L'évaluation du statut social du patient revêt une grande importance : en sont exclus les personnes venant à Genève dans le but d'obtenir des soins financés par le service public. Les UD ressortissants de l'Union Européenne doivent, sauf exception, être référés en traitement en France, où ils peuvent obtenir un suivi en vertu du volet sanitaire de la loi de 1970 sur les stupéfiants, qui garantit anonymat et gratuité des soins; ils sont aidés dans cette démarche et un traitement transitoire peut leur être proposé dans l'intervalle.

Pour les patients précaires hospitalisés pour des raisons somatiques ou sortant de prison, ils peuvent être référés directement au SA, qui prendra en charge leur traitement dès le lendemain de leur sortie afin d'éviter au mieux les ruptures des traitements de substitution ayant été instaurés. Dans la consultation ambulatoire de traitement par substitution du SA, les patients sans statut légal représentent, en 2011, 22% des accueils réalisés. Malgré le contexte de précarité et d'instabilité, 78% d'entre eux viennent au second rendez-vous.

Des réunions de travail entre les acteurs concernés (SA, CAMSCO, Quai 9) ont lieu plusieurs fois par année afin de réguler les inévitables dysfonctionnements du système. Un document de travail a été élaboré, auquel tous peuvent se référer.

DISCUSSION

Avec un accès aux soins facilité, beaucoup d'UD sans statut légal peuvent s'inscrire dans des programmes thérapeutiques. La collaboration élaborée permet également de poursuivre des TSO instaurés chez ces patients lors d'incarcérations ou d'hospitalisations. Les objectifs thérapeutiques et la situation sociale sont ensuite revus pour évaluer la pertinence du traitement instauré.

L'importance du travail en réseau a toujours été soulignée dans le domaine de l'addictologie. Ce point est fondamental avec les UD sans statut légal, les spécificités culturelles et les barrières linguistiques rendant difficile la compréhension du système sanitaire. Une certaine méfiance envers les intervenants sociosanitaires peut se superposer aux problèmes cliniques liés à l'addiction et aux différentes comorbidités, la consommation de drogues étant généralement mal perçue dans le pays d'origine. Dans ce contexte, il est souvent utile d'impliquer des « médiateurs de communauté » comme interface entre les usagers et les intervenants. Le rôle des interprètes est essentiel, au moins pour les premiers entretiens de prise de contact. Il existe également des représentations et contre-attitudes de certains professionnels face à ces patients ayant parfois une mauvaise image en lien avec des activités supposées illégales. Le contact formel ou informel entre les membres du réseau doit être fréquent et systématique en cas de situations complexes, d'imprévus ou de tensions qu'ils peuvent générer.

Le dispositif intégré traitement/réduction des risques a démontré son efficacité par la diminution des overdoses mortelles et de la prévalence des maladies transmissibles (8). Une meilleure santé des UD, qu'ils soient avec ou sans statut légal, participe à une meilleure santé de la ville et une meilleure santé publique. L'accès aux soins des UD précaires est, à l'heure actuelle, accepté sur le plan politique. Il convient néanmoins de rester attentif à ce que les tensions économiques ne soient pas un prétexte pour le remettre en cause.

CONCLUSION

Le modèle genevois permettant l'accès aux soins des UD sans statut légal est accepté par tous les acteurs et donne un cadre à leur entrée en traitement. L'expérience démontre le sens du travail clinique auprès de cette population et va dans le sens de la politique suisse en matière de drogues et de respect des droits humains élémentaires. En raison de la complexité de la situation sociale, sanitaire et culturelle des personnes concernées, de nombreuses mises au point sont toutefois nécessaires pour s'assurer de son bon fonctionnement et garantir l'accès le moins discriminant possible à des soins de qualité pour une population largement précarisée. Il doit être affiné en fonction de l'évolution des migrations, du marché des drogues et de leur consommation et du système sociosanitaire.

Références

(1) Wolff, H. Unité mobile de soins communautaires (Umsco): un modèle d'accès aux soins pour les plus démunis à Genève. Thèse finale du Diplôme de santé publique, Université de Genève, 2004

(2) Avril, E. & Elias K. Aider les usagers de drogues originaires des pays de l'Est. Santé, réduction des risques, usages de drogues. Swaps 42. 2006.

<http://www.pistes.fr/swaps/42.htm>

(3) Kempfer, J. Mésusage du Rivotril®, un état des lieux. Santé, réduction des risques, usages de drogues. Swaps 47. 2007.

http://www.pistes.fr/swaps/47_101.htm

(4) Sommer, N. Les migrants maghrébins sans statut légal à Genève : situations et enjeux. Mémoire de maîtrise et rapport de stage en démographie. Univ. de Genève, 2008.

(5) Première ligne, rapport d'activité 2003, www.premiereligne.ch

(6) UMSCO, la santé pour tous, dépliant. Avril 2006. http://camsco.hug-ge.ch/_library/pdf/DepliantUMSCO270306.pdf

(7) Induni, E. L'accès aux soins des Sans-papiers : un droit ou un privilège ? Mémoire de Certificat de formation continue en éthique du travail social. Lausanne : Université, Département inter facultaire d'éthique : EESP ; Genève : HETS, IES, 2006

(8) Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues. Juin 2011.

http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf

Courriel :

Thierry.Musset@hcuge.ch

Formation continue



Hes·so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

L'Unité de formation continue de la Haute école de travail social et de la santé - EESP - Lausanne, vous informe des formations postgrades qui débiteront prochainement :

MAS en action et politiques sociales

Délai d'inscription : en fonction des places disponibles

Début de la formation : octobre 2012

Chef de projet : Stéphane Rossini

CAS en assurances sociales

Début de la formation : début 2013

Cheffe de projet : Marie McCormick

DAS en thérapie avec le cheval

Début de la formation : septembre 2013

Chef de projet : Charles Chalverat

Renseignements, descriptifs des cours et inscriptions sur notre site Internet ou au secrétariat de l'Unité de formation continue :

www.eesp.ch/ufc - Tél. : 021 651 03 10

formation.continue@eesp.ch

éesp

école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud

GREA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

LES MODES DE CONSOMMATION DES PRODUITS ET LES RISQUES ASSOCIÉS

DATE: Mardi 2 octobre 2012

LA PRÉVENTION DE LA RECHUTE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE

DATE: Jeudi 8 et vendredi 9 novembre 2012 et jeudi 24 janvier 2013

MÉDIAS ÉLECTRONIQUES: QUELS RISQUES POUR QUELS USAGES ?

DATE: Jeudi 15 novembre 2012

RÉDUIRE LES RISQUES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET PRÉVENIR LES OVERDOSES

DATE: Jeudi 22 et vendredi 23 novembre 2012

JOURNÉE DE SUPERVISION DE LA PRATIQUE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

DATE: Jeudi 13 décembre 2012

Info et inscriptions | www.grea.ch | 024 426 34 34

« ANNE, MA SOEUR ANNE, VOIS-TU VENIR DES USAGERS DE DROGUES MIGRANTS ? ... »

Martine Baudin, directrice, Première Ligne, Genève et David Gachet, responsable du Quai 9, Première ligne, Genève

Retraçant brièvement le développement du dispositif de réduction des risques à Genève, cet article en rappelle aussi les fondements éthiques : l'accès aux prestations pour tous. Genève, ville cosmopolite s'il en est, ne peut que composer avec les flux migratoires. Sur le terrain, les champs de tension existent, mais les stratégies pour y faire face aussi. (réd.)

Il y a plus de vingt ans, en 1991, une politique en matière de réduction des risques liés à l'usage de drogues se mettait en place avec un pragmatisme voulu par le Conseil d'Etat de Genève.

Le BIPS, structure mobile - avec accueil en soirée, prévention sexuelle et possibilité d'acheter ou d'échanger son matériel d'injection - faisait son entrée à Genève, au cœur de la ville ! Il fallait absolument faire diminuer, voire éradiquer la transmission du VIH-sida dans la population toxicomane notamment.

Il y a dix ans, le Quai 9, première salle de consommation en Suisse romande, devenait visible au cœur de cette même ville, structure en phase expérimentale pendant deux ans puis validée par les autorités genevoises comme faisant partie intégrante du dispositif de soins à Genève. La cocaïne était à cette époque le produit « phare » de la consommation de rue, consommation compulsive qui pouvait entraîner de nouvelles prises de risques par voie intraveineuse en particulier.

POUR QUI, POUR QUEL PUBLIC S'ADRESSENT CES STRUCTURES ?

Le Quai 9 s'adresse à toute personne, majeure, concernée par la consommation de psychotropes (majeure, spécifiquement pour la salle de consommation du Quai 9).

La réduction des risques s'adresse à toute personne qui ne peut – ou ne peut pas encore s'arrêter de consommer. L'accueil « bas seuil », lui, défend un accès facilité à une structure où des prestations de base sont proposées telles que douche, nourriture, soins de santé primaire ou encore possibilité de consommer à moindre risque pour le Quai 9. Cet accueil se situe également dans un rapport non contractuel avec l'utilisateur de drogue, sans exigence ou visée d'abstinence de consommation de psychotropes; seul le respect mutuel est demandé, exigence minimum, évidente et nécessaire pour la construction d'un lien entre êtres humains.

En premier lieu, et sous l'angle contextuel, il semble intéressant de préciser que Genève est une ville cosmopolite dont la population se caractérise par une grande diversité. Ainsi, elle compte plus de 184 nationalités différentes. Elle abrite 22 organisations internationales et près de 250 organisations non gouvernementales. C'est la deuxième ville la plus peuplée de Suisse, avec 192'118 habitants en février 2012. Son aire métropolitaine forme une agglomération transfrontalière, le « bassin franco-valdo-genevois » ou « Grand Genève », qui s'étend sur le canton de Vaud et les départements français de l'Ain et de la Haute-Savoie, pour un total de 890 000 habitants fin 2008. Genève est la deuxième place financière du pays après Zurich. Elle est considérée comme la plus importante au monde en matière de gestion de fortune privée transnationale et s'impose entre autres comme la première place mondiale pour le négoce du pétrole devant Londres. De par son rôle à la fois politique et économique, elle fait partie des « villes mondiales ». Selon une étude de 2011 menée par Mercer Consulting, c'est l'une des métropoles qui offre la meilleure qualité de vie au monde.

Genève est donc une ville de grand passage, quelles que soient les raisons qui poussent les nombreux voyageurs à traverser cette cité. Bien que toutes les personnes, habitants ou voyageurs, ne soient pas des consommateurs de drogues, et qui plus est en phase active de consommation, il est utile de préciser que de par ces éléments contextuels, le travail de réduction des risques, en tous les cas à Genève, ne pouvait se destiner qu'à une population « suisse » uniquement !

Rappelons que la loi sur la santé publique du Canton de Genève précise également au chapitre IV, Planification sanitaire, art 30, plan cantonal d'accès aux soins « le plan cantonal d'accès aux soins a pour but de garantir l'accès aux soins pour tous. A cet effet, il établit les bases d'une collaboration et d'une coordination des prestataires de soins publics et privés ».

En regard de cette loi, soulignons enfin que le Conseil d'Etat a mandaté les acteurs de la réduction des risques pour mener un travail de réduction des risques dans un esprit d'universalité, à savoir d'apporter des réponses à toute personne concernée et présente sur le territoire genevois, quelque soit son statut, sa provenance ou sa nationalité.

A partir de ces éléments, la réponse est finalement assez simple au premier abord, avec le postulat de départ que la consommation de drogues peut concerner « tout le monde » et qu'elle ne s'arrête pas au simple fait d'une nationalité, d'un statut ou d'une condition sociale. Pour autant, cet accueil dans son application amène un certain nombre de champs de tension entre les principes éthiques qui nous animent et les réalités politico-administratives suisses contemporaines.

L'accès universel à nos structures que nous défendons se base sur « la notion de droits minimaux dus à la seule qualité d'être humain, ou droits naturels », décrits dans les Droits de l'homme. Nous ne saurions dès lors admettre qu'un certain nombre de consommateurs de drogues puissent prendre des risques, pour le simple fait qu'ils ne sont pas de nationalité suisse et, du coup, de devoir accepter une vision d'usagers migrants « errant » dans la ville, sous l'effet de psychotropes divers.

Au sein de nos structures d'accueil, des postulats de travail ont été définis en équipe, suivant les grandes lignes du travail de la réduction des risques : non-jugement et respect de la personne par rapport à sa situation de consommation, garantie de la confidentialité et de l'anonymat de l'utilisateur ou encore volonté de responsabilisation du consommateur face à ses comportements sous produit ; des valeurs défendant l'ouverture à l'autre plutôt que de repli sur soi, à l'heure d'un contexte sécuritaire et économique qui vise à expulser du territoire, en Suisse comme ailleurs, toute personne n'étant pas « productive », « compétitive » ou n'apportant aucun bénéfice à la cité !

L'ACCUEIL DES MIGRANTS AU QUAI 9

Dans les faits, l'accueil aux migrants, existant depuis l'ouverture du Quai 9, demande une remise en question et une adaptation supplémentaire des professionnels. Pour illustration, la barrière linguistique avec la population géorgienne ne parlant pas ou peu le français a entraîné une incompréhension dans la communication de part et d'autre et, pour certaines situations, à des champs de tension importants. Comment expliquer les prestations et le cadre d'utilisation d'une salle de consommation à des non francophones et comment connaître et répondre au mieux à leurs besoins si aucune langue commune ne peut réunir consommateurs et intervenants professionnels ? Le fait de bénéficier d'une personne d'origine géorgienne ayant une fonction de « traductrice-médiatrice » nous a paru une réponse simple et facile à mettre en place, afin d'éviter également une stigmatisation du type « il y a eu violence parce qu'il est étranger » ; les quelques événements de tension ont relevé plus de l'impossibilité de communication plutôt que d'une population inapte à s'adapter à nos us et coutumes (de la structure Quai 9 en l'occurrence).



Photo: Interfoto

Le travail a pourtant été de longue haleine, d'approvisionnement, d'approche empathique et non jugeante, de répétitions constantes de nos messages de prévention aussi.

La totalité des documents officiels du Quai 9 (règlement interne, règles d'utilisation de la salle de consommation, questionnaire d'entrée anonyme) a été traduit dans la langue géorgienne, mais aussi en allemand, espagnol, anglais ou encore en italien, afin d'être dans un esprit anticipatif de l'accueil de migrants de différentes nationalités. Chaque campagne de prévention, d'actions spécifiques (événements thématiques) ou de projet d'éducation à la santé fait l'objet d'une traduction en géorgien notamment. Bien évidemment, ce travail d'adaptation de nos outils doit se faire au fil des flux migratoires et des populations utilisant de manière durable ou non nos structures d'accueil.

Concernant la 2^e population migrante majoritaire dans nos structures - consommateurs de drogues d'origine maghrébine - la démarche d'accueil a été la même : « s'approcher d'elle, comprendre ses besoins, proposer des prestations de prévention et de réduction des risques » s'intéresser à ces personnes plutôt que de rester sur des « a priori », voire des éléments relatifs au travail de la répression, pilier d'intervention qui fait partie de la politique des 4 piliers en matière de drogues illégales mais qui n'incombe en aucun cas aux professionnels de la santé et du travail social d'en endosser un quelconque mandat. Et c'est là que réside l'un des champs de tension majeurs qui a régulièrement ponctué les années de travail en réduction des risques à Genève, plus particulièrement depuis l'ouverture du Quai 9.

Régulièrement attaqué par un certain nombre d'acteurs, pour « incitation à la consommation » ou pour « cautionnement de délits faits par cette population migrante », le travail de réduction des risques a été mis à mal et a même été remis complètement en question. Le Quai 9 était et est encore aujourd'hui vu avec un « effet d'attraction » sur cette population migrante qui viendrait sur le

sol genevois uniquement pour bénéficier des prestations de cette structure. La teneur et les moyens autour du contrôle du trafic de drogues et de l'application de la juridiction pénale en découlant n'étant que finalement très peu cités dans ce type d'attaque.

Nous n'avons également pas mentionné d'autres types de migration (extra-cantonaux, Français et autres pays d'Europe) qui amènent la question centrale de la mise à disposition d'une salle de consommation s'inscrivant dans un dispositif global et diversifié destinés aux consommateurs de drogues ... Pour les autres cantons romands ou pour nos voisins limitrophes, nous osons espérer que l'expérimentation de salles de consommation verra le jour dans un délai proche ...

Au quotidien cependant, un travail de régulation afin de trouver des *modus vivendi* est possible. Il l'a été sur le Canton de Genève. Le travail de concertation entre les différents acteurs de cette politique des quatre piliers a été mené et voulu, encore une fois, par le Conseil d'Etat. Les acteurs du terrain - réduction des risques et répression - ont su s'asseoir autour de la même table et trouver des terrains d'entente, permettant de faire cohabiter ces deux piliers plutôt que de les mettre en constante opposition. Une démarche visant à mieux connaître les actions et mandat de chacun, permettant de sortir de visions parfois étriquées sur chacun des métiers et basée sur un dialogue constant. Cette communication a permis aujourd'hui de sortir des débats idéologiques « pour ou contre » la réduction des risques liés à l'usage de drogues. A Genève, le pragmatisme reste la clé d'un certain succès afin de maintenir un certain équilibre.

Pour autant, il n'en demeure pas moins que des questions fondamentales résident toujours dans l'accueil de cette population migrante, qui dépassent largement le champ d'action des acteurs de la réduction des risques et qui nous interrogent depuis de longues années. Les usagers de drogues migrants sont souvent dans une situation de précarité importante tant au niveau des soins qu'au niveau des conditions de vie. Ils n'ont pour la plupart pas de logement stable et une difficulté d'accès aux soins, malgré certaines prestations possibles dans les services étatiques. Le travail de relais, qui doit favoriser l'entrée dans les soins et les traitements, est donc fortement pré-tériorité. Les migrants nous sollicitent aussi régulièrement pour améliorer leur situation sociale, vivant pour un grand nombre d'entre eux dans des formes de *no man's land* qui nous ont souvent mis dans un sentiment « d'impuissance totale » (impossibilité de régularisation, même temporaire, du statut, culpabilité liée au devoir économique de repousser aux besoins de la famille restée au pays, impossibilité de se projeter dans un quelconque futur ou d'élaborer un projet social ou professionnel durable, absence marquée de liens affectifs, déplacements continuels à travers l'Europe, déracinement, stigmatisation ...).

Nous avons souvent réfléchi « aux clés » favorisant l'intégration de ces derniers au sein de notre ville, par exemple avec l'apprentissage de la langue française. Mais est-ce le mandat de notre association et qui prend en charge le coût financier par exemple ? Comment cette démarche pourrait-elle être comprise par l'extérieur et serait-elle, à nouveau, considérée comme une « forme d'alliance » avec une population étrangère que certains aimeraient voir hors de nos frontières ?

De ce fait, nous sommes convaincus que les usagers migrants doivent aussi avoir accès à des prestations maintenant le lien social et contribuant à la réduction des risques sociaux. Depuis tout temps, et au sein de notre institution, ils ont accès aux petits jobs, uniquement pour des temps ponctuels. Fait qui donne également lieu à des attaques régulières.

Mais peut-on s'intéresser uniquement à l'amélioration de la santé physique des consommateurs de drogues ? La possibilité, un jour, d'arrêter ou d'avoir un meilleur contrôle sur sa consommation passe aussi par l'amélioration du bien-être psychique. Le fait d'avoir une activité permet par un bout le rétablissement de la personne, en renforçant les sentiments de confiance en soi, d'estime et d'utilité, pour soi-même et pour la collectivité. Le travail de réduction des risques tient compte de la personne dans sa globalité et, donc logiquement, de son environnement.

En forme de conclusion, nous ne pouvons que constater que l'accueil de cette population spécifique entraîne bien plus de questions que nous n'avons de réponses à offrir. Nous avons aussi constaté dans nos contacts avec le réseau accueillant des populations migrantes les mêmes limites dans l'aide à celles-ci.

Genève n'est-elle pas historiquement une terre d'accueil, de la convention des Droits de l'homme et de la Croix-Rouge ... ?

C'est dans ce sens que nous sommes et restons convaincus que les usagers de drogues migrants ont pleinement leur place dans notre accueil quotidien ; il ne serait en être autrement et ce, pour une durée indéterminée ...

Courriel :

mbaudin@premiereligne.ch

dgachet@premiereligne.ch

MIGRATION ET ADDICTIONS

Dr Pablo Sanchez-Mazas, Appartenances-Genève

La migration du pays d'origine vers le pays d'accueil s'accompagne de profonds bouleversements de valeurs, d'identité et de statuts. Face au stress que la migration provoque, les migrants s'y adaptent d'une façon ou d'une autre. Ces bouleversements peuvent agir en synergie et développer des comportements addictifs. Bien que la migration ne soit pas un facteur causal de l'addiction, il est important que les intervenants tiennent compte dans leur intervention de l'impact des éléments culturels et migratoires sur le parcours des migrants.(réd.)

INTRODUCTION

Lorsqu'on parle de psychopathologie chez un patient migrant, on peut communément commettre, entre autres, trois erreurs fondamentales : la première serait de surestimer la valence de la culture dans la psychopathologie présentée par le patient, la seconde, de la minimiser en considérant une universalité structurelle de l'individu et de la pathologie, la troisième de confondre les déterminants culturels caractérisant une situation psychopathologique particulière avec les déterminants sociaux ou environnementaux relevant de ces situations.

La question se pose alors de savoir s'il existe une vulnérabilité ou des processus particuliers qui amèneraient le migrant à adopter un comportement d'addiction. Nous évoquerons dans cet article les différentes hypothèses proposées. Nous envisagerons ensuite en quoi la compréhension de certains aspects spécifiques à la migration et culturels peuvent s'avérer nécessaires à prendre en compte dans notre clinique.

VIGNETTE CLINIQUE

Sergeï est un homme de 33 ans d'origine tchéchène, depuis cinq ans en Suisse. Il est ancien boxeur professionnel et a combattu pour l'indépendance en Tchétchénie dès son adolescence. Il est emprisonné durant deux ans en Russie. Durant son dernier séjour en prison, le patient a subi des actes de tortures par électrocution, enfermement prolongé en cachot, diffusion continue de symphonie musicale en cellule, menaces d'immolation lors d'interrogatoires où il est aspergé de benzine...

Au niveau familial, son père et son frère aîné sont tués par les militaires russes en Tchétchénie. Sa mère est également blessée par balle dans le ventre lors d'une perquisition où il est lui-même blessé de deux balles dans une jambe. Il est marié depuis seize ans avec une Caucasienne, il a 2 enfants de 15 ans et 7 ans.

Histoire de la toxicodépendance : depuis cinq ans, Sergeï consomme de l'héroïne à visée anxiolytique, pour calmer son impulsivité et face à des réminiscences traumatiques et des cauchemars. Ses premières consommations d'opiacés (héroïne) remontent à la Tchétchénie en période de guerre. Il effectue plusieurs tentatives de sevrage d'opiacés

autogérées où il parvient à arrêter complètement sa consommation d'héroïne mais la remplace par de la cocaïne, de l'alcool ou des prises de méthadone au noir à doses parfois importantes, jusqu'à 200 à 300 mg. Lorsque la pression de son épouse se fait trop importante et motivé, dira-t-il, par la récupération de sa fierté à tenir sa famille, il parvient à réaliser quelques périodes de sevrage satisfaisantes. Mais son épouse disqualifie une abstinence par le biais de la méthadone et ses efforts. Le couple est en conflit et il se sent répudié par sa femme et sa belle-famille. Sergeï a été incarcéré à de multiples reprises, interrompant à chaque fois son suivi thérapeutique et risquant son expulsion du pays. Le patient se plaint d'insomnies, de nervosité, de symptômes neurovégétatifs (transpiration, sueurs froides), de maux de tête et de dos. Il est déprimé, culpabilise et se sent honteux et déshonoré vis-à-vis de son épouse et de ses enfants. Il maîtrise mal ses sentiments de colère et d'impuissance, son agressivité et son impulsivité.

Evolution et pronostic :

Depuis sa prise en charge en traitement de substitution à base de méthadone, le patient est resté durant de longues périodes abstinent de toute consommation d'opiacés non prescrite. Cependant, la compliance reste encore précaire avec des rechutes où le patient disparaît. Durant ses périodes d'abstinence, il parvient à contrôler son impulsivité mais les symptômes de stress post-traumatiques, en particulier ses reviviscences, des cauchemars et de l'anxiété restent très présents.

La prise en charge pose de multiples problèmes : les difficultés d'intégration sont majeures; socialement le patient se confine à son strict groupe de pairs tchéchènes et géorgiens également consommateurs de produits stupéfiants qu'il dit ne pas pouvoir quitter selon un principe de loyauté inviolable culturellement. Une ouverture vers d'autres milieux, par exemple sa participation à des cours de langues ou dans un club de boxe, son premier métier, semble de bon aloi, mais psychologiquement, linguistiquement, et financièrement difficile. Malgré nos efforts à les rallier, lui et son épouse, au principe d'un traitement contrôlé de substitution à base de méthadone, le patient veut rester loyal aux réticences de son épouse et, par fierté dira-t-il, prend unilatéralement et de façon massive des comprimés de buprénorphine par dessus sa méthadone. En manque aigu, il fait une crise clastique d'une extrême violence, dans la rue et à l'hôpital, se fait réincarcérer à nouveau...

DISCUSSION

Cette vignette illustre la constellation d'éléments négatifs assez typiques d'un migrant vulnérable à une consommation de produits; si la problématique de base reste la symptomatologie de stress post-traumatique, très incidente en particulier dans le sens de l'évitement, l'environnement particulier du patient apparaît également jouer un rôle clé : ses conditions statutaires, son confinement dans son milieu. Sur le plan culturel : ses loyautés internes, familiales et avec ses compatriotes, son sens de l'honneur. Les débordements impulsifs et de perte de contrôle peuvent alors prévaloir, avec rupture de soins par arrestation ou fuite en avant dans la consommation.

Nous pouvons considérer un pronostic lié de façon primordiale aux conditions statutaires et sociales du patient et aux frustrations qui leur sont liées, alimentant le serpent de mer des transgressions commises par le patient, qui engendrent à leur tour son exclusion progressive et le renforcement de ses troubles du comportement.

Le maintien de l'alliance thérapeutique établie est plutôt favorable, de même les liens avec son épouse. Nous restons carencés en termes de liens avec d'autres ressources communautaires pour ce patient et en particulier avec son cercle rapproché de pairs qui apparaît guider de façon primordiale son mode de vie.

DES MODES DE PRÉSENTATIONS CLINIQUES TROMPEUSES

Au-delà du phénomène migratoire en soi, les personnes migrantes, à l'instar de notre patient, sont souvent victimes de violences collectives, guerres ou catastrophes. La prévalence des états de stress post-traumatique est élevée mais souvent sous-évaluée. En effet, les tableaux cliniques présentés sont souvent très peu caractéristiques selon nos modes de classification ou peu révélateurs; douleurs diffuses mal systématisées, maux de tête, du rachis, fatigue, insomnies...

Malgré des besoins importants de réaffiliation, d'encouragement et d'engagement à s'inscrire dans le tissu social, ces patients se confinent et s'isolent souvent hors des réseaux d'intégration ou de soins. Plus encore pour les populations traumatisées, les éléments d'évitement, de repli sur soi ou l'auto-exclusion sur la stricte communauté des « pairs de la guerre », peuvent se révéler déterminants quant au maintien d'un comportement addictif. Les positions de victime sacrificielle et d'auto-suffisance déjà actives dans les situations d'addiction, sont souvent amplifiées par la précarité, la discrimination et le racisme dont cette population peut faire l'objet. Ici, les valeurs culturelles du migrant (honneur, honte, devoirs familiaux, possibilité d'expression des émotions, risques de rejet ou de répudiation, disqualification), la psychopathologie traumatique (anxiété, dépression, évitement, clivages), le manque de repères ou de limites et les privations agissent en synergie.

L'ADDICTION COMME RÉPONSE AU STRESS MIGRATOIRE

Les études épidémiologiques montrent que l'on ne peut établir de relation univoque entre migration en soi et une problématique d'usage d'alcool ou de drogues. Les conditions de vie post-migratoires dans le pays d'accueil se révèlent souvent les facteurs les plus délétères et confèrent à la personne migrante une plus grande vulnérabilité au trouble psychiatrique et en particulier à la consommation de produits, que la migration en soi. La discrimination ou le racisme ont été clairement identifiés comme facteurs de stress majeurs (1).

La migration implique souvent de passer par une étape de crise adaptative, une désorganisation sociale, une perte de repères. Elle peut signifier l'atomisation ou le morcellement familial avec transformation ou passation des rôles de chacun de ses membres. Cette problématique adaptative et acculturationnelle est évidemment déterminée par d'où l'on vient et comment l'on y vient mais également par les conditions de son remaniement dans le pays d'accueil. Dans une perspective complémentariste de la migration, les problématiques psychopathologiques, environnementales ou sociopolitique s'entremêlent de façon souvent extrême.

Acculturation : le niveau d'acculturation et les problèmes liés aux abus de substances ont une relation positive en particulier lorsque la culture d'origine est une culture de faible consommation : les migrants, souvent moins consommateurs de produits stupéfiants lors de leur migration atteignent progressivement, avec le temps de séjour dans le pays d'accueil, les mêmes prévalences de problèmes d'abus de substances que les autochtones (2a, 2b, 2c). Il existerait une corrélation entre stress d'acculturation et abus de substances mais le concept d'acculturation reste peu quantifiable et extrêmement complexe. De ce fait, de nombreux auteurs recommandent même de ne plus l'utiliser (3). D'autres critères, comme une expérimentation préalable et plus précoce de produits stupéfiants à l'adolescence et avant la migration ou un usage plus fréquent de produits dans la famille ont été identifiés comme plus incidents. Enfin, les stress en rapport aux conflits intergroupes (minorités, groupes de jeunes...), aux difficultés d'affirmation et de valorisation sociales ou liés à la stigmatisation se combinent avec les stress d'acculturation.

L'ADDICTION ET LA MIGRATION DANS UN PROCESSUS DE MÉTAMORPHOSE

Une nouvelle clinique complémentariste doit combiner le travail sur soi avec ses représentations, ses conflits internes et un travail sur l'environnement, la communauté. Pour le migrant, le possible métissage à la recherche d'une « cohérence identitaire » au travers d'étayages et de ressources dans le paysage désormais multiculturel du pays d'accueil.

Pour les enfants de la guerre, l'idée d'un travail ou d'une « clinique du passage » d'une culture de guerre à une culture de paix devient intéressante, tant il est vrai, comme le décrit Françoise Sironi (4 et 5), que beaucoup d'anciens combattants rejoignent des groupes en marge ou délinquants car cette « métamorphose » ne peut se réaliser; les seuls lieux où ils peuvent se panser et se sentir adaptés sont les lieux de rupture avec la société civile ou dans des structures homologues à leur société de combats, avec ses hiérarchies, ses rituels, brigant ses dangers et sa clandestinité. On peut alors assister à un véritable « bétonnage » du symptôme ou des comportements.

L'ADDICTION COMME UNE MODALITÉ PARTICULIÈRE D'INTÉGRATION

L'attrait de la consommation de produits et du réseau social qui lui est associé peut également représenter, selon les mots de W. Burket (6), un réducteur de « complexité » et de difficultés à l'intégration sociale pour le migrant : l'adoption de nouveaux réseaux substitutifs d' « objets culturels » (langage, rituels, objets de culte ou de convoitise...), rapidement accessibles. Ainsi, les règles strictes mais simples d'un système de « réseau ultra court » d'intégration (7) et de mode de fonctionnement que lui offrent le monde et l'environnement de la drogue, permettent à l'individu de pallier sa désinsertion, sa précarité ou sa carence identitaire lors de sa migration. L'addiction peut alors s'entendre comme symptôme d'un déchirement identitaire entre deux cultures ou de la double marginalisation à laquelle il peut aboutir. Elle peut représenter l'échec du projet migratoire ou du métissage culturel (8). Pour Beauvais (9 et 10), un faible niveau d'identification culturelle aux cultures d'origine ou d'accueil pourrait amener le sujet à s'identifier à d'autres sous-cultures, notamment celle de la délinquance, en particulier au moment de l'adolescence.

Pour ces jeunes, la clinique en réseau, sur plusieurs axes apparaît alors essentielle: avec la justice, les éducateurs et les assistants sociaux, pour qu'il y ait toujours une prise en compte du jeune et de son environnement et non pas uniquement de ses actes délictueux. Avec la famille pour favoriser l' « empowerment » des parents à mieux comprendre et utiliser les structures sociales ou de soins, les soutenir dans leur apprentissage de la langue du pays d'accueil, les encourager et restaurer leur autorité et leur fonction de parents souvent perdues par leur statut en exil. Enfin, un travail avec le jeune en individuel ou en groupe de pairs dans leurs reconstructions et renforcements identitaires, dégagés des assignations sociales, familiales ou sociétales éventuelles qu'ils peuvent avoir à subir.

DE LA MIGRATION AUX ÉCHANGES DE PRATIQUES

Comme tout comportement, l'individu exporte avec sa culture son mode et ses habitudes de consommation de produits. Les différentes diasporas communautaires maintiennent dans les pays hôtes les réseaux permettant de poursuivre ces modes et habitudes à l'étranger. Au gré des flux migratoires et de la coexistence de différentes pratiques de consommation dans un contexte multiculturel, l'usage de produits peut également modifier les modes de consommation en cours dans un contexte donné. Ainsi a-t-on vu en Hollande, au bénéfice de la prévention, l'extension de l'usage d'héroïne inhalée au détriment de l'héroïne en injection. Cette transition a pu s'opérer du fait que le marché de l'héroïne était en partie tenu par les ressortissants du Surinam (ancienne colonie hollandaise), qui ne pouvaient culturellement concevoir une consommation d'héroïne par voie veineuse. Ils ont ainsi étendu leur pratique du « bong » (héroïne inhalée) à la population autochtone. De même, les Allemands immigrés aux USA introduisirent et étendirent la consommation de bière au détriment de la consommation de spiritueux, livrée elle, par la migration et la culture anglaise ou irlandaise. Plus tristement, de jeunes Indiens ou Iraniens voulant se démarquer de la consommation d'opium de leurs parents ont été plus enclins à la consommation d'héroïne, qui plus est, intraveineuse.

MODALITÉS SPÉCIFIQUES DES SOINS

Ainsi, l'incidence du contexte de la personne migrante dans la problématique d'addiction et les perspectives thérapeutiques est souvent déterminante, tant l'incertitude et l'insécurité vis-à-vis d'un projet de vie sont importantes. En similitude avec la problématique de la toxicodépendance, les migrants éprouvent et se vivent dans un contexte de passage où de nombreux repères et référentiels, sociaux et affectifs, s'avèrent éloignés ou perdus. L'obligation de métamorphose, selon l'expression de T. Nathan, ou pour le moins, de redéfinition de soi est alors essentielle. L'incompréhension, la réprobation et l'exclusion font rapidement écho et s'ajoutent négativement à leurs difficultés d'intégration et de mise en perspective d'un changement.

De nouvelles approches (approche écologique d'Eldebour & al. révisé par Walton & al.) (1), où l'impact de l'environnement et les représentations sociales vis-à-vis du migrant et des troubles psychiatriques sont mises en exergue. Une reconsidération du concept du traumatisme (11) avec l'analyse des facteurs de maintien ou de renforcement de la psychopathologie dans un milieu donné est alors mis à l'œuvre.

L'accueil et la participation à un groupe thérapeutique multiculturel peut aider le patient à lutter contre une progressive désaffiliation et faire contrepoids aux risques de marginalisation, et servir de soutien à l'autonomie ou à la reconnaissance sociale. Il permet le remaniement des expériences traumatiques ou des éventuelles discriminations, premiers pas vers l'accès à une individualité (voir Espace homme « Le Diwan » à Lausanne ou le groupe « Crystalide » à Genève). La création d'espaces transitionnels, tels le Centre Mosaik d'Appartenances à Lausanne ou le Centre la Roseraie à Genève apparaît essentielle. Ces contextes permettent au migrant l'accueil et son inclusion dans une multitude de réseaux; la « recomplexification » de son tissu social et culturel, seule condition d'un métissage ou d'une métamorphose réussis.

CONCLUSIONS

La migration ou l'appartenance à un groupe culturel particulier n'est clairement pas un facteur causal en soi d'entrée dans une addiction. Il ne faudrait pas méconnaître pour autant l'existence de possibles facteurs culturels incidents liés à un comportement addictif chez certains migrants. Tenir compte d'éléments culturels dans la prise en charge peut à la fois améliorer l'accès aux soins, l'alliance thérapeutique et l'adéquation des soins.

Le recours à des interprètes-médiateurs culturels est aujourd'hui largement validé pour l'efficacité des soins et la qualité de la communication interculturelle. Leur intégration dans les soins reste difficile et financièrement non admise ! Des décisions urgentes à tous les niveaux de la politique des soins aux migrants doivent être prises pour en autoriser l'accès.

La migration pose les mêmes interrogations que l'addiction dans le sens que leurs statuts social, juridique ou sociétal avec les représentations et l'imaginaire collectif qui leur sont liés, sont souvent plus délétères que leur réalité intrinsèque.

Bibliographie :

(1) Robin Room, Multicultural contexts and alcohol and drug use as symbolic behavior. in *Addiction Research and Theory*, August 2005, 13 (4) : 321-331

(2) – 2a Johnson Timothy P.; Vangeest Jonathan B. Migration and substance use: Evidence from the U.S. National Health Interview Survey.

- 2b Young Ik Cho. The Middle Eastern Summer Institute on Drug Use Proceedings: 1997-1999. Substance use and misuse, 2002, vol. 37, no 8-10, pp. 941-972

- 2c Westermeyer J. Cross-cultural aspects of substance abuse. In: Galanter M, Kleber H, editors. *Textbook of substance abuse*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999. pp. 75-85.

(3) Consommations d'alcool et de drogues, et migrations en Amérique du Nord : revue critique de la littérature Substance use and migrations in North America: a critical review. O. Taïeb, T. Baubet, T. Ferradji, M.-R. Moro *Annales Médico-Psychologiques* xxx (2007).

(4) Sironi F. Les vétérans des guerres « perdues ». Contraintes à la métamorphose. *Communications, Seuil. Passages*, No 70, 2000/Seuil

(5) The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: a review. Johnson H, Thompson A. *Clin PsycholRev* 2008; 28:36-47.

(6) Burkert W. : « La Religion est le seul mode pour créer un sens dans l'interaction entre un système et un environnement en créant une « réduction de complexité » in *Creation of the sacred*, Harvard, 1996

(7) Tobie Nathan, Catherine Gransard, La toxicomanie : Un réseau ultra-court. «Les Cahiers de Prospective Jeunesse», Vol.4, n.1, 1997

(8) Sironi F. Les métis culturels, nouveau paradigme identitaire contemporain. 13ème Congrès de la Revue l'Autre, Genève, 2 et 3 décembre 2011

(9) Beauvais F, Oetting ER. Variances in the etiology of drug use among ethnic groups of adolescents. *Public Health Rep* 2002;117 (suppl 1):8-14.

(10) Beauvais F. Cultural identification and substance use in North America – An annotated bibliography. *Subst Use Misuse* 1998;33:1315-36.

(11) Re-Conceptualizing « Trauma » : Examining the Mental Health Impact of Discrimination & Migration for Racial Groups in Toronto, Summary report by Kwame McKenzie. Ingrid R.G Waldron. In *Across Boundaries Report KJM summary*

(12) Kirkmayer Laurence J. Le dilemme du réfugié. *Evol Psychiatr* 2002; 67 : 743-63

(13) Sibony D. : « Entre-deux », l'origine en partage, Editions du Seuil, Points, Essais, 1991

Courriel :

pablo.sanchezmazas@appartenances-ge.ch

L'ACCUEIL DE PATIENTS MIGRANTS AU CABINET DU PSYCHIATRE-PSYCHOTHÉRAPEUTE

Nelson Feldman, psychiatre-psychothérapeute FMH, Nyon, médecin associé au Service d'Addictologie, HUG, Genève

Ce texte présente à travers deux situations cliniques la pertinence de la clinique des addictions et de la santé mentale auprès de patients en situation d'asile. Il invite à la réflexion sur l'accueil, la prévention et l'accès aux soins à proposer à une population en situation de précarité en raison de leur trajectoire et de leur statut en Suisse.

La concentration de groupes importants de migrants dans une région ou dans un quartier et dans des lieux d'hébergement pas toujours adaptés, implique la mise en place d'un dispositif de prévention et de soins, incluant la santé mentale et les addictions.

LA SANTÉ MENTALE PARMIS LES PATIENTS MIGRANTS REQUÉRANTS D'ASILE

En 2010, 33 millions de sujets dans le monde étaient concernés par l'aide du HCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés) et parmi eux 10.5 millions avaient le statut de réfugiés (1).

La prévalence très élevée de troubles psychiques et, parfois, des problèmes d'addiction constituent des aspects à prendre en compte dans l'accueil et le suivi des migrants requérants d'asile. Il est important de proposer une évaluation clinique à ceux qui présentent des troubles psychiques. Une proposition de soins contribue à soulager et traiter une souffrance psychique et des symptômes qui, sans traitement, peuvent évoluer vers l'aggravation et la péjoration. Une bibliographie abondante montre l'importance de troubles psychiques et des problématiques addictives au sein de cette population (2) (3).

Plusieurs facteurs de risque, décrits par Ager (4) et Mc Crone(5), exposent les patients migrants à la souffrance psychique et aux troubles psychiatriques. D'une part il y a les expériences traumatiques dans le passé et des problèmes de santé préexistants dans le pays d'origine, d'autre part il y a des facteurs de risque dans le pays d'accueil : barrières de langue, incertitude légale, précarité de logement, isolement, absence de réseau social, rupture avec la famille d'origine, manque d'accès à l'emploi et à la formation, maigres ressources, différences culturelles, discrimination.

Le risque de développer des conduites addictives augmente les risques pour la santé, la marginalisation sociale et les conséquences légales.

Les problèmes de santé mentale plus fréquents parmi les patients migrants sont la dépression, la suicidalité et le stress post-traumatique. Les addictions sous ses formes multiples peuvent s'ajouter comme un double diagnostic, la prise de substances initiale étant parfois un moyen de traiter un malaise qui va s'aggraver avec la consommation de substances.

Des soins spécialisés sur la problématique de double diagnostic (troubles psychiques associés à l'addiction) dans la population migrante concernée doivent faire partie d'une approche globale de santé mentale.

L'organisation rationnelle de ces soins devrait inciter à la concertation des efforts entre la médecine du secteur public, les services spécialisés et la participation du secteur privé.

Je présente deux vignettes cliniques issues de ma pratique de consultation clinique dans la région de Nyon où il n'y a pas, à l'heure actuelle, de structure de soins ou de suivi psychiatrique spécifique pour migrants requérants d'asile.

L'HISTOIRE DE SHAHIN OU COMMENT FAIRE AVEC LA BARRIÈRE DE LA LANGUE ?

Shahin est arrivé en Suisse comme requérant d'asile. Après son passage à Vallorbe au centre d'accueil, il a été transféré par l'EVAM au centre d'accueil de Nyon dans un abri PC où ont vécu jusqu'à 130 autres requérants en même temps en 2011.

Il consulte à mon cabinet à Nyon sur indication du Centre de Santé Infirmier de l'abri PC, relié au CHUV, qui a évalué son état préoccupant en raison d'idées suicidaires et de quelques épisodes d'abus d'alcool. Shahin est d'origine iranienne, il ne parle pas le français mais s'exprime en anglais. Dans les deux premières consultations, je l'ai reçu en présence d'une interprète parlant la langue perse, outil précieux mis à disposition de praticiens qui accueillent des patients migrants par l'intermédiaire de l'Association Appartenances. La possibilité de s'exprimer dans sa langue maternelle lui a permis de se présenter et d'expliquer avec moins d'obstacles sa souffrance, sa situation actuelle et son histoire.

A l'entretien il m'explique que les conditions de vie dans l'abri PC sont très difficiles en raison de la situation de tension extrême dans le contexte de surcharge de résidents (130) et des conflits, parfois violents, entre requérants.

Il a des difficultés à dormir, ressent des crises d'angoisses et se remémore des moments pénibles lors de son arrestation en Iran peu après des manifestations contre le régime en place. Il faisait des études universitaires et avait protesté contre des élections contestées par l'opposition. Comme beaucoup d'autres étudiants, il a été identifié et arrêté au domicile de ses parents et retenu en détention dans un centre pendant une dizaine de jours. Il aurait signé un document accusatoire de « complot contre le gouvernement » pour être libéré et très rapidement sa famille l'a aidé à quitter l'Iran avant le début du procès contre les protestataires par crainte d'une très lourde condamnation.

Sa vie a changé de façon radicale, il est passé d'étudiant universitaire et d'une vie de famille confortable à requérant d'asile en Europe. Après un passage par l'Italie où les conditions d'accueil étaient très précaires, il est arrivé en Suisse où il a demandé le statut de réfugié politique. L'état anxieux et dépressif lors de son évaluation clinique était en lien avec une situation de perte de repères et d'insécurité de l'abri PC, connu pour des incidents violents à répétition. Dans ses cauchemars se mêlent des moments de sa détention en Iran avec des bagarres entre requérants dans l'abri. Sa consommation sporadique d'alcool était souvent liée à la recherche d'une sédation pour apaiser ses angoisses et lutter contre ses troubles du sommeil.

Progressivement nous trouvons une deuxième langue, l'anglais, dans laquelle il s'exprime correctement ce qui lui permet de dire qu'il ne trouve plus nécessaire l'interprète. Il s'engage dans plusieurs activités bénévoles : l'aide aux personnes âgées dans un EMS, sa présence dans la buvette d'une association culturelle de la région, et commence de cours de français à l'université ouvrière de Genève. Peu à peu l'anglais est remplacé par le français dans lequel il s'exprime de mieux en mieux. Nous avons trouvé une langue commune qui nous rapproche dans le travail nécessaire pour aborder davantage ses symptômes et il s'engage dans un suivi régulier.

Le travail thérapeutique permet de cerner une souffrance liée à une situation de rupture avec sa culture, sa famille et son projet de vie antérieur. Sur le plan médical, un état anxieux et des symptômes dépressifs étaient présents.

Le travail psychothérapeutique, facilité par ses efforts pour communiquer, a permis d'aborder à travers sa parole les difficultés de sa situation ainsi que resituer son histoire personnelle.

Le traitement va s'appuyer à la fois sur une médication antidépressive appropriée qui permettra d'arrêter l'usage sporadique de l'alcool et sur les entretiens thérapeutiques

réguliers, facilités par son appropriation progressive de la langue française. Il établit des liens sociaux avec des habitants de la région qui étaient solidaires de sa situation.

Le suivi thérapeutique s'est prolongé pendant une année avec une amélioration clinique qui a permis de diminuer la médication. Shahin était ponctuel à chaque rendez-vous. La couverture des frais était couverte par l'assurance maladie. Cette prise en charge montre la possibilité d'accueillir des patients migrants et requérants d'asile par des professionnels disponibles à le faire, y compris dans un cadre privé. Par contre, une difficulté dans ces situations réside dans la précarité du statut de requérant qui peut entraîner le changement du lieu de vie, de la couverture de soins et le départ forcé vers un autre pays en cas de refus de la demande d'asile.

La situation de Shahin résume les nombreux facteurs de stress qui affectent les migrants en situation d'asile : rupture avec la culture et la famille d'origine, précarité du logement, barrière de langage, discrimination, manque d'accès au travail et la formation.

La demande d'asile de Shahin n'a pas été acceptée par l'Office Fédéral des migrations en raison de son passage initial par l'Italie (accords de Dublin). Malgré un large mouvement de solidarité en sa faveur, Shahin a été obligé de quitter la Suisse vers l'Italie une année et demi après son arrivée en Suisse, accompagné par deux citoyens suisses qui l'ont soutenu pendant son séjour.

L'accès aux soins en santé mentale et en addictologie est aussi un moyen important de lutter contre la ségrégation.

Malgré un accueil très difficile et précaire en Italie, j'ai su une année plus tard qu'il avait appris l'italien et qu'il poursuivait une formation professionnelle. A nouveau l'appropriation de la langue du pays d'accueil et sa volonté de trouver une place ont été les moyens pour éviter l'exclusion et la ségrégation.

KHALED : COMMENT TRAITER AVEC LE RISQUE DE RENVOI ?

Ce jeune patient d'origine maghrébine est adressé par le Centre de santé infirmier après une évaluation dans l'abri PC où il loge pour commencer un traitement avec méthadone en raison d'une dépendance à l'héroïne, confirmée par des contrôles d'urine.

Il parle un français très rudimentaire car il vient d'une région où on parle un dialecte arabe. Sa consommation d'héroïne a commencé il y a une année en Suisse peu après son arrivée comme requérant d'asile. Il est soulagé par le début du traitement avec la méthadone prise à doses

modérées dans une pharmacie proche de l'abri PC. La prise de méthadone lui permet d'éviter la recherche quotidienne de drogue qui lui a déjà valu plusieurs arrestations.

Il s'est présenté aux cinq rendez-vous à l'heure précise mais a manqué le sixième. La pharmacie me précise qu'il était absent pour sa prise de méthadone la veille et que la police de Genève viendra chercher son traitement avant son transfert à la prison de Champ Dollon. Le lendemain je reçois un fax du service médical pénitentiaire pour vérifier les doses du traitement.

Le même service me contacte un mois plus tard pour demander un rendez-vous après la sortie de Khaled de prison. Quand je le reçois, il est reconnaissant pour la poursuite du traitement en pharmacie, mais me précise que sa demande d'asile n'a pas été acceptée et qu'il devra probablement quitter le canton de Vaud pour un autre lieu de vie décidé par les autorités fédérales et cantonales et arrêter son suivi dans la région. Il me précise que son arrestation était liée à des faits précédant le début du traitement avec la méthadone.

Ce deuxième cas témoigne des conditions difficiles pour le suivi avec des changements de logement fréquents associés aux problèmes légaux et au risque de renvoi, ce qui complique tout projet de suivi et de séjour. Le début d'un traitement plus précoce aurait apporté encore plus de bénéfices à Khaled. La détection précoce de problématiques addictives parmi cette population et la création de programmes de soins spécifiques apporterait une réponse mieux adaptée pour éviter une péjoration sur le plan de la santé et diminuer les risques médicolégaux.

CONCLUSIONS

Favoriser l'accès aux professionnels de la santé mentale et de l'addictologie aux patients requérants d'asile est une mesure utile pour permettre une évaluation clinique et des traitements adaptés en cas de besoin.

Cela exige une bonne coordination entre les centres d'attention primaires déjà en place et les services de santé mentale du secteur public dans les régions ou les villes qui accueillent ces sujets.

Les cas plus complexes relèvent des équipes multidisciplinaires. L'engagement du secteur public dans ce dispositif est essentiel mais la participation du secteur privé peut contribuer également à fournir une attention de qualité aux patients migrants. Dans ce sens, la participation des

sociétés médicales cantonales à travers les groupes de spécialistes peut contribuer à un véritable réseau de soins adapté aux besoins. La participation de services d'addictologie et de praticiens installés formés aux addictions est un atout indispensable pour la qualité de soins. En ce qui concerne l'abus de substances, et de l'alcool en particulier, le dépistage et les interventions brèves par des soignants formés peuvent avoir un impact intéressant à évaluer.

Dans le premier cas, les efforts de Shahin pour s'approprier la langue française et ses activités bénévoles montraient sa lutte contre le risque de ségrégation qui touche cette population arrivée en Suisse en quête d'asile. Les accords de Dublin ont finalement décidé de son lieu de vie en Europe. Comme disait le psychanalyste Jacques Lacan : « Notre avenir des marchés communs trouvera sa balance d'une extension de plus en plus dure de processus de ségrégation » (6). L'accès aux soins en santé mentale et en addictologie est aussi un moyen important de lutter contre la ségrégation.

Bibliographie :

- (1) HCR / UNHCR, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, Year Book 2010, statistiques disponibles sur le site : www.unhcr.org
- (2) Textbook of Cultural Psychiatry, ouvrage collectif édité par Dinesh Bhugra and Kamadelp Bhui, Cambridge University Press 2010, Grande Bretagne.
- (3) Nasir Warfa et Kamaldeep Bhui, Refugees and mental health, dans Textbook of cultural psychiatry, op cit, 503-511.
- (4) Ager A., Mental Health issues in refugee populations: a review. Queen Margaret College, Edinburgh, 1993, U.K.
- (5) Mc Crone P., Bhui K., Craig T., Mental Health needs, service use and costs among Somali refugees in the U.K., Acta psychiatrica scandinavica, 111(5), 351-357, 2005.
- (6) Jacques Lacan, Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'école, ECF

Courriel :

Nelson.Feldman@hcuge.ch

POST-SCRIPTUM

LA PRISE EN COMPTE DU TABAGISME DANS LES LIEUX SPÉCIALISÉS EN ADDICTION : ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

Frédéric Richter, vice-SG, GREA, **Richard Blaettler**, vice-SG, Fachverband Sucht, **Raphaëla Dux**, collaboratrice scientifique, Fachverband Sucht et **Jann Schumacher**, président, Ticino addiction

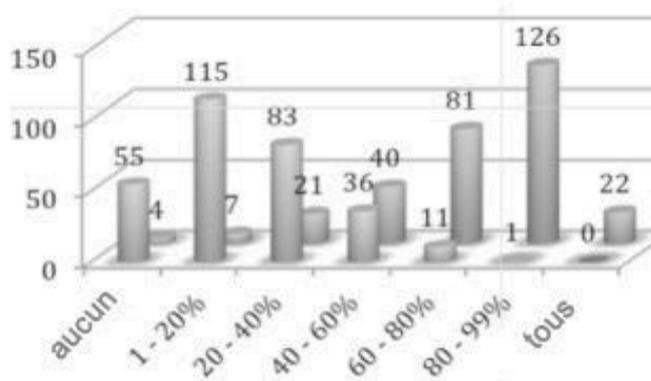
Les associations professionnelles ont mené entre 2010 et 2011, avec le soutien du Fonds de Prévention du Tabagisme, le projet « Prise en compte du tabagisme dans les lieux spécialisés en addiction : état des lieux et recommandations »¹. Cet article décrit les principaux résultats de cette étude et présente les recommandations proposées par le Fachverband Sucht, du GREA et de Ticino Addiction.

Les associations professionnelles du domaine des addictions en Suisse ont réalisé un état des lieux sur la prise en compte du tabagisme dans les lieux spécialisés en addiction. L'objectif premier était de repérer les possibilités d'amélioration et de collaboration, le cas échéant favoriser une approche de réseau. En léger recul ces dernières années, la proportion de fumeurs dans la population suisse se stabilise autour de 27%. La population des personnes dépendantes est particulièrement exposée aux risques liés aux méfaits du tabac. Il s'agit donc de vérifier si une amélioration de la prise en charge semble possible dans les lieux spécialisés en addiction. Afin de vérifier cette hypothèse, 301 structures œuvrant dans trois des quatre piliers de la politique drogues (prévention - thérapie - réduction des risques) ont répondu à un questionnaire standardisé. Cinquante professionnels (50) ont été interviewés sur la base d'un questionnaire qualitatif. Le taux de participation global à cette enquête a atteint 64%.

Trois quarts (76%) des institutions interrogées évaluent que plus de 60% de leur clientèle fument; 148 institutions (49%) évaluent à plus de 80% la proportion de fumeurs parmi leur clientèle (voir schéma ci-contre). Depuis 2010, les institutions spécialisées appliquent la loi sur la fumée passive. Pour les institutions qui ne sont pas rattachées à un service hospitalier, ce changement a été important en modifiant, parfois profondément, les habitudes institutionnelles.

...les lieux spécialisés en addiction ne proposent pas d'offre spécifique pour le tabagisme...

Estimation de la proportion de fumeurs dans les lieux spécialisés en Suisse (N=301)



Proportion de fumeurs parmi le personnel en première ligne (devant) et la clientèle en deuxième ligne (derrière)

Les principaux résultats de l'enquête ont également montré qu'un tiers des institutions interrogées (31%) n'évaluent pas le tabagisme auprès de leurs clients/patients. La prise en compte du tabagisme entre généralement dans un concept global « santé ». Ce sont en priorité d'autres produits qui sont problématisés, en majorité les drogues illégales et l'alcool. Le plus souvent, les lieux spécialisés en addiction ne proposent pas d'offre spécifique pour le tabagisme, sauf sur demande du client/patient. Si des offres spécifiques existent, elles sont réalisées localement et ne sont pas connues des partenaires.³

¹ Blaettler, Dux, Richter (2010). Etat des lieux sur la prise en compte du tabagisme dans les lieux spécialisés en addiction. <http://www.grea.ch/news/2011/prise-en-compte-du-tabagisme-dans-les-lieux-specialises-en-addiction-en-suisse>.

² Keller, Radtke, Krebs, Hornung (2011). Monitoring sur le tabac - Enquête Suisse sur le tabagisme: La consommation de tabac de la population suisse entre 2001 et 2010
Résumé du rapport de recherche 2011

³ Le rapport « Etat des lieux sur la prise en compte du tabagisme dans les lieux spécialisés en addiction » présente une liste non exhaustive de projets spécifiques réalisés en Suisse.

Trente et un pour cent (31%) des lieux spécialisés ne mettent aucune information sur le tabagisme à disposition de la clientèle/patientèle. L'enquête a en outre montré que, malgré quelques expériences positives, la collaboration entre les spécialistes en addiction et les spécialistes du tabac est peu effective.

Les messages de prévention des spécialistes du tabagisme mettent essentiellement l'accent sur l'abstinence; ce type de messages ne correspond que partiellement à ceux utilisés dans le domaine des addictions, où l'accent est plutôt porté sur les différents usages et leurs risques que sur le produit. Certains messages peuvent dès lors être perçus comme contradictoires, voire contreproductifs.

Dans le champ de la réduction des risques, la question du tabac est peu abordée. Une controverse entre les centres spécialisés en addiction et ceux du tabagisme persiste concernant l'application du concept de réduction des risques. La question de la protection contre la fumée passive a cependant animé le secteur ces dernières années et de nouvelles réflexions sur la place du tabac dans les structures de réduction des risques très exposées à la fumée, sont apparues. Les milieux du tabac, faute d'évidences scientifiques, ne recommandent pas la consommation contrôlée. L'application du concept de réduction des risques pour la consommation de tabac souffre aussi de ce manque de données. Pourtant, dans la perspective d'une vision intégrée de la politique des addictions, il convient de trouver les modalités d'application du concept de réduction des risques aussi pour le tabac, afin de participer à une amélioration globale des conditions sociales et sanitaires des clients/patients.

À la suite de l'enquête, une large consultation a été menée auprès de différents groupes professionnels (plateformes GREA, CRIAD, CIPRET, etc.). Ces quelque 23 séances de travail ont permis d'extraire les points forts concernant la prise en compte du tabagisme dans les lieux spécialisés en addiction. L'intérêt suscité par ce thème auprès des professionnels démontre que la prise en compte du tabac peut être développée au sein des institutions dans des projets spécifiques. Par ailleurs, il existe un réel potentiel d'amélioration pour la collaboration entre les professionnels des addictions et les spécialistes du tabagisme. Fortes de ces constats, les associations professionnelles ont formulé des recommandations à l'attention de leurs membres (voir encadré).

Le thème du tabagisme représente une double opportunité pour le champ des addictions. Premièrement, le rapprochement entre les spécialistes du tabac et ceux des addictions est un essai concret d'application des idées contenues dans le rapport *Défi addictions*⁴. Une discussion avec le Fonds



Photo: Interfoto

Tabac de l'OFSP est en cours pour donner une suite à l'étude réalisée; plusieurs thèmes sont envisagés comme renforcer la prévention du tabagisme par l'intermédiaire de la prévention du cannabis, coupler l'aide à l'arrêt de la consommation d'alcool et de tabac, adapter un matériel de prévention du tabagisme adapté au milieu Nightlife.

La deuxième opportunité concerne directement l'accompagnement des personnes dépendantes se trouvant dans une demande d'arrêt ou de contrôle de la consommation de substance. Expérimenter une diminution ou un arrêt de la consommation de tabac, même pour une période de courte durée, peut représenter une expérience positive et précieuse dans le processus complexe qui consiste à modifier (diminuer) sa consommation. En capitalisant les expériences positives, c'est le chemin du changement qui se concrétise. Modifier sa consommation de tabac est possible pour tout le monde, pour les personnes dépendantes, elle peut représenter une étape intéressante dans un projet de changement et d'amélioration de leur qualité de vie.

La consommation de tabac chez les personnes dépendantes doit aussi pouvoir trouver des réponses concrètes au sein des prestations institutionnelles. Celles-ci, si elles ne visent pas uniquement une réduction de la consommation, participent à une amélioration de la qualité de vie et à un plus grand respect de soi. En rapprochant les acteurs concernés, on renforce une approche transdisciplinaire. *Ouverture et créativité* restent donc plus que jamais des mots référence dans le domaine des addictions, tant il est nécessaire de ne pas oublier qu'« une addiction, même la plus prolongée, doit être considérée comme une situation provisoire et réversible »⁵.

⁴ Défi addictions: fondements d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse,

Groupe de pilotage des commissions fédérales pour les problèmes liés à l'alcool, les questions liées aux drogues et la prévention du tabagisme, Berne, octobre 2010.

« PRISE EN COMPTE DU TABAGISME DANS LES LIEUX SPÉCIALISÉS EN ADDICTION »

RECOMMANDATIONS

<p>Situation initiale</p>	<p>Le Fachverband Sucht et le GREA ont mené entre 2010 et 2011, avec le soutien du Fonds de Prévention du Tabagisme, le projet « Prise en compte du tabagisme dans les lieux spécialisés en addiction: état des lieux et recommandations ».</p> <p><i>L'état des lieux</i> a été réalisé en 2011⁶. La deuxième partie du projet consistait à élaborer des <i>recommandations</i>. Ces dernières ont été validées par les comités du Fachverband Sucht, du GREA et de Ticino Addiction à l'occasion d'une rencontre des trois comités le 23 avril 2012.</p>
<p>Remarques préliminaires</p>	<p>Les institutions spécialisées en addiction ont développé une approche transversale face aux différentes formes d'addiction, mais elles restent plus souvent ancrées dans une thématique particulière.</p> <p>L'état des lieux de la prise en compte du tabagisme dans les lieux spécialisés a montré qu'il existe de grandes différences entre les institutions des milieux de la prévention, du traitement et de la réduction des risques.</p> <p>Il existe cependant de nombreux projets sur le tabagisme dans le champ des addictions, ces expériences sont en général méconnues de la profession.</p> <p>La collaboration entre les centres spécialisés en addiction et les spécialistes du tabagisme est globalement peu effective.</p> <p>Un malentendu et une controverse entre les centres spécialisés en addiction et ceux du tabagisme persistent concernant l'application du concept de réduction des risques.</p> <p>Les recommandations ci-après visent à améliorer la coordination et l'intégration des questions traitant des addictions au sens large, dont le tabac, au sein des communautés professionnelles spécialisées dans le domaine des addictions.</p> <p>Les recommandations émises ici pour optimiser la sensibilité et le développement de l'offre des lieux spécialisés en addiction face au tabagisme ne doivent pas être discriminantes, stigmatisantes ou moralisatrices.</p> <p>La question du tabagisme permet aux professionnels des addictions de revisiter les buts et le sens qui sont donnés à leurs actions: respect de l'individu, non-jugement, aide à l'amélioration de la qualité de vie, etc. Les résultats des recherches empiriques dans ce domaine doivent être prises en considération.</p>
<p>1.Recommandations générales</p>	<p>1.1 La politique des addictions basée sur le modèle du cube s'applique en principe à la problématique du tabagisme.</p> <p>1.2 Les lieux spécialisés en addiction devraient prendre en compte le tabagisme dans leur offre. Les actions suivantes sont recommandées: mettre à disposition du matériel d'information, aborder de manière active la question du tabagisme et orienter les personnes, avec leur accord, vers une offre adéquate.</p>
<p>2.Recommandations pour le domaine de la prévention</p>	<p>2.1 La collaboration entre les lieux spécialisés dans la prévention des addictions et les spécialistes du tabagisme doit être encouragée. Pour viser une cohérence des messages de prévention, une compréhension mutuelle doit être améliorée.</p> <p>2.2 La prévention du tabagisme doit être intégrée dans la prévention générale des addictions au même titre que les autres substances.</p> <p>2.3 Le rapport entre la consommation de tabac et celle de cannabis ainsi que les possibilités d'amélioration de la prévention du cannabis dans le cadre de la prévention du tabagisme nécessitent une attention particulière et de nouvelles réponses.⁷</p>

⁶ Le rapport complet est téléchargeable sur le site internet du GREA: http://www.grea.ch/sites/default/files/Rapport_Tabac_GREA_FS.pdf

⁷ Ce thème spécifique a été planifié dans le projet actuellement en discussion entre le FS, le GREA et le FTP pour une éventuelle suite du mandat en 2012 et 2013.

3.Recommandations pour le domaine du traitement	<p>3.1 L'addiction au tabac entretient un rapport étroit avec pratiquement toutes les autres formes d'addiction. Il faut prêter une attention particulière, pratique et scientifique, aux expériences qui proposent une intervention couplée sur l'arrêt ou la diminution de tabac et d'un autre produit, comme par exemple l'alcool.</p> <p>3.2 Les lieux de traitement ambulatoire et résidentiel devraient évaluer le tabagisme de façon systématique. Si c'est indiqué et en accord avec le/la cliente, une offre spécifique doit être possible à l'interne ou à l'externe de l'institution.</p> <p>3.3 Le travail de réseau concernant les lieux spécialisés en addiction et les différents acteurs du domaine du tabac (ligues pulmonaires, ligues contre le cancer, CIPRET, médecins de famille, psychiatres, etc.) doit être amélioré. Les associations de professionnels ont un rôle d'initiation et de soutien.</p> <p>3.4 Les lieux de traitement ambulatoire et résidentiels devraient mettre à disposition du matériel d'information sur le tabagisme et les offres possibles de traitement.</p>
4.Recommandations pour le domaine de la réduction des risques	<p>4.1 La sensibilisation pour les questions liées au tabagisme doit être renforcée.⁸</p> <p>4.2 Du matériel d'information devrait être mis à disposition. De plus, des informations sur les possibilités de traitement du tabagisme auprès d'autres organismes devraient être disponibles, au même titre que pour les autres addictions.</p> <p>4.3 Les lieux de réduction des risques doivent s'adapter à la mise en œuvre de la loi sur la fumée passive. Ils sont invités pour cela à accueillir les usagers dans des lieux non fumeur et à prévoir des lieux de consommation pour le tabac.</p>
5.Recommandations politiques	<p>Les associations professionnelles formulent les positions politiques suivantes:</p> <p>5.1 La perspective d'une politique addiction pour les questions liées à la consommation et à l'addiction au tabac est basée sur le modèle du cube.</p> <p>5.2 Les traitements efficaces contre le tabagisme doivent être accessibles pour toute la population.</p> <p>5.3 Les cantons devraient inciter de manière active les acteurs à collaborer entre eux et conclurent pour cela des mandats de prestations spécifiques.</p> <p>5.4 La collaboration entre les acteurs du domaine des addictions et les acteurs du domaine du tabac doit être renforcée.</p> <p>5.5 Les médicaments administrés pour le traitement du tabagisme doivent être remboursés par l'assurance de base Lamal.</p>

Adopté à Berne, le 23 avril 2012

⁸ Les activités de réduction des risques ne visent pas en priorité la diminution de la consommation de substance, mais visent à en prévenir les dommages tant au niveau des impacts sur la santé physique, psychique que sociale.

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Suisse
Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions GREA
Pêcheurs 8, CP 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction :

Corine Kibora, Addiction Suisse
Jean-Félix Savary, GREA

Comité de rédaction :

Pierre-Yves Aubert
directeur adjoint Service Santé de la Jeunesse (DIP) Genève
Barbara Broers
médecin, Service de médecine de premier recours, HUG,
Genève
Michel Graf
directeur Addiction Suisse, Lausanne
Etienne Maffli
psychologue, Lausanne
Viviane Prats
enseignante EESP, Lausanne
Christel Richoz
Travailleuse sociale, Fribourg

Administration et abonnements :

Claude Saunier
Addiction Suisse
CP 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85
fax 021 321 20 40
csaunier@addictionsuisse.ch

Parution

3 fois par an

Abonnement

Suisse : Fr. 45.- par an
Etranger : Fr. 57.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur.

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction

Photos

Interfoto

Ligne graphique

SDJ.DESIGN
Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368

