

SOMMAIRE

Limites actuelles de la politique drogue

Éditorial **p. 1**
Jean-Félix Savary

Pour préserver la sécurité dans l'espace public, il va falloir abandonner le modèle de la prohibition ! **p. 2**
Olivier Guéniat

Marginalité urbaine, espace public et usage de drogues : Lausanne, automne 2012 **p. 6**
Géraldine Morel

Le modèle des « quatre piliers » : une belle réussite politique **p. 9**
Erich Fehr

Traitement et réinsertion des personnes dépendantes ; la question du « entre-entre » **p. 11**
Bruno Boudier

Entrer dans la substitution : de l'épreuve à l'appropriation **p. 15**
Emmanuel Langlois

Aspects juridiques du traitement de substitution **p. 18**
Olivier Guillot

Les droits de l'homme au chevet des TDO : enseignements et lendemains d'un jugement de la Cour suprême du Canada sur la légalité des services d'injection supervisée **p. 22**
Louis Letellier de St-Just

ÉDITORIAL

Le 30 novembre 2008, le peuple acceptait la nouvelle loi sur les stupéfiants par 68 % des votants. Une année plus tard, le consensus international sur l'approche répressive promue par les Nations Unies volait en éclats lors du processus UNGASS, qui voyait de nombreux Etats (dont la Suisse) se distancer du modèle dominant. Cette même année, l'ancien président du Brésil, Fernando Henrique Cardoso lançait sa première commission internationale sur les drogues « Drogas y Democracia ». Composée de leaders d'Amérique latine, elle allait bientôt être remplacée par la « Global Commission on Drug Policy », que rejoindra notre ancienne présidente Ruth Dreifuss. Une dynamique irrésistible semblait porter un changement, où les faits triompheraient enfin de l'idéologie et où les anciennes recettes désastreuses de la guerre à la drogue seraient enfin définitivement rangées dans les placards de l'histoire. La Suisse, citée en exemple partout dans le monde pour sa politique pragmatique, devenait enfin un modèle. Quelle fierté, quel chemin parcouru.

Malheureusement, il nous faut bien constater qu'à peine quelques années après ce « momentum », l'espoir en Suisse est en train de changer de camp. Après l'allégresse viennent les doutes. Alors même que notre modèle des 4 piliers trouve enfin une base légale, après 20 ans d'application courageuse par le Conseil fédéral, il semblerait que ce modèle n'ait jamais été aussi fragile. Encore une fois, la Suisse semble avancer en sens inverse. Alors que les premières salles de consommation ouvrent en France et que deux Etats des Etats-Unis réglementent le marché du cannabis, la Suisse tend à revenir à une politique plus répressive, qui remet en question les avancées de ces dernières années. Le deal de rue et les amalgames de toutes sortes risquent d'avoir raison du consensus affiché. Aujourd'hui, la politique des 4 piliers tient toujours, mais les nuages s'amoncellent et le soutien du peuple diminue.

Est-ce le destin des acteurs du domaine de se battre, encore et toujours, pour expliquer leur travail ? Justifier leurs réponses ? On peut espérer que non. Mais un fait s'impose : le combat n'est pas terminé. Jamais une loi n'a suffi à protéger des populations vulnérables de la vindicte populaire. Les révisions récurrentes de la loi sur l'invalidité (4 révisions en 8 ans) ou des votations sur la migration nous montrent que c'est l'opinion publique qui gouverne dans une démocratie. Aucun dispositif législatif ne résiste à la pression du peuple, en Suisse encore plus qu'ailleurs. Ce fonctionnement démocratique, nous devons en être fiers. Mais il nous engage également. Sur un sujet aussi complexe que les drogues, il faut expliquer, convaincre, avancer, et surtout démontrer, autant par les faits que par la parole, la justesse des arguments professionnels. Sur le terrain, nous avons besoin de solutions qui répondent aux préoccupations de la population. Celles-ci sont changeantes et il faut donc s'y adapter. Avec courage, et sans complaisance, la mutation du système doit se poursuivre. De nombreux problèmes ne sont toujours pas résolus, de l'espace public à l'insertion sociale des personnes dépendantes. Ce n'est qu'en poursuivant le difficile chemin vers des politiques publiques qui répondent aux problèmes ressentis par nos concitoyens, que nous arriverons, enfin, à ancrer de manière durable notre modèle dans notre pays. En soulevant certains aspects encore problématiques, ce numéro de *dépendances* entend contribuer à ce débat.

Jean-Félix Savary, GREA

POUR PRÉSERVER LA SÉCURITÉ DANS L'ESPACE PUBLIC, IL VA FALLOIR ABANDONNER LE MODÈLE DE LA PROHIBITION !

Olivier Guéniat, commandant de la police cantonale jurassienne, Delémont

Le chef de la police du Jura nous livre dans cet article ses doutes sur le modèle actuel et la guerre à la drogue. Au fil des années, la situation a évolué en matière de produits stupéfiants et il convient de reposer le problème, à la lumière de la demande sociale pour un espace public « protégé » des nuisances du marché illégal. Avec courage et perspicacité, il dessine les contours de ce que pourrait être un modèle futur de réglementation du marché des drogues illégales (rééd.)

MON CONTEXTE PERSONNEL ET MES DOUTES

Cela fait maintenant vingt et un ans que je me pose la même question sans jamais trouver une réponse en laquelle j'ai pu croire, sans jamais me laisser convaincre : quelle politique en matière de drogues illicites ?

J'ai consacré une thèse de doctorat à une partie du problème en proposant une méthode moderne de lutte contre le trafic de produits stupéfiants, j'ai même coécrit un livre sur le sujet aux Presses polytechniques et universitaires romandes. J'ai analysé des milliers et des milliers d'échantillons de cocaïne, d'héroïne, de dérivés amphétaminiques, de cannabis ou de haschich, des psilocybes, du khat, j'ai fabriqué et synthétisé des produits stupéfiants, j'ai étudié les précurseurs nécessaires aux réseaux illicites de production et les voies de production. J'ai siégé dans des commissions presque partout en Europe, de Barcelone à Helsinki en passant par Glasgow. J'ai étudié certains aspects liés au fléau de la cocaïne à Chicago, j'ai contribué à écrire des bonnes pratiques pour le compte de l'United Nations Office on Drugs and Crime, je me suis même rendu à Sydney pour travailler sur les problèmes liés à l'héroïne des pays d'Asie du Sud-Est. J'ai siégé dans des groupes d'experts en Suisse, je fais partie de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, du Groupe d'experts suisses Formation Dépendances. J'ai supervisé des centaines et des centaines d'enquêtes policières nationales et internationales, j'ai côtoyé des trafiquants et des toxicomanes. J'ai accompagné des thèses de doctorat, des travaux de masters, j'ai enseigné à l'Université de Lausanne sur le sujet, dans des Hautes Ecoles, j'ai donné des dizaines et des dizaines de conférences, j'ai participé à des débats, répondu aux médias, conseillé des politiciens. Alors, il est temps de faire un bref bilan intermédiaire et de proposer de nouvelles esquisses de solutions.

LE CONTEXTE ET LE DÉBAT POLITIQUE

Lorsque j'avais 15 ans, il y a trente ans, la situation était bien différente de celle d'aujourd'hui. Les personnes toxicomanes n'avaient qu'un seul statut : celui de délinquant. On se retrouvait en détention préventive pour dix grammes de haschich, un juge d'instruction était saisi d'une enquête pénale. Aujourd'hui, on s'écharpe politiquement pour savoir si la contravention sera de 100 ou 200 francs. L'assistance sociale ou thérapeutique était diablement précaire, personne ne se doutait alors que nous allions mettre en œuvre la politique la plus moderne au monde, celle des quatre piliers : 1) prévention, 2) thérapie et réinsertion, 3) réduction des risques, 4) contrôle et répression. Que de chemin parcouru, quelle révolution, quelle vision : bravo la Suisse ! J'ai toujours été emballé par ce programme modernissime.

Mais, après plusieurs années de mise en œuvre, je me trouve toujours là avec mes doutes, cloîtré dans le silo du quatrième pilier. Il manque des réponses à de nouvelles questions, la société bouge et évolue avec une vitesse folle, elle ne s'est certainement jamais développée aussi vite. Et lorsque l'on va vite, les fossés se creusent plus profondément, les failles s'élargissent, les dangers apparaissent partout. Il y a donc nécessité de s'adapter constamment et rapidement, le temps à perdre n'existe plus, au risque de ne plus pouvoir le rattraper.

Les enjeux n'ont plus la même valeur, ils ne sont plus les mêmes. Il n'est plus possible de les aborder avec les schémas classiques du 20^e siècle. Les modèles traditionnels ne doivent ni ne peuvent plus s'appliquer, ne serait-ce que comme dans les années nonante. Le moule a changé et les vieilles idées n'entrent plus, même en forçant. Les bouleversements dus à la mobilité, la mondialisation, les nouveaux espaces, la communication ne nous permettent plus de réfléchir et d'agir comme nous le faisons. Il faut donc innover, sans cesse innover. Tel est notre principal défi.

Aujourd'hui, l'espace public est un enjeu majeur en matière de drogues. C'est lui qui dicte la politique sécuritaire depuis

plusieurs années, que ce soit à Lausanne ou à Genève ou dans bien d'autres villes. Il constitue un important laboratoire de l'alchimie politique. Vraisemblablement parce que la vente illicite est devenue extrêmement visible, que les consommateurs sont capables de se déplacer, d'effectuer leurs commandes au moyen des technologies modernes de communication. Vraisemblablement aussi parce que les profils de consommateurs ont énormément évolué ou plutôt que les produits stupéfiants ont trouvé des ancrages plus diversifiés que jamais. Je suis toujours convaincu, dans mes rêves les plus intimes, que si l'on voulait réduire la consommation de produits stupéfiants, il faudrait créer du bonheur, réduire et supprimer les inégalités, les pressions financières, créer de l'avenir et de la satisfaction, de l'estime de soi, de la confiance, bref un programme chimérique. Alors que faire et comment s'adapter de manière réaliste aux nouveaux besoins ?

J'avoue que je me suis perdu, au fil des années, dans le débat politique. Il est compliqué. J'ai d'abord pensé que la polémique en matière de stupéfiants n'était pas un clivage classique gauche-droite, même s'il s'agit d'une question de société qui engage l'individu et les responsabilités politiques. J'ai aussi eu l'impression d'assister à un débat très crispé depuis des années qui porte sur les interdits, les limites et les valeurs. J'ai aussi cru que les personnes favorables à la dépénalisation ou à la réglementation ne sont pas des progressistes par définition et les autres des conservateurs. J'ai pu observer que le débat puisait ses fondements dans des valeurs que chacun voulait défendre bec et ongles, souvent de manière doctrinaire et sans véritables raisonnements.

J'ai aussi eu l'impression que certains présentaient la dépénalisation comme si elle était synonyme de progrès social ou le résultat d'une lutte pour la liberté individuelle. Mais j'ai aussi entendu et compris que l'Etat ne peut se passer de règles qui régissent la société dans le but d'en protéger les membres les plus vulnérables, les jeunes par exemple. Un exécutif se doit d'évaluer constamment l'impact d'une décision sur l'ensemble de la population, notamment sur les personnes les plus fragiles ayant besoin de la protection de l'Etat. Je constate aujourd'hui que dans l'attitude à avoir envers les stupéfiants, il n'y a pas de certitude, pas de vérité unique. Je pense même qu'il n'y en aura jamais. Il y a au contraire une multitude d'intérêts ambivalents, des arguments forts d'un côté et de l'autre, qui rendent le débat extrêmement difficile, voire qui le bloquent.

LE CHANGEMENT DE PARADIGME

Aujourd'hui, il faut changer de paradigme. C'est même urgentissime de le faire. Mes doutes se sont transformés en constat d'échec, parce que la politique menée jusqu'à présent n'a pas produit les résultats escomptés. Il y a nécessité de casser certains compromis. Pourquoi ? Parce que la réalité a muté rapidement et que notre politique en matière de stupéfiants, elle, ne s'est pas adaptée dans l'intervalle. Même si la politique des quatre piliers a apporté des progrès notoires pour les personnes toxicomanes, elle est devenue partiellement caduque en matière de sécurité publique et ne permet plus de répondre aux problèmes actuels. Il faut donc faire des concessions sur certains principes et acquis, réadapter notre manière de gérer une situation qui nous échappe, réécrire la théorie en la ramenant à la pratique et dans le monde réel. Mais comment ?

En matière de répression, j'ai assisté à un vaste changement quant à la place de la sécurité dans notre société et en politique. Elle est devenue omniprésente, elle s'est immiscée dans tous les programmes politiques, souvent dans le peloton de tête, vraisemblablement parce qu'elle représente un intérêt sociétal majeur, dans les grands centres urbains en particulier. L'espace social ou l'espace public est devenu une vraie valeur à protéger, peut-être à reconquérir. Je crois même que l'espace social représente un intérêt général à protéger en termes sécuritaires supérieur à l'intérêt général lié aux stupéfiants en termes sanitaires. C'est là que le paradigme a changé. Lequel doit prévaloir sur l'autre aujourd'hui ? Il s'agit d'un nouveau débat.

L'intérêt général sécuritaire et l'intérêt général sanitaire sont interdépendants. Pour maintenir les équilibres dans l'espace social, la répression est en situation d'échec. Ce n'était évidemment pas le cas lorsque l'espace social était indemne, que la sécurité y régnait agréablement. Mais dès lors que l'espace social est irrémédiablement mis à mal, par des actes de violence, des vols, des ventes décomplexées de stupéfiants sur rue, du tourisme de la drogue, une vie nocturne transmutée, etc., faire des concessions dans le cadre de la politique en matière de stupéfiants pourrait permettre de réhabiliter les équilibres.

Si la sécurité de l'espace social devient prioritaire, il faut chasser la colonisation par les stupéfiants de cet espace en :

- dépénalisant partiellement la production et la consommation de cannabis
- offrant un encadrement sociosanitaire aux consommateurs les plus dépendants pour les autres produits

DÉPÉNALISATION PARTIELLE DE LA PRODUCTION ET DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS

Le marché du cannabis est le premier marché illicite de stupéfiants en Suisse. Il se consomme dans notre pays plus de 130 tonnes de produits cannabiques chaque année, soit un chiffre d'affaires de plus d'un milliard de francs. Ni la prévention ni la répression ne permettent de l'endiguer et l'Etat est en situation d'échec. La sévérité de la peine a chuté en une trentaine d'années : le cas grave défini par la jurisprudence relatif au trafic n'existe quasiment plus et la consommation est réglée par une amende d'ordre. Le cannabis a conquis l'espace social, lui-même redéfini dans un nouvel espace de mobilité. Les mafias, souvent communautaires, se partagent les gigantesques bénéfices du cannabis. Ce marché contribue irrémédiablement à la désécurisation de l'espace social. La police n'y peut plus rien, il y a surnombre en face. Le recul de la sévérité n'est que le reflet de l'évolution de la norme sociale liée à l'acceptation du cannabis. Elle change, elle aussi, la donne. Bref, la police tourne en rond et travaille dans le vide. Elle n'obtiendra jamais de résultats en poursuivant cette voie-là.

Il faut donc mettre en œuvre une politique susceptible de chasser le cannabis de l'espace public, il faut sévrer les mafias de la colossale manne financière dont elles bénéficient. Le seul moyen d'y parvenir réside dans le confinement du marché de la production et de la consommation dans l'espace privé. Il s'agit d'une forme de substitution des données contextuelles permettant certainement d'obtenir un résultat significatif très rapide : rendre ce marché invisible.

Pour y parvenir, l'Etat devrait donc faire la concession d'autoriser les consommateurs à s'organiser dans le cadre privé et délivrer des autorisations à ceux qui les demandent, par exemple au prix de quelques centaines de francs par année. En contrepartie, l'amende réprimant les infractions aux autorisations de culture, de même que la consommation, le transport et la détention dans l'espace public, devrait être beaucoup plus dissuasive. Nul doute qu'un tel système encouragerait l'immense majorité des consommateurs, qui ne sont ni des « criminels » ni des « délinquants », à choisir la voie légale, à se discipliner et à changer leurs habitudes. Le petit marché illégal résiduel serait beaucoup plus efficacement réprimé par la police.

On l'aura compris, il y aurait rapidement un sextuple avantage :

- la présence du stupéfiant le plus consommé et vendu en Suisse disparaîtrait de l'espace public;
- l'Etat pourrait enfin envisager une prévention ciblée sur les consommateurs annoncés;
- l'Etat pourrait financer la prévention par l'encaissement des autorisations (plus de 100 millions de francs);

- l'Etat pourrait avoir accès au cannabis produit via les autorisations (et donc surveiller le taux de THC);
- les polices pourraient concentrer toute leur énergie sur les scories du marché illicite;
- le tourisme du cannabis n'aurait pratiquement aucune chance de s'installer.

Un tel modèle connaît aujourd'hui un intérêt grandissant en Europe. C'est celui des coopératives de consommateurs (appelé aussi « Cannabis social club »), pratiqué en Espagne et en Belgique. Le Portugal vient aussi d'adapter sa législation pour rendre ce modèle praticable chez lui.

Demeure le problème des mineurs. Ils sont 10 à 15 % à consommer de manière chronique et 40 à 50 % occasionnellement. L'Etat ne devrait pas leur délivrer d'autorisation, mais il est certain que la consommation d'un certain nombre d'entre eux se poursuivra. Le marché continuera donc à s'organiser clandestinement, entre mineurs, peu visible. La répression cependant pourrait se tourner alors plus activement sur la lutte contre ce marché. Avec le produit des taxes ou les économies en termes de sécurité, il serait possible de mettre enfin les moyens nécessaires dans l'intervention précoce, notamment dans les écoles. Une prise en charge des consommateurs mineurs, hors système pénal et de manière pluridisciplinaire, comme on le fait au Portugal, a montré de très bons résultats en matière de consommation. L'interdit reste clairement établi, mais les moyens pour le faire respecter deviennent enfin plus efficaces.

On le voit, il y a un grand potentiel à envisager autrement la gestion du marché du cannabis, hors de toutes considérations d'ordre purement idéologique.

MÉDICALISER LES TOXICOMANIES FORTEMENT ADDICTIVES

Le marché de la cocaïne est une catastrophe et, là encore, le modèle répressif est en situation d'échec. Il se consomme en Suisse plus de cinq tonnes de cocaïne annuellement et ce marché dégage vraisemblablement un chiffre d'affaires à la vente de plus de 800 millions de francs. Le marché de l'héroïne est lui aussi tout aussi difficilement contrôlable. Après une baisse au tournant du siècle, la production n'a jamais été aussi forte et les prix aussi bas qu'aujourd'hui. Parallèlement, pour ces deux substances, Fedpol note une fragmentation de plus en plus importante du marché. Cela rend le travail de la police incroyablement difficile. En effet, si dans les années nonante, quelques grands réseaux ont pu être démantelés en partant du consommateur et du petit deal, cela n'est quasiment plus possible aujourd'hui, avec la satellisation du marché de détail. Les frontières ont augmenté entre les gros réseaux mafieux internationaux et le petit commerce de détail. Dès lors, il ne fait plus sens de s'attaquer aux consommateurs.

Lorsque la cocaïne et les opiacés étaient confinés à certains groupes sociaux (19^e et début 20^e), ils n'intéressaient personne. Mais depuis qu'ils ont conquis l'espace public, autant pour le deal que pour la consommation, ces produits sont devenus une machine à générer des problématiques insolubles. L'arrivée massive de la cocaïne depuis une quinzaine d'années a encore augmenté les problèmes, notamment les comportements violents liés à sa consommation.

Comment lutter contre un produit hautement addictif qui rapporte à ses vendeurs plus de 250'000 francs pour chaque kilo vendu ? Il n'y a aucune recette, l'offre suivant la demande, malgré des prix prohibitifs. L'alimentation du marché par les va-et-vient des mules entre l'Espagne et la Hollande est une véritable plaie contre laquelle le contrôle répressif demeure inefficace. Les trafiquants créent le sur-nombre quotidiennement, dans les aéroports comme dans la rue, où ils multiplient les revendeurs de quantités minimales. Il est devenu simplement incontrôlable.

Il faut donc endiguer la détérioration à laquelle nous assistons. Le seul moyen raisonnable se trouve dans la médicalisation de la consommation des opiacés et de la cocaïne, au moins pour les personnes dépendantes à ces produits. Concernant les problèmes liés à la cocaïne (pas de produits de substitution, compulsivité et violence), une réflexion devrait pouvoir être menée, par les professionnels de la santé, sur l'opportunité de promouvoir la substitution de la cocaïne injectée par la fumigation de l'héroïne. Cette substitution s'est opérée dans un sens sans l'intervention de l'État au tournant du siècle, elle doit pouvoir être réversible avec l'intervention de l'État, au moins pour les plus fragiles.

En ce qui concerne les consommateurs non dépendants, la réflexion devrait être approfondie. Des systèmes de prescription contrôlée pour certains usages devraient être possibles. Cela serait certainement plus souhaitable que la situation actuelle ! Cependant, pour ces deux produits au fort potentiel addictif, la répression reste un outil à considérer, à consolider. Au vu de la plus faible tolérance sociale sur ces produits, en comparaison du cannabis, une politique de fermeté devrait produire quelques résultats intéressants (hors consommateurs dépendants). Parallèlement, dans la même logique que celle présentée pour le cannabis, il faut renforcer la protection de l'espace public en durcissant les peines encourues lorsque des infractions sont commises dans celui-ci. Il s'agirait donc de trouver un équilibre entre la fermeté pour les consommations dans l'espace public et la médicalisation des consommateurs dépendants. Une réflexion tout à fait ouverte sur une extension dans ce sens des programmes médicaux de prescription d'héroïne serait alors souhaitable. En effet, ces derniers fonctionnent actuellement sur une logique purement médicale de réhabilitation. Mais, pour des raisons de sécurité publique, pourquoi ne pas réfléchir à leur extension à tous les consommateurs dépendants à ces produits.

Il est certain qu'en agissant fortement et de manière significative dans le cadre d'une prise en charge sanitaire, la demande va s'infléchir, l'offre va devoir se réarticuler et les

bénéfices issus du marché noir vont fortement diminuer. Ainsi, les trafiquants devront faire la part des choses entre le risque encouru et les bénéfices escomptés. Il y aura au moins un ralentissement de l'effervescence de ce marché de mort actuel et un rééquilibrage du partage de l'espace social.

Ce d'autant plus que la répression pourra se concentrer sur les scories d'un marché indéniablement moins attractif, sans avoir l'impression détestable de travailler dans le vide.

CONCLUSION

Nous sommes arrivés à un carrefour important dans la politique en matière de consommation et de trafic de produits stupéfiants. Nous savons que nous sommes en situation d'échec depuis plusieurs années, mais nos vieilles habitudes doctrinaires accumulées depuis un demi-siècle nous empêchent d'évoluer en phase avec la réalité que nous constatons. Nos valeurs et nos idéaux ne sont plus en adéquation avec les désastres qui se déroulent dans nos rues. Pourtant, nous ne pouvons pas rester là sans rien faire et en campant sur nos positions divisées. Les mondes sécuritaires, médicaux et psychosociaux se sont rapprochés et travaillent dorénavant dans des approches complémentaires et pluridisciplinaires. Cette émulation et cette accumulation d'expérience sont à même de nous proposer de nouvelles approches, de nouveaux modèles de prises en charge d'une problématique extrêmement complexe et multivariée.

Le carrefour qui se présente à nous concerne la protection de notre espace public. Il s'agit d'un changement de priorité politique sur les drogues, où la sécurité publique devance désormais la santé publique comme objectif dominant. Notre espace public est mis à mal comme il ne l'a jamais été depuis plus d'un demi-siècle et notre société n'est pas prête à l'accepter. Cet enjeu occupe et occupera le terrain des choix et des discours politiques des dix ou des quinze prochaines années. Il se trouve que les produits stupéfiants font partie du maillage compliqué de la sécurisation de notre espace de vie commune, ils y trouvent un ancrage indéniable, voire prépondérant. Il est donc urgent que nous osions penser différemment, ne serait-ce que parce que nous n'avons pas le choix. Les attentes du public ont changé. Nous ne devrions plus envisager nos réflexions sous l'angle univoque du destin d'individus toxicomanes, comme par le passé, mais bel et bien élargir nos stratégies à une des valeurs qui nous est chère, la sécurité, un fondement de la vie communautaire et démocratique harmonieuse. Les priorités de notre politique drogues doivent donc être réagencées et de nouvelles solutions élaborées. Il semble qu'autour de la réglementation du marché des drogues, des ponts sont possibles entre sécurité et sociosanitaire. A nous de les saisir et de convaincre le monde politique pour qu'il se rallie à une véritable approche pluridisciplinaire.

Courriel :
olivier.gueniat@jura.ch

MARGINALITÉ URBAINE, ESPACE PUBLIC ET USAGE DE DROGUES : LAUSANNE, AUTOMNE 2012

Dr. Géraldine Morel, Anthropologue, Chercheure associée au CRE (Centre de Recherche en Ethnologie de Neuchâtel), Stagiaire au GREA

L'auteur nous propose un regard ethnologique sur la scène lausannoise de la drogue. Par la récolte de regards croisés sur la question, elle dresse un portrait tout en nuances de ce qui se joue sur le terrain, bien au-delà des représentations caricaturales qu'en fait le débat actuel, politisé à l'extrême.

Il est midi et les badauds traversent, parcourent, occupent par endroits la place, se posent sur les bancs pour profiter des derniers rayons de soleil automnaux et avaler à la va-vite un sandwich avant de vaquer à leurs occupations. Près du kiosque, un groupe d'une dizaine d'individus s'est formé et échange à voix haute. Les interactions sont animées, deux agents de police s'entretiennent en aparté avec un homme d'une trentaine d'années. « Celui-là il doit balancer », commente discrètement un jeune à son voisin, lui aussi toxicomane.

De l'autre côté de la place, près du Café du Musée, un autre groupe, peut-être un peu plus âgé se réunit. « Moi je bois des bières et je fume quelques joints, c'est tout...Je ne suis plus dans la consommation, je viens ici voir des amis. Mais l'ambiance a bien changé avec ces nouveaux dealers, c'est plus violent, plus tendu » affirme un quadragénaire. Selon le patron du café, ce petit monde cohabite toutefois en bonne intelligence et tente de maintenir des relations cordiales malgré les tensions quotidiennes. Ce dernier reconnaît toutefois que la proximité d'un groupe de marginaux n'est pas idéale pour son commerce mais admet qu'« ils font l'effort de ne pas trop embêter le voisinage ».

A la terrasse du café, c'est l'heure de la pause de midi et la serveuse s'active alors qu'au-dessus, sur l'esplanade, des individus vont et viennent, se déplaçant selon la loi de l'offre et de la demande qui régit ce que policiers, journalistes, usagers et intervenants sociaux qualifient de « deal de rue ».

Place de la Riponne, 18 octobre 2012

La présence en plein cœur de la capitale vaudoise d'acteurs sociaux identifiés tour à tour comme « drogués », « dealers » ou encore « toxicomanes » exacerbe les interactions sociales quotidiennes et questionne de plein fouet la place qu'occupe la marginalité et donc la toxicomanie dans l'espace public. Exaspérés par cet état de fait, les riverains de Riant-Mont et du Tunnel ont lancé une pétition faisant état d'une dégradation croissante des lieux d'habitation, théâtre de toutes sortes de transactions liées au marché de

la drogue et à sa consommation et demandant à la Municipalité « qu'elle prenne le problème au sérieux et trouve des solutions rapidement pour que les habitants et leurs enfants retrouvent une bonne qualité de vie et la sécurité dans leur quartier¹ ». La visibilité des pratiques liées à la toxicomanie (vente et consommation de drogue) mettent en relief la difficile cohabitation des individus dans l'espace public ainsi que leurs droits et devoirs respectifs sur ces mêmes endroits. Pourtant, comme le relève Lionel Wandel de Rel'Aids : « les espaces utilisés peuvent avoir des usages positifs pour les personnes marginales. Ce sont des espaces de socialisation qui leur permettent de faire partie de la vie de la ville ». Dès lors, quelles solutions peuvent être apportées pour qu'une cohabitation harmonieuse entre commerçants, passants, forces de l'ordre et toxicomanes puisse avoir lieu ?

Cet article, loin d'apporter une réponse à cette question complexe, rend compte d'observations in situ et d'entretiens réalisés avec les acteurs sociaux concernés : intervenants sociaux, marginaux, toxicomanes, commerçants et représentants des forces de l'ordre. Sans proposer de solutions, il fournit des pistes de réflexion pour une analyse plus vaste de l'insertion de la population toxicomane dans l'espace urbain et les conséquences des événements récents survenus à Lausanne sur cette dernière.

TOXICOMANIE, MARGINALITÉ ET CONDUITES À RISQUE

Notre société occidentale, marquée par un individualisme exacerbé, peine à prendre en charge les laissés-pour-compte du rêve capitaliste, toujours plus nombreux et désinsérés. A une situation économique critique qui précarise des catégories de population étendues (chômeurs, *working poors*, marginaux, etc.) s'ajoute une structure sociale et étatique complexe, souvent inaccessible aux plus démunis. Pourtant, loin d'être chaotiques et anarchiques, les marges de notre société sont des univers de sens, vecteurs d'identité pour ceux qui y adhèrent.

¹ Extrait de la pétition « Défendons le Tunnel et Riant-Mont » (voir www.defendons-riant-mont.ch).

Déposée le 24 septembre 2012 à la Municipalité.

A ce titre, la toxicomanie et ses multiples sous-groupes (injecteurs, cocaïnomanes, consommateurs festifs, etc.) agissent à leur tour comme autant de sous-cultures dont les codes sont transmis et partagés². Ces groupes, en dépit de leur marginalité, deviennent des lieux de socialisation. En ce sens, et selon le bon vieux questionnement de la primauté de l'œuf sur la poule ou vice versa il semblerait que l'addiction mène aux marges mais que les marges mènent aussi à l'addiction. « Quand on voit certains parcours de vie, des enfants abusés...Je n'excuse pas tout mais la toxicomanie aide à survivre, c'est une automédication pour la survie » affirme Denis Burri, intervenant social au Passage, structure d'accueil en bas seuil pour toxicomanes, située dans le quartier du Vallon.

Ainsi, dans une perspective qui considère la toxicomanie comme un moyen de survie, l'objectif d'une société nettoyée de toute consommation de stupéfiants est illusoire. En effet, la répression et sanction du consommateur, loin de mettre un terme au trafic, précarise encore davantage une population déjà affaiblie et stigmatisée et tend à augmenter les conduites à risque selon les observations menées en ce sens par les professionnels de terrain. Matériel usagé abandonné en pleine nature, injection rapide et sans précaution ou encore tendance à réutiliser plusieurs fois la même seringue témoignent d'un mal-être grandissant et d'un facteur de stress croissant au sein de la population toxicomane de la capitale vaudoise.

LAUSANNE, ÉTAT DES LIEUX

Lausanne, en tant que chef-lieu du canton de Vaud, est un lieu privilégié pour observer dans un espace réduit les modalités du trafic de drogue et l'occupation des lieux publics par une population toxicomane. En ce sens et au vu du débat public suscité, « Lausanne est devenue caricaturale » remarque Roselyne Righetti, pasteur de rue. De fait, cette situation est amplement commentée par les médias qui mettent l'emphase sur la répression policière et l'exaspération des riverains. Toutefois, il serait faux de considérer cette situation comme totalement alarmante et nouvelle. En effet, en juillet 1998, *L'illustré* (n°28) articulait déjà un dossier sur le sujet au titre évocateur de « Lausanne, carrefour de la drogue ». Mais, comme le relève Nicolas Pythoud, directeur de la fondation ABS « le capital sympathie du Letten est parti en fumée, aujourd'hui, il y a moins de tolérance ». Actuellement, on assiste à une redistribution du marché de la drogue au centre de Lausanne. D'une part, le marché de la cocaïne et du cannabis, principalement aux mains de ressortissants de l'Afrique de l'Ouest dont le centre est à la place Chauderon, semble s'être disséminé dans toute la ville (place de l'Europe, gare, etc.) mais s'accompagne rarement d'autres délits tels que vols ou encore agressions.

2 Voir à ce titre l'ouvrage de Becker « Outsiders » (2005) qui traite de la déviance en s'appuyant sur l'étude de l'apprentissage de la consommation de marijuana.

Par contre, selon les informations fournies par Jean-Yves Lavanchy, chef de la brigade des stupéfiants, le marché de l'héroïne (centré autour de la Riponne) a été bouleversé par l'arrivée massive de jeunes hommes fuyant les heurts du Printemps arabe. Cette nouvelle population a repris les rênes du commerce de l'héroïne dans la rue et cette transition ne s'est pas effectuée sans frictions³. Aux dires de la police et de certains intervenants sociaux, les actes de violence se sont multipliés et les tensions entre usagers et dealers sont palpables, contribuant ainsi largement au sentiment général d'insécurité ressenti par la population. Deux constatations sont faites à ce sujet par les forces de l'ordre : l'augmentation d'une certaine criminalité urbaine liée directement à ce trafic (vols de portables, recels, agressions, etc.) et une baisse de qualité du produit⁴, souvent coupé avec des substances toxiques, incitant ainsi le consommateur à augmenter les doses. Parallèlement à cet état de fait, la police a multiplié les contrôles et mené de front plusieurs opérations massives spectaculaires, notamment à la Riponne ou encore à Chauderon afin de vider momentanément les lieux de tous ces occupants indésirables. Les consommateurs, se sentant traqués, s'injectent dès lors dans des conditions de plus en plus précaires et abandonnent rapidement leur matériel une fois utilisé, se débarrassant ainsi au plus vite de la preuve du délit. En effet, le consommateur est souvent intercepté afin qu'il dénonce son dealer, son produit est confisqué et au final, il est amendé. Selon un usager : « Je ne comprends pas la police, ils courent après quelques paumés, ils se trompent de cible, la Riponne, ça reste des paquets à 17,5 francs. Après, t'es déjà à l'aide sociale, tu peux pas payer ton amende et tu finis en prison alors que c'est déjà bondé. Pour certains jeunes en révolte qui finissent à la Colonie⁵...c'est l'école du crime ! A la sortie, le mec, il a son carnet d'adresse bien rempli ». Pour leur part, les forces de l'ordre, contraintes d'appliquer des lois qui ne leur permettent en aucun cas de faire face au deal de rue, croulent sous la paperasse et les situations kafkaïennes. Ainsi, selon l'un de ses représentants, l'arrestation d'un petit dealer, relâché quelques heures plus tard⁶, pénalise par conséquent le policier qui se retrouve avec une quantité considérable de paperasse à remplir.

3 Toutefois, les rapports entre toxicomanes et dealers ne peuvent être analysés d'un point de vue de victime à bourreau, certains consommateurs vendant à leur tour pour assurer leur consommation sans prendre toujours garde de rembourser le dealer. Les interactions sociales qui en découlent sont complexes et ne sauraient être analysées par le biais de cet article.

4 Jean-Yves Lavanchy parle de saisie d'héroïne coupée à 1 ou 2 % et du danger d'overdose que représenterait une augmentation de sa qualité à 15 ou 20 %.

5 Prison lausannoise destinée aux détenus ayant commis des délits graves (18 mois et plus).

6 Selon Jean-Yves Lavanchy, seul un procureur peut décider d'incarcérer un petit dealer sur présomption de récidive, ce qui ne se fait jamais.

RÉPRESSION ET RÉDUCTION DES RISQUES

Selon les statistiques avancées par le Passage, le Distribus - dispositif mobile destiné à la distribution de matériel stérile auprès de la population toxicomane - connaît une nette baisse de fréquentation depuis 2011, date de la mise en place de mesures policières plus drastiques faisant suite à un remaniement de la scène de la drogue. Pour quelques usagers réguliers, acteurs sociaux de la place de la Riponne, les contrôles ne les empêchent nullement de fréquenter la place et le Distribus. « Moi, malgré les contrôles, je suis obligé, je continue à venir, cela ne m'empêche pas » affirme Edmond, héroïnomane. Toutefois, certains consommateurs, plus discrets et mieux insérés dans la société, ne veulent pas risquer l'interpellation. « Ils ont peur d'être stigmatisés, de perdre leur job et de voir leur statut de toxicomane étalé au grand jour » relève une assistante sociale.

Pour les professionnels du champ des addictions, la précarisation intense des usagers rend encore plus difficile la situation de la population toxicomane à Lausanne. Ainsi, le dernier sondage mené au Distribus et au Passage fait état de 60 % d'usagers sans domicile fixe contre 25 % en 2006 et 40 % en 2008. Ainsi, pour ces personnes, il n'existe pas d'autre alternative à l'injection ou consommation dans des lieux publics. Cette marginalisation croissante est relayée par un climat général plus violent dans la rue. Les lieux d'injection sauvage font souvent l'objet d'une surveillance policière qui rend plus difficile l'intervention des travailleurs sociaux. Les liens de confiance⁷, pourtant fondamentaux pour la réduction des risques, s'en trouvent mis à mal et les intervenants de terrain se plaignent d'être « pris pour des balances » à cause de la proximité de la voiture de police aux alentours du bus. La scène de la drogue, auparavant condensée au centre ville, risque de s'éclater en périphérie, rendant difficile tout contrôle et surtout toute intervention sociale. En échappant au regard du quidam et en s'éloignant, on peut imaginer que le trafic de rue se durcisse et que les incidents se multiplient.

Bien que nécessaire au maintien de l'ordre et à la protection des individus dans l'espace public, l'intervention policière est parfois comparée, comme le remarque cet intervenant social de rue « à une cocotte qui déborde dont on maintient le couvercle à deux mains tout en essuyant les rebords ». Bien conscient de cette problématique, Jean-Yves Lavanchy affirme pourtant que la population toxicomane marginale n'est pas la cible principale des policiers mais fait plutôt les frais d'un climat général qui ne cesse de se dégrader.

EN GUISE DE CONCLUSION

La situation lausannoise et ses paradoxes questionnent au plus près l'application de la politique des quatre piliers et son application au quotidien. L'écart considérable entre les lois, leur application, les volontés politiques et la réalité du terrain semble affecter en premier lieu des personnes dont l'insertion dans la société reste précaire. La stigmatisation grandissante d'individus en marge procède d'une évolution sociétale plus générale qui tend à rendre les rapports sociaux de plus en plus normatifs. En ce sens, selon Nicolas Pythoud, les toxicomanes, au même titre d'ailleurs que les requérants d'asile, deviennent des groupes cibles de la colère populaire en temps de crise économique. Comme le relève justement ce toxicomane stabilisé : « J'ai l'impression qu'avant nous avons réussi à nous faire accepter, les gens avaient appris à cohabiter avec des marginaux. Maintenant tout est à refaire ». Au final, il ne s'agit pas de déterminer qui a tort ou raison, ni de minimiser les impacts d'une telle situation sur les riverains, encore moins de diaboliser ou victimiser certains groupes (méchants dealers/pauvres toxicomanes) mais plutôt de proposer une réflexion à plusieurs voix sur un sujet d'actualité. « Existe-t-il une véritable insécurité ou seulement un sentiment d'insécurité ? » comme le questionne Lionel Wandel. La place, tant symbolique que physique, occupée par des groupes sociaux considérés comme déviants au sein de notre société et leurs interactions avec d'autres acteurs sociaux (passants, commerçants ou encore forces de l'ordre) questionne le statut de ces derniers et leur droit d'exister publiquement et de manière visible. En cela, la toxicomanie est paradigmatique de notre rapport à la norme et à son contraire, la déviance. L'existence de groupes d'individus perturbateurs d'ordre public devrait justement nous amener à reconsidérer les modalités de cet ordre ainsi que ses limites.

L'importance d'un travail de proximité avec ce type de population est illustré par des exemples ponctuels faisant état de la gestion de la toxicomanie par les acteurs sociaux eux-mêmes, comme Patrick, responsable des statistiques au Passage : « En tant qu'ancien consommateur - je n'aime pas dire ancien, je n'ai jamais dit plus jamais - la politique de réduction des risques m'a sauvé la vie ». Ainsi, la mise en place d'une série de mesures d'accompagnement des personnes toxicomanes ne s'accorde guère d'un climat de méfiance et de tensions, comme nous le montre l'exemple de Lausanne.

Courriel :
g.morel@grea.ch

⁷ Comme le relève Roselyne Righetti : « Il n'y a pas de meilleure prévention que le lien, c'est fondamental. Il y a bien sûr la pauvreté matérielle mais surtout spirituelle. Il est important pour tout un chacun d'avoir du poids pour quelqu'un, pas seulement d'être un poids pour la société ».

LE MODÈLE DES « QUATRE PILIERS » : UNE BELLE RÉUSSITE POLITIQUE

Erich Fehr, Maire de Bienne

La Suisse s'est dotée d'une politique uniforme en matière de drogue depuis plusieurs années. Voulu par les Chambres fédérales, cette politique dite des « quatre piliers » est le résultat indirect de différents scrutins fédéraux à ce sujet. Elle est censée être appliquée par les 26 cantons. Mais, comme dans bien d'autres domaines, il s'avère que la mise en œuvre de la législation fédérale peut présenter un tableau très nuancé selon les cantons. Ainsi, on observe qu'en Suisse romande surtout, la politique des « quatre piliers » n'a pas vraiment pris racine. Or, ce déséquilibre se traduit par une surcharge sensible dans les villes « limitrophes » qui appliquent la recette officielle. Maire d'une de ces villes, je reste convaincu qu'il faut impérativement harmoniser la démarche au niveau national.

Prévention, thérapie, réduction des risques et répression : tels sont les quatre piliers de la politique suisse en matière de drogue. Cette politique a été mise en place à la suite des scènes ouvertes du Platzspitz et du Letten à Zurich. Qui ne se souvient pas de ces images choquantes et insoutenables à la télévision ? La situation a contraint les milieux politiques à trouver une réponse au problème de la toxicodépendance. Toutes les villes qui se sont ralliées à la politique des quatre piliers ont pu fermer les scènes ouvertes, voire prévenir leur apparition. A mon avis, un tel succès justifie à lui seul la mise en œuvre de cette politique pragmatique, qui a par ailleurs permis d'améliorer sensiblement les conditions sanitaires des toxicodépendants.

Bienne n'a heureusement jamais connu de scène ouverte à ce jour. Mais c'est pour moi d'abord le reflet d'une mise en œuvre cohérente des quatre piliers, matérialisée par la mise à disposition d'offres appropriées. Le pivot de notre politique en matière de drogue est le Cactus, local d'injection qui permet aux toxicodépendants de s'administrer leurs doses en toute sécurité, ce qui leur évite divers facteurs de stress, dont la constante nécessité de consommer en cachette et le risque permanent d'être poursuivis par la police. L'existence d'un local officiel permet aussi de dissimuler la déplaisante vision de la consommation de drogue et de renforcer ainsi le sentiment subjectif de sécurité parmi la population. Le canton de Berne a fait de la mise à disposition d'offres appropriées pour les toxicodépendants une tâche cantonale, dont la réussite passe par la collaboration avec les autorités locales, qui connaissent bien la situation sur le terrain.

Lorsque, voici une quinzaine d'années, Bienne admet la nécessité de créer un local d'injection, l'idée d'une sorte de « lieu de vie » pour les marginaux et les personnes souffrant d'addiction fait son chemin. Constatant qu'une partie de ces personnes seraient aussi appelées à utiliser le local d'injection, la ville de Bienne et le canton de Berne décident de coupler ces deux horizons d'attente et d'y trouver conjointement une réponse. La ville de Bienne acquiert un établissement de restauration qu'elle confie à une association (Le Yucca), chargée à la fois d'exploiter le restaurant et d'en

faire un lieu d'accueil pour marginaux. Cet établissement à prix modérés vise la mixité de la clientèle : sa mission consiste à accueillir tous les clients, toxicodépendants ou non. Ce bistrot social parvient certes à séduire le principal groupe cible, mais l'objectif initial d'autofinancement n'a jamais été atteint et la mixité de la clientèle demeure assez faible. Pourtant, le canton de Berne et la ville de Bienne restent convaincus de l'effet positif de ce lieu d'accueil au point d'accepter à plusieurs reprises d'en augmenter les subventions, afin de permettre à l'établissement de poursuivre sa mission, c'est-à-dire d'offrir aux personnes marginalisées un lieu de vie convenable tout en soulageant l'espace public.

Installé au premier étage de l'établissement, le local d'injection est exploité par Réseau Contact, mandaté et financé par le canton de Berne. Très vite, on constate une progression notable de l'état de santé des toxicodépendants. Dans certains cas d'addiction sévère, on note même une stabilisation, voire une restauration de l'état de santé telle que certains se voient confier des tâches simples, par exemple l'entretien des abords du bistrot social et du local d'injection. Les effets positifs sont toutefois battus en brèche par l'effet magnétique que cette institution exerce sur bon nombre de marginaux au-delà des frontières biennoises, en l'absence d'offres similaires dans d'autres régions. Victimes de leur succès, le bistrot social et son local d'injection sont régulièrement pointés du doigt par la classe politique. Consciemment ou inconsciemment, ces deux institutions sont alors perçues comme une seule et même entité et en sont réduites au rôle de bouc émissaire, alors que l'une n'a jamais vraiment pu rallier l'aile droite et que l'autre bénéficie d'un large consensus à travers tout l'échiquier politique. Ce nonobstant, il s'est toujours trouvé une majorité politique pour défendre la pérennité des deux institutions.

Au fil du temps, la clientèle du Yucca a évolué et les nouveaux usagers se comportent avec beaucoup moins de respect que leurs prédécesseurs, n'hésitant pas à faire usage de la violence, même envers le personnel, et allant jusqu'à bafouer les règles de comportement les plus élémentaires qui constituaient auparavant la base du fonctionnement de

ce lieu de rencontre pour marginaux. L'association Yucca et les collaborateurs du bistrot social doivent finalement se rendre à l'évidence : il n'y a malheureusement plus d'autre option que de fermer l'établissement. Le Conseil municipal décide donc de déplacer le local d'injection Cactus et de fermer le bistrot social. Dans l'intervalle, la Municipalité opte pour un immeuble approprié au sud-est de la gare de Bienne dans lequel le local d'injection – rebaptisé Cactus+ – pourra être transféré au cours de l'année à venir. Le signe « + » signifie que le nouveau local d'injection disposera d'une zone d'accueil extérieure protégée (fonction assurée auparavant par le restaurant) avec un accès strictement réglementé. Ce concept a été accepté par l'ensemble de la classe politique biennoise et personne n'a remis en question le fondement même de l'existence du local d'injection lors de la communication de la décision par le Conseil municipal en automne 2012, en pleine période de campagne électorale.

L'utilisation du local d'injection par des toxicodépendants venus d'ailleurs a toujours été une question litigieuse. De par son subventionnement cantonal et son implantation urbaine, il est logique de l'ouvrir à tous les usagers domiciliés dans le canton de Berne, et pas seulement aux seuls Biennois. Mais l'accès au Cactus a toujours été barré aux ressortissants d'autres cantons, notamment aux visiteurs de Suisse romande, dont la situation de prise en charge et d'encadrement est beaucoup moins bonne, étant donné l'absence quasi totale d'offres similaires en terre romande – contrairement à la Suisse alémanique. Il s'agit là d'une situation insupportable, eu égard à la politique fédérale des quatre piliers. Elle est d'autant plus intolérable que les ressortissants des cantons romands limitrophes qui viennent à Bienne et qui se voient barrer l'accès au local d'injection en sont réduits à fréquenter le bistrot social et finissent tôt ou tard par consommer de la drogue sur la voie publique. A Bienne, le constat est sans appel : une bonne partie des personnes à l'origine des nombreux problèmes liés au bistrot social proviennent de Suisse romande, ce qui s'explique par l'insuffisance, voire l'absence d'implantation de la politique des quatre piliers sur sol romand. En n'appliquant pas la législation fédérale en matière de drogue, les cantons romands refoulent injustement le problème de la toxicodépendance vers l'est. Bienne, ville bilingue, est particulièrement touchée par ce phénomène, car nous sommes la cité la plus occidentale de notre pays à avoir concrétisé rigoureusement les dispositions fédérales en la matière. Bienne n'est pas en mesure de porter plus longtemps ce lourd fardeau contre son gré – et est encore moins disposée à le faire.

Certes, le trafic de stupéfiants doit être réprimé et la consommation de drogues doit être clairement réglementée, d'abord pour empêcher ou au moins réduire toute forme de préjudice à la collectivité. Mais je pense aussi qu'il est illusoire de croire à une répression pure et simple de la consommation de drogues. A ma connaissance, il n'existe pas un seul phénomène social dans toute l'histoire de l'humanité qui ait pu être éliminé par la répression. J'en veux

pour preuve la prohibition des années 1920 en Amérique : terreau de la mafia, elle n'est pas parvenue pour autant à éradiquer la consommation d'alcool. Même si je plaide en faveur d'une application cohérente de la politique des quatre piliers, loin de moi l'idée que la mise à disposition de possibilités de consommation protégées soit politiquement suffisante. Une telle mesure ne suffit qu'à améliorer la situation sanitaire des personnes de toute façon toxicodépendantes, et à protéger le public. Il faut aussi mettre l'accent sur les mesures de prévention – en particulier auprès des adolescents et des jeunes adultes – dont l'objectif essentiel est de dissuader ces groupes cibles de se mettre à consommer de la drogue.

En guise de conclusion, j'aimerais ajouter encore quelques réflexions sur l'implantation des locaux d'injection. Il n'y a pas de lieu idéal pour ce type d'institution. Mais si l'on veut qu'il soit accepté et fréquenté par les toxicodépendants, il vaut mieux choisir un site relativement bien centré, assez facile à atteindre, ni trop exposé, ni trop isolé, mais offrant malgré tout une certaine discrétion aux visiteurs. Il me semble aussi que l'on ne devrait jamais choisir un emplacement « pour l'éternité ». Une durée assurée de dix à quinze ans paraît optimale, mais un déplacement périodique permet aussi aux quartiers concernés de se régénérer après une mise à contribution plutôt intensive. D'ailleurs, l'expérience montre que l'opposition est moins marquée si la solution présentée est un provisoire à long terme plutôt qu'un scénario définitif.

Je sais bien que notre politique pragmatique en matière de drogue ne résout pas tous les problèmes, mais je reste convaincu qu'une stratégie faisant fi, peu ou prou, des « quatre piliers » débouche sur une situation beaucoup plus grave encore. Bien sûr, nous n'échappons pas à la critique à Bienne et notre politique en matière de drogue rencontre des résistances, mais l'absence de scène ouverte et la nette amélioration de l'état de santé des toxicomanes durant ces quinze dernières années constituent à mes yeux une preuve suffisante pour affirmer que nous sommes sur la bonne voie. Je souhaite donc que cette voie soit (enfin) appliquée dans tous les cantons et que les toxicodépendants ne soient plus indignement refoulés pour des raisons de domicile. Je tiens également à remercier du fond du cœur les collaboratrices et collaborateurs des institutions Cactus et Yucca de leur fidèle engagement au quotidien – parfois dans des conditions extrêmes – au chevet des toxicodépendants. La société ne devrait jamais oublier que nous pâtissons bien davantage de la consommation de drogues et de ses dommages collatéraux si ces institutions et leurs acteurs n'existaient pas.

Courriel :
mairie@biel-bienne.ch

TRAITEMENT ET RÉINSERTION DES PERSONNES DÉPENDANTES ; LA QUESTION DU « ENTRE-ENTRE »

Bruno Boudier, directeur de la Fondation Bartimée, Grandson

Les exigences posées par les protocoles et les différentes mesures de réinsertion se heurtent à la réalité des personnes dépendantes, pour lesquelles l'autonomie reste toute relative. Une gageure pour les soignants, pour qui le travail de réhabilitation se confronte à des limites éthiques. (réd.)

La Fondation Bartimée, spécialisée dans le traitement et la réinsertion de personnes toxicodépendantes s'est dotée d'une structure intermédiaire, Etex¹, alternative à la prise en charge résidentielle qui n'a cessé de se développer ces dernières années. Etex a pour but de répondre aux besoins identifiés des personnes stabilisées, en développant leurs compétences sociales et citoyennes en milieu urbain.

La prise en charge en Etex est ouverte aux résidents ayant terminé leurs étapes résidentielles et porteurs d'un projet lié à la réhabilitation sociale² et/ou d'insertion socioprofessionnelle. Une équipe socioéducative (3 ETP) assure la prise en charge en réseau, coordonnée avec les suivis médicaux, psychothérapeutiques et les mesures d'insertion.

Des appartements supervisés par un accompagnement éducatif sur le lieu de vie et un mode de vie compatible avec les règles de bon voisinage sont proposés comme cadre de prise en charge³. L'équipe Etex utilise dans sa pratique quotidienne les outils d'accompagnement individuel et groupal, dans la continuité de la prise en charge effectuée en étape résidentielle.

Dans leur pratique au quotidien, les référents du résidentiel et d'Etex constatent un écueil lié aux effets de seuil de la prise en charge. En effet, une certaine contenance et sécurité du résidentiel peuvent s'estomper en Etex, remplacées par des sentiments de solitude teintés d'abandon chez des personnes pourtant motivées et préparées à ce saut extra muros. Bien entendu, les rechutes font partie de la maladie de la dépendance ; il ne s'agit pas ici de les stigmatiser mais de reconnaître que les consommations épisodiques de toxiques font partie des passages typiques d'un traitement résidentiel ou postcure. Leur gestion est souvent plus efficace et plus rapide quand les référents au long court restent dans la course⁴.

La sortie d'Etex pour un passage ou un retour en suivi ambulatoire peut s'avérer être un véritable seuil qu'il n'est pas toujours raisonnable de franchir, au vu des conséquences des rechutes pour certains résidents. Ce seuil met en exergue le problème épineux de la séparation et de la perte d'appartenance à une communauté thérapeutique sécurisante. La famille ou le cadre affectif, déjà très éprouvé ou tenu, n'est pas en mesure de proposer un cadre suffisamment contenant. Pour certains, la sortie définitive s'avère fortement anxiogène, et des sentiments massifs d'abandon font symptômes chez des personnalités fragiles ou flottantes.

Comment continuer à encourager les résidents à prendre plus d'autonomie ? Est-ce une question adéquate en regard de notre questionnement qui devient au fil des années plus précis ? Existe-t-il des critères qui contraindraient une sortie d'institution et qui justifieraient d'un suivi au long cours ? Pour certains, ne serait-il pas plus raisonnable de s'orienter vers un suivi en appartement supervisé à très long terme qui puisse amortir les décompensations cycliques et des rechutes prévisibles ?

Insérer ou garantir une réinsertion acceptable socialement reste une mission dont les prestations n'ont pas montré leur efficacité ou leur réalisme avec nombre de personnes dépendantes. Sur la population ayant bénéficié des programmes de réinsertion mis en œuvre lors de leur thérapie à Bartimée ; 40 % ont retrouvé un statut professionnel avec des périodes d'inactivité fréquentes et soutenues par un suivi ambulatoire au long court de Bartimée ou/et avec d'autres setting thérapeutiques⁵.

Pour les 60 % restants, un retour au travail ou à une affiliation socioprofessionnelle stable et reconnue ne leur est pas accessible : il faut bien se défaire de cette « image d'Épinal » rassurante de la réinsertion après la rue et admettre que les objectifs liés des politiques sociales sont parfois bien déconnectés de la réalité pour nombre de personnes dépendantes même stabilisées dans leurs addictions.

1 Etex (Etape extérieure) : onze appartements supervisés (trois appartements de trois places, huit studios), situés à Yverdon-les-Bains et alentours accueillent jusqu'à dix-huit personnes.

2 Les baux des appartements sont signés par la Fondation Bartimée qui sous-louent aux résidents.

3 Contrats renouvelables tous les six mois.

4 Article revue *Dépendances* no 47, novembre 2012.

5 UPA : Unité psychiatrique Ambulatoire du Nord-vaudois ou médecins privés

Nous peinons à admettre que, parmi ceux trop fragilisés, qui ne peuvent prétendre à une activité professionnelle ou à un engagement bénévole, certains arrivent à éprouver de la satisfaction avec le niveau de vie que le RI⁶ leur offre. « Pour moi, vivre avec mon RI et promener mon chien au bord du lac chaque jour sans faillir est la motivation de ma vie », témoigne une personne à son admission, affirmant son refus de retravailler, non par paresse, mais par conscience qu'il n'est pas/plus apte à faire face à tout stress lié à un emploi.

MYTHE DE L'ALLER-RETOUR AU TRAVAIL POUR TOUS

Les conditions pour une personne sortant du résidentiel conventionnel stipulent que son addiction soit stabilisée et qu'un projet de réinsertion professionnelle ou de vie soit mobilisable.

Retravailler, s'intégrer dans le monde productif n'est pas forcément un horizon porteur pour ces personnes. Le chemin des dépendants est souvent marqué par des ruptures professionnelles et de désaffiliation cruelle dont les conséquences peuvent s'apparenter à de véritables séquelles fonctionnelles : les phobies sociales sont difficiles à diagnostiquer car elles se subordonnent à d'autres difficultés (honte, sentiments d'être stigmatisé, idées de concernement) plus ou moins clairement rattachées à des comorbidités, mais très invalidantes.

Reprendre alors une activité professionnelle tout en s'attendant à ce que la prochaine rechute provoque très probablement un licenciement pour absentéisme ou pour comportement illicite reste pour une personne dépendante, même en phase de rémission et avertie, peu engageant et probablement démotivant avant l'heure.

TOXIQUES ET RÉACTIVATION SOCIALE : DU KÉROSÈNE DANS LE MOTEUR !

L'institution se trouve confrontée à la généralisation de la cocaïne sur le marché des drogues. Ce toxique modifie les attentes des résidents envers la prise en charge et génère des demandes paradoxales ; ils espèrent pourvoir être stimulés comme avec la cocaïne et rester « en alerte », mais demandent aussi à être protégés du danger de désinsertion consécutif à leur dépendance à la stimulation. Les orientations de la Fondation illustrent actuellement ce dilemme ; réactiver des habiletés sociales et professionnelles chez les dépendants les met sur stress et remet en cause l'ancrage et l'espace contenant que l'institution garantit. Toute réactivation sociale induit un effet stimulant qui accroît les performances, mais également les productions anxieuses, et par conséquence les impulsions toxiques.

Il est nécessaire de déterminer les priorités dans le cadre de prise en charge ; protéger et diminuer les stimulations anxieuses ou répondre aux besoins et prescriptions des financements publics de réinsertion de personnes, même si ces dernières ne réunissent pas les compétences minimales à cet égard.

SÉPARATION ET ABANDON / APPARTENANCES ET STABILITÉ : L'AUTONOMIE À RISQUES

Les personnes dépendantes stabilisées gardent une fragilité constitutionnelle de par leur structure psychologique : difficultés relationnelles, liens sociaux ténus, anxiétés envahissantes constituent des facteurs de risque à la décompensation. Les ruptures de rythme dans leur vie quotidienne annoncent bien souvent une décompensation et des rechutes de façon quasisystématique : une prise en charge globale tend à améliorer les seuils de réaction au stress et à limiter ainsi les ruptures, génératrices d'échecs. Les stratégies d'accompagnement doivent viser à élaborer des pistes post-institutionnelles quand des personnes au bénéfice du RI ne montrent pas de capacités à se réinsérer. Il est éthiquement très discutable que ces dernières doivent sortir de l'institution car elles ne correspondent plus à la clientèle cible.

Pour d'autres, une sortie vécue comme une séparation non souhaitée représente un danger de retour à la rue et à ses pièges : 60 % de ces personnes montrent pourtant une stabilité dans leur programme quotidien et entretiennent des liens réguliers avec leurs référents et leurs thérapeutes. En parallèle, quelques heures d'ateliers structurent leur temps, donnent du sens et de la satisfaction à leur existence. Il est alors prudent et pragmatique de considérer que pour ces personnes, un départ n'est pas raisonnable de par le risque de désaffiliation rapide lié à leurs handicaps sociaux spécifiques. Vivre à long terme dans les appartements d'Etex n'est pas prévu dans le cadre d'accueil actuel, défini avec les organes décisionnaires et financiers du canton, bien que l'on puisse sans trop de risque postuler l'intérêt économique de telles mesures sur le long terme.

La rigueur des règles de vie en résidentiel provoque parfois

des mouvements de rejet mais elle permet aux personnes stabilisées de profiter de repères dans un cadre contenant qui les sécurise. Les possibilités d'accompagnement permettent aux personnes stabilisées dans leur addiction de reprendre pied et une certaine maîtrise de leur existence. Avec un accompagnement au long cours, ils démontrent une fonctionnalité pleinement adaptée : ils vivent en respectant leur budget mensuel (normes RI) et les consommations de substances restent sporadiques. Ils s'activent en ateliers occupationnels ou par le biais de mesures d'insertions ou parfois par un travail saisonnier. C'est cela leur stabilité ! Organiser une fin de séjour aboutit alors à risquer une remise en cause de cette fonctionnalité.

Dans « La lutte des places »⁷, De Gauléjac définit l'intégration en faisant référence à trois dimensions principales :

- économique car liée à la capacité de gain d'une personne,
- sociale par le tissage de ses liens sociaux,
- symbolique définie par des normes et des valeurs définissant les places sociales de chacun.

Pour les personnes dépendantes, ces trois dimensions sont souvent confuses voire amputées : les prises en charge sous forme d'accompagnement éducatif tendent à les reconstruire mais restent fragiles. Les valeurs liées à l'intégration correspondent aux personnes intégrées.

L'idée d'une limitation des ressources d'adaptation de la personne prise en charge paraît peu admissible pour nombre de professionnels. Accepter cette réalité revient-il à reconnaître les limites de notre outillage de professionnel, nos limites personnelles, voire à renoncer à notre toute puissance en tant que soignant ?

Il en va donc de notre responsabilité de soignant ou d'accompagnant social de considérer l'anxiété d'une personne suivie face à son autonomie, comme un déclencheur de rechutes massives et de désocialisation, et dont le coût humain et sociosanitaire lié à la gestion de l'échec du traitement, doit en conséquence remettre en question cette « si bonne maîtrise » du concept d'autonomie.

Il faut craindre, par là même, que notre mission soit l'acquisition de moyens d'autonomie coûte que coûte, censée correspondre à l'image de notre société et de sa fuite en avant vers la hausse de la productivité et de son inflation sans fin.

Admettre que le développement des habiletés sociales peut plafonner dans une prise en charge peut paraître morbide et dépressif pour des référents au long cours. Une limitation des objectifs liés à l'autonomie peut représenter un frein à la réalisation de leur mission à réhabiliter. Assister

à l'arrêt de la potentialité d'évolution, ou même à l'involution de l'autonomie chez une personne dépendante peut être vécu comme insupportable pour des professionnels investis et confrontés à leur impuissance.

LA THÉORIE DU MOINDRE MAL

Accepter qu'une personne suivie reste en soins parce que c'est l'option la plus raisonnable peut être vécu comme du rétentionnisme institutionnel, ou de l'appropriation thérapeutique, vieilles rengaines de suspicion chronique des institutions soupçonnées de privilégier leur taux de remplissage au détriment du principe de développement de l'autonomie individuelle. Il semble compliqué de consentir que les dégâts seront moindres en aménageant une prise en charge de résident à long terme plutôt que de risquer un échec programmé avec ses coûts sociaux et financiers dans la décompensation d'une rechute : n'est-il pas dangereux de vouloir le bien de l'autre en se passant de sa motivation ? Peut-on accepter que l'aide sociale admette la nécessité d'un compromis reconnaissant aux résidents le pis-aller de consommer des toxiques tout en conservant leur dignité ?

LE PARADOXE DU TRAITEMENT DE MÉTHADONE ET DE LA SORTIE DE DÉPENDANCE

Dans l'histoire naturelle d'une dépendance, il est compréhensible que le traitement de méthadone, après une phase de stabilisation, soit vécu « comme un fil à la patte » qui accroche la personne en rémission. Un traitement contraignant et ressenti comme stigmatisant. Des protocoles de dégression prudents préviennent des risques de rechute lorsque les concentrations avoisinent un dosage minime : les sevrages de méthadone en institution, même très contrôlés, ont un taux d'échec important surtout quand ils sont associés à un projet de sortie définitive à l'issue du dit sevrage. La clinique nous dissuade régulièrement de ce genre de processus magique. Pour certains patients, les conséquences peuvent être douloureuses humainement et socialement.

Les prises de risque comme les overdoses, les infections virales lors des rechutes paraissent minimisées par les personnes dépendantes et craintes par les professionnels, eux, trop habitués aux échecs et qui voient dans ce dessein, non pas une démonstration de motivation à l'autonomie, mais plutôt un risque important de décrochage du patient à ses traitements. Apparaît alors un conflit éthique difficile à négocier pour un professionnel vu les conséquences possibles à refuser une dégression de méthadone et risquer un *drop out*. Si nous n'y voyons pas forcément une preuve de motivation à exercer leur droit de choix thérapeutique, peut-être restons-nous désemparés à justifier nos doutes face à une personne dépendante qui tente de s'extraire de

⁷ Vincent de Gauléjac et coll., *La Lutte des places*, RFC Connaissances, collection hommes et perspectives, EPI.

ce « carcan médicamenteux », sans doute contraignant, mais dont elle perd de vue les avantages ?

La question vient naturellement concernant une véritable indication d'un arrêt de cure de méthadone : finalement, existe-t-il encore des indications à l'arrêt de la méthadone ? Le respect de la demande du patient sous méthadone est certes prioritaire. Cependant, si le critère d'accompagnement pour une maladie chronique est de permettre une vie plus sûre au niveau de l'autonomie et la stabilité biopsychosociale, ne serait-il pas plus raisonnable de conseiller le traitement de méthadone à très long terme ? Quelqu'un y croit-il encore ? Le dernier colloque TDO⁸ n'en a aucunement fait mention : cela suggère-t-il que la rémission est à apprécier et la rechute inévitable ? Si les personnes dépendantes sont motivées à arrêter la méthadone, cette stratégie d'évitement de la réalité peut s'avérer dangereuse et nécessite de ce fait un accompagnement sécurisé, contraignant et coûteux en encadrement.

DÉSENDETTEMENT ET REPRISE DE SON INDÉPENDANCE FINANCIÈRE : LA DOUBLE PEINE

Le retour à une vie économiquement autonome amène ces personnes en réinsertion à devoir se laisser rattraper par « les cornes de brume » des avis de poursuite et les « sirènes » du désendettement : pour certain d'entre eux, « ne plus rien devoir à qui que ce soit » représente une valeur de rédemption sociale après la sortie d'un épisode de vie dans la dépendance active. Beaucoup restent cependant confus devant cette cruelle contrainte qu'est le désendettement, accessible finalement que pour peu d'entre eux. Il arrive qu'un héritage provoque rechutes et retour à la rue après la fête, dès lors, il ne reste plus rien à dépenser, juste la culpabilité à affronter.

Il est bien difficile pour un ancien résident de réapprendre à gérer son assurance maladie après des années d'assistanat par le service social d'une institution. Pour les plus convaincus de leur responsabilité, un réapprentissage par étapes reste incontournable et nécessite des procédures prudentes. Le système peut alors se révéler chronicisant car il n'encourage pas, voire dissuade, les personnes à reprendre leur autonomie financière. Pour les professionnels encadrant les plus téméraires, l'enjeu consiste à entreprendre ce genre de protocole qui peut favoriser l'indication d'une curatelle plutôt qu'une autonomie financière !

L'ACCOMPAGNEMENT AU LONG COURS DE TYPE PALLIATIF ? LE RAISONNABLE

Pour conclure, des alternatives qui considèrent le besoin de ces dépendants au long cours doivent être mises en œuvre. Des structures intermédiaires entre le résidentiel et l'ambulatoire pourraient amortir les conséquences des décom-

pensations addictives ou psychiatriques.

Il est actuellement raisonnable de penser que pour certains profils de personnes dépendantes, une rémission avec un retour en milieu autonome ne constituerait pas une solution stable et s'avérerait même dangereuse. La possibilité pour ces personnes de bénéficier d'un accompagnement au long cours en appartement supervisé semble plus adaptée. Le sens de la mission de réinsertion s'oriente plutôt dans le domaine de l'accompagnement de type palliatif pour des personnes reconnues dans leur besoin d'être encadrées, ne trouvant pas les compétences d'assurer leur sécurité à long terme.

Nous devons convenir que s'il existe des aventuriers au goût d'indépendance fort, il existe aussi des personnes pour qui la notion d'autonomie reste inaccessible et phobogène, pour qui la sortie d'un système de soins cohérents ne représente pas un projet raisonnable.

Courriel:

bboudier@fondation-bartimee.ch

Merci à Mme Gaillard et M. Neu pour la rigueur de leurs pensées.

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 :

DAS en art-thérapie
Début de la formation : septembre 2013
Cheffe de projet : Déa Evéquoz

DAS en intervention systémique dans l'action sociale et psychosociale
Début de la formation : automne 2013
Chef de projet : Xavier Pitteloud

CAS de médiatrice et médiateur culturel
Début de la formation : octobre 2013
Chef-fe-s de projet : Claudia della Croce et Yuri Tironi

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

Les trois articles qui suivent sont issus du 3^e colloque international francophone Traitement de la dépendance aux opioïdes, qui s'est déroulé à Genève les 18 et 19 octobre 2012. Ce colloque a été soutenu par l'Office fédéral de la Santé publique, que nous remercions ici. A la lecture de ces contributions, on perçoit bien les implications de la politique dans la façon d'appréhender le traitement des personnes dépendantes. En effet, les tensions entre droit à la santé et répression des drogues illicites se répercutent dans le choix des traitements à disposition et l'accès à ceux-ci, qui divergent selon les pays et leur législation respective. (réd.)

ENTRER DANS LA SUBSTITUTION : DE L'ÉPREUVE À L'APPROPRIATION

Emmanuel Langlois, sociologue, maître de conférences à l'Université Bordeaux Segalen, chercheur au Centre Emile Durkheim (UMR 5116)

Issu d'une conférence donnée lors du troisième colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes, cet article donne à voir les multiples façons de s'approprier la substitution et le traitement de la part des usagers : des éléments utiles pour repenser la « normalité » et la relation soignant - patient. (réd.)

Depuis plus d'une quinzaine d'années, la France a développé un important programme de substitution aux opiacés en direction des usagers de drogue. En septembre 2010, on a estimé à 143'600 le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO)¹. La préférence pour la prescription de buprénorphine haut dosage (BHD) étant une spécificité française, seuls 25 % d'entre eux sont traités par méthadone.

Le programme de substitution est devenu le principal mode de prise en charge des usagers d'opiacés qui restent une population très hétérogène du point de vue de ses modes de consommation, de son état de santé, ou encore de son niveau d'intégration sociale et professionnelle. Comment alors un seul et même instrument parvient-il à répondre aux besoins de publics aussi divers ?

La réponse tient à la fois à la perception ambiguë que les usagers ont du traitement, ce qui lui confère une grande adaptabilité aux situations individuelles, et à l'existence de plusieurs modalités pratiques d'entrée dans la trajectoire de substitution. Ces deux éléments permettent aux usagers de s'approprier la substitution en fonction de leur parcours et de leurs attentes. Ce processus d'appropriation est observable dès les premiers moments de la trajectoire de substitution grâce à une approche qualitative qui prend appui sur le point de vue des patients. Quinze ans après, il est possible d'éclairer ces processus et d'en tirer quelques enseignements grâce à une vaste enquête réalisée auprès de patients substitués commandée par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (Langlois, 2011).

UN TRAITEMENT AMBIGU POUR DES USAGES VARIÉS

Aux yeux des patients, les traitements font l'objet de représentations ambiguës et irréductibles à leur définition médicale qui ont l'avantage de s'insérer facilement dans leurs projets et leurs conceptions des drogues. Quatre types de questions structurent leur rapport au traitement.

Le produit de substitution est-il un médicament ou une drogue légale ? Comment interpréter ses effets ? Les médicaments de substitution sont peu perçus à travers leurs propriétés pharmacologiques mais plutôt selon le degré de contrôle qui entoure leur délivrance par les professionnels de santé et leur potentiel de détournement. C'est la raison pour laquelle la méthadone jouit d'une « image thérapeutique » forte alors que la BHD est plutôt associée à la rue, à la marginalité et à l'injection et donc au champ des drogues. Pour certains, le médicament de substitution prendra place dans un ensemble de produits consommés ; pour d'autres il sera exclusif.

Les patients s'interrogent sur les effets thérapeutiques mais aussi sociaux et identitaires des traitements. La substitution introduit-elle une rupture biographique ou permet-elle une certaine continuité avec la vie de toxicomane ? Offre-t-elle une nouvelle identité ? Certains patients ont une attente minimaliste ; d'autres espèrent un changement plus profond. Dans tous les cas, la substitution peut être perçue comme un bon outil pour atteindre leur objectif.

Concernant les objectifs possibles du traitement, les patients se demandent s'il permet de guérir de l'addiction ou simplement de contrôler la dépendance. Derrière cette question, c'est aussi la conception de la toxicomanie qui

¹ Données Assurance maladie, premier semestre 2010.

est en jeu (maladie, pathologie chronique, mode de vie,...). Aussi, certains recherchent l'abstinence ; d'autres y voient un moyen pour contrôler les aspects problématiques de la vie avec les drogues.

La fonction « réelle » du traitement est-elle thérapeutique (soigner un individu) ou de contrôle social (traiter une population « problématique ») ? Le basculement vers une politique de réduction des risques a, certes, mis fin à la « singularité » de la politique française des drogues (Bergeron, 1999) mais n'a pas épuré le passif entre institutions et usagers qui reste marqué par une dimension conflictuelle.

EN FINIR AVEC LA SOUFFRANCE

Les objectifs institutionnels assignés aux traitements de substitution vont de la réduction des risques à l'abstinence. Lorsque les usagers entrent dans un programme de substitution, on observe peu de motivations liées exclusivement à la santé mais plutôt un entremêlement de préoccupations liées au corps et à la santé et un désir d'intégration sociale. La motivation des patients associe des raisons internes (en avoir assez, éprouver une fatigue, vouloir repartir à zéro, être en mauvaise santé, avoir mal, vouloir arrêter les produits,...) et des causes externes (offre médicale, raisons économiques, contrainte judiciaire, pression sociale,...) pour former une motivation. La quête de la vie « normale » constitue le fil conducteur de la démarche. Il s'agit souvent d'une image inversée du mode de vie toxicomane : ne plus avoir peur, ne plus courir, ne plus devoir se méfier des gens, ne plus avoir mal,... Les patients investissent aussi le traitement d'un « pouvoir social » qui doit déboucher sur des réconciliations avec les proches et la recouvrance d'une certaine dignité. D'ailleurs, leur engagement dans le parcours de soins est renforcé tant qu'ils ont le sentiment qu'être sous traitement modifie le regard d'autrui. Au fond, cette vie normale correspond au désir d'en finir avec une forme de souffrance qui articule peur de la douleur physique et sentiment d'indignité sociale.

ENTRER DANS LA SUBSTITUTION EN TOUTE CONFIANCE

Le recours à un prescripteur professionnel n'est qu'un mode d'entrée dans la substitution parmi d'autres. Les usagers ont recours soit au cabinet médical, soit à la rue, soit au réseau amical. Chacune de ces entrées propose au futur patient un environnement différent selon la personne qui est son interlocuteur (un médecin, un dealer, un ami), selon le mode d'accès au produit de substitution (une prescription, un achat, un don), et selon le statut endossé par l'utilisateur à ce moment-là (un patient, un client, un pair). Les usagers s'orientent notamment en fonction de leur connaissance des médicaments et du niveau de confiance qu'ils éprouvent dans chaque mode d'entrée.

Ni la plus simple, ni la plus accessible, l'entrée médicale propose au futur patient un contexte d'incertitude où la confiance n'est pas acquise et où les contraintes sont fortes. Il faut notamment affronter le filtrage des demandes de la part des médecins qui ont peur de possibles détournements et de contribuer ainsi au trafic. Usagers et prescripteurs doivent s'entendre sur le bon dosage. Certains patients craignent d'être trop fortement dosés et ne voient pas d'issue dans la substitution. D'autres ont peur d'avoir un dosage trop faible, notamment en période de stress. Certains médecins (notamment généralistes) prescrivent de faibles doses et considèrent que les patients les plus dépendants doivent s'orienter vers le secteur spécialisé. Dans tous les cas, l'entrée médicale propose un niveau de contraintes élevé car il convient de se plier au protocole et de rendre des comptes aux soignants. L'enjeu est la construction d'une relation de confiance qui n'a jamais été simple dans le champ de la toxicodépendance. Pas davantage sous l'ère de la substitution de masse.

La rue offre une sérieuse concurrence à la consultation. Il s'agit d'un espace où entretenir une relation confiance avec son interlocuteur n'est pas un but en soi mais où l'entrée dans la substitution est moins contraignante car l'utilisateur n'a pas besoin de rendre des comptes ou de donner les gages de son engagement dans le soin. Effectuée dans un but thérapeutique (soulager la douleur, éviter le manque...), elle permet finalement de passer plus facilement d'une toxicomanie avérée (Castel, 1998) à un programme de substitution médicalisée.

Le réseau amical est aussi mobilisé dans l'accès aux médicaments de substitution. Il ne s'agit pas de se procurer les traitements sur une longue période mais de permettre une prise de contact et une expérimentation au sein du groupe de pairs, dans un espace de conseil et de confiance. Le niveau de confiance est très élevé et la perception du risque y est bien neutralisée.

Qu'elle ait lieu dans le cadre d'une consultation, de la rue ou du réseau amical, l'entrée dans le traitement est jugée convaincante quand le manque est contrôlé et quand la confiance est au rendez-vous. Les tentatives de sevrage sont fréquentes dans le parcours antérieur des usagers et il ne faut pas considérer la substitution comme allant de

soi. Les attentes des professionnels, l'endossement du statut de malade, la rupture avec l'environnement... tout cela demande des ressources morales solides. C'est pourquoi, souvent, l'entrée en traitement est une épreuve pour les patients. Un problème tout autant qu'une solution. De ce point de vue, si la porte d'entrée « médicale » est la plus compliquée pour les patients, c'est aussi la voie la plus tenable dans la durée à la fois pour des raisons économiques et parce que les usagers ont besoin de négocier ou se confronter avec le médecin pour se percevoir comme des patients engagés dans un traitement.

UN TEMPS DE TRANSITION

L'entrée dans la substitution révèle aux usagers qu'une vie plus apaisée sans douleur et sans peur du manque est possible. Elle fait découvrir que la substitution est un mode de vie « engageant » où l'utilisateur doit s'efforcer d'éviter les risques de rechute, d'être observant, de partager l'idéal thérapeutique... Cette découverte peut d'ailleurs susciter une forte inquiétude concernant ses capacités à tenir dans le temps. Les usagers découvrent très vite qu'il n'y a pas forcément de contradiction entre mésusage et authenticité de l'objectif de soin (notion de « mésusage thérapeutique »). Et par conséquent on peut être un toxicomane qui se soigne, un malade qui injecte son traitement, ou différentes combinaisons intermédiaires entre le statut de toxicomane et de patient. C'est aussi pourquoi l'entrée dans la substitution s'avère être un temps de transition : il n'y a pas de rupture franche avec la vie d'avant. La substitution n'apparaît pas comme une recette miracle et se pose comme une simple bifurcation dans la trajectoire de toxicomanie.

L'APPROPRIATION DE LA SUBSTITUTION EST LA CONDITION DE SA RÉUSSITE

Comme voie de sortie de la toxicomanie, la substitution fait l'objet de multiples appropriations par les usagers en fonction de leurs représentations du médicament, de leurs attentes envers la prise en charge et de leur mode d'entrée dans une perspective thérapeutique. Ces formes d'appropriation peuvent être perçues extérieurement comme des échecs thérapeutiques, comme des déviations ou des effets d'aubaine de la part d'une population qui agrège toujours sur elle de nombreuses connotations négatives. De ce point de vue, le détour par le point de vue de l'utilisateur montre qu'en fait plusieurs voies sont possibles et efficaces quant à conduire l'utilisateur vers un programme de substitution et une réduction des risques. L'existence de ces multiples portes d'entrée constituent une opportunité pour les patients et les professionnels car elles offrent des paliers adaptés à chaque situation et réduisent le fossé entre institutions et usagers. Certains usagers ont besoin de transition ou d'un environnement de confiance renforcé ou ont besoin de « bricoler » le traitement pour l'inclure dans leur trajectoire. Certains patients restent dans ces entre-deux et ne désirent pas aller plus loin vers l'abstinence ou des formes de médicalisation

extrême de leur existence. D'autres restent coincés dans cette phase intermédiaire, sans accéder à leurs attentes et sans répondre aux attentes institutionnelles.

Les usagers développent leurs propres critères d'évaluation qui peuvent sembler plus « modestes » que les exigences institutionnelles. Accepter cette modestie, ce n'est pas renoncer à avoir des politiques de santé ambitieuses et à faire de la santé un droit. C'est aussi se donner les moyens de traiter chaque personne, de traiter bien chaque personne.

Références bibliographiques :

Bergeron, H., (1999), L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française, Paris, PUF.

Castel, R., (1999), Les sorties de toxicomanie, Editions Universitaires de Fribourg.

Langlois, E., (2011), Les traitements de substitution vus par les patients. Quels enseignements de leur expérience ? OFDT.

Courriel :

emmanuel.langlois@u-bordeaux2.fr



ADDICTION | SUISSE

Congrès national d'Addiction Suisse

**Familles au cœur de la prévention:
Potentiels et défis – regard au-delà de nos frontières**

Le 25 avril 2013 au Palais des Congrès de Bienne.

Suite à la présentation d'un état des lieux des mesures de prévention des addictions orientées vers les familles conduites en Suisse, des projets d'autres pays fondés sur les bonnes pratiques seront présentés et discutés avec des expert-e-s de Suisse.

Le congrès s'adresse aux professionnel-le-s qui s'engagent dans la prévention des addictions et autres conduites à risques auprès des familles.

Le congrès se déroule en français et allemand avec traduction simultanée.

Frais d'inscription : 190.- (repas et pauses inclus)

Programme et inscription sur www.addictionsuisse.ch

Information: Jennifer Dieter, Tél. 021 321 29 76

jdieter@addictionsuisse.ch

ASPECTS JURIDIQUES DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

Olivier Guillod, professeur, directeur de l'Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel

Un examen des dispositions juridiques, dans quatre pays francophones, en matière de traitement de substitution démontre à quel point la pratique médicale dans ce domaine est le reflet national de la perception de la consommation de drogues dites illicites avec un arsenal juridique souvent complexe et diversifié d'un pays à un autre (résumé).

INTRODUCTION

Comme son nom l'indique, le traitement de substitution des personnes dépendantes aux opioïdes doit être appréhendé d'un point de vue juridique comme une forme particulière de traitement médical, et non pas comme une mesure ordonnée judiciairement. Dès lors, le traitement de substitution s'inscrit d'abord dans le cadre des dispositions légales adoptées au niveau international et dans chaque pays sur l'accès aux soins et sur la relation entre patients et professionnels de la santé. Après avoir rappelé ce cadre juridique général, nous évoquerons quelques aspects de la réglementation du traitement de substitution dans quatre pays francophones (Belgique, France, Québec et Suisse).

LA GARANTIE D'ACCÈS AUX TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Les quatre pays étudiés ont tous ratifié le Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Pacte I), du 16 décembre 1966, élaboré sous l'égide de l'Organisation des Nations Unies (ONU). L'article 12 du Pacte I prévoit que « Les Etats parties au présent pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». A cette fin, les Etats doivent prendre une série de mesures, notamment pour assurer « la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies » et « la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie ».

Cette disposition du Pacte I oblige les Etats, en fonction de leurs ressources financières, à réaliser progressivement le droit à la santé de chacun en garantissant notamment la disponibilité des services de soins, leur accessibilité, à la fois physique et financière, sur une base non discriminatoire, ainsi que leur acceptabilité culturelle et éthique¹.

La thérapie des personnes toxicodépendantes poursuit comme buts d'éliminer la dépendance ou, du moins, de diminuer l'usage des produits concernés et, ainsi, de

permettre à ces personnes de recouvrer la santé ou, au moins, de la maintenir à un niveau permettant à la personne concernée de fonctionner comme elle le souhaite au sein de la société. Pour atteindre ces buts, la prescription d'opiacés doit être liée à une indication individuelle. Elle présente alors de nombreux points positifs pour les personnes dépendantes aux opioïdes (diminution du risque de mortalité, réduction des dommages secondaires, amélioration de la qualité de vie) et, plus généralement, pour la santé publique et la sécurité publique (réduction de la délinquance notamment)².

Compte tenu des connaissances accumulées par la médecine des addictions, les Etats ayant ratifié le Pacte I ont, à notre avis, l'obligation d'offrir aux personnes dépendantes aux opiacés la possibilité de suivre un traitement de substitution. Ces personnes souffrent en effet d'une atteinte à leur santé et jouissent du droit aux soins à l'égal de toute autre personne atteinte dans sa santé physique ou psychique. Il appartient donc à chaque Etat, selon ses ressources, de leur offrir des thérapies ayant fait leurs preuves du point de vue médical, parmi lesquelles figurent indiscutablement aujourd'hui les traitements de substitution.

LE RESPECT DE L'AUTODÉTERMINATION DU PATIENT

Le droit de toute personne à l'autodétermination par rapport à son corps et à sa santé est consacré en des termes similaires dans les quatre pays francophones étudiés.

Pour la personne toxicodépendante, le principe d'autodétermination signifie qu'il lui appartient de choisir si elle veut se soigner et, dans l'affirmative, quel traitement elle accepte ou refuse. Ce droit à l'autodétermination n'englobe cependant pas la possibilité d'exiger une forme de traitement qui ne répondrait pas aux règles de l'art, par exemple en raison de son inefficacité établie, de ses risques excessifs ou de son coût exorbitant. Le traitement de substitution entre naturellement dans les options que le patient peut choisir puisqu'il correspond aux règles de l'art, est efficace, ne présente pas de risques excessifs et n'a pas un coût exorbitant.

¹ Voir l'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Genève 2000 ; Andrew Clapham et al. (éds), *Realizing the Right to Health*, Berne 2009.

² Voir les Recommandations de l'Office fédéral de la santé publique, de la Société suisse de médecine de l'addiction et de l'Association des médecins cantonaux suisses concernant la dépendance aux opioïdes : traitements basés sur la substitution, Berne 2009, p. 7.

En même temps, le principe d'autodétermination individuelle oblige l'Etat à respecter la liberté de choix de la personne toxicodépendante. Si, dans des circonstances, exceptionnelles, l'Etat souhaite se réserver la possibilité de prendre une mesure envers une personne toxicodépendante sans tenir compte de sa volonté, il doit alors le prévoir de manière claire et précise dans une disposition légale (exigence de la base légale) et pouvoir invoquer des raisons impérieuses justifiant la mesure envisagée. Ces principes vaudraient, par exemple, pour des mesures de placement et pour des mesures thérapeutiques.

QUELQUES ASPECTS SPÉCIFIQUES DU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION

Un cadre juridique souvent complexe

La réglementation du traitement de substitution s'inscrit généralement dans le cadre complexe de la législation sur les produits thérapeutiques et de celle sur les stupéfiants. L'esprit de ces deux sortes de législation n'est souvent pas le même : la première adopte résolument une perspective de santé publique, alors que la seconde est, dans bien des pays, influencée aujourd'hui encore par l'approche répressive traditionnelle vis-à-vis des drogues. Le traitement de substitution est ainsi encadré de manière stricte et détaillée, ce qui souligne l'ambivalence des autorités à son égard.

Pour se limiter à la situation en Suisse, les stupéfiants utilisés comme produits thérapeutiques sont soumis à la Loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (LPTh). En outre, depuis l'importante réforme entrée en vigueur le 1er juillet 2011 qui a consacré le modèle des quatre piliers, la Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 3 octobre 1951 (LStup) régit la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression en matière de stupéfiants, ainsi que la fabrication, la remise, l'acquisition et l'utilisation de stupéfiants. L'article 1b LStup coordonne ces deux lois, en précisant que la LStup est applicable si la LPTh ne prévoit pas de réglementation ou que sa réglementation est moins étendue.

Le traitement de substitution est réglé plus en détails dans l'Ordonnance du Conseil fédéral relative à l'addiction aux stupéfiants et autres troubles liés à l'addiction du 25 mai 2011 (OASup), qui traite notamment du contrôle des traitements avec prescription de diacétylmorphine.

Conformément à l'article 3e al. 1 LStup, les cantons sont tenus de soumettre à une autorisation spéciale la prescription, la remise et l'administration des stupéfiants destinés au traitement des personnes dépendantes. Seule la prescription d'héroïne est soumise à une autorisation fédérale (article 3e al. 3 LStup).

Les cantons ont donc édicté des dispositions généralement très détaillées concernant l'utilisation des stupéfiants autres que l'héroïne. Il s'y ajoute encore des recommanda-

tions non contraignantes, spécialement les Recommandations de l'Office fédéral de la santé publique, de la Société suisse de médecine de l'addiction et de l'Association des médecins cantonaux suisses concernant la dépendance aux opioïdes et les traitements basés sur la substitution.

Un traitement soumis à autorisation étatique

En Suisse (article 3e LStup) et au Québec (articles 56 et 57 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRDS), le contrôle de l'emploi licite de stupéfiants est assuré au moyen d'un régime d'autorisation délivré par une autorité étatique. En France, seuls les médecins des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) peuvent obtenir une autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé pour détenir, contrôler, gérer et dispenser les médicaments (Code de la santé publique, articles D 3411-9 et 10, R 5124-45). En Belgique, les centres d'accueil, les réseaux de prise en charge pour usagers de drogue et les centres spécialisés doivent également détenir une autorisation, en vertu de l'article 3 de l'Arrêté royal réglementant le traitement de substitution (ARTS). Une telle autorisation n'est en revanche pas nécessaire pour les médecins exerçant en cabinet privé.

En Suisse, il faut une autorisation cantonale pour un traitement au moyen de stupéfiants (article 3e al. 1 LStup), à l'exception de la prescription d'héroïne qui requiert une autorisation fédérale (article 3e al. 3 LStup), normalement délivrée aux institutions ou, exceptionnellement, au médecin ou au patient (articles 16ss OASup). Les autorisations cantonales sont, quant à elles, délivrées à un médecin ou à un établissement hospitalier.

Alors que l'autorisation n'a pas de limite temporelle dans les cantons suisses, en France et au Québec, elle a une durée maximale de cinq ans en Belgique (article 3 ARTS). De même, l'autorisation fédérale délivrée en Suisse aux institutions et aux médecins pour la prescription de diacétylmorphine est valable cinq ans au plus, mais peut être renouvelée (articles 16 al. 4 et 18 al. 2 OASup). L'autorisation délivrée au patient est valable deux ans au plus, avec renouvellement possible (articles 21 al. 3 OASup).

L'autorisation ne vise pas un nombre limité de patients en France, au Québec et en Belgique. Au contraire, l'autorisation cantonale en Suisse ne vaut souvent que pour un seul patient (par exemple Berne, Neuchâtel et Tessin), voire pour dix patients (Genève). Un médecin en cabinet privé en Belgique (qui n'a pas besoin d'une autorisation) ne peut pas administrer un traitement de substitution à plus de cent-vingt patients simultanément (article 11 ARTS).

Le traitement ne peut généralement être administré qu'avec certains produits. Par exemple en Suisse, seuls la diacétylmorphine, la méthadone, les benzodiazépines et la buprénorphine peuvent être prescrits dans le cadre des traitements de substitution autorisés. La réglementation légale en France et en Belgique ne s'applique qu'à la méthadone et à la buprénorphine. Au Québec, la méthadone est actuel-

lement le seul stupéfiant autorisé pour le traitement de la dépendance aux opiacés. Dans ces pays, la prescription de benzodiazépines reste cependant autorisée par les règles générales.

Un traitement réservé à certains patients

Les réglementations nationales relatives aux traitements de substitution peuvent être réparties en trois catégories en ce qui concerne les conditions personnelles posées aux patients.

La réglementation belge reste muette concernant des conditions que devrait remplir le patient pour pouvoir bénéficier d'un traitement de substitution. Il va de soi cependant que les règles générales relatives à tout traitement médical, notamment le principe du consentement libre et éclairé du patient, s'appliquent.

La réglementation française n'est pas beaucoup plus bavarde. Elle insiste simplement sur la base volontaire de la prise en charge, censée favoriser la réussite du traitement, et prévoit que le traitement de substitution est destiné aux personnes fortement dépendantes aux opiacés, âgées de plus de quinze ans.

Les réglementations suisse et québécoise contiennent en revanche beaucoup plus de détails sur les conditions auxquelles des patients peuvent bénéficier d'un traitement de substitution.

Par exemple en Suisse, le Conseil fédéral doit veiller à ce que la prescription de diacétylmorphine soit destinée à des personnes toxicodépendantes pour lesquelles les autres types de traitement ont échoué ou dont l'état de santé ne permet pas d'autre traitement (principe de subsidiarité du traitement avec prescription d'héroïne : article 3e al. 3 let. a LStup). En outre la personne doit (sauf cas exceptionnels selon l'article 10 al. 2 OASup) avoir 18 ans révolus, être gravement dépendante à l'héroïne depuis deux ans au moins, avoir suivi sans succès ou interrompu au moins deux fois une autre thérapie ambulatoire ou résidentielle reconnue et présenter des déficits de nature psychique, physique ou sociale (article 10 al. 1 OASup).

De leur côté, les cantons suisses ont aussi défini une série de critères de sélection des patients pour déterminer l'indication aux traitements de substitution autres que celui à base de diacétylmorphine.

Plusieurs cantons suisses, de même que le Québec, requièrent la signature par le patient d'un contrat thérapeutique. Par exemple, les Lignes directrices pour l'utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie suivies au Québec prévoient un contrat de traitement signé par le patient et le médecin qui doit décrire les règles à observer, les exigences de contrôle et les possibilités de mettre fin au traitement. Ce contrat peut naturellement aussi être conclu dans les autres pays, dans la mesure où il peut servir d'outil thérapeutique utile

Un traitement appliqué par certains professionnels

Les réglementations nationales posent en général aussi des conditions tenant aux professionnels de la santé et aux institutions susceptibles d'administrer un traitement de substitution.

Par exemple, en France, la primoprescription de méthadone ne peut être effectuée que par des médecins exerçant dans des établissements de soins ou des CSAPA. En Belgique, tout médecin qui prescrit des traitements de substitution à plus de deux patients simultanément doit être enregistré auprès d'un Centre d'accueil agréé, d'un réseau de prise en charge pour usagers de drogue agréé ou encore d'un centre spécialisé agréé (article 2 § 2 ARTS). Au Québec, il existe une liste des médecins autorisés à prescrire de la méthadone ainsi qu'une liste des pharmaciens offrant le service. En Suisse, la diacétylmorphine peut être prescrite uniquement par un médecin spécialisé et dans une institution appropriée (article 3e al. 3 let. b LStup). Pour être appropriées, les institutions doivent répondre aux conditions énoncées dans les articles 14 et 15 OASup.

Les réglementations belge et suisse insistent en outre sur les qualifications professionnelles requises des médecins prescrivant des traitements de substitution et sur leur obligation de formation continue.

Un traitement appliqué selon certaines règles

Les diverses réglementations nationales posent aussi des exigences liées au traitement lui-même, qui varient fortement d'un pays à l'autre. Ces exigences portent notamment sur les modalités du traitement et sur les contrôles à effectuer par les professionnels de la santé.

La réglementation suisse se distingue encore une fois par sa densité. L'administration et la prise de diacétylmorphine doivent en principe avoir lieu à l'intérieur de l'institution visée à l'article 16 OASup, sous contrôle visuel d'un membre de l'équipe chargée du traitement (article 13 al. 1 OASup). Exceptionnellement, dans des cas indiqués, la diacétylmorphine peut être administrée à domicile, sous contrôle visuel du médecin responsable ou d'une personne mandatée par ses soins (article 13 al. 2 OASup). Un patient peut, à titre exceptionnel, se faire remettre jusqu'à deux doses journalières s'il est en traitement depuis six mois au moins sans interruption, si son état sanitaire et social est stabilisé, si les deux dernières analyses d'urine n'ont pas mis en évidence de stupéfiants et s'il n'y a pas de risque d'abus (article 13 al. 3 OASup).

S'agissant de l'administration de la buprénorphine, il existe des dispositions détaillées dans les recommandations de l'Office fédéral de la santé publique. Les législations cantonales précisent de leur côté les modalités usuelles d'administration des autres produits et stupéfiants, notamment la méthadone (en général : prise sous le contrôle et en présence d'un médecin, d'un pharmacien ou de l'un de ses auxiliaires). Des exceptions sont prévues, à des conditions qui varient d'un canton à l'autre, par exemple pour

le dimanche, les jours fériés et les vacances (remise de plusieurs doses au patient) ou quand l'état du patient s'est stabilisé (par exemple remise de doses hebdomadaires, à Zurich et au Tessin).

Les réglementations cantonales en Suisse ne sont pas uniformes non plus en ce qui concerne les contrôles d'urine demandés aux personnes toxicodépendantes suivant un traitement de substitution. Berne et Zurich exigent de tels contrôles (de même que le Québec et la France), contrairement à Neuchâtel.

Au surplus, la dimension clinique des traitements de substitution avec prise de méthadone et de buprénorphine fait l'objet de recommandations de la Société suisse de médecine de l'addiction.

Les réglementations nationales prévoient enfin différents motifs justifiant d'interrompre le traitement de substitution. Toutes admettent, de manière explicite ou par application de principes généraux, que le patient puisse en tout temps renoncer à poursuivre un traitement de substitution. Le droit suisse (article 23 OASTup) permet en outre à l'Office fédéral de la santé publique de retirer au patient l'autorisation de suivre un traitement avec prescription de diacétylmorphine, par exemple, s'il consomme des stupéfiants, s'il remet ou vend à des tiers des préparations qui lui ont été remises dans le cadre de la thérapie ou s'il exerce des menaces ou commet des actes de violence envers des membres du personnel soignant.

CONCLUSIONS

La législation des pays francophones exige le plus souvent une autorisation étatique pour entreprendre un traitement de substitution et règle de manière détaillée ses modalités. S'agissant d'une thérapie dont l'application est confiée aux médecins, ces réglementations demeurent assez paradoxales : pourquoi l'Etat doit-il absolument se mêler à une décision d'ordre médical ?

Le cadre normatif fixé par le droit ne représente évidemment qu'un élément parmi d'autres qui conditionnent la réponse d'une société à une problématique comme celle de la prise en charge des personnes toxicodépendantes. Mais dès l'instant où un pays adhère au modèle des quatre piliers, il reconnaît la nécessité d'offrir aux personnes souffrant d'addiction des traitements appropriés. Or, il ne fait médicalement aucun doute aujourd'hui que les traitements de substitution doivent faire partie de cet arsenal thérapeutique. Par une réglementation souple et faisant confiance aux professionnels de la santé impliqués, le droit devrait plus clairement encourager les bonnes pratiques cliniques fondées sur des preuves scientifiques et libérer des peurs et des fantasmes qu'éveille encore dans la société la consommation de substances dites illicites.

Courriel : Olivier.Guillod@unine.ch

PRINTEMPS 2013



Le GREA vous propose, en plus de ses formations régulières, les nouvelles formations suivantes.

CONNAÎTRE ET PRÉVENIR LE BURN OUT

Cette formation vise à comprendre ce qu'est le burn out, en quoi il se distingue de la dépression et comment l'identifier. Elle sera l'occasion de repérer et de travailler sur les facteurs de risques individuels - quand la trajectoire personnelle et professionnelle se superposent - aussi bien qu'institutionnels.

OBJECTIFS:

- Comprendre la spécificité du burn out
- Pouvoir identifier les facteurs de risques individuels et institutionnels
- Acquérir des outils pour prévenir le burn out

DATES: Mercredi 6 et jeudi 7 février 2013

LA PRÉVENTION DE LA RECHUTE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE

Ce programme, basé sur la pleine conscience, s'inspire de celui utilisé depuis 30 ans pour la réduction du stress. Cette formation propose de suivre toutes les étapes du programme MBRP au travers d'exercices pratiques de méditation « formelle » et des exercices cognitifs proposés par le programme.

OBJECTIFS:

- Connaître le programme MBRP
- Se familiariser à la pratique de la pleine conscience
- Guider les méditations et les feed-backs des exercices

DATES: Jeudi 14, vendredi 15 mars et vendredi 28 juin 2013

L'HYPNOSE, UN OUTIL UTILE À L'ACCOMPAGNEMENT

Cette formation de deux jours permettra aux participants de découvrir les fondements historiques et théoriques de l'hypnose. Ce module sera l'occasion pour les participants de tester quelques techniques sur eux-mêmes, techniques accessibles et facilement transposables dans leur pratique professionnelle, notamment pour le renforcement des ressources de l'usager.

OBJECTIFS:

- Découvrir les fondements de l'hypnose
- Tester quelques techniques utiles à l'accompagnement
- Explorer l'autohypnose

DATES: Mardi 23 et mercredi 24 avril 2013

LE JUGE ET LE SOIGNANT : REGARDS CROISÉS SUR DES ACCOMPAGNEMENTS IMPOSÉS

Cette journée sera l'occasion de découvrir des éléments théoriques guidant la collaboration entre la justice et le suivi psychosocial du point de vue des deux « protagonistes », le juge et le soignant.

OBJECTIFS:

- Découvrir le positionnement de champs disciplinaires différents
- Repenser l'influence du cadre de contrainte

DATES: Mardi 14 mai 2013

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

LES DROITS DE L'HOMME AU CHEVET DES TDO : ENSEIGNEMENTS ET LENDEMAINS D'UN JUGEMENT DE LA COUR SUPRÊME DU CANADA SUR LA LÉGALITÉ DES SERVICES D'INJECTION SUPERVISÉE

M^e Louis Letellier de St-Just, avocat en droit de la santé, président du Cactus, Montréal*

M^e Louis Letellier de St-Just retrace dans cet article l'histoire de l'implantation du premier site d'injection supervisée au Canada, et surtout son difficile maintien suivant l'orientation du gouvernement en place. L'affaire a été portée devant la justice jusqu'à une décision favorable de la Cour suprême du Canada, en mai 2011, au nom du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité. Récit. (réd.)

Les grands bouleversements sociaux qui viennent happer le temps, qu'ils soient révolutions ou épidémies, malgré les heurts qu'ils laissent dans leurs sillons, ne sont pas sans provoquer des réflexions utiles et les réformes nécessaires.

L'épidémie du sida est de ceux-là. Les réponses et les actions posées pour reconnaître et en affronter l'ampleur, quant à elles, varieront d'un continent à un autre. Courants politiques, enjeux sociaux, économiques et culturels en décideront.

Dans sa foulée, l'épidémie aura tôt fait de faire ressurgir les valeurs de solidarité et d'entraide au sein des communautés les plus touchées. Bafoués et trop souvent ignorés, les droits de la personne deviendront au fil des ans des incontournables pour soutenir les changements et les façons d'agir. Avec elle, c'est une redéfinition complète de la santé publique et de son langage qui prendra place. La réduction des risques ou des méfaits en sera l'un des plus vaillants exemples.

Parmi les communautés heurtées par l'épidémie, celle des utilisateurs de drogues illégales ou injectables (UDI) s'avère l'une des plus vulnérables et surtout, l'une pour laquelle le soutien politique et public ne sera jamais aisé. La dualité entre la réponse à la criminalité reliée au trafic et à la possession de drogues et celle à donner aux besoins de santé de populations ou de groupes concernés, en est assurément la cause.

Au Canada, « l'affaire INSITE » (1), dont l'aboutissement fut une décision judiciaire de septembre 2011 rendue par le plus haut tribunal canadien, illustre parfaitement ces dernières affirmations.

Bras de fer entre militants pour le respect des droits de l'homme et le gouvernement canadien d'allégeance conservatrice, cette saga d'intérêt national aura mis en relief le décalage politique qu'affiche le Canada quant à son ouverture envers des objectifs adaptés de réductions des risques. L'implantation et la reconnaissance de services d'injection supervisée (SIS), font partie de ceux-ci, alors qu'ils sont déjà en place dans plusieurs pays dont la Suisse depuis 1986 et dont la pertinence est reconnue (2).

Cette décision dont l'article s'attardera à décrire la portée, aura eu l'effet d'une gifle pour un gouvernement qui ne semble avoir de honte à afficher son arrogance et son mépris face aux plus démunis et victimes de sa politique prohibitionniste en matière de lutte contre la drogue, les UDI.

INSITE ET LE DOWNTOWN EASTSIDE DE VANCOUVER RESPONSABLES DE L'AFFRONTMENT : UNE VISITE DES LIEUX

En 1997 à Vancouver, dans la province canadienne de la Colombie-Britannique, les autorités provinciales de santé publique, confrontées à une situation sans précédent dans l'un des plus vieux quartiers de la ville, se voient contraintes d'y déclarer un état d'urgence sanitaire.

Extrême pauvreté, addiction et itinérance presque endémique, ravage de l'épidémie du sida chez les UDI, décès par surdose d'un niveau extravagant et prolifération de maladies chroniques toutes en lien avec la consommation de drogues injectables, seront les désolants constats qui supporteront cette décision.

*M^e Louis Letellier de St-Just est avocat en droit de la santé, président et membre fondateur de CACTUS Montréal, premier organisme à administrer un programme d'échange de seringues en Amérique du Nord et l'un des procureurs d'une coalition internationale ayant défendu la légalité de l'unique service d'injection supervisée en Amérique du Nord devant la Cour suprême du Canada en mai 2011.

Malgré cette orientation, la route pour rétablir une certaine dignité humaine dans le quartier n'était pas tracée pour autant, tant celui-ci semblait avoir pris un visage dont les traits resteraient à jamais marqués dans les ombres de ses ruelles.

Une seule statistique réussit à maintenir la stupéfaction, celle d'une prévalence du VIH et du VHC chez les UDI dans ce quartier de Downtown Eastside (DTES), l'une des plus élevées parmi les populations des grandes capitales du monde développé (3).

Pour des décennies, le DTES de Vancouver sera le plus pauvre au pays. Y vivre était considéré comme vivre dans un pays du Tiers-Monde, y mourir était considéré mourir dans un pays du Tiers-Monde.

Diverses initiatives seront donc envisagées et mises de l'avant sous l'égide de l'autorité régionale de santé, la Vancouver Coastal Health Authority, pour éviter pire chaos. Un plan d'action proposant diverses stratégies de réduction des risques sera adopté. Parmi elles, la mise en place d'un SIS sera priorisé, alors que déjà en Europe, la Suisse, l'Espagne et les Pays-Bas les avaient intégrés dans leur politique d'intervention en matière d'addiction.

Alors que la santé publique cherche encore ses ancrages dans l'univers de la consommation de drogues illicites, que la reconnaissance des droits fondamentaux de la personne comme base des politiques de santé publique dans ce même univers tarde à se faire reconnaître, le gouvernement d'alors, d'allégeance libérale, reconnaîtra en 2003 la nécessité d'aller de l'avant avec l'ouverture d'un SIS à Vancouver dans le DTES.

Le geste ne passera pas inaperçu chez le voisin américain, puisque défiant sa politique prohibitionniste en matière de lutte contre la drogue. INSITE verra donc le jour le 21 septembre 2003 et sera le premier SIS en Amérique du Nord, le seul encore à ce jour.

INSITE, un organisme communautaire soutenu financièrement par les seules autorités provinciales qui ont milité pour sa création, de concert notamment avec la municipalité et d'autres organismes locaux dont ceux regroupant des UDI, se verra donc octroyé par le ministre de la Santé du Canada, une exemption de 3 ans pour des raisons scientifiques et de recherche, en vertu de la législation canadienne sur les drogues (4).

En chiffres, DTES aujourd'hui c'est :

- 16'500 personnes qui y vivent;
- de l'héroïne consommée à 51 %;
- une prévalence de l'hépatite C de 87 % chez les UDI;
- un taux de prostitution de 38 %;

- - 80 % des personnes UDI auraient déjà été incarcérées;
- - 51 % des personnes UDI auraient vécu un épisode de surdose.

Ces statistiques sont tirées d'un sondage effectué auprès de la population du quartier DTES et ont été déposées au ministre de la Santé du Canada en 2008, dans un rapport rédigé à son attention. Il faut penser, sans trop se tromper, qu'elles n'auront jamais su convaincre le ministre de l'époque de croire autre chose que les UDI consommaient par choix personnel, puisqu'il refusera, la même année, de reconduire l'exemption légale permettant à INSITE de poursuivre les activités de son SIS.

RAPPEL HISTORIQUE DE L'AFFRONTLEMENT JUDICIAIRE AVEC LE GOUVERNEMENT CANADIEN

Fruit d'un long parcours de recherche et de planification, tissé par la collaboration d'acteurs gouvernementaux, municipaux, communautaires et d'individus, INSITE et son SIS ouvrira ses portes en septembre 2003.

À l'enthousiasme de ce départ singulier, dans la chevronnée des efforts de santé publique pour contrer les contre-coups de la situation, succédera rapidement les inquiétudes et les frustrations issues de l'élection d'un nouveau gouvernement en 2005. La philosophie de ce dernier sur le traitement de la dépendance aux drogues, tablera davantage sur une application rigoureuse des lois sur les drogues et leurs interdits, plutôt que de favoriser une approche raisonnée et objective telle que le propose celle de la réduction des risques. Il restera de glace devant les études scientifiques disponibles sur l'impact positif de l'implantation de SIS et plus particulièrement sur celui de Vancouver, qu'il refusera d'appuyer par l'octroi, par le ministre de la Santé, d'une exemption à la Loi canadienne sur les drogues (la Loi).

Aussi, en septembre 2006, le ministre fédéral de la Santé annoncera que l'exemption accordée par le gouvernement précédent ne sera renouvelée que pour une période de 15 mois. Ce geste, peu surprenant par ailleurs, sera le premier qui fera présager, qu'à court terme, la décision du retrait définitif de l'exemption accordée à INSITE tombera.

En octobre 2007, le ministre fédéral de la Santé, poursuivra la stratégie de la mort à petit feu, en prolongeant cette fois l'exemption pour une période additionnelle de 8 mois, soit jusqu'au 30 juin 2008.

Non dupe des intentions du ministre et du gouvernement en place, d'autant plus que les déclarations du ministre ne laissent aucune équivoque sur ses intentions à venir, en août 2007, l'organisme communautaire responsable des activités du SIS, deux UDI et usagers des services d'INSITE, ainsi qu'une association vancouveroise d'usagers de drogues, saisiront un tribunal de première instance de la province.

Ils exigeront que soit déclarées inconstitutionnelles les dispositions de la Loi concernant la possession et le trafic de drogues, en plus de revendiquer que soit reconnue l'exclusivité de la juridiction provinciale sur les activités du SIS à l'exclusion de la compétence fédérale en matière de droit criminel.

En mai 2008, sans donner raison aux demandeurs sur l'ensemble de leurs revendications, le juge saisi de l'affaire déclarera inconstitutionnel les dispositions de la Loi canadienne sur les drogues en ce qui a trait aux infractions de possession et de trafic. Il justifiera sa décision en précisant que ces dispositions font entrave aux droits fondamentaux que sont les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité, lesquels sont garantis par la Charte canadienne des droits et libertés (la Charte), elle-même insérée dans la Constitution canadienne. Il soutiendra notamment son argumentation en traçant le portrait de DTES et de sa population d'UDI, cela avec le soutien de la preuve scientifique qui aura été déposée et accordera une année au gouvernement canadien pour modifier la Loi afin qu'elle soit en accord avec la Constitution canadienne et les principes de justice fondamentale. Les motifs au soutien de sa décision auront un caractère déterminant pour la suite des choses.

Le gouvernement canadien en appellera de la décision et la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, le 15 janvier 2010, rejettera l'appel du gouvernement dans une décision majoritaire prise par un banc de trois juges.

L'essentiel des motifs de la cour d'appel soutiennent l'incompatibilité des dispositions en cause de la Loi par rapport aux droits fondamentaux garantis par la Charte, en plus de considérer qu'INSITE devait être reconnu en tant « qu'entreprise provinciale de santé établie en vertu du pouvoir conféré à la législature provinciale » relativement à sa compétence en matière d'administration et d'organisation des services de santé.

Encore une fois repoussé dans ses prétentions, le gouvernement canadien fera appel de la décision, pour une ultime fois cette fois, devant le plus haut tribunal du pays, la Cour suprême du Canada (la Cour).

Le 12 mai 2011, les 9 juges de la Cour entendront les arguments des parties. À elles s'ajouteront celle du Procureur général de la Colombie-Britannique en plus de celles de 11 parties intervenantes autorisées par la Cour. Parmi elles, une seule aura un plaidoyer soutenant les prétentions du gouvernement.

Le 30 septembre 2011, dans une décision unanime, la Cour rejettera de manière définitive les arguments du gouvernement fédéral canadien.

Par cette décision tout aussi spectaculaire qu'inattendue, étant donné l'unanimité au sein de ses juges, la Cour ordonnera au ministre d'accorder sur-le-champ à INSITE l'exemption prévue à la Loi.

Dans les prochains paragraphes et comme dernier volet de cet article, seront identifiés les principaux éléments de la décision et en questionneront la portée véritable.

LES MOTIFS DE LA COUR SUPRÊME DU CANADA : UNE SENSIBILITÉ RASSURANTE FACE AUX INDIVIDUS ET AUX CHANGEMENTS SOCIAUX

Des arguments de droit constitutionnel ou « de qui fait quoi »

Comme il l'a été souligné succinctement dans les paragraphes qui précèdent, à la base de l'affrontement et sans entrer dans le fin détail des arguments et des motifs du jugement, réside une bataille de philosophie concernant l'orientation des politiques de santé publique en matière de réduction des risques.

D'un côté, le gouvernement fédéral prétendra avoir raison d'appliquer sa loi sur les drogues à INSITE et dès lors de justifier l'interdiction de possession et de trafic de drogues illégales. Le ministre justifiera de la même manière sa décision de ne pas exercer son pouvoir discrétionnaire afin d'accorder une exemption à INSITE.

Quant à la position opposée exprimée par les différentes parties soutenant les activités d'INSITE, elle sera fondée tantôt sur la compétence conférée aux législatures provinciales en matière de santé, puisque selon cet argument INSITE doit être reconnu comme un établissement de santé, tantôt sur l'atteinte aux droits fondamentaux consentis par la Charte, soit les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne ou sur les deux arguments principaux à la fois.

Tant pour le personnel qui œuvre au sein d'un SIS tel INSITE que pour ses usagers, les risques que comporte l'application rigoureuse de la loi réglementant les drogues sont patents. Sans exemption obtenue du ministre, les activités professionnelles des uns et la fréquentation du lieu par les autres ouvrent toute grande la porte à des accusations de possession et, en apparence seulement, à celles de trafic. La sentence maximum pour la première infraction est de 7 ans d'emprisonnement.

Il faut donc vraiment croire à la cause pour braver l'interdit, se rappelant que dans un système judiciaire tel celui du Canada, qu'il n'appartient pas aux tribunaux de légiférer mais bien aux gouvernements en place.

Dans les faits, considérant la situation exceptionnelle de détresse dans laquelle des personnes se trouvaient et se trouvent encore dans DTES, la mise à exécution de cette possibilité d'accusation par les instances de justice fédérale aurait fortement discrédité le gouvernement. Son entêtement, même maladroit, était sans doute calculé.

La bataille juridique était bien entendu cruciale pour ce dernier et d'aucun ne doute qu'il y tenait principalement à cause de sa politique en matière de lutte contre la drogue, calquée sur le modèle prohibitionniste du gouvernement américain.

Ce choix politique, faut-il le rappeler, est en porte-à-faux avec le courant mondial actuel qui clame le constat d'échec de l'approche basée sur la prohibition. Ce courant est plus particulièrement influencé par la réflexion récente (avril 2012) de quatre ex-présidents latino-américains, reprenant leurs déclarations antérieures sur le sujet, telles qu'ils les avaient exprimées dans le cadre de la Commission mondiale sur les drogues, quatre années plus tôt, en mars 2009 (5).

Les questions auxquelles la Cour devait répondre

Au matin de la diffusion du jugement, l'unanimité des juges a tôt fait d'en surprendre plus d'un.

Par ailleurs, ce qui interpellera d'avantage le lecteur attentif et intéressé par la décision, c'est d'abord la grande sensibilité démontrée par la Cour quant à la réalité que doivent affronter des milliers de personnes, dans DTES et ailleurs au pays, au prise avec un problème de toxicomanie rattaché principalement à la consommation de drogue. À elle seule, la description précise et documentée du contexte du quartier DTES exprime la préoccupation de la Cour.

La Cour décidera donc de s'arrêter à trois seules questions pour disposer du litige. Les voici telles qu'énoncées :

- INSITE, reconnu établissement de santé, est-il exempt de l'application de la Loi;
- Les dispositions de la Loi traitant de la possession et le trafic, enfreignent-elles les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité garantis par la Charte canadienne des droits et libertés;
- Le ministre fédéral de la Santé a-t-il exercé convenablement sa discrétion et sa décision, a-t-elle portée atteinte aux droits fondamentaux des usagers qui s'adressent à la Cour.

LES RÉPONSES DE LA COUR OU LES LEÇONS ET DEVOIRS DONNÉS AU MINISTRE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ

La Cour disposera de la première question en reconnaissant que les interdictions criminelles de possession et de trafic établis par la Loi sont valides, tant d'un point de vue constitutionnel que d'une perspective de partage des compétences.

Bien que reconnaissant qu'un SIS, en l'occurrence INSITE, doit être reconnu comme un service de santé légitimement mis en place par les autorités provinciales, la Cour soutiendra que la protection de la santé et de la sécurité publiques contre les effets des drogues créant une dépendance est un objectif légitime du droit criminel.

Cette prise de position est difficilement critiquable compte tenu de la logique. En effet, il faut analyser la Loi dans son ensemble et tenir compte de l'objectif qu'elle poursuit. Or, la Loi se veut essentiellement une réponse du législateur canadien aux problèmes qu'engendre la consommation de drogues illégales au pays.

Il faut accepter de voir dans l'application des dispositions concernant la possession et le trafic, l'expression d'une interdiction somme toute générale, alors que la même Loi laisse une marge de manœuvre au ministre pour permettre l'utilisation de substances illicites dans certaines situations. C'est en quelque sorte la manière qu'a choisi le législateur pour contrer les orientations parfois conflictuelles de Santé publique et de Sécurité publique.

À ce propos, la Loi précisera elle-même à son article 10(1) « ...que le prononcé des peines prévues à la présente partie a pour objectif essentiel de contribuer au respect de la loi et au maintien d'une société juste, paisible et sûre tout en favorisant la réinsertion sociale des délinquants et, dans les cas indiqués, leur traitement et en reconnaissant les torts causés aux victimes ou à la collectivité ».

Ceci étant dit, la Cour s'empressera par la suite de préciser que cette reconnaissance de la compétence fédérale de droit criminel en matière de contrôle des drogues ne compromettrait en rien les prétentions adverses quant à l'atteinte aux droits fondamentaux garantis par la Charte.

Abordant la réflexion sur les deux autres questions, la Cour déclarera entre autre que « la dépendance est une maladie », « que ce ne sont pas les substances contrôlées qui sont la cause des infections que sont le VIH et le VHC » et « que le risque de morbidité et de mortalité associé à la dépendance diminue avec la présence de personnel qualifié ».

Que le plus haut tribunal d'un pays se commette de la sorte est d'une importance capitale pour la suite des choses en matière de réduction des risques et de respect des personnes touchées par l'addiction. Elle reconnaît du même coup l'importance des preuves scientifiques pour la reconnaissance des droits de la personne.

Si la Cour considérera que les dispositions de la Loi concernant la possession de drogue est conforme aux principes de justice fondamentale parce que le ministre de la Santé conserve une discrétion pour permettre certaines exemptions, elle reconnaîtra par ailleurs qu'elles mettent néanmoins en jeu les droits fondamentaux garantis par la Charte, dans la mesure où cette discrétion n'est pas exercée comme il se doit.

Placé devant une telle situation, les droits fondamentaux des employés du SIS seront compromis puisque le danger d'incarcération amènerait une rupture de services mettant en danger la vie et la sécurité des usagers d'INSITE. De la même manière, pour bénéficier de ce service de santé

que constitue un SIS, les UDI doivent apporter leur drogue. Interdire en tout lieu la possession de drogue viendrait dès lors compromettre leur liberté de recevoir des services de santé et mettre en danger leur vie et leur sécurité, compte tenu des risques inhérents à l'injection sans supervision et en l'absence de matériel sécuritaire.

Fort des arguments des demandeurs et devant la faiblesse de ceux du gouvernement et du ministre, la Cour considérera que c'est l'exercice du pouvoir discrétionnaire de ce dernier qui contrevient aux libertés fondamentales garantis par la Charte des droits et libertés.

La discrétion du ministre fédéral de la Santé, en vertu de l'application de la Loi est précisée en ces termes à son article 56 :

« S'il estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient, le ministre peut, aux conditions qu'il fixe, soustraire à l'application de tout ou partie de la Loi...toute personne ou catégorie de personne...ou de substance désignée ».

C'est donc inspiré de ces quelques lignes, que le ministre doit exercer son jugement afin d'assurer un juste équilibre entre la protection de la Santé publique et la Sécurité publique.

Il sera ici blâmé pour avoir exercé son jugement de manière erratique, compromettant du coup les droits des usagers et du personnel d'INSITE.

La Cour considérera que le ministre aura agi arbitrairement, puisqu'il disposait de toute l'information scientifique et factuelle probante pour rendre une décision structurée et respectueuse des droits en cause. Au passage, la Cour mentionnera que le ministre n'a même pas pris soin de considérer la documentation qui a servi aux renouvellements précédents, que les interventions traditionnelles ont

peu fait pour diminuer la consommation de drogue dans DTES, qu'aucun décès par surdose n'est survenu depuis l'ouverture d'INSITE et que par surcroît, l'opinion publique supporte le maintien de ce service de santé.

De plus, la Cour qualifiera de disproportionnée la décision du ministre de ne pas renouveler l'exemption, car les services d'INSITE sauvent des vies, qu'en 8 ans d'existence, il y a absence d'incidence négative de sa présence dans le quartier et que priver la population de ces services ne tient pas compte des avantages que le Canada peut en tirer.

Voilà des reproches qui ébranlent la crédibilité d'un ministre et même de celle de son gouvernement, alors qu'aucune preuve scientifique valable ne soutiendra ses arguments, dont le plus désolant est celui de prétendre que les risques inhérents à la consommation de drogue ne découlent pas de l'interdiction de possession mais plutôt du seul choix des toxicomanes de consommer des drogues illégales. Navrant postulat s'il est un, qui démontre la méconnaissance inacceptable du contexte pour un ministre de la Santé.

Le cadre de l'exercice de la discrétion ministérielle proposé par la Cour

Pour toute demande subséquente d'exemption déposée par un organisme ou une entité ayant l'intérêt pour le faire, la Cour encadre l'exercice du pouvoir discrétionnaire du ministre de 4 pôles. Le ministre devra s'assurer que :

- La demande s'inscrit dans les limites de la Loi et de la Charte;
- Qu'il s'assurera de maintenir un juste équilibre entre la Santé publique et la Sécurité publique;
- Que dans la perspective d'un refus de sa part, sa décision ne porte pas atteinte aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité des personnes;
- Que la demande cadre bien avec la diminution des risques de décès par surdose et qu'elle ne saurait avoir d'incidence négative sur la Sécurité publique.

Le ministre devra donc considérer certains facteurs qu'identifie la Cour, dont l'incidence du SIS sur le taux de criminalité, s'assurer que les conditions locales militent en faveur de l'implantation d'un tel service, que la structure du SIS rencontre les exigences cliniques et règlementaires reconnues et des ressources disponibles pour ses opérations.

Un dernier facteur avancé par la Cour sera celui de tenir compte des appuis ou de l'opposition de la communauté quant à l'implantation d'un SIS.

REMARQUES FINALES

La décision de la Cour suprême du Canada marquera la jurisprudence canadienne en matière de respect des droits de la personne. Elle aura eu bien entendu un impact immédiat pour INSITE et ses usagers lui assurant la continuité de ses activités auprès de ces derniers.

Un de ses impacts les plus importants, sera celui d'ouvrir toute grande la porte aux autres provinces canadiennes qui connaissent désormais les règles du jeu et pourront aller de l'avant avec leurs intentions de mettre en place les services de SIS, comme c'est le cas pour la province du Québec qui identifie dans son Plan d'action nationale en Santé publique le recours au SIS dans le cadre de son approche de réduction des méfaits.

Le contexte de DTES ne peut se comparer à aucun autre endroit au Canada. Aussi, les demandes éventuelles d'exemption devront refléter avec soins le contexte particulier dans lequel la démarche d'implantation d'un SIS s'inscrit.

La communauté internationale préoccupée par la problématique de l'addiction doit également se réjouir de la décision, puisqu'elle lui donne les balises nécessaires pour influencer les autorités politiques afin d'aller de l'avant.

La Cour a rendu une décision juste et raisonnée. Elle l'a fait aussi avec une rapidité inattendue, ce qu'il faut applaudir. Mais dans son empressement, elle n'aura peut-être pas mesuré la portée de sa recommandation faite au ministre de tenir compte de l'appui ou de l'opposition manifestée à l'endroit d'un projet de SIS. Ce faisant, elle donne à des citoyens du secteur visé par le projet la possibilité d'exprimer sans nuance son désaccord. Alors comment faut-il mesurer cette variable? Comment le ministre la considérera-t-il? Ces questions n'ont pas de réponse pour l'instant. Il faudra attendre que les premières demandes d'exemption soient déposées, ce qui devrait se faire dans un avenir très proche.

Faudra-t-il retourner devant les tribunaux pour faire clarifier la décision de la Cour ou même pour attaquer à nouveau d'éventuelles décisions ministérielles? Ce même avenir nous le dira.

Références :

(1) Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society, 2011 CSC 44;

(2) Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée : Analyse critique de la littérature, Lina Noël et autres, Institut national de santé publique du Québec, Montréal, 2009, p.17;

Créer des lieux d'injection sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques, Réseau juridique canadien VIH-SIDA, 2002, Toronto, 76 p.

(3) Vancouver's Downtown Eastside gets new lease on life, Maclean's.ca, October 15, 2012;

(4) Loi réglementant certaines drogues et autres substances, L.C. 1996, ch.19;

(5) Drugs and Democracy : toward a paradigm shift, Statement by the Latin-American Commission on Drugs and Democracy, 2009, 46 p.; Courrier international, Constat d'échec pour la prohibition, dossier sur La drogue libre, édition du 14 au 20 juin 2012, p. 18.

Courriel :

lletellier@videotron.ca

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

Ligne graphique

SDJ.DESIGN
Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368