

AOÛT 2020 - N° 68

DEPENDANCES

Face à la crise

Revue éditée par Addiction Suisse et le GREA



SOMMAIRE « FACE À LA CRISE »



ÉDITORIAL

Frank Zobel



COMMENT GARDER LE LIEN AVEC LES BÉNÉFICIAIRES LES PLUS PRÉCARISÉS?

Cédric Fazan

6

COMMENT ADAPTER LES TRAITEMENTS PAR AGONISTES OPIOÏDES (TAO) ET LA PRESCRIPTION D'HÉROÏNE MÉDICALE EN TEMPS DE CRISE?

Gerard Calzada, Aline Bervini et Daniele Zullino, Sara Corte-Real, Eugénie Khatcherian



COVID-19 ET RÉORGANISATION DE L'HÔPITAL : OÙ SONT PASSÉS LES CONSOMMATEURS DE SUBSTANCES?

Vanessa Vaucher et Barbara Broers

12

LES RELATIONS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIOTHÉRAPEUTIQUE À DISTANCE : UNE ADAPTATION POUR LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS

Annick Clerc Bérode et Thomas Urben



INTERVIEW

Interview de Florian Meyer par Frank Zobel

19

LE MARCHÉ ET LES PERSONNES CONSOMMANT DES DROGUES ILLÉGALES FACE À LA CRISE

Frank Zobel, Jean Clot, Pierre Esseiva, Jacques Gaume, Elodie Lefrançois, Quentin Rossy, Jean-Félix Savary, Elodie Schmutz, Olivier Simon



À QUOI SERVENT LES CRISES?

Jean-Félix Savary

25

POST SCRIPTUM

Jean-Dominique Michel

ÉDITORIAL



À l'heure où j'écris ces lignes, la Suisse compte autour d'une centaine de nouvelles infections liées à la Covid-19 par jour, nous portons des masques dans les transports publics et la plupart des institutions fonctionnent encore sur un mode de sortie de crise. Ailleurs dans le monde, la pandémie fait rage avec le nombre de nouvelles infections qui continue d'augmenter à près de 200'000 cas par jour. Certains pays, notamment ceux dirigés par des idéologues populistes incapables de protéger la santé de leurs concitoyens, croulent littéralement sous le nombre de malades.

À l'heure où vous lirez ces lignes, les choses auront sans doute (à nouveau) passablement changé, dans le bon ou dans le mauvais sens, mais il est peu probable que nous sachions beaucoup mieux de quoi sera fait l'avenir. La pandémie – cela nous le savons – n'a pas fini de nous en faire voir de toutes les couleurs.

Le numéro de *Dépendances* que vous tenez entre vos mains a pour vocation de « faire mémoire ». Il présente ce qui a été fait par les professionnels du domaine des dépendances quand, soudainement, tout allait sens dessus dessous, quand il a fallu quitter certaines routines et se réinventer. C'est donc un bilan d'étape et il n'est pas

impossible que nous consacrons encore un numéro aux conséquences de cette pandémie. Mais ce premier tour d'horizon est important, car il permet d'entrevoir nos capacités à répondre à une crise d'envergure qui n'est pas ou peu annoncée.

Ce bilan est, comme on le verra dans les prochaines pages, souvent positif avec des institutions et des individus qui ont, dans un savant mélange de professionnalisme, de créativité et d'engagement, amorti l'impact de la première phase de la crise que nous traversons, sauvant ainsi des vies et maintenant les contacts quand c'était le plus difficile. La crise a ainsi mis en lumière une culture et une éthique professionnelles souvent remarquables. Elle a aussi révélé certaines failles qu'il a fallu ou qu'il faudra combler.

Les exemples présentés peuvent aussi servir à une sorte d'autoévaluation. Certains parmi nous sont peut-être restés bloqués face à cette crise, ayant perdu le contact avec le terrain ou trop empêtrés dans la gestion de projets pour pouvoir agir en situation d'urgence. D'autres se seront peut-être vus comme courageux et innovateurs alors qu'ils n'ont guère fait plus que le minimum pour aller à la rencontre de personnes qui avaient besoin d'eux. En lisant les expériences rapportées dans ce numéro, on

peut, je crois, se faire son propre *benchmarking* et se demander « Et nous, comment avons-nous agi pendant cette crise ? Aurions-nous pu faire autrement et mieux ? ». Il y a donc aussi des leçons à tirer de la lecture de ces articles.

Lorsque nous avons imaginé ce numéro avec Jean-Félix Savary, nous avons pensé à Laurent Rochat de la Fondation des Oliviers pour écrire un article sur la manière dont le secteur résidentiel avait affronté la crise. En réponse à notre invitation, Laurent nous a répondu que des ennuis de santé ne lui permettaient pas d'écrire cet article. Peu de temps après, nous avons appris avec une immense tristesse sa disparition. Puisque sa voix manque à ce numéro, nous souhaitons le dédier tout entier à sa mémoire, celle d'un professionnel hors pair et d'un ami.

Frank Zobel

COMMENT GARDER LE LIEN AVEC LES BÉNÉFICIAIRES LES PLUS PRÉCARISÉS ?

Cédric Fazan (Fondation le Tremplin)

Comment maintenir et renforcer les liens quand on doit se tenir à distance ? Cette question a été au centre des préoccupations des acteurs du système socio-sanitaire durant la crise de la Covid-19. En particulier lorsqu'il s'agit des populations particulièrement précarisées. Témoignage des défis et des solutions trouvées à Fribourg. (réd.)

L'ADAPTATION DE PRESTATIONS SOCIOÉDUCATIVES EN TEMPS DE CRISE : UN MOUVEMENT CONTRE LE REPLI

Au sein de la Fondation Le Tremplin, il y a fort à parier qu'il y aura un avant et un après la Covid-19.

La fondation est active depuis presque 40 ans dans le domaine des addictions et de la grande précarité sociale dans le canton de Fribourg. Adossée à différentes bases légales, dont la principale au niveau national est bien sûr la loi sur les stupéfiants, elle a pour mission d'accompagner ses bénéficiaires dans l'accès à leur citoyenneté, dans leur rétablissement, dans l'amélioration de leur qualité de vie et dans leur insertion sociale et/ou professionnelle. Pour atteindre ces buts, la fondation s'est dotée de différents secteurs, qui ont été créés ou fermés en fonction des besoins de la société et des bénéficiaires. Aujourd'hui, elle en compte six : résidentiel (Parcours Horizon), centre d'accueil à bas seuil d'accessibilité (Au Seuil), service social spécialisé (SST), ateliers de production à seuil adapté (les Ateliers de la Tour), centre de promotion en santé sexuelle, de dépistages et de lutte contre les discriminations LGBTQI+ (Empreinte), ainsi que « Administration et Direction ». Si la mission de base n'a pas changé avec l'arrivée de la Covid-19, nos modes d'intervention ont dû être adaptés sous peine de ne pas pouvoir venir en soutien de nos bénéficiaires. Le défi est de réaliser les prestations impératives tout en protégeant les professionnels et les bénéficiaires. Plusieurs défis se sont présentés aux équipes du Tremplin.

- Comment garder concrètement le lien avec les bénéficiaires censés être confinés à domicile ?
- Comment rassurer les personnes fortement angoissées sur les plans de leur santé psychique et somatique ?

- Comment réduire les risques liés à la consommation de psychotropes, alors que les personnes ne peuvent plus venir au Tremplin ?
- Comment protéger les collègues du virus, comment éviter qu'ils ne deviennent des vecteurs de cette maladie auprès des publics vulnérables ?
- Comment assurer pour tous l'accès au matériel de protection et au test, ainsi qu'aux soins le cas échéant ?

Ces quelques pages ne visent pas à théoriser ce qui se déroule sous nos yeux ni à donner des leçons à quiconque, mais à rendre témoignage, depuis le terrain, de la capacité d'adaptation des professionnels en prise avec des éléments aggravants liés aux particularités des addictions (illégalité, troubles psychiques, somatiques et sociaux, etc.). Le Tremplin n'est d'ailleurs qu'une illustration de cette capacité à la réactivité créative puisque la grande majorité des institutions ont fait preuve d'adaptation et de courage en cette période troublée.

LE CONFINEMENT : UN OBSTACLE À NOS CONCEPTS D'INTERVENTION ?

13 mars 2020 : nous nous y étions préparés depuis quelques jours et avons anticipé plusieurs scénarios, mais l'annonce du confinement fait l'effet d'une bombe. La Suisse entre dans une période d'exception, un temps de confinement. Notre façon de travailler « en proximité » avec les personnes nous est soudainement interdite. Les principes du « vivre ensemble », de la proximité relationnelle et sociale, de la dynamique du visage, laissent le pas à la « distanciation sociale » et aux « gestes barrières ». L'Autre est susceptible de nous infecter sans même le savoir : une période de stress viral... Un repli structurel obligatoire pour éviter la contamination de tous, et des plus vulnérables dont font partie les personnes en

situation d'addictions. Un détail sémantique? Pas sûr... Nos bénéficiaires souffrent souvent de solitude, d'isolement et ces termes renforcent leur sentiment d'exclusion et d'éloignement du corps social. La dynamique est diamétralement opposée à la philosophie de nos interventions qui visent la proximité, l'inclusion et la citoyenneté au sein d'une société dont ils font partie intégrante. Nous préférons alors parler au Tremplin de distance « spatiale » et de gestes de « protection ».

LA GESTION DE LA CRISE: UN RÉVÉLATEUR DES INÉGALITÉS SOCIALES ET DE NOS LIMITES D'INTERVENTION

De fait, nos habitudes et principalement deux d'entre elles vont être profondément bouleversées. La première concerne nos rapports à la consommation. Il semble que beaucoup aient constitué rapidement des stocks pour affronter le confinement. Comment faire lorsqu'on a très peu d'argent et que la consommation de stupéfiants siphonne les maigres revenus...? Les réserves sont hors de portée, le spectre du manque pointe déjà le bout de son nez et pour un consommateur de stupéfiant, cela ne concerne pas le papier de toilette... Pour les personnes en situation de dépendance, le défi sera de trouver du produit, « pas trop coupé » à un prix abordable, alors que le marché des stupéfiants est un marché tendanciellement « à flux tendu », car nécessairement doté de faibles stocks pour d'évidentes raisons. La réalité nous montrera que les frontières ne sont pas si étanches que craint ou espéré et que les médicaments prescrits se vendent toujours très bien au marché noir. La seconde habitude est celle des déplacements et des regroupements avec des personnes vivant des situations similaires. Malgré la pression policière, légitime en ces temps de crise, les bénéficiaires du Tremplin continueront à se regrouper dans l'espace public, confondant souvent deux mètres avec vingt centimètres. Le besoin de relations humaines et l'impossibilité de se projeter sur une longue durée dans des appartements souvent en mauvais état ou trop confinés les poussent à braver les interdits. Malgré les amendes et les récriminations policières, et les nôtres d'ailleurs, tout au long du confinement et pendant le « déconfinement progressif », ils se réuniront à proximité du Tremplin, tantôt par besoin d'être ensemble et par envie de souffler un peu, tantôt parce qu'ils ont bien d'autres soucis à gérer. Et pour beaucoup, la Covid-19 n'est qu'un risque de plus et sans doute pas le pire... Un besoin impérieux de « ne pas mourir seul dans mon dans 20m² » nous confie l'un d'eux.

LES SECTEURS DE LA FONDATION LE TREMPLIN SE RÉORGANISENT

C'est au Parcours Horizon, que l'organisation du confinement est la plus radicale. Au sein d'un résidentiel, nous n'avons que peu de marge de manœuvre. Les

déplacements sont réduits au strict minimum, les visites sont suspendues et les collègues se confinent avec leurs bénéficiaires. L'équipe, constituée d'éducateurs sociaux, de maîtres socioprofessionnels et d'un infirmier, se scinde en trois groupes pour assurer le fonctionnement 24h/24 pendant trois semaines. En tournus, la première équipe assure une semaine sur site, une seconde permet l'approvisionnement et les accompagnements sur l'extérieur (médecin, psychiatre, justice, etc.) et la troisième est dite « de réserve ». Ce confinement solidaire a été très bien accepté par les résidents qui ont tous joué le jeu. Ce système est remplacé par des tournus de deux collègues changeant chaque jour; puis dès fin mai, les horaires normaux et les visites seront remis en place.

Au niveau des prestations ambulatoires, le service social ne reçoit personne, mais garde un contact avec ses clients par téléphone, par mail, etc. Les assistants sociaux peuvent se rendre en cas d'urgence ou de grande importance au domicile des bénéficiaires. Dans ce cas, les distances spatiales sont assurées et le port de masque ainsi que l'utilisation de gel hydroalcoolique sont obligatoires. Le retour à la normale, aux conditions de protection de l'OFSP, sera effectif le 27 avril.

*C'est décidé :
si les personnes ne peuvent
venir à la fondation,
c'est elle qui se déplace
lorsqu'elles le désirent ou
en ont besoin.*

Empreinte et les Ateliers de la Tour doivent malheureusement fermer dans cette première phase; ils gardent le lien par téléphone avec leurs bénéficiaires. Ils ont ouvert eux aussi leurs portes dès le 27 avril pour les dépistages à Empreinte et dès le 11 mai pour les Ateliers en effectifs réduits.

Au Seuil, lequel doit fermer ses portes au public, nous optons rapidement en faveur du maintien du lien social, de l'alimentation et de la réduction des risques. Avant la Covid-19, 100 à 120 personnes en moyenne par jour fréquentent le Seuil et une septantaine de repas y sont servis. Dans un premier temps, juste avant l'annonce du confinement, nous avons tenté d'accueillir les personnes uniquement pour le repas. Mais la condition posée par l'État, à savoir de ne pas être plus que 50 dans le local, nous oblige à limiter les places assises à 40. Entre les bénéficiaires qui veulent manger à table, ceux qui veulent juste acheter une boisson ou du matériel stérile, ceux qui doivent utiliser les sanitaires et ceux qui veulent impérativement nous parler, l'ambiance se tend suffisamment pour nous faire regretter notre fausse bonne idée. Après un seul jour, nous changeons notre fusil d'épaule. Nous imaginons donc un système de production et de mise à disposition de repas à l'emporter. Il suffit « juste » que les personnes s'inscrivent et passent chercher leur repas remis à la fenêtre sans s'arrêter. Nous pensions à ce moment-là que, de passage, ils ne prendraient pas trop de risques d'un point de vue individuel et collectif. Cette brillante idée ne sera tentée qu'une semaine, tant elle génèrera des frustrations du côté des professionnels, qui se muent en agents de sécurité sanitaire, que de celui des bénéficiaires qui ne sont plus

accueillis dignement. Nous assistons impuissants à des regroupements de plusieurs dizaines de personnes sans masque ni respect des distances. La police intervient dans un climat plutôt tendu.

Nous ne baissons pas les bras et mettons donc sur pied un système de livraison de repas à domicile. C'est décidé : si les personnes ne peuvent venir à la fondation, c'est elle qui se déplace lorsqu'elles le désirent ou en ont besoin. Les collègues des Ateliers, d'Empreinte, de l'Administration et de la Direction viennent renforcer l'équipe du Seuil. Quelque 120 adresses nous sont transmises dès la première semaine. La livraison de repas, avec les mesures de sécurité OFSP, nous permet d'avoir un contact « visuel », d'évaluer leur état de santé somatique et psychique, l'état de leur logement, de remettre le matériel de consommation stérile et de récupérer le matériel souillé, d'apporter les documents administratifs et l'argent auquel ils ont droit. Nous couvrons l'entier du canton de Fribourg, parcourons quelque 6'700 km et délivrons plus de 2'100 repas par mois. La fondation s'est mobilisée pour poursuivre sa mission avec un certain succès et tenter de répondre avec les moyens du bord aux enjeux repérés. Les bénéficiaires en sont très reconnaissants. Ils nous l'ont fait savoir par de nombreux messages et gestes forts. Comme cet homme au nord du canton qui attendait ses repas et son matériel de consommation au pied de son immeuble avec du café chaud pour les collègues. Davantage que maintenu, le lien s'est-il peut-être renforcé d'une certaine façon ? Le message « nous ne vous laissons pas tomber, vous avez de la valeur et nous tenons à vous » semble s'être incarné par notre engagement. Ainsi, une prestation de suivi téléphonique hebdomadaire à destination des personnes qui ne sont pas suivies par le SST a été mise sur pied. Cette prestation, assurée par nos stagiaires, a connu un vif succès auprès de nos bénéficiaires au point que nous envisageons de la maintenir après cette période particulière.

LA CRISE : UNE OBLIGATION DE SE RÉINVENTER ?

Évidemment, nos métiers de « relations » restent, à nos yeux, plus efficaces avec l'apport des contacts visuels et l'accompagnement éducatif de proximité. Néanmoins, alors que les mesures s'assouplissent, nous pouvons faire les constats suivants : non seulement les professionnels du Tremplin, et des autres institutions socioéducatives sont capables de créativité, de souplesse et d'engagement, mais ils ont fait montre d'une très grande solidarité tant envers les bénéficiaires qu'envers leurs collègues directs ou plus lointains. Dans ces temps d'incertitudes, les bénéficiaires profitent de ce mouvement d'interrogation, de reconstruction et d'adaptation de nos pratiques. Certains bénéficiaires, pourtant réguliers au Seuil, nous ont ouvert pour la première fois leurs portes. Ils ont pu nous accueillir et nous avons pu constater la réalité de leur situation. En fonction des besoins, un accompagnement social plus intense a pu leur être alors proposé. Si le contact visuel n'est pas possible, le contact régulier à distance ou à



domicile a permis de maintenir une proximité sociale, une disponibilité relationnelle et une nouvelle dynamique de confiance.

Les enjeux autour du déconfinement vont s'avérer compliqués pour certains bénéficiaires, qui vivent leurs rapports au monde de manière très angoissée. Ils vont devoir réapprendre à sortir de leurs logements et à côtoyer la société vécue comme agressive. Nous devons être en mesure de les y accompagner avec de nouveaux outils et de nouvelles approches.

Actuellement (juillet 2020), le Seuil a réouvert ses portes et délivre l'entier de ses prestations sur site avec toute une panoplie de mesures de protection. Le « sens de la circulation », les masques, le gel et les plexiglas, les espaces dédiés et l'inévitable traçabilité (sacrilège pour un lieu d'accueil garantissant l'anonymat, mais bien compris par les utilisateurs du Seuil) seront sans doute encore à l'ordre du jour pour plusieurs semaines. Après analyse, les collaborateurs et collaboratrices cultivent les héritages positifs de l'expérience de l'épidémie. Les contacts téléphoniques se poursuivent pour les personnes isolées, dans l'incapacité de se rendre au Seuil ou sans appui de notre service social. Quant aux livraisons, elles sont maintenues deux fois par semaine pour celles et ceux qui en ont besoin et qui se trouvent hors du grand Fribourg. Les bénéficiaires sont aussi au rendez-vous.

Pour finir, si les professionnels du Tremplin ont su adapter leur mode d'intervention, c'est probablement grâce à une dynamique déjà présente au sein de l'institution avant la Covid-19 : le mouvement du « aller vers », une logique « outreach » connue depuis de nombreuses années des milieux de réduction des risques en matière de stupéfiants et de VIH-SIDA. Cette stratégie nous a permis de pouvoir maintenir le lien avec la plupart des personnes en grande précarité et en situation d'addictions qui nous sollicitent. Il y a fort à parier que le dispositif sociosanitaire fribourgeois s'en retrouvera positivement modifié. À nous de capitaliser les expériences positives que cette crise nous aura obligés à imaginer et de faire fructifier notre capacité à nous réinventer sans cesse pour maintenir vivace notre meilleur outil éducatif : le lien social.

Contact : cfazan@tremplin.ch

COMMENT ADAPTER LES TRAITEMENTS PAR AGONISTES OPIOÏDES (TAO) ET LA PRESCRIPTION D'HÉROÏNE MÉDICALE EN TEMPS DE CRISE?

Gerard Calzada, Aline Bervini et Daniele Zullino, Sara Corte-Real, Eugénie Khatcherian (Service d'addictologie, Hôpitaux Universitaires de Genève)

Le Service d'addictologie des Hôpitaux Universitaires de Genève a dû réagir vite pour continuer à répondre aux besoins de soins individuels et aux défis accrus de santé publique. Accès facilité, procédures accélérées, nouvelles pratiques d'administration. Les différentes adaptations ont non seulement été appréciées; certaines pourraient être poursuivies au-delà de la crise. (réd.)

Les personnes concernées par l'addiction aux opioïdes et à d'autres drogues illicites ont été frappées de plein fouet par la pandémie de Covid-19. Le quotidien de ces personnes fragiles a été bouleversé par un accroissement de l'isolement social, par la crainte d'une variation importante des prix et de la disponibilité sur le marché de la drogue, ainsi que par la diminution de l'offre de soins de la part des structures de réduction des risques.

La mise en place des mesures de semi-confinement et la fermeture des frontières ont fait craindre un crash du marché de la drogue avec une baisse de l'offre, s'accompagnant d'une baisse de la pureté/qualité de l'héroïne de rue ainsi que d'une hausse des prix¹. Une concentration variable d'héroïne dans les préparations consommées entraîne des risques proportionnellement accrus d'overdose. Une autre crainte a été qu'une baisse de l'offre d'héroïne pousse les consommateurs à se tourner vers des substances plus dangereuses, comme les Fentanyl, un groupe de substances impliqué dans l'actuelle crise des opioïdes aux États-Unis et au Canada². Compte tenu de la situation de crise, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a encouragé les médecins prescripteurs de TAO à trouver des solutions pragmatiques pour

les patients considérés à risque vis-à-vis de la Covid-19 ainsi que ceux ayant des difficultés de mobilité. Pour les centres de prescription d'héroïne médicale (diacétylmorphine ou DAM), l'OFSP a suggéré de favoriser le passage au Sevre-long®. Il a aussi permis la remise des traitements d'héroïne médicale par des services infirmiers, tels que les services d'aide et de soins à domicile, de livrer les TAO à domicile et de donner la possibilité d'effectuer un contrôle visuel de leur prise par visioconférence. Pour les personnes ne présentant pas de risque d'usage détourné des comprimés de DAM, une autorisation exceptionnelle permettant une délivrance hebdomadaire du traitement a été donnée.

ADAPTATIONS DES PRATIQUES PENDANT LA CRISE DE COVID-19

Le Service d'addictologie a dû réagir vite et apporter des adaptations à ses pratiques pour pouvoir continuer à répondre aux besoins en matière de soins, tout en respectant les recommandations d'hygiène et de distanciation sociale décidées par le Conseil fédéral.

Notre consultation spécialisée dans les addictions aux opioïdes, qui intègre le programme de prescription

1. *Drogues illégales*. (n.d.). Retrieved June 5, 2020, from <https://coronavirus.addictionsuisse.ch/point-de-situation-drogues-illegales/>

2. *Solitude et manque: le coronavirus pèse sur le quotidien des toxicomanes*. Marie Vuilleumier. 17 avril 2020 - 08:46. https://www.swissinfo.ch/fre/societe/pandemie-de-covid-19_solitude-et-manque--le-coronavirus-pese-sur-le-quotidien-des-toxicomanes/45692286

d'héroïne médicale genevois, a proposé des solutions pour améliorer l'accès aux soins à de nouveaux patients, garantir la gestion du flux des patients dans nos locaux et permettre la poursuite des entretiens cliniques avec les personnes bénéficiant déjà d'un suivi.

Amélioration de l'accès aux soins

De nombreuses personnes concernées par l'addiction aux opioïdes pouvaient se retrouver soudainement sans produit disponible et, avec comme unique alternative, de demander de l'aide à un centre de soins. L'accent a donc été mis sur l'accueil rapide de nouveaux patients. Un accueil sans rendez-vous a donc été proposé dès le début de la crise. Toutes les personnes se présentant dans nos locaux en demande d'un traitement ont bénéficié le jour même d'un entretien avec un infirmier et un assistant social. Elles ont également été évaluées rapidement par un médecin, afin de bénéficier d'un traitement en moins de 24 heures. Une collaboration étroite avec l'association de réduction des risques *Première Ligne* a aussi été mise en place pour informer de manière plus intensive les usagers sur les possibilités d'accès au programme de prescription d'héroïne et les encourager à accéder aux soins. Les démarches administratives ont aussi été accélérées. L'OSFP s'est organisé pour délivrer les autorisations nécessaires à l'instauration du programme de prescription d'héroïne le jour même. Auparavant, les démarches administratives pouvaient nécessiter un délai d'une semaine.

Enfin, une garantie financière a été octroyée par la CAMSCO des Hôpitaux Universitaires de Genève pour offrir un traitement aux personnes en situation de précarité qui se sont retrouvées à la rue pendant cette période et sans assurance maladie, ce qui, en principe, empêchait de bénéficier de soins en Suisse.

Gestion du flux des patients dans nos locaux

Notre consultation ayant la particularité d'administrer les TAO sur place, la gestion du flux des patients a été indispensable pour permettre le respect des distances sociales, la désinfection des surfaces et l'hygiène des mains. Cette gestion du flux a également impliqué des mesures d'isolement ou de mise en quarantaine des patients et des soignants présentant des symptômes évocateurs d'une infection de Covid-19.

La première mesure de gestion du flux de patients a été d'élargir le cadre d'administration des traitements agonistes opioïdes (TAO) en permettant aux patients d'emporter le traitement à domicile pour des durées plus longues et ainsi réduire les passages à la consultation.

- Pour les TAO classiques (méthadone, Sevre-long®), le traitement a été administré pour au moins deux semaines (voir un mois pour les patients les plus stables).
- Pour le programme de prescription d'héroïne médicale, qui nécessite normalement deux passages par jour,

les patients sont venus au maximum une fois tous les deux jours. Certains patients, qui étaient stables sur le plan psychosocial, géraient bien leur traitement et remplissaient les critères de l'OFSP pour emporter les comprimés de DAM, ont emporté jusqu'à une semaine de traitement d'héroïne médicale au domicile.

La deuxième mesure a été d'adapter les horaires du programme de prescription d'héroïne médicale en l'élargissant de trois heures supplémentaires par jour. Cette augmentation a permis de mieux répartir les passages des patients par tranches horaires précises et de limiter les contacts entre eux.

Enfin, les patients remplissant strictement certains critères, notamment l'absence de risque de détournement du traitement, ont pu bénéficier du traitement d'héroïne médicale injectable à la maison pour une plage horaire (matin ou soir). Les critères de l'OFSP et ceux propres à notre centre pour emporter l'héroïne médicale injectable ont été les suivants :

- Présenter un état de santé stabilisé, une intégration sociale avancée (notamment sur les plans du logement et du travail) et un éloignement de la scène de la drogue.
- Bénéficier du programme de prescription d'héroïne médicale depuis au moins 6 mois.
- Avoir l'accord de l'OFSP pour emporter le traitement de diacétylmorphine.
- Ne pas avoir de difficulté d'injection.
- Être abstinent à la cocaïne.
- Ne pas présenter de sédation importante en post-injection.
- Avoir une régularité dans les entretiens cliniques proposés.

Poursuite des entretiens cliniques

Seuls les consultations urgentes, les entretiens avec les nouveaux patients et les consultations indispensables au suivi et ne pouvant pas se faire à distance ont été réalisés en présentiel. Ils ont eu lieu dans nos locaux, avec un respect des mesures sanitaires. Pour les autres patients, des entretiens à distance (par téléphone ou par visioconférence) ont été prévus, et la plupart des patients qui se sont vu proposer des téléconsultations ont adhéré à la proposition. Des visites au domicile du patient ont permis d'administrer des TAO aux personnes positives à la Covid-19 ou en quarantaine.

QU'EN PENSENT LES PATIENTS ET LES COLLABORATEURS ?

Un sondage a été réalisé à la mi-juin 2020 afin de connaître l'avis des collaborateurs et des patients suivis à la consultation spécialisée. Dans ce sondage, les personnes concernées ont donné leur avis au sujet des mesures qu'ils souhaiteraient voir se poursuivre après la

crise de Covid-19 ainsi que leur degré de satisfaction vis-à-vis de chacune des mesures mises en place.

Parmi 53 les patients ayant répondu au questionnaire, 69,8% souhaitent que l'élargissement du cadre d'administration des TAO soit maintenu, soit une période de minimum de quinze jours pour ceux bénéficiant de méthadone, de Sevre-long® ou de buprénorphine, et entre deux jours et une semaine pour les patients bénéficiant d'héroïne médicale. Plus de la moitié des patients (58,5%) souhaitent aussi une poursuite des horaires adaptés, permettant une diminution du nombre de personnes présentes en même temps à la consultation. Enfin, 37,7% des patients souhaitent continuer avec des entretiens cliniques par téléphone ou par visioconférence.

Parmi les patients du programme de prescription d'héroïne médicale, 48,5% souhaitent la possibilité d'emporter l'héroïne médicale injectable au domicile pour une plage d'administration et 34,2% souhaitent limiter l'accès à la salle d'autoadministration du traitement à trois patients maximum en même temps.

Parmi les collaborateurs, 85,7% souhaitent garder la livraison du traitement à domicile (lors d'une visite par l'infirmier) et la possibilité pour les patients stables d'emporter l'héroïne médicale injectable pour une plage à la maison. Plus de la moitié des soignants (57%) souhaite garder les mesures suivantes: l'accueil rapide des nouveaux patients, l'accélération des démarches administratives et l'élargissement du cadre d'administration des traitements agonistes opioïdes.

Concernant la satisfaction pour chacune de ces mesures, l'élargissement du cadre d'administration des traitements a été la mesure la plus appréciée (avec 60% des patients très satisfaits et 20% des patients satisfaits), suivie des adaptations d'horaires (37% très satisfaits, 25% satisfaits) et des entretiens cliniques par téléphone et/ou visioconférence (28% très satisfaits, 11% satisfaits).

CONCLUSION

La pandémie en cours a eu pour impact de pousser les cadres du Service d'addictologie à agir selon une logique de santé publique. Afin de respecter les décisions de la Confédération, des mesures ont été appliquées sans en connaître la durée et sans pouvoir évaluer leur impact. Hormis quelques cas exceptionnels, tous les patients ont ainsi été contraints à espacer leurs passages pour prendre leur TAO. Une crainte a été que ces mesures puissent générer de fortes tensions, voire de la violence. Or, les patients ont fait preuve d'une grande capacité d'adaptation et ont collaboré pour l'ensemble des mesures de protection mises en place.

L'espacement des passages pour la remise des traitements a eu comme effet une diminution quasi totale des épisodes de tension au guichet, liés le plus souvent à un problème de gestion des TAO. Contrairement à ce qui aurait pu être craint, les patients ont généralement bien géré leur

traitement sans le perdre ni en abuser. Le sondage réalisé dans notre centre sur le fait de pouvoir emporter les TAO pour des durées plus longues (un mois pour la méthadone ou le Sevre-long® et une semaine pour la DAM comprimés) montre également que 69,8% des patients interrogés souhaitent un maintien de l'élargissement du cadre d'administration des TAO, soit administrer le traitement à emporter pour une durée minimum de quinze jours pour les patients bénéficiant de la méthadone, du Sevre-long® ou de la buprénorphine, et entre un jour et une semaine pour les patients bénéficiant du traitement d'héroïne médicale. Le contexte exceptionnel questionne ainsi le cadre légal actuel concernant la fréquence de la prise contrôlée des TAO. En effet, il semble que dans la majeure partie des cas, le fait d'avoir permis aux patients de gérer davantage leur TAO, comme ils le font aussi avec leurs autres traitements médicamenteux, n'a pas posé de problème. Cette approche se basant sur la responsabilisation individuelle a globalement été bénéfique et s'inscrit dans la logique des soins visant à favoriser l'autonomie des individus et la non-stigmatisation.

Certains patients qui n'emportaient que rarement la DAM en comprimés ont dû le faire dans le contexte de la pandémie et ont indiqué avoir pu ainsi se distancier du besoin de s'injecter la DAM. Une réflexion au niveau du cadre légal sur la possibilité que des patients stables sur le plan addictologique et psychiatrique puissent continuer à emporter les comprimés de DAM sur plus de 48 heures a montré tout son sens au cours de cette pandémie.

En ce qui concerne la possibilité d'emporter une plage de DAM injectable (i.v) au domicile, les quelques patients qui présentaient les critères pour en bénéficier ont tous apprécié de pouvoir le faire. Les raisons exprimées étant la possibilité de limiter les contacts avec d'autres patients poursuivant la consommation de toxiques et de jouir d'une plus grande autonomie dans la gestion de leur traitement. Un patient avait exprimé la crainte de mal vivre le fait de s'injecter la DAM au domicile en raison d'une association avec son passé de consommation d'héroïne de rue i.v. Ce patient a finalement eu un vécu différent avec le traitement de DAM et s'est dit très satisfait de cette possibilité. Il faut toutefois noter que la majorité des patients du programme de prescription d'héroïne médicale ne remplissaient pas les critères de l'OFSP pour pouvoir emporter la DAM i.v. Ces critères sont liés au concept de rétablissement et il semble que pour la majorité des patients du programme cet objectif ne soit pas encore atteint. Si la possibilité de pouvoir emporter la DAM i.v selon des critères de stabilité uniquement, en dehors du contexte de crise exceptionnelle actuelle, devenait possible, ceci pourrait s'ajouter comme un objectif d'autonomisation pour certains patients et peut-être ajouter un élément au travail motivationnel déjà entrepris avec eux.

Contact: gerard.calzada@hcuge.ch

COVID-19 ET RÉORGANISATION DE L'HÔPITAL : OÙ SONT PASSÉS LES CONSOMMATEURS DE SUBSTANCES ?

Vanessa Vaucher et Barbara Broers (Hôpitaux Universitaires de Genève)

La crise liée à la Covid-19 a désorganisé de nombreux services et requis des adaptations de toute part. Elle a aussi eu un impact sur la demande de soins des personnes dépendantes. Une infirmière de liaison et un médecin de premier recours des HUG rapportent ce qu'elles ont vécu et observé. (réd.)

Dans les années 80, l'épidémie de VIH/SIDA a induit un bouleversement dans les soins hospitaliers et ambulatoires. Un virus inconnu, des voies de transmission incertaines, des pathologies rares, des complications infectieuses, neurologiques et respiratoires, et l'absence de traitement ont mis le système de soins sous tension. Les besoins en formation du personnel et de mise en place d'essais cliniques étaient grands. La création d'unités de soins spécifiques a été compliquée par la crainte de stigmatisation, les patients venant de groupes où tant la consommation de drogues que l'homosexualité n'étaient souvent pas connues de l'entourage. Cette crise a pourtant permis une réflexion globale sur l'organisation et l'accès aux soins. Pour les personnes usagères de substances, elle a permis une meilleure accessibilité des traitements de la dépendance, ainsi que des mesures de réduction de risques et des méfaits, incluant un rôle nouveau pour la société civile [1,2].

La crise liée au virus SARS-CoV-2, et à ses complications médicales (Covid-19), a induit un bouleversement d'une tout autre dimension dans les soins, par la rapidité de son apparition et par le nombre important d'infections. Un mois après le premier cas en Suisse, le 24 février 2020, on comptait plus de 1'000 nouvelles infections par jour avec, début avril, 2'300 personnes hospitalisées dont jusqu'à 30% aux soins intensifs et, fin mai, près de 2'000 décès. Les mesures de santé publique à large échelle comme l'interdiction des regroupements, le maintien d'une distance physique, les quarantaines, l'hygiène des mains, etc. ont eu un impact rapide avec un retour vers la normale dès mi-mai [3], nécessitant de nouveau une adaptation de l'organisation des soins.

L'objectif de cet article est de décrire les changements dans l'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires à Genève suite à l'épidémie de Covid-19, à travers les points de vue d'une infirmière de liaison et d'un médecin de premier recours. Cette description est suivie d'une réflexion sur les « leçons » à tirer pour la suite des soins, notamment pour les personnes dépendantes.

LES CHANGEMENTS DANS L'ORGANISATION DES SOINS ET L'IMPACT SUR LES PATIENTS

Le secteur ambulatoire

Dès début mars, en concordance avec les mesures de protection, la plupart des consultations ambulatoires en présentiel jugées non urgentes ont été annulées, puis remplacées par des consultations téléphoniques ou par vidéoconférence. Une baisse de 50 à 70% des consultations dans les cabinets de médecine générale a ainsi été observée en Suisse romande, les patients n'osant pas « déranger » le médecin pour leur problème de santé aigu ou chronique, ou par crainte d'attraper le SARS-CoV-2 [4]. Si la baisse des consultations dans les centres d'urgence pour des accidents sportifs et de la route a été une suite logique du semi-confinement, le manque de suivi de personnes avec des maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires) a fait craindre une augmentation des complications liées à ces pathologies. Le dépistage et les demandes d'aide pour des problèmes liés à une consommation excessive d'alcool ont sans doute aussi été relégués au deuxième plan.

En même temps, des filières spécifiques de dépistage du SARS-CoV-2 et de suivi des personnes infectées ont été développées en urgence, avec du personnel administratif

et soignant recruté dans d'autres services. Des tentes ont été érigées pour séparer les entrées des patients avec des symptômes de la Covid-19 de celles des autres patients. Avec par moment des manques de tests de dépistage, de nouvelles connaissances sur les signes cliniques de la maladie ont été acquises et les protocoles de dépistage et de suivi ont été changés au début presque tous les jours, entraînant un besoin accru en formation et information centralisée pour les soignants. Le site internet de l'OFSP et le site intranet des HUG ont ainsi été mis à jour quotidiennement, y inclus avec des vidéos didactiques, des consignes (p.ex. l'auto-quarantaine pour les patients en attente d'un résultat du test) et des guidelines développées par un groupe étendu de cliniciens.

Le Service de Médecine de Premier Recours (SMPR) des HUG a mis sur pied une consultation téléphonique spécifique (dans le contexte du programme cantonal Covicare) à l'aide d'étudiants en médecine, ainsi qu'un suivi des patients avec un test positif en quarantaine à domicile, et des patients avec des symptômes de la Covid-19 mais un test négatif, puis ensuite pour des patients qui ont été hospitalisés. Des stratégies ambulatoires ont aussi été préparées pour les médecins en ville (<https://www.unige.ch/medecine/uigp/cliniciens-enseignants-en-cabinet-medical/covid-19/covicare/>). Le SMPR a aussi pu rapidement élargir l'usage d'un outil prétesté et sécurisé de vidéoconsultation (HUG@home) pour toutes les consultations ambulatoires, avec mise à disposition de l'outil pour les médecins au cabinet (docteur@home). Les consultations avec interprète ont aussi pu être changées en téléconsultations à trois.

Le suivi ambulatoire pour les patients en traitement par agonistes opioïdes est décrit dans un autre article de ce numéro. Pour les consultations qui concernent les « autres » dépendances (surtout alcool, tabac, médicaments) une demande importante de contacts et de soutien a été observée surtout au début du confinement, avec des tendances divergentes chez les patients : baisse des consommations



Une partie des usagers de substances ont disparu des radars.

(voir arrêt) chez ceux qui consommaient dans des lieux publics ou qui n'osaient plus sortir pour faire les courses, et augmentation chez les plus anxieux. Le début de l'épidémie a été un moment propice pour travailler l'arrêt du tabac en raison des craintes pour « complications respiratoires » mais cette dynamique a été stoppée net suite aux informations faisant état d'une faible prévalence de fumeurs chez les personnes malades de la Covid-19. Les consultations par téléphone et vidéoconférence ont été un bon moyen de communication, sauf pour les patients les plus précaires qui n'ont pas toujours leur téléphone chargé ou qui ne disposent pas de smartphone, et pour les nouvelles demandes de prise en soins. Après deux mois, une lassitude s'est installée et les patients ont demandé à pouvoir revenir voir leur soignant.

Secteur hospitalier

Les HUG sont rapidement devenus un hôpital presque exclusivement réservé à une seule pathologie : la Covid-19. Les cliniques et hôpitaux privés ont été réquisitionnés et sollicités. Le réseau sanitaire genevois s'est ainsi élargi, avec des transferts de consultations d'urgences hors de la Covid-19 et de chirurgiens en privé pour des opérations LAMAL.

Cette réorientation a demandé une énorme adaptation des locaux et des équipes de soins, une augmentation des capacités en nombre de lits, sur un temps extrêmement court avec une collaboration interdirections,

interdépartements et interservices exceptionnelle. Tous les corps de métiers ont été mis à contribution avec un travail de mue transversal.

Dans une approche de santé globale, les maladies chroniques ont bien entendu été prises en charge lors des soins. Toutefois, un certain nombre de patients, notamment les patients dépendants, ne sont pas venus lors de la vague de contamination et ont été perdus de vue momentanément. Est-ce que la maladie s'est confinée avec eux ? Est-ce que les patients dépendants ont « l'habitude » d'être confinés par isolement social voir exclusion sociale ? On ne peut pas répondre à ces questions dans l'immédiat. On sait par contre que le réseau addictologique genevois prend en charge une très grande majorité des patients souffrant de trouble de l'usage de substances, que la communication interréseau est de qualité et de nombreuses initiatives innovantes ont été formulées et soutenues par les instances fédérales, comme l'élargissement des critères d'accès au programme de prescription d'héroïne médicale. Des soins intégrés ont même été imaginés dans les institutions de réduction des risques afin de faciliter l'accès et répondre à une éventuelle pénurie des produits sur le marché noir.

On a ainsi pu assister à un transfert du soutien intrahospitalier vers l'ambulatoire. Heureusement ! Car l'addictologie de liaison a été sollicitée pour d'autres tâches comme le soutien psychologique aux collaborateurs dans le dispositif « COVIDPSY » (dispositif d'écoute et de

MONSIEUR G. NE VEUT PAS DÉRANGER

Monsieur G, 44 ans, est connu de l'hôpital depuis 2019. Il a été hospitalisé trois fois jusqu'à aujourd'hui pour des raisons liées à différentes atteintes à sa santé. Il arrive toujours avec des symptômes avancés de la maladie. Depuis deux semaines, il est hospitalisé pour une pneumonie et sa perte de poids importante demande des investigations plus poussées. Quand on lui a demandé si cette crise sanitaire l'avait empêché de venir consulter, il a répondu qu'il pensait ne pas pouvoir venir à l'hôpital, qu'il ne voulait pas déranger les soignants en période de crise.

Aurait-il été plus vite mis sur pied s'il avait consulté avant? Nous ne pouvons pas répondre à quelque chose que nous ne maîtrisons pas. Pourtant, ce qui nous frappe dans ce témoignage, c'est que Monsieur G pense déranger quand il est malade. Cette représentation a aussi été exprimée par d'autres personnes (parents avec enfant malade, patient avec douleurs rétrosternales) et marque une difficulté récurrente chez les usagers de substances de considérer leur santé comme primordiale et méritée. Nous pensons que nous avons un rôle permanent dans la lutte contre cette représentation. L'accès aux soins est ainsi le point de départ d'une santé renforcée ainsi que d'une inclusion dans notre société.

soutien psychologique 7 jours sur 7 pour tout le personnel des HUG en détresse). Le réseau addictologique a été informé de la suspension temporaire (mi-mars à mi-mai) des activités de liaison, et seules des réponses par mail ou par téléphone pour des relais ont été maintenues. Le nombre de consultations a passé d'une moyenne de 18 par semaine à seulement 5, avec des semaines sans aucune intervention clinique. Certaines consultations se sont faites par téléphone avec les patients qui ont été transférés à la clinique genevoise de Montana, ou qui sont sortis de l'hôpital rapidement et qui ont eu besoin d'un soutien de transition avant d'intégrer les soins ambulatoires. Ce mode opératoire s'est toutefois révélé suffisant, car il a permis de répondre à toutes les sollicitations, mais on ne peut prétendre que la prise en charge des addictions a pour autant été satisfaisante pour les patients.

Dans un deuxième temps, nous avons tenté de solliciter les cliniques et hôpitaux privés pour transférer la liaison en addictologie dans ces lieux de soins, qui en général n'accueillent que rarement les patients dépendants et comorbides. Nous nous sommes alors confrontés à un défi non négligeable: nous n'avions pas forcément les liens pour entrer en collaboration et n'avions eu que quelques contacts sporadiques lors de prises en charge de « nos patients » chez les prestataires privés. Ce point est absolument nécessaire à développer dans le cas d'une deuxième vague de la pandémie ou dans le contexte d'autres crises ou catastrophes. Nous ne voulons pas suggérer un manque d'intérêt pour la médecine de l'addiction en dehors du secteur public, mais il s'agit de donner les moyens à notre système de soins cantonal pour garantir un accès équitable aux soins, indépendamment des pathologies et du statut socioéconomique du patient.

LEÇONS À TIRER

Comme l'a dit Samia Hurst dans son exposé « enjeux éthiques de l'épidémie: le grand miroir » [5], l'épidémie a fonctionné comme un miroir pour notre société, mettant en exergue ses forces et ses faiblesses.

A ce stade, les points positifs que l'on peut retenir pour l'organisation de soins sont: la flexibilité du système, la solidarité entre soignants, les innovations et la créativité pour résoudre les problèmes nouveaux, la volonté de partage des savoirs et des outils, l'intérêt des consultations et réunions par téléphone/vidéo, puis la rapidité pour la mise sur pied des projets et essais cliniques (y inclus les accords de la commission d'éthique).

Comme points négatifs, on retient la disparition partielle de patients dépendants, surtout des plus vulnérables (comme observé aussi avec les autres patients atteints de maladies chroniques), la charge financière et en temps pour adapter le système de soins, puis des erreurs de casting vu l'imprévisibilité du nombre de nouvelles infections et d'hospitalisations, ainsi qu'un manque de compétence et de formation chez le personnel déplacé dans certaines unités.

Pendant l'épidémie du VIH/SIDA, les usagers de substances étaient surreprésentés chez les patients à l'hôpital, et cette crise a permis d'améliorer l'accès aux soins et aux mesures de réduction des risques. Pendant l'épidémie de Covid-19, une partie des usagers de substances ont disparu des radars, essayons d'en tirer des leçons pour améliorer encore notre système de prise en charge.

Contact: Vanessa.Vaucher@hcuge.ch

Références

1. World Health Organization. *World Health Report 2003. Shaping the future.* World Health Organization: Geneva, 2003
2. *Global State of Harm Reduction.* Harm Reduction International, 2008
3. Lemaitre J.C. et al. *Assessing the impact of non-pharmaceutical interventions on SARS-CoV-2 transmission in Switzerland.* Swiss Med Wkly. 2020; 150:w20295
4. Marie Maurice. *Ces malades qui ne vont plus chez le médecin à cause du coronavirus.* Article Le Temps 17 avril 2020 <https://www.letemps.ch/sciences/malades-ne-plus-chez-medecin-cause-coronavirus>
5. Samia Hurst: présentation le 28/4/2020, HUG <https://www.youtube.com/watch?v=9RwzV3K7WwA>

LES RELATIONS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIOTHÉRAPEUTIQUE À DISTANCE : UNE ADAPTATION POUR LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS

Annick Clerc Bérod et Thomas Urben (Addiction Valais)

L'une des évolutions les plus marquantes liées à la pandémie et aux mesures prises pour réduire sa diffusion aura sans doute été le passage d'activités en « présentiel » à des activités « en ligne ». Un domaine particulièrement touché a été celui des consultations dans les centres de soins et d'aide ambulatoires. Deux collègues valaisans tirent un premier bilan de cet accompagnement à distance. (réd.)

L'épidémie de coronavirus qui a touché la Suisse, et les mesures décidées par les autorités pour enrayer sa progression, ont bouleversé notre quotidien. Le semi-confinement a probablement aussi eu un impact sur les conduites addictives et plusieurs études ont été lancées en Suisse afin de saisir ces effets¹.

Les mesures ont eu des incidences sur les pratiques d'accompagnement des services de prise en charge des personnes touchées par une conduite addictive. Pour s'adapter au nouveau contexte, plusieurs institutions ont mis en place un dispositif spécifique afin que leurs usagers puissent continuer à bénéficier d'un accompagnement individualisé spécialisé².

La Fondation Addiction Valais est l'organisation de référence cantonale pour les questions liées aux addictions et ses prestations comprennent les trois cadres d'intervention ambulatoire, résidentiel et centre de jour³. Une des principales mesures adoptées par le secteur ambulatoire durant le semi-confinement a été d'offrir la possibilité d'effectuer des entretiens à distance via téléphone ou visioconférence, ce qui n'avait jusqu'alors jamais été

formellement introduit, la modalité traditionnelle restant l'entretien en présentiel (individuel ou avec des membres de la famille ou du réseau de l'utilisateur).

L'objectif de cet article est de rendre compte de cette expérience d'intervention sociothérapeutique à distance, même si elle s'est déroulée dans un contexte particulier de télétravail et de semi-confinement. Notre ambition n'est pas de faire part de résultats d'un véritable travail de recherche, mais de tenter de cerner les défis et/ou enjeux de l'intervention sociothérapeutique à distance, d'exposer des éléments qui paraissent pertinents pour l'inscrire à long terme dans l'accompagnement ambulatoire en continuant de répondre aux besoins des usagers. Les éléments présentés sont issus d'un bilan qualitatif effectué auprès des responsables des unités ambulatoires d'Addiction Valais ainsi que de l'enquête de satisfaction menée auprès des usagers entre fin avril et début mai.

LE SECTEUR AMBULATOIRE D'ADDICTION VALAIS

Le secteur ambulatoire comprend cinq unités réparties géographiquement sur le territoire valaisan (Monthey,

1. Par exemple : COVID-19 et consommation récréative de drogues. Effets de la pandémie de COVID-19 sur les comportements de consommation et le marché illégal des drogues. *Infodrog*

2. <https://www.grea.ch/publications/covid-19-liste-des-offres-accessibles-a-distance>

3. <http://www.addiction-valais.ch/>

Martigny, Sion, Sierre et Viège) et fournit, outre des prestations de prévention sélective, de brefs conseils et un accompagnement sociothérapeutique personnalisé à toute personne touchée par un problème d'addiction. Les prestations sont gratuites et 1'600 personnes environ sont accompagnées annuellement.

Des outils numériques de consultation à distance sont déjà utilisés, et il est possible de disposer de conseils, de façon anonyme ou non, via le site internet ou par mail. Depuis 2018, la Fondation a en outre intégré le programme de consultation en ligne SafeZone⁴.

LE DISPOSITIF D'INTERVENTION À DISTANCE

Afin de pouvoir poursuivre sa mission durant la pandémie, le secteur ambulatoire a adapté ses modalités de prise en charge afin d'assurer un service d'intervention spécialisée à distance qui se rapproche le plus possible de son fonctionnement normal. Dès mi-mars, les personnes intervenant ont été équipée-e-s pour travailler depuis leur domicile. Lorsque les bureaux ont dû être fermés, et avec l'obligation de télétravail pour tous, les contacts téléphoniques ont été assurés via une interface permettant d'utiliser et d'afficher le numéro de l'intervenant d'Addiction Valais. Chacun-e avait aussi à sa disposition un service de visioconférence (Skype®). Les heures de permanence téléphonique ont été adaptées et la page d'accueil du site internet a mis en évidence les contacts téléphoniques et les informations importantes.

Le contexte particulier lié à la pandémie a cassé les schémas classiques et les codes des entretiens menés au bureau.

REGARD QUANTITATIF

Les moyens mis en place avaient pour objectif de maintenir le contact avec les usagers et d'assurer l'accompagnement. Quantitativement, cet objectif a été atteint.

Indicateurs liés à l'activité de conseil et aide

Le niveau de contact avec les usagers a été maintenu à un niveau comparable avec les années précédentes (Table 1). Le nombre d'actes par téléphone et le nombre d'heures de conseils via SafeZone ont même connu une forte augmentation⁵.

Indicateurs liés à la satisfaction des usagers

Entre fin avril et début mai, Addiction Valais a conduit une courte enquête auprès des usagers dont l'un des objectifs était d'évaluer leur satisfaction vis-à-vis des mesures prises, en particulier sur l'accessibilité des intervenants, ainsi que les modalités et la qualité des contacts⁶.

Septante usagers (48 hommes et 22 femmes) ont répondu au questionnaire (soit 12% des usagers ayant eu un contact avec son référent ou sa référente). La satisfaction vis-à-vis du dispositif d'intervention à distance

a été élevée, sans grande différence selon le moyen de contact principal utilisé (Figure 1, page 14).

REGARD QUALITATIF

Un bilan qualitatif de l'intervention à distance a été effectué à la fin mai auprès des responsables des unités⁷ par le biais d'entretiens semi-structurés. La grille d'entretien

	2017		2018		2019		2020	
	mars	avril	mars	avril	mars	avril	mars	avril
Nombre d'actes de type entretien	776	623	625	568	509	567	599	735
Nombre d'actes de type téléphone	848	739	803	631	684	703	1'358	1'244
Nombre d'usagers actifs	1'109	1'080	995	997	938	949	1'130	1'168
Nombre d'usagers avec entretien/téléphone	679	617	577	559	510	546	608	612
Part des usagers avec entretien/téléphone	61%	57%	58%	56%	54%	58%	54%	52%
Heures de conseil en ligne, Internet	7.3	3.8	6.0	4.3	3.0	2.5	1.3	0.5
Heures de conseil via SafeZone	-	-	8.3	9.0	11.5	9.0	20.8	23.5

Tableau 1. Indicateurs de l'activité des unités ambulatoires durant les mois de mars et avril. Comparaison par année.

4. <https://www.safezone.ch/consultation.html>

5. La tenue électronique du dossier de l'utilisateur répertorie pour chaque personne les types d'acte (entretien, téléphone, correspondance, gestion)

6. L'enquête a été menée électroniquement via un lien Google Forms®

7. Pour l'unité de Viège, l'entretien a été mené auprès d'un-e intervenant-e

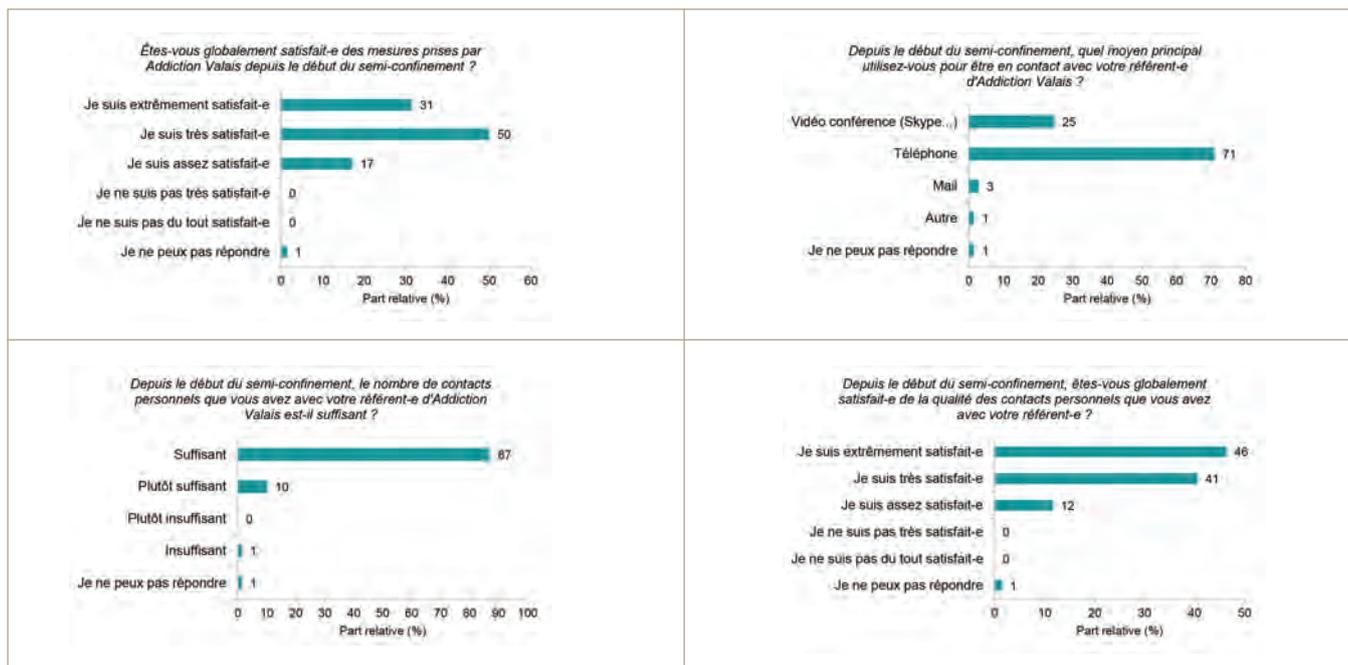


Figure 1. Satisfaction exprimée par les usagers vis-à-vis du dispositif d'intervention à distance.

permettait de réaliser une analyse SWOT du dispositif et d'examiner des points spécifiques liés à la qualité des entretiens (durée, contenu, travail sur les objectifs, création de l'alliance) ou aux usagers (nouvelles situations, usager cible, pertes de contact). Une sélection des principaux résultats est présentée ci-dessous.

Proactivité, accès à la réalité de vie de l'utilisateur et aux proches

Une des principales forces de l'intervention à distance est de rendre les contacts avec l'utilisateur plus réguliers et fréquents, ce qui constitue une plus-value dans le maintien ou la consolidation de l'alliance thérapeutique, en particulier chez les utilisateurs en phase de prévention de rechute. L'intervention à distance a augmenté la proactivité des intervenants. Plus courts, les entretiens à distance ont eu l'avantage d'aller à l'essentiel s'agissant de la conduite addictive.

Le contexte particulier lié à la pandémie a cassé les schémas classiques et les codes des entretiens menés au bureau. Les prestations et la relation d'aide se sont enrichies en montrant que les barrières pour emprunter d'autres chemins pouvaient être levées.

L'intervention à distance a introduit une forme d'intimité avec l'utilisateur inaccessible en présentiel, elle a offert l'opportunité d'entrer dans la réalité de vie de l'utilisateur et de fixer des objectifs liés à la vie quotidienne. L'intégration des proches présents dans les situations accompagnées a été améliorée.

Une plus grande souplesse dans l'organisation des accompagnements a été introduite, et la disponibilité des utilisateurs a été augmentée en réduisant temps et frais de déplacement.

Niveau de confidentialité à garantir, perte du langage non verbal, situations inadaptées

La visio-consultation a été déclinée par une partie des utilisateurs, principalement en raison de difficultés liées à l'accès et l'utilisation de l'informatique. Parfois toute forme d'intervention à distance a été refusée et l'attente d'un retour au présentiel a été préférée pour poursuivre le suivi. Une limite importante a concerné la confidentialité et la protection des données, qui sont des éléments essentiels dans la relation d'aide et qui n'ont pas toujours pu être garanties. Le problème était aigu lorsque l'utilisateur ne pouvait s'isoler, ce qui pouvait induire plus de retenue de sa part.

Pour les responsables, l'accompagnement sociothérapeutique ne pourra en aucun cas se résumer à des entretiens virtuels. Les entretiens en présentiel ne seront jamais remplacés, car :

- le fait de venir au bureau est une marque d'engagement de l'utilisateur dans son accompagnement ;
- la perte du langage non verbal et des interactions faciales provoque une perte de qualité de l'entretien ;
- les émotions des utilisateurs sont plus rarement exprimées à distance ;
- le bureau offre aux utilisateurs un espace clairement identifié et délimité pour parler d'une problématique spécifique, leur conduite addictive.

Si en théorie l'intervention à distance peut s'adresser à tous les utilisateurs, elle est mal adaptée aux personnes psychologiquement fragiles (par exemple avec des pensées suicidaires), confrontées à de multiples problèmes ou phase de rechute et/ou de crise. Elle est aussi moins pertinente dans les situations sous contrainte, lorsque

l'intervenant doit constamment agir. Les entretiens sont plus délicats à gérer et il est plus difficile d'engager et de conserver la motivation de l'utilisateur. Une personne qui n'a plus envie de parler peut ainsi interrompre l'entretien en raccrochant, ce qui peut engendrer du stress chez l'intervenant.

Si la construction de l'alliance thérapeutique n'est pas freinée, elle reste moins facile qu'en présentiel. Mettre en place un vrai accompagnement par objectifs semble plus difficile, demande plus d'énergie, tout comme réaliser une évaluation approfondie de la conduite addictive et des problèmes associés.

Le travail avec l'environnement de l'utilisateur ne peut pas s'affranchir du présentiel, en particulier lorsqu'il requiert la présence de l'utilisateur, car cela nécessite de fixer un moyen de communication commun et d'être sûr que l'utilisateur puisse se connecter à l'heure fixée. La conduite des entretiens de famille ou de couple est également limitée.

Les outils habituellement utilisés en entretien en présentiel (tableau blanc pour balance décisionnelle, géogramme...) n'ont pas pu être employés. La technologie peut aussi être défaillante (mauvaise connexion, interruptions, difficultés pour installer l'outil numérique). L'outil de vidéoconférence adopté doit aussi pouvoir s'inscrire dans le quotidien de l'utilisateur.

Incapacité à saisir tous les signes de vulnérabilité, confidentialité placée sous la responsabilité de l'intervenante et de l'intervenant

Le risque principal est lié à l'impossibilité d'avoir une compréhension complète de la situation, à l'incapacité de saisir tous les signes et les éléments portés par le non verbal, et de passer à côté de l'essentiel et/ou de minimiser la vulnérabilité réelle de l'utilisateur. La confidentialité, déjà mentionnée comme limite, constitue aussi un risque, pour l'utilisateur et pour la personne intervenant. L'utilisateur qui ne peut s'isoler, peut ne pas être disponible psychologiquement ou ne pas se sentir libre de parler de sujets importants. Par de fausses manipulations, l'intervenant pourrait donner accès à des informations sensibles ou non associées à l'utilisateur. La garantie de la confidentialité est de la responsabilité de l'intervenant qui doit s'assurer que l'utilisateur est conscient des conditions d'entretien.

La qualité de l'accompagnement passe aussi par la dynamique d'équipe, par la capacité à debriefer et échanger à la suite d'un entretien, ce qui a été moins présent dans le contexte de semi-confinement.

Meilleure accessibilité pour les proches, adaptation au rythme de vie de l'utilisateur

En pénétrant davantage dans le cadre de vie de l'utilisateur, l'intervention à distance a permis d'atteindre plus

facilement les proches, de les impliquer ou de leur offrir un soutien.

L'intervention à distance constitue un complément dans les modalités d'accompagnement. Offerte en alternance avec le présentiel, elle serait pertinente pour intensifier les contacts et consolider le lien thérapeutique. Dans cette perspective, elle pourrait rendre certains suivis plus proactifs, avec comme conséquences de faciliter la conservation du contact et de diminuer les drop-outs.

Conserver ces modalités d'accompagnement permettrait d'atteindre d'autres publics comme les personnes momentanément éloignées de leur domicile (par exemple durant un voyage). L'accessibilité à la prestation serait améliorée par une meilleure adaptation au rythme de vie de l'utilisateur, à son organisation quotidienne, à son environnement familial ou à son éloignement géographique.

Le plus important reste cependant d'être centré sur la motivation, les besoins et les ressources de l'utilisateur qui devrait pouvoir choisir parmi les moyens d'intervention proposés. Systématiser ou interdire totalement l'intervention à distance serait inapproprié.

CONCLUSIONS

Suite aux restrictions imposées par la pandémie, Addiction Valais a rapidement introduit des mesures pour assurer la poursuite des accompagnements sociothérapeutiques ambulatoires à distance, via des entretiens par téléphone ou par vidéoconférence. Ils ont remplacé les entretiens en présentiel avec une forte augmentation des contacts téléphoniques par rapport aux années précédentes.

Des limites de l'intervention sociothérapeutique à distance ont été relevées (perte du langage non verbal, situations inadaptées, bilans de réseau difficiles, limites techniques), ainsi que des risques (incapacité à saisir tous les signes de vulnérabilité des utilisateurs, atteinte à la confidentialité). Mais ses forces (proactivité des intervenants, créativité dans la relation d'aide, souplesse, accès à la réalité et adaptation à l'organisation de vie des utilisateurs) en font une modalité d'intervention qui améliore le maintien ou la consolidation de l'alliance thérapeutique et favorise l'accès aux proches.

Offerte en complément au présentiel dans un cadre de confidentialité assuré, et proposée de façon circonstanciée en fonction des besoins et des ressources de l'utilisateur, l'intervention à distance apporte une plus-value dans l'accompagnement sociothérapeutique ambulatoire.

*Contacts: thomas.urben@addiction-valais.ch
annick.clerc-berod@addiction-valais.ch*

INTERVIEW

Interview de Florian Meyer (K+A) par Frank Zobel (Addiction Suisse)

La Ville de Zurich est celle qui compte le plus de structures avec espaces de consommation de drogues illégales en Suisse. Comment la crise de Covid-19 a-t-elle été gérée dans ce contexte et quels apprentissages ont été réalisés ? Interview du responsable de ces structures (réd.).



Frank Zobel: Monsieur Meyer, pourriez-vous tout d'abord nous rappeler quelle était la situation avant la pandémie ? Comment les structures avec espaces de consommation (Kontakt und Anlaufstellen (K+A)) sont-elles habituellement organisées à Zurich ?

Florian Meyer: Au total, environ 900 personnes fréquentent les trois structures avec espaces de consommation mis à disposition par la ville de Zurich, ce qui représente autour de 300 personnes en moyenne par jour. L'accès des structures est réservé aux personnes qui résident à Zurich. La clientèle a un âge moyen de 48 ans et un quart sont des femmes.

Les structures ont des horaires complémentaires, ce qui permet avant tout de décharger les quartiers où elles se situent. Les clients et clientes peuvent consommer chez nous sept jours sur sept de 7h30 à 21h30. Chaque structure dispose d'un local pour l'injection et d'un autre pour l'inhalation de substances psychoactives. Soixante-cinq personnes provenant des domaines du travail social ainsi que des soins somatiques et psychiatriques s'occupent de la clientèle.

Chaque mois environ 22'000 épisodes de consommation de substances illégales achetées sur le marché noir ont lieu dans nos structures. Avant la pandémie, entre 12 et 14 personnes pouvaient fréquenter chacun des locaux de consommation pendant 30 minutes à la fois. Il y avait ainsi énormément de personnes sévèrement dépendantes

qui étaient en contact très étroit les unes avec les autres, et qui évoluaient au sein de groupes qui changeaient fréquemment.

Frank Zobel: Lorsque le Conseil fédéral a décrété le semi-confinement au mois de mars, quelles ont été les conséquences immédiates pour les structures zurichoises ? Qu'avez-vous dû faire et quelles en ont été les conséquences ?

Florian Meyer: Beaucoup de nos clients et clientes souffrent de maladies qui en font des personnes à risque pour la Covid-19. Nous avons aussi estimé que le fonctionnement de nos structures constituait un risque important pour la diffusion rapide du virus. C'est pourquoi, dès le 5 mars, nous avons réduit de 50% le nombre maximum de personnes dans les structures et avons décidé de mesurer la température de toutes celles présentes au moins une fois par jour. Si elle était supérieure à 38 degrés, elles devaient se soumettre à une consultation médicale. Ce n'est qu'après le feu vert du médecin qu'elles pouvaient à nouveau utiliser nos structures. Nous avons aussi introduit des mesures d'hygiène additionnelles à partir de début février, notamment l'augmentation de la désinfection des mains.

La réduction de la capacité d'accueil des structures a conduit à d'importants temps d'attente pour la clientèle, ce qui a conduit à davantage de conflits à l'extérieur de nos locaux. Pour que les personnes qui attendent ne doivent pas le faire sous la pluie, nous avons demandé à la protection civile de mettre en place des abris provisoires.

Le 16 mars, le semi-confinement a été décidé au niveau national. Une distanciation de deux mètres a également été déclarée comme règle impérative. La rapide hausse des cas d'infection a aussi créé des craintes chez le personnel et chez la clientèle. Comme il était impossible de suivre les recommandations de l'OFSP en l'état, il a été décidé de fermer les trois structures le 18 mars. Mais nous nous étions préparés à ce scénario et avons imaginé la semaine précédente une solution d'urgence que nous avons rapidement pu mettre en place.

Frank Zobel: Alors, comment vous êtes-vous adapté durant les semaines suivantes ? Qu'avez-vous fait pour poursuivre vos activités de réduction des risques et d'aide à la survie ?

Florian Meyer: Le jour suivant nous avons ouvert la structure temporaire « Depotweg » sur un terrain dédié à la prostitution autorisée et qui est également géré par la ville de Zurich. Il avait été fermé sur ordre de la Confédération le 16 mars. C'est un lieu très vaste qui dispose de huit box en bois dans lesquels les clients des prostituées parquent leur véhicule. Ces « Sexboxes » ont rapidement été transformées en espaces de consommation sécurisée. À l'aide de tentes, et d'un container existant faisant office de bureau, nous avons créé en l'espace de 24 heures une structure d'accueil en plein air dans laquelle il était possible de respecter les règles de distanciation sociale. Nous avons considéré que cette façon de faire permettait d'atteindre le difficile équilibre entre la diminution des risques de transmission liés à la Covid-19 et le maintien des mesures de réduction des risques pour empêcher la transmission du VIH et des hépatites notamment.

Si nous avons fermé les structures existantes sans les remplacer, la consommation de drogues se serait déplacée dans l'espace public, loin des mesures préventives de nature sociale ou sanitaire et de leurs effets. La clientèle de nos structures est en effet tributaire de l'obtention de substances illégales sur le marché noir et elle est souvent dépendante, en plus de l'héroïne pour laquelle elle est généralement en traitement de substitution, d'autres drogues. En raison de cette dépendance, elle ne va pas simplement rester à son domicile parce que cela lui a été intimé.

Le fait que nous n'opérons plus qu'une seule grosse structure pour une clientèle aussi large a évidemment fait débat. On redoutait notamment un risque élevé de transmission du virus. Cela a conduit à des différends chez les professionnels, mais, à l'aide d'informations, il a été possible de diminuer les critiques vis-à-vis de notre démarche. Le document de l'OFSP du 27 mars adressé aux États-majors de crise cantonaux, qui demandait à ce que les structures pour les personnes dépendantes soient considérées comme l'équivalent des services de santé, a aussi énormément aidé. Cela a renforcé notre position de maintenir avec tous les moyens possibles l'offre de réduction des risques de nos structures.

Entre le 19 mars et le 24 mai, 180 à 250 personnes ont fréquenté chaque jour la structure temporaire mise en place à Zurich Altstetten. La majorité des usagers dépendants a accepté sans autres cette nouvelle offre, et ce d'un jour à l'autre. Il n'y a pas non plus eu de nouvelle scène de la drogue dans l'espace public. Les personnes qui présentaient des symptômes pouvant être associés à la Covid-19 continuaient à devoir aller voir un médecin et ne pouvaient réutiliser la structure que sur présentation d'un résultat de test négatif. La structure avec espaces de consommation en plein air n'a pas seulement été une solution idéale en matière de limitation de la transmission

du virus, elle a aussi été très bien acceptée par les clients et clientes de nos structures.

Frank Zobel: Et quelle est la situation aujourd'hui, début juillet ? Tout est-il redevenu comme avant ?

Florian Meyer: Le 25 mai nous avons pu rouvrir les deux structures que nous avons en ville. Les autorisations pour agrandir et transformer les locaux avaient été reçues, ce qui a permis de doubler leur surface, y compris avec une halle de 150m² pouvant être chauffée et qui est utilisée comme lieu d'accueil et local de consommation. Les règles édictées par l'OFSP peuvent maintenant être suivies dans ces structures. Quant à la troisième structure, elle reste pour l'instant fermée car on ne peut pas l'agrandir. Les deux structures rouvertes requièrent aussi davantage de personnel.

En raison des règles de distanciation sociale qui sont toujours en vigueur, nous ne pouvons toutefois pas encore reprendre nos activités comme auparavant. Nous devons aussi réfléchir comment nous pourrions reprendre les activités dans la troisième structure. L'infrastructure continue de rester un défi, notamment parce qu'en mars 2022 nous devons abandonner notre structure la plus grande. Le bâtiment de la K+A Kaserne sera rénové et ensuite utilisé comme lieu de formation. Un lieu de remplacement doit encore être trouvé.

Nous avons créé en l'espace de 24 heures une structure d'accueil en plein air.

Entre début mars et mi-juin nous avons été informés de seulement deux personnes parmi notre clientèle qui ont été testées positivement pour la Covid-19. Les deux ont été guéries après trois semaines et fréquentent désormais à nouveau les structures.

Frank Zobel: Qu'avez-vous appris de cette période, s'agissant par exemple des usagers des structures ou de leur personnel ?

Florian Meyer: Durant la période de crise, qui a duré deux mois, nous n'avons pas eu le moindre cas de violence dans la structure en plein air du Depotweg. Cela est très inhabituel. Il n'y a pas non plus eu besoin de décréter des interdictions de fréquentation des lieux. Selon nous, et aussi sur la base d'une enquête auprès de la clientèle, cela est dû au fait que nous disposons d'un vaste espace pour nos activités. On pouvait facilement s'y éviter. Cela est particulièrement important pour les personnes qui souffrent de problèmes psychiques et qui ont certains comportements très voyants. L'espace désenvenime la situation et permet l'inclusion des personnes qui se trouvent à la marge de groupes qui sont eux-mêmes déjà largement marginalisés.

La Covid-19 nous a aussi poussés à mener une expérimentation que nous n'aurions jamais osé faire sous cette forme : le déplacement de toute la scène de la drogue depuis le centre-ville vers un quartier périphérique. Nous sommes partis du principe que cela était possible à condition qu'il

y ait un lieu de consommation sécurisé en remplacement de l'interdiction et de la pression de la police et du sip züri (travailleurs de rue) dans l'espace public. Dans ce cas, même des lieux relativement peu attrayants en périphérie sont utilisés par nos clients s'il n'y a pas de meilleure alternative. A contrario, cela signifie aussi que moins un lieu est attractif et plus il est important qu'il ait une position de monopole. Ces hypothèses ont été confirmées et c'est un apprentissage important pour nous.

Notre organisation a aussi pu réagir de manière très agile. Cela n'a été possible que parce que beaucoup de nos collègues ont fait beaucoup plus que ce qui est écrit dans leur cahier des charges et ont su faire preuve d'une flexibilité qui a suscité mon admiration. Qu'une nouvelle organisation de cette ampleur ait été mise en place d'un jour à l'autre et que les prestations ont pu être offertes de manière continue est principalement lié à cela. Notre Directeur ainsi que le municipal en charge des affaires sociales de la ville, Raphael Golta, ont aussi soutenu nos idées de bout en bout et ont permis des adaptations rapides. Cette crise nous a en fait renforcés.

Frank Zobel: Vous avez aussi réalisé un drug checking (analyse des substances) dans le cadre de vos structures. Comment l'avez-vous fait et quels en ont été les résultats?

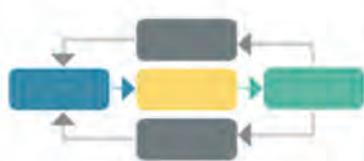
Florian Meyer: Le 27 avril, nous avons pu mener le premier drug checking dans un K+A au temps du Coronavirus en Suisse. Il a été mené en collaboration avec

l'Institut de médecine légale (IRM) de Bâle au sein de la structure temporaire au Depotweg. Onze échantillons ont été collectés puis analysés¹. Par ailleurs, dès le 14 avril le Drug checking pour les usagers récréatifs du DIZ (Drogeninformationszentrum) a rouvert. Trois périodes de drug checking, réunissant au total 53 échantillons, ont aussi pu être réunies pour analyse. Le résultat est que tant au DIZ que dans notre structure la cocaïne testée avait un taux de pureté très élevé. La crainte que, en raison de pénuries, l'héroïne et la cocaïne soient davantage coupées avec d'autres produits n'a donc pas été confirmée par nos analyses. À Zurich, l'effondrement du marché prédit par beaucoup de médias et de professionnels n'a pas non plus pu être observé.

Frank Zobel: Merci pour cette entrevue.

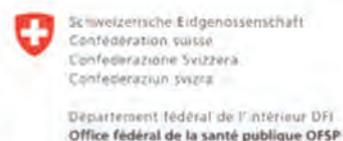
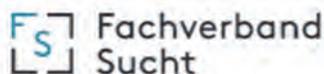
Contact: Florian.Meyer@zuerich.ch

1. NdlR : Un projet pilote de drug checking dans des structures avec espaces de consommation de Bâle et Zurich a été mené en 2019. Les usagers apportaient leur substance mais ne recevaient les résultats qu'après quelques jours, c'est-à-dire bien après leur consommation. En revanche, la remise de la substance et des résultats de l'analyse ont servi à mener des entretiens sur les comportements de consommation et ont permis la transmission de règles de Safer Use. C'est cette approche qui a été reconduite à Zurich durant la pandémie. En parallèle, un nouvel outil d'analyse des substances a été testé à l'espace de consommation de Lausanne. Celui-ci donne des résultats immédiats et pourrait être utilisé à l'avenir pour le drug checking dans ce type de structures.



GUIDE POUR LES PROFESSIONNELS SUR LES USAGES DES ÉCRANS

Le guide soutient et accompagne les professionnels dans le cadre du travail de prévention et de conseil auprès des parents et proches d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes en lien avec les écrans. Simple d'accès, il aborde le contexte culturel, familial et individuel. Il peut être consulté et téléchargé sur www.grea.ch. Une version imprimée est également disponible et peut être commandée à : info@grea.ch



LE MARCHÉ ET LES PERSONNES CONSOMMANT DES DROGUES ILLÉGALES FACE À LA CRISE

Frank Zobel (Addiction Suisse), Jean Clot (GREA), Pierre Esseiva (ESC/UNIL), Jacques Gaume (CHUV), Elodie Lefrançois (ESC/UNIL), Quentin Rossy (ESC/UNIL), Jean-Félix Savary (GREA), Elodie Schmutz (CHUV), Olivier Simon (CoRoMa)

Comment le trafic de drogue a-t-il été impacté par la crise liée à la Covid-19 et comment la consommation et la situation des usagers de drogue ont-elles évolué durant cette période? Premières pistes de réponses sur la base de différentes études réalisées en Suisse romande par un collectif d'institutions. (réd.)

Les mesures prises au mois de mars pour lutter contre la pandémie de Covid-19 ont involontairement constitué un programme inédit de lutte contre le trafic de drogues illégales. La fermeture des frontières, la réduction des transports de personnes et de marchandises, la fermeture des bars et clubs, le (semi-)confinement de la population, les interdictions de rassemblement et une forte présence de la police dans l'espace public ont ainsi créé de nombreux obstacles au trafic, mais aussi augmenté sa visibilité. Cette situation n'a pas touché que la Suisse, mais aussi, à des degrés divers, tous nos voisins, les principaux pays d'arrivée et de production de drogues en Europe (p.ex. Espagne, Pays-Bas, Belgique), ainsi que des pays de production (p.ex. Colombie, Bolivie, Afghanistan) et de transit (p.ex. Iran, Turquie, Venezuela) du trafic intercontinental.

Cette situation laissait présager des ruptures dans l'approvisionnement pouvant conduire à des modifications de l'offre (prix, pureté, molécules). Celles-ci pouvaient ensuite impacter les consommateurs, et particulièrement ceux et celles les plus à risque qui, par ailleurs, devaient encore affronter d'autres difficultés comme une baisse des possibilités d'acquiescer des revenus, un accès potentiellement plus difficile aux services d'aide et de soins, auxquels s'ajoutaient encore toutes les craintes et difficultés rencontrées par l'ensemble de la population [1].

Pour essayer de comprendre la réalité et l'ampleur de ces évolutions, une collaboration interdisciplinaire inédite entre cinq institutions (Addiction Suisse, CHUV, CoRoMa, École des sciences criminelles de l'UNIL et GREA) s'est mise en place. Plutôt que de développer un projet de recherche intégré – ce qui aurait pris plusieurs mois – elles ont développé, le plus souvent

en collaboration, différentes collectes de données ad hoc susceptibles de renseigner sur l'évolution du marché et la situation des usagers de drogue les plus précarisés [2]. Elles ont aussi rassemblé différents travaux menés au plan national (p.ex. Infodrog) et international (p.ex. UNODC, EMCDDA, OFDT) sur ce sujet.

Les collectes de données réalisées entre avril et juin 2020 comprennent deux axes. Le premier est celui des observations de personnes directement ou indirectement concernées. Il inclut une enquête et une série d'interviews auprès des patients de la policlinique des addictions (Poladd) du CHUV [3], des interviews répétées avec cinq responsables de brigades des stupéfiants (GE, NE, VD, ZH, Lausanne), des interviews avec des collaborateurs de sept structures de réduction des risques (Addiction Jura, Addiction Neuchâtel, Addiction Valais, ABS, Le Tremplin, Première Ligne, Zone Bleue) [4] ainsi qu'une collecte de données auprès des responsables des centres spécialisés impliqués dans la prescription des traitements avec agonistes opioïdes (TAO) en Suisse romande.

Le second axe reprend une série de travaux développés dans le cadre du projet MARSTUP (Produits et structures du marché des stupéfiants)[5] sur les produits en circulation et les pratiques du marché noir. Il comprend un monitoring des achats sur deux des principaux cryptomarchés du darkweb (Empire Market et Cannazon), ainsi que des analyses chimiques des saisies faites par les polices romandes, de substances consommées à l'Espace de consommation sécurisé (ECS), des résidus dans les seringues usagées et des eaux usées à Lausanne.

COMMENT LES MARCHÉS ONT-ILS RÉAGI ?

Les données récoltées renvoient à une situation de relative stabilité du marché des stupéfiants, mais avec des

incertitudes et variations ayant parfois affecté différentes localités et différentes substances.

Cannabis

De l'avis général, le marché le plus touché a été celui du cannabis et particulièrement celui de la résine. Cette dernière est importée du Maroc et transite usuellement par l'Espagne et la France, deux pays qui ont mis en œuvre des mesures de confinement strictes. Il faut aussi savoir que, avant la pandémie, le Maroc et l'Espagne avaient déjà développé des mesures de lutte contre la production et le trafic de résine qui pourraient avoir déployé leurs effets par la suite[6].

Des échantillons de cannabis CBD sprayé avec des cannabinoïdes de synthèse, et vendu comme du cannabis illégal, ont aussi été identifiés par le *drug checking* de Zurich durant la période d'observation[7]. Le phénomène était déjà connu depuis plus d'un an, mais pourrait s'être amplifié avec les problèmes d'approvisionnement du marché du cannabis. Ces problèmes se sont reflétés dans des difficultés d'accès, des prix en hausse ou une augmentation des arnaques, rapportées notamment par les patients de la Poladd. L'analyse des deux principaux sites de ventes du *darkweb* montre aussi que, si le marché des vendeurs déclarant livrer depuis la Suisse semble être resté stable pour les autres types de drogues, une hausse importante des achats de cannabis a eu lieu sur ces plateformes. Cette hausse a également été observée dans d'autres pays comme le Royaume-Uni, l'Allemagne, les Pays-Bas et la France.

Que ce marché ait été le plus affecté a constitué une relative surprise puisque le cannabis est la seule drogue illégale produite dans notre pays. Toutefois, comme cela avait été observé dans l'étude MARSTUP[8], il semble que ce marché dépende aujourd'hui pour moitié environ d'importations. Les fluctuations observées pourraient donc confirmer cette dépendance du marché suisse aux trafics internationaux. De plus, la demande pour le cannabis pourrait avoir peu évolué durant la pandémie.

Héroïne

La pénurie la plus redoutée concernait sans doute l'héroïne puisque cette substance est consommée en grande partie par des usagers marginalisés et souvent fortement dépendants. On savait cependant déjà, sur la base d'études sur des pénuries en Australie[9] et en Europe[10], qu'une partie des usagers était en mesure de se « mettre à l'abri » face à une telle situation, notamment en recourant à des traitements.

Les données récoltées chez les acteurs de première ligne (usagers, policiers, travailleurs sociaux) et les analyses chimiques (seringues usagées, saisies, échantillons à l'ECS) renvoient à une situation assez stable du marché de l'héroïne, hormis peut-être au début de la pandémie. Si

quelques arnaques, difficultés d'accès ou légères hausses des prix ont été mentionnées, la majorité des personnes interrogées a rapporté que l'héroïne est restée disponible durant la période d'observation, et que son prix et son taux de pureté, ainsi que les produits de coupage utilisés, n'ont guère évolué. Il est probable que la structure plutôt simple de ce marché [11] et les méthodes de trafic utilisées par les groupes albanophones ont relativement peu souffert des obstacles mis en place. On rapporte cependant une plus grande utilisation de la frontière verte (forêts, champs) et des transports publics pour importer l'héroïne depuis la France à Genève, principal marché en Suisse romande. Sinon, on peut s'appuyer sur ce témoignage d'usager pour résumer la situation : « la seule différence c'est que le livreur d'héroïne portait un masque. Le reste était comme d'habitude. » L'absence de hausse de demandes de traitements par agonistes opioïdes (TAO)

ou diacétylmorphine (DAM), hormis au CHUV, semble aussi confirmer le faible impact qu'a connu ce marché.

Cocaïne

Le marché de la cocaïne pourrait avoir été l'un des plus affectés par une baisse de la demande liée à la fermeture des lieux festifs (bars, clubs). Une partie non négligeable de la demande provient cependant de personnes qui consomment cette drogue plus régulièrement, incluant des personnes socialement intégrées et d'autres plus marginalisées.

Les informations recueillies suggèrent que le marché de la cocaïne s'est lui aussi largement maintenu même s'il semble avoir connu un peu plus de soubresauts que celui de l'héroïne. Les observations des policiers ont notamment montré que certains groupes de trafiquants n'avaient pas connu de problèmes d'approvisionnement alors que d'autres s'étaient retrouvés à sec. Des pratiques inhabituelles de collaboration ou de transport ont aussi été remarquées. Du côté des usagers, mais aussi des travailleurs sociaux, quelques variations de prix et de qualité ont été rapportées et les analyses des saisies policières contenaient de nombreux spécimens de faible pureté au mois de mai. Cependant, des analyses d'échantillons auprès des consommateurs à l'espace de consommation sécurisé de Lausanne et à celui de Zurich tendent plutôt à indiquer un taux de pureté assez élevé. Une hypothèse serait que le marché « bas de gamme » de rue ait été plus affecté que celui des livraisons ou des ventes entre personnes qui se connaissent.

ET LES USAGERS ?

Les informations récoltées auprès des patients de la Poladd, des travailleurs de la réduction des risques et des membres du CoRoMa, renvoient à d'importantes différences dans la manière dont les personnes qui consomment des drogues de manière régulière ont vécu la période de semi-confinement. Certaines l'ont traversée

le marché le plus touché a été celui du cannabis et particulièrement celui de la résine.

avec facilité, appréciant parfois la « pause » qui leur était offerte ou la plus grande attention dont ils faisaient l'objet de la part des services, mais aussi de la population. À l'autre extrémité, certaines personnes ont passé une période difficile parce que les mesures d'hygiène et de distanciation sociale mettaient à mal des stratégies déjà fragiles de gestion du quotidien, incluant celle de la consommation, l'accès à des revenus ou le maintien d'une vie sociale. La visibilité accrue dans l'espace public – déserté par les autres personnes – a aussi constitué un problème pour certains tout comme l'isolement social requis par la pandémie. Certaines personnes ont aussi eu des difficultés d'accès aux services sociaux.

L'étude menée avec les patients de la Poladd au mois de mai montre que la consommation est restée en moyenne plutôt stable, avec une légère tendance à la baisse et sans report d'une substance à une autre. La majorité n'a pas non plus rapporté de changements en matière de situation sociale et de santé durant la période. Certaines personnes ont toutefois indiqué une hausse de niveau de stress et d'anxiété et/ou une détérioration de la situation financière et sociale. Cette dernière, qui concernait davantage les personnes plus jeunes, était aussi associée à une réduction de la consommation de cocaïne et de cannabis. Un niveau de stress et d'anxiété plus élevé, et une plus grande peur des contrôles de police étaient de son côté associés à une hausse de la consommation d'héroïne alors que l'augmentation de la consommation de médicaments était associée non seulement au stress et à l'anxiété, mais aussi aux problèmes de santé physique et psychique en général.

Les usagers ont généralement su s'approprier et suivre les mesures d'hygiène ce qui, dans certains cas, a aussi constitué un contexte positif pour leur transmettre des messages de réduction des risques. Certaines personnes ont ainsi fait des réserves de produit et de matériel de réduction des risques comme cela leur était suggéré par les professionnels et/ou par leurs pairs, ou comme ils l'avaient souvent eux-mêmes déjà appris.

POUR CONCLURE

On peut retenir que les mesures spectaculaires, mais aussi de courte durée, qui ont été mises en place au mois de mars ont certes pu déranger certaines parties du marché des stupéfiants, mais de façon généralement assez limitée. L'interdiction de rassemblement et la forte présence de la police en rue semblent ainsi avoir parfois davantage affecté les transactions qu'une véritable pénurie de drogues qui ne semble pas avoir eu lieu. Les analyses de seringues usagées et celles d'échantillons de drogue renvoient aussi à une situation plutôt ordinaire en termes des substances consommées et de leurs propriétés. L'ensemble de ces constats renvoient à une forte résilience du marché des stupéfiants qui, malgré une situation exceptionnelle, a largement continué de fonctionner.

S'agissant des usagers, il faut sans doute retenir l'impact différencié qu'ils ont subi et qui reflète la grande diversité des ressources et des besoins dans une population beaucoup moins homogène qu'on ne l'imagine parfois. Si de nombreux usagers mentionnaient que la crise liée à la pandémie avait peu d'impact sur leur consommation, leur situation sociale et leur santé, certains ont connu des situations beaucoup plus difficiles avec une augmentation de stress et une péjoration de leur santé. Il faut toutefois également noter une tendance assez élevée vers une diminution de la consommation chez de nombreux patients en TAO à la Poladd. Les facteurs liés à cette diminution pourraient être investigués pour améliorer la prise en charge.

Si une certaine humilité est de mise, la rapide adaptation de certains centres de traitement et de réduction des risques a pu contribuer à réduire l'impact de la crise sur les personnes les plus vulnérables. Cette adaptabilité et flexibilité des services de première ligne est certainement l'une des leçons à retenir de cette crise.

Contact: fzobel@addictionsuisse.ch

Références

- [1] Zobel F. Pandémie de Covid-19 et drogues illégales: observations, scénarios et mesures à prendre (Point de situation). Lausanne : Addiction Suisse, 4/2020 <https://coronavirus.addictionsuisse.ch/point-de-situation-drogues-illegales/>
- [2] LOFSP/Infodrog ont soutenu financièrement une partie de ces travaux
- [3] Gaume J., Schmutz E., Zobel F. *Évolution du marché des stupéfiants et de la situation des usagers durant l'épidémie de Covid-19: Résultats de la première vague d'enquête auprès des patient-e-s de la Polyclinique d'addictologie du CHUV*. Lausanne: CHUV/Addiction Suisse, 5/2020 https://coronavirus.addictionsuisse.ch/wp-content/uploads/2020/06/EtudeCovid-Marche_stup-Rapport1ere_vagueFinal.pdf
- [4] Clot, J. *La RDR à l'heure COVID-19: Point de situation auprès des professionnel-le-s romand-e-s*. GREA, 05/2020 https://www.grea.ch/sites/default/files/2020-05-28_-_rdr_covid.pdf
- [5] <https://www.addictionsuisse.ch/recherche-scientifique/marstup/>
- [6] EMCDDA. *EU Drug Markets: Impact of COVID-19*, Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2020 https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13097/EU-Drug-Markets_Covid19-impact_final.pdf
- [7] <https://www.saferparty.ch/warnungen.html>
- [8] Zobel F, Esseiva P, Udrisard R. & Samitca S. *Le marché des stupéfiants dans le canton de Vaud: les cannabinoïdes*. Lausanne: Addiction Suisse, ESC/ UNIL et Unisanté. 1/2020 https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Rapport-Marstup-3_Cannabinoïdes_2020.pdf
- [9] Degenhardt L., Day C. und Hall W. *The causes, course and consequences of the heroin shortage in Australia*. National Drug and Alcohol Research Centre, 2004 <https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/Mono.53.pdf>
- [10] EMCDDA. *Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications*. Lisbon: EMCDDA, 2011 <https://www.emcdda.europa.eu/publications/scientific-studies/2011/trendspotters-report>
- [11] Esseiva P, Udrisard R, Zobel F, Samitca S et Locicero S. *(Presque) Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le marché des opioïdes illégaux*. Dépendances N° 61, décembre 2017

À QUOI SERVENT LES CRISES ?

Jean-Félix Savary (GREA)

“Never let a good crisis go to waste”.

Winston Churchill

Le GREA n’a pas eu à subir l’urgence sociale et sanitaire de la même manière que ses membres. Il s’est par contre retrouvé au centre du bouillonnement provoqué par la Covid-19. Comment un réseau de professionnels peut-il utiliser une crise pour faire progresser de nouvelles idées? Quelques éclairages que nous enseignent la pratique récente.

A quoi servent les crises? Cette question iconoclaste peut surprendre à première vue, car elle révèle la double nature des crises. La première est sombre et directement perceptible. La deuxième par contre ouvre sur un futur différent, inimaginable avant la crise. Parmi les exemples les plus connus, la grande peste en Italie qui, en vidant le nord de ses habitants (plus de 70% par endroit), va créer un appel d’air qui va déboucher sur l’élan extraordinaire de la renaissance. La fin de la Deuxième Guerre mondiale voit-elle naître l’ONU et la diffusion des politiques sociales, alors que celle de 1914-1918 avait conduit à ce que les premières citoyennes européennes obtiennent le droit de vote (Royaume-Uni, Allemagne, Russie, etc.). La grande dépression aux USA va permettre elle de réguler une économie devenue mafieuse et de lever la prohibition de l’alcool. Plus proche de nous, la catastrophe sanitaire du VIH/Sida a bouleversé nos systèmes de santé, qui doit aujourd’hui reconnaître une place pour les personnes malades dans les structures de gouvernance.

La calligraphie chinoise écrit les mots « crise » et « opportunité » avec le même signe. Les deux avancent ensemble, donnant à la crise ce caractère ambivalent. Tout proche de nous, la politique des 4 piliers en offre un exemple. Alors que la question « drogue », qu’on écrivait encore au singulier, se hissait pour plusieurs années dans le trio de tête des préoccupations des suisses (devant la migration, l’Europe, la santé, etc.), un Conseil fédéral sous pression va oser l’impensable : un compromis pragmatique en pleine guerre mondiale contre les drogues. Quelques années plus tard, le Portugal va lui aussi connaître sa

révolution dans ce domaine en décriminalisant l’usage de drogues. Souvent présentés comme des exemples de pragmatisme, on oublie parfois un peu vite ce que ces pays conservateurs doivent à la crise : crise de sécurité publique en Suisse¹ et crise liée à l’écroulement de l’empire colonial et la chute de Salazar au Portugal². Aujourd’hui aux USA, la crise profonde du système judiciaire et carcéral semble elle aussi contribuer à la réforme des politiques drogues, également alimentées par le mouvement BLM (*Black Lives Matter*), dont le soutien semble croître à la même vitesse que celui pour l’abandon de la prohibition³.

ENSEIGNEMENTS DE LA COVID-19

La crise sanitaire n’aura finalement pas été la disruption que certains craignaient, ou attendaient. Rapidement, la Suisse est ressortie de son confinement, avec un coût sanitaire relativement limité en comparaison avec d’autres pays et qui équivaut en gros, jusqu’ici, à une année de décès liés à l’alcool. Mais quels enseignements peut-on déjà en tirer? Et quel rôle des réseaux professionnels comme le GREA peuvent prendre dans de telles situations?

La calligraphie chinoise écrit les mots « crise » et « opportunité » avec le même signe.

1. Accompagner les acteurs - INPUD/Professionnels

Face à la soudaineté de l’arrivée de la Covid-19, les premiers acteurs à réagir ont été les organisations d’usagers. Le réseau international INPUD (*International Network of People who Use Drugs*) a rapidement publié une liste de conseils simples et pratiques directement applicables dans le quotidien. À ce jour, rien n’a encore pu égaler ce travail, réalisé en un temps record. Cela confirme une

1. Kübler Daniel (2000). *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé : analyse des conflits de mise en œuvre*. Paris : l’Harmattan

2. Landel Pauline, Zielinska Anna C. (2016), *La politique des drogues au Portugal*, Entretien avec Jao Goulao « Mouvements » 2016/2 N° 86, Cairn.info : La découverte

3. Cohn Nate, Quealy Kevin, *How Public Opinion Has Moved on Black Lives Matter*, New York Times, 10 juin 2020



nouvelle fois l'efficacité des pairs en matière de réduction des risques et d'adéquation avec les besoins. Les professionnels ont eux aussi bien joué le jeu et ont rapidement repris et diffusé ce message en l'adaptant, en reprenant le matériel mis à disposition (notamment par le GREA) ou encore en adaptant directement les messages provenant des réseaux sociaux. La facilité avec laquelle les professionnels ont pu faire confiance à ces réseaux montre le chemin parcouru et confirme le nouveau partenariat, d'égal à égal, qui s'installe dans notre domaine.

Pendant les premières semaines, les acteurs de première ligne ont dû faire face à une situation nouvelle, repérer des difficultés et inventer des solutions. Pour le GREA, il s'agissait de rassembler et synthétiser les informations, de les diffuser rapidement et de mettre à disposition du matériel imprimé pour tous. Avec ses autres partenaires associatifs, il fallait aussi mettre en lumière les besoins et constats identifiés sur le terrain, avec un positionnement commun sur les priorités et le rôle de chacun. C'était chose faite le 25 mars, avec une position nationale des associations, qui a pu être adoptée par les différents comités en un temps record. L'objectif était ici d'informer l'ensemble des partenaires, de soutenir les premières mesures prises, mais aussi de mettre en exergue les difficultés rencontrées. Comme le domaine des addictions se positionne à l'intersection des domaines social et sanitaire (et parfois sécuritaire), son positionnement interdisciplinaire, dans un entredeux, peut nous laisser sur le carreau. La difficulté d'inclure les institutions de première ligne dans les acteurs prioritaires en matière de protection en témoigne.

2. Ouvrir des espaces politiques - L'exemple des TAO

Issus de compromis savamment élaborés pour gagner des majorités favorables à la LStup, le domaine des TAO (traitements agonistes opioïdes) en Suisse en a hérité une certaine lourdeur administrative. Il s'agit probablement des traitements médicaux les plus surveillés en Suisse, avec un système fédéral d'autorisation personnel pour la prescription d'héroïne médicale et 26 systèmes cantonaux pour les autres produits. On ne compte plus les appels pour revenir sur cette surréglementation, afin

d'abaisser les seuils d'accès et réduire des coûts administratifs difficilement justifiables. De plus, les objectifs de la LStup tournés vers l'abstinence restreignent inutilement l'utilisation des traitements avec Diacétylmorphine (héroïne). Une application trop littérale peut ainsi rehausser inutilement le seuil d'accès. Or, les TAO doivent bénéficier d'un accès facilité, dans le respect de la sécurité médicale, garantie par les professionnels.

Cette crise aura enfin permis de faire bouger les lignes. Les doutes sur l'approvisionnement du marché des drogues illégales (risque de rupture) et les mesures de confinement auront ainsi percé le mur réglementaire. Très vite, l'État a accepté d'élargir les conditions d'accès aux TAO et de les reconnaître également comme outil de RDR. Ceci ne peut toutefois se faire ni de manière explicite ni de façon durable. Les conditions particulièrement strictes voulues par le législateur nous obligent à manœuvrer avec prudence. Une intelligente collaboration doit se tisser entre les acteurs de la société civile et ceux du domaine public, garant du cadre. Comme dans la période initiale de mise en œuvre de la politique des quatre piliers (1991-1998), les innovations sur le terrain doivent se conjuguer avec un volontarisme (et un courage) dans les administrations, tout en maintenant des contacts étroits avec le niveau politique (parlement et exécutif). Les innovations tentées pendant la crise de la Covid-19 peuvent se pérenniser en faisant circuler les informations et en mettant en cohérence les différents niveaux : fédéral-cantonal-local d'une part, législatif-exécutif-société d'autre part. La société civile et les pouvoirs publics peuvent coordonner leurs actions et agir chacun à leur niveau : cadre réglementaire pour l'Etat, politique au sens large pour la société civile.

Au-delà de ces adaptations, une ouverture politique pour une révision plus large du cadre légal voit le jour. La pandémie a fait apparaître un système trop lourd, un peu en décalage avec l'esprit du temps. Elle offre une occasion de repenser le domaine des TAO, pour les rendre plus souples, plus efficaces et le mettre en cohérence avec les nouvelles directives du Conseil de l'Europe⁴. C'est à ce niveau aussi que l'on attend les professionnels et leurs représentants. En première ligne pour repérer les problèmes, il nous revient de mettre à l'agenda politique ces problématiques.

3. Soutenir les dynamiques émergentes - RDR par poste

Le confinement rapide et l'arrêt des transports publics a également provoqué des inquiétudes sur l'accès aux prestations de réduction des risques pour les consommateurs de drogues par injection. Malgré une adaptation rapide du réseau d'échanges de matériel stérile, tous ont observé une perte de contacts avec une partie des populations concernées. Sans pouvoir présager le futur de la crise et constatant les réductions dans les prestations offertes,

4. Pompidou Group. (2017). *Opioid Agonist Treatment. Guiding principles for legislation and regulations. Expert group on the regulatory framework for the treatment of opioid dependence syndrome and the prescription of opioid agonist medicines.* Strasbourg

des interrogations sont apparues sur l'approvisionnement en matériel stérile. Or, depuis de nombreuses années, l'association française *Safe* s'occupe justement de ce problème d'accès dans les régions périphériques et son modèle de délivrance par la poste s'impose très vite comme un service utile en pareille circonstance. Comme il ne saurait se substituer à ses membres, le GREA va alors créer une association intercantonale et mettre à disposition un budget et des compétences pour développer cette offre selon des standards professionnels élevés. En très peu de temps, un service en ligne a été créé, avec des procédures inspirées par *Safe*, un site fonctionnel, une base de données et du matériel de promotion.

Lancé en plein déconfinement, le nouveau service a connu peu de succès au début. En retard dans le timing et manquant de ressources pour sa promotion, les premières demandes sont arrivées en juin seulement. Le peu de succès rencontré par cette offre pourrait aussi démontrer que les usagers ont anticipé les problèmes d'approvisionnement et/ou que les offres classiques soient parvenues à rester disponibles, ce qui serait une bonne nouvelle. À travers cette nouvelle offre, le réseau des professionnels engagés dans RDRPP aura démontré la faisabilité d'un tel dispositif. La petite fenêtre ouverte par la crise de la Covid a permis de considérer différemment des idées peu valorisées ou jugées trop novatrices. Pour cela, le GREA a pris un soin particulier à communiquer sur le sujet tant avec le niveau fédéral (Task Force Covid, Infodrog) qu'avec les Cantons romands, dont cinq ont salué l'initiative. De plus, l'expérience accumulée permettra d'engager quasi instantanément ce service en cas de nouvelle crise similaire.

4. Devenir plus intelligent – Monitoring

Dans un premier temps, la réactivité des institutions et des pouvoirs publics aura permis de limiter l'impact de la crise. Néanmoins, au moment où la tentation de se fondre dans l'action est la plus forte, la perspective critique ne saurait être abandonnée en temps de crise. Nous devons aussi utiliser ces moments pour devenir plus intelligents. La discipline qui a permis à la Suisse un confinement partiel et non total ne constitue pas un oreiller de paresse. Les difficultés ne peuvent être surmontées que sur la base de constats objectifs, construits avec des méthodes légitimes et éprouvées. Il revient donc aux acteurs de la recherche de documenter ces évolutions. Nous pouvons tous nous réjouir que nos chercheurs ont répondu présents, du moins en Suisse romande. Les universitaires (CHUV, UNIL), mais aussi les associations comme le CoRoMa et le GREA, et la fondation Addiction Suisse ont tous contribué à cet effort. Ce travail, autrefois encouragé et soutenu par l'administration fédérale, a du s'improviser

avec les moyens du bord. Il démontre que le militantisme n'est pas encore mort et que la course aux publications ou aux financements ne saurait toujours être la norme. Le dialogue avec la pratique permet de calibrer les propositions et de construire ensemble une vision cohérente de la situation. En organisant son premier «open workshop» en ligne sur le sujet, le GREA a voulu contribuer à cette féconde dialectique.

CONCLUSION

La crise ne nous a pas encore apporté beaucoup de certitudes sur le plan épidémiologique. Par contre, elle aura permis de réaffirmer le lien fonctionnel entre crise et politiques addictions. Dominé par la morale de bout en

bout, le champ des addictions avance quand le terrain devient plus mou, plus souple, et qu'une perspective se dégage enfin. L'urgence permet de faire sauter des verrous impossibles à surmonter, comme la remise d'héroïne à domicile pour plusieurs jours. Le risque de deal, perçu comme un obstacle insurmontable avant la crise, s'efface devant la nécessité de sauver des vies. Le domaine des addictions apparaît condamné à avancer dans

la difficulté. Il doit bousculer les normes existantes pour faire avancer la raison et dépasser les barrières mentales que nous nous construisons. La déclaration d'Ascona avait retenu ce point avec sa dixième recommandation : « *Un espace d'innovation est nécessaire, au-delà des cadres juridiques établis, pour développer de nouvelles offres et pour aller progressivement vers une réglementation cohérente de tous les substances et marchés* »⁵.

Les temps de crise sont aussi ceux du mouvement. Les certitudes sont ébranlées et les croyances mises à l'épreuve. L'approche moraliste et paternaliste vacille et nous redécouvrons l'inventivité des acteurs, en premier lieu celle des personnes concernées. Le nouvel ordre des priorités crée des espaces d'innovation. En 1986, un local d'injection s'ouvrait à Bern, trois ans avant qu'un premier avis de droit, qui posait des conditions drastiques (non respectées), ne soit publié. Qu'à cela ne tienne. En période de crise, la politique reprend le dessus sur les textes légaux, qui peuvent gérer les périodes de beau temps, mais pas l'orage. Les addictions ne seront jamais un long fleuve tranquille, piloté par des instruments au pouvoir magique, capable d'objectiver les besoins de millions de citoyens. Nous tâtonnons toutes et tous vers un mieux-être individuel et collectif, dans un environnement changeant. Il y a 2'500 ans, Sun Tzé nous montrait déjà la voie : « *Ne répétez pas les mêmes tactiques victorieuses, mais adaptez-vous aux circonstances chaque fois particulières* ».

Contact: jf.savary@grea.ch

5. Déclaration d'Ascona (2016), Académie des Dépendances, Berne : NAS-CPA

POST SCRIPTUM

COVID : L'EFFONDREMENT DES REPÈRES

Jean-Dominique Michel¹

Les temps de crise, comme les périodes de guerre, tendent à réduire la diversité des opinions et à appauvrir les débats et la critique. Depuis le début de la crise de la Covid-19, une voix dissonante s'est particulièrement faite entendre en Suisse romande, celle de Jean-Dominique Michel, ancien membre du comité de rédaction de cette revue (réd.).

Les temps que nous venons de vivre sont extraordinaires à plus d'un titre. D'abord, parce que, quels que soient nos âges, aucun d'entre nous n'a jamais rien vécu de semblable. Edgar Morin a récemment partagé qu'approchant un siècle d'existence, il n'avait jamais « vu une crise aussi multidimensionnelle et aussi totale² ».

Cette crise sanitaire aura mis en lumière un ensemble d'ébranlements radicaux qui travaillent notre civilisation. Le regretté Michel Serres mettait en garde quant à lui que nous n'étions pas en train de vivre une simple crise, mais un changement de monde comme il y en eut peu dans l'histoire de l'humanité³. Avec un bouleversement inévitable de nos modes d'organisation politiques, sociaux, économiques, culturels, épistémologiques et scientifiques.

LA CONFUSION SÉCURITAIRE / SANITAIRE

Le premier ébranlement visible tient à nos systèmes de gouvernance, avec en particulier une confusion des genres extraordinaire entre le sanitaire et le sécuritaire. Les autorités s'en sont très largement remises aux experts médicaux en leur confiant la responsabilité de décider de l'action publique. Ce qui constitue une erreur de perspective monumentale: un infectiologue, un modélisateur ou le directeur d'une grande institution scientifique n'ont pas de compétence particulière à organiser la réponse sociétale face à une épidémie. C'est là le rôle du politique, qui se doit de solliciter les perspectives issues de multiples domaines

du savoir afin d'assumer au mieux les responsabilités que le peuple lui a confiées.

En l'espèce, comme l'a souligné André Comte Sponville, nous avons vu la domination d'une « médico-cratie » largement inapte à prendre en considération l'intérêt collectif au sens large⁴. Ce qui est pourtant logique: les médecins n'ont que peu d'expertise en santé, leur travail consistant à diagnostiquer et traiter les maladies. Alors que les principaux déterminants de la santé sont de nature existentielle, relationnelle et socioéconomique.

Pour en donner un exemple, la perte des liens et l'isolement provoquent chez ceux qui les subissent des flambées inflammatoires avec une élévation massive du taux de cytokines⁵. Le traitement réservé aux personnes âgées au cours de l'épidémie aura constitué à peu près le pire de ce qu'on pouvait leur faire vivre. On a ainsi enfermé, de gré ou de force, une tranche entière de la population « pour la protéger » tout en provoquant par ces mesures une détresse et une fragilisation tragique face au virus.

Les dispositions sécuritaires adoptées à la hâte auront causé des dégâts bien plus lourds que l'épidémie elle-même. Une récente étude publiée dans *The Lancet* a estimé que les 2/3 des décès attribués à la Covid en Angleterre ont eu en fait d'autres causes que le virus, comme l'impossibilité d'accéder aux soins pour les malades souffrant de maladies graves⁶.

1. Auteur de Covid-19 : Anatomie d'une crise. Editions Humensis, mai 2020

2. Le Grand Entretien par Léa Salamé et Nicolas Demorand, France Inter, 25 juin 2020

3. Serres Michel, Petite Poucette, Éditions Le Pommier, 2012

4. Comte-Sponville A. : « J'aime mieux attraper le Covid-19 dans un pays libre qu'y échapper dans un État totalitaire », L'Écho, 27 mai 2020

5. Holt-lunstad J., Smith T. B., et Layton J. B., "Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review", Plos Medicine, vol. 7, N° 7, juillet 2010

6. Griffin S., Covid-19: "Staggering number" of extra deaths in community is not explained by covid-19, BMJ 2020;369:m1931

Les conséquences du confinement en termes économiques et sociaux comme d'impact sur la santé psychique promettent d'être largement pires que ce qu'il prétendait éviter, avec notamment une perte d'années d'espérance de vie en lien avec une augmentation attendue des suicides⁷.

À l'inverse, le politique s'est mêlé de décider de la pratique médicale en interdisant à la médecine de ville l'usage des seuls traitements disponibles contre le nouveau coronavirus alors que ce n'est en aucune manière à un gouvernement de dicter leur conduite aux médecins et de décider de leur pratique.

DÉNI D'« ACCOUNTABILITY »

L'impréparation dans laquelle se sont trouvées les autorités apparaît invraisemblable dès lors que les différents plans établis depuis 20 ans avaient défini les mesures nécessaires à lutter efficacement contre la pandémie : dépistage massif - isolement et traitement des malades - protection de soignants et des groupes à risque. Cette séquence, appliquée pour son premier volet avec l'efficacité qu'on leur connaît par nos voisins allemands, a été défaillante en France et en Suisse alors que nous disposions des mêmes informations au même moment. Au lieu de mettre à contribution les ressources industrielles et scientifiques disponibles, le gouvernement français a même mis en échec différentes propositions utiles issues de la société civile. Nous nous sommes retrouvés dépourvus des moyens nécessaires pour finalement imposer en catastrophe un confinement généralisé auquel on avait renoncé depuis le milieu du XIX^e siècle tellement il est problématique et *in fine* peu efficace⁸.

MÉDECINE ET DROIT DE LA SANTÉ

La controverse au sujet de l'hydroxychloroquine aura masqué cette réalité : les droits fondamentaux des médecins et des soignants auront été violés d'une manière sans précédent. Du fait des décisions imposées, les médecins généralistes sont restés sur la touche. Cette mise en échec du « premier rideau » essentiel en cas d'épidémie⁹ aura eu de lourdes conséquences. Une analyse parue dans la prestigieuse *Revue politique et parlementaire* en France affirme sans ambiguïté : « Avec le manque de matériel de protection et de tests, les principales causes de l'hécatombe française résident dans la démobilisation des généralistes et dans le refus de les laisser libres d'exercer leur métier de médecin¹⁰. »

On a ainsi enfermé, de gré ou de force, une tranche entière de la population « pour la protéger »

Les droits des patients furent mis à mal de la même manière. Le choix d'un traitement doit se faire dans un processus de décision partagé : un médecin et son patient parcourent ensemble les options thérapeutiques disponibles, le premier informant le second sur les risques, bénéfiques et inconvénients de chacune. Le patient donne ensuite son consentement « libre et éclairé » selon la formule juridique consacrée au traitement choisi.

Quand les patients ne sont pas diagnostiqués, qu'on leur refuse d'être soignés par leurs médecins traitants avec l'injonction angoissante de rester chez eux sauf à ce que leur condition s'aggrave au point de devoir être hospitalisés en urgence, on annihile de facto leur droit d'être soigné !

Un autre repère mis à mal fut celui de la distinction entre la pratique et la recherche. Bien sûr, celle-ci est-elle cruciale pour le développement de l'art médical. Mais considérer qu'en temps de pandémie, il soit requis, avant de soigner les malades, d'avoir obtenu des « preuves » par une méthodologie de recherche (*Evidence-Based*) lente et particulièrement mal adaptée aux maladies infectieuses, relève d'une aberration épistémologique et éthique.

SCIENCE AVEC OU SANS CONSCIENCE ?

Le délabrement de la probité des publications dans les revues médicales est un très grave problème dont le diagnostic est posé depuis plus de quinze ans, mais que l'on ne s'occupe que paresseusement de corriger. En 2015 par exemple, le rédacteur en chef du *Lancet* (revue qui s'est distinguée il y a peu par la rétractation tragicomique d'un article falsifié) confessait que « *l'endémicité apparente des mauvais comportements en matière de recherche est alarmante* » tout en reconnaissant au passage que « *les rédacteurs en chef des revues scientifiques méritent eux aussi leur part de critiques. Nous aidons et encourageons les pires comportements...*¹¹ »

La recherche « basée sur les données probantes » (*Evidence-Based*) souffre de toutes sortes de biais allant de petites compromissions avec la vérité jusqu'à des manipulations de grande ampleur. Les études financées par les compagnies pharmaceutiques (seules capables d'investir les dizaines de millions d'Euros nécessaires pour mener de grands essais randomisés) étant notoirement moins fiable que les autres¹².

Pourtant, cette méthodologie (qui n'en est qu'une parmi d'autres, avec comme chacune ses avantages et ses inconvénients)

7. Moser A.D., Schechte R.D.S. et al., *Years of life lost due to the psychosocial consequences of COVID19 mitigation strategies based on Swiss data*, *European Psychiatry* doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.56

8. « Patrick Zylberman : *Depuis 600 ans, la quarantaine n'est absolument pas une solution* », Savoirs par Pierre Ropert, France Culture, 4 mars 2020

9. Rapp C., *Principes de lutte contre une épidémie à risque de diffusion nationale*, disponible sur www.infectiologie.com

10. Andolfatto D. & Labbé D., *Covid-19 : une défaite française*, *Revue politique et parlementaire*, 22 juin 2020

11. Horton R., *Offline: What is medicine's 5 sigma?* *The Lancet* Vol 385 April 11, 2015

12. Bandhari M., Devereaux P.J. et al., *Association between industry funding and statistically significant pro-industry findings in medical and surgical randomized trials*, *CMAJ* • FEB. 17, 2004; 170 (4)

fait l'objet aujourd'hui d'une sorte de fétichisme au sein des milieux de la recherche. Nombre de chercheurs considèrent que hors de ses protocoles, aucune conclusion solide ne peut être obtenue – ce qui est simplement faux¹³. Outre que les essais randomisés sont contraires à l'éthique en situation de pandémie, ils ne démontrent en fait pas d'avantage probant sur les études observationnelles¹⁴.

À l'origine de telles dérives formelles, on trouve le recul des humanités, dont nous ne cessons de payer collectivement le prix. La science n'est jamais que la production à un moment donné de la société et de l'époque qui la génèrent. Ses conclusions ne cessent de se modifier comme conséquences des progrès techniques et de l'évolution des idées.

En renonçant à former des penseurs (avec une réelle compétence épistémologique), nous nous sommes condamnés à produire des faiseurs dans une dérive qui voit une certaine « science » adopter les travers des pseudosciences. Les modélisations produites pour prévoir le nombre de victimes de la pandémie en sont un éclatant exemple. Le Pr Fergusson de l'Imperial College de Londres (dont les projections ont précipité le confinement strict de la population en Europe) est un multirécidiviste dont la seule constante est l'échec patent de ses prédictions¹⁵. En 2005 par exemple, il prédisait que la grippe aviaire ferait jusqu'à 250 millions de victimes. Le décompte de cette épidémie entre 2003 et 2009 s'élève en tout et pour tout à... 282 morts. C'est pourtant vers cet « expert » que les autorités se tournent inlassablement pour lire l'avenir.

UNE CRISE CIVILISATIONNELLE

Le branlebas de combat face à la pandémie s'étant accompagné de la régression ou de la suspension de droits fondamentaux (comme la liberté de mouvement), la question qui se pose est celle de la pertinence et de la proportionnalité des mesures imposées.

On nous a expliqué ici que les atteintes aux droits fondamentaux visaient à éviter l'engorgement des hôpitaux et protéger les personnes vulnérables. Aujourd'hui que ces risques n'existent plus, on voit dans différents pays les gouvernements demander une extension de leurs pouvoirs spéciaux et de nouvelles mesures sécuritaires discutables (comme le port du masque dans les lieux fermés) être imposées.

Les ébranlements que nous avons évoqués au long de cet article décrivent bien la complexité problématique des temps que nous vivons. Il y a quarante ans, avant la

possibilité de séquencer le génôme, il y a fort à parier que l'épidémie en cours serait passée inaperçue. La mortalité aurait été un peu forte au long de quelques semaines, avec une vague inhabituelle de pneumopathies et l'engorgement temporaire de quelques services d'urgence. Mais comme ce fut le cas lors d'épisodes épidémiques précédents un peu plus graves que les autres, on aurait ma foi fait avec sans s'en alerter outre mesure.

Ce que cette crise révèle, c'est que nous avons perdu les moyens de raison gardée et de nous souvenir des paramètres fondamentaux de la condition humaine. Le débat d'idées s'est quant à lui envenimé d'une manière frappante, au lieu que la diversité des points de vue et des expertises conduise à une bonification de la décision publique grâce à l'intelligence collective. La « version officielle » soutenue

par les autorités et la quasi-totalité des médias a souvent confiné (sans mauvais jeu de mots) à la désinformation et même à la propagande. Les études ou essais cliniques étaient par exemple publiés ou non en fonction de leurs résultats et sans discernement quant à leur bienfaisance. Ceux qui osaient

porter des questionnements ou même une contestation des dogmes se retrouvant quant à eux relégués au rang de « dissidents ». Dans notre pays, le débat d'idées n'a tout simplement pas eu lieu, alors qu'il est vital pour la santé collective !

Plus de 150 personnalités britanniques du monde de la culture, dont Margaret Atwood, Salman Rushdie, Kamel Daoud ou J.K. Rowling, ont récemment signé une lettre ouverte pour protester contre le conformisme idéologique¹⁶.

« La censure, écrivent-ils, se répand également plus largement dans notre culture : une intolérance des opinions opposées, une vogue pour la honte et l'ostracisme publics, et la tendance à dissoudre des questions politiques complexes dans une certitude morale aveuglante. »

Cette interpellation signale sans doute la déliquescence en cours et le renouveau nécessaire. Nous avons en effet urgemment besoin d'un nouveau contrat social et même au-delà, d'un nouveau projet de civilisation.

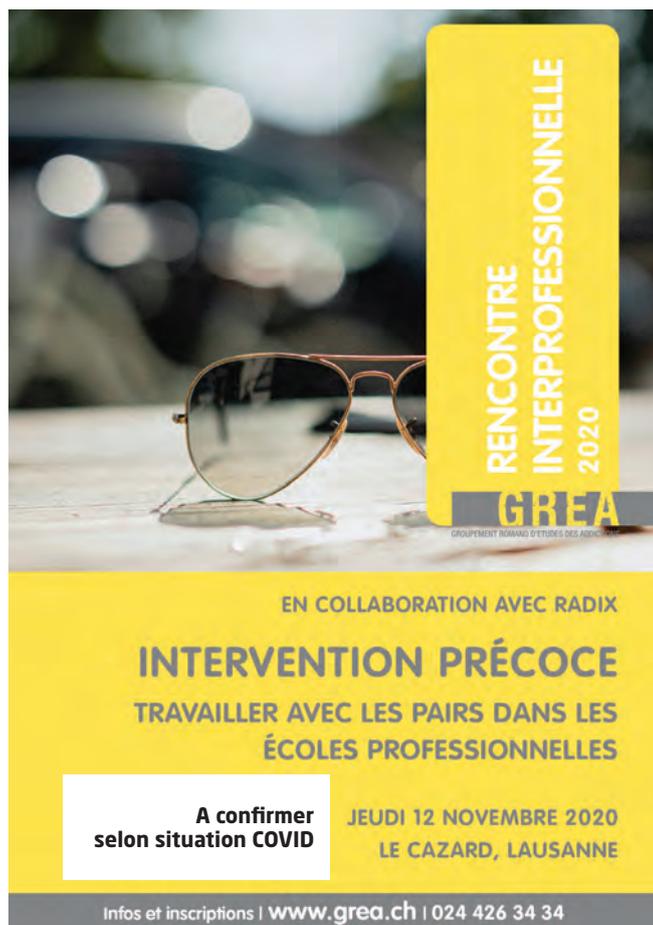
Contact : jdm@jdmichel.ch

13. Krauss A., *Why All Randomised Controlled Trials Produce Biased Results*, Ann Med. 2018 Jun;50(4):312-322

14. Anglemeyer A., Horvath H.T. & Bero L., *Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials*, Cochrane Systematic Review – Methodology, 29 April 2014

15. <https://statmodeling.stat.columbia.edu/2020/05/08/so-the-real-scandal-is-why-did-anyone-ever-listen-to-this-guy/>

16. *A Letter on Justice and Open Debate*, Harper's magazine, 7 juillet 2020



IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Suisse

Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions GREA

Rue Saint-Pierre 3, CP 6319, 1002 Lausanne

Rédaction en chef

Frank Zobel, Addiction Suisse - **Jean-Félix Savary**, GREA

Secrétariat de rédaction

Célestine Perissinotto, Joëlle Chassot, GREA

Comité de rédaction

Pierre-Yves Aubert, consultant prévention, Genève - **Barbara Broers**, médecin, Service de médecine de premier recours, HUG, Genève - **Etienne Maffli**, psychologue, Addiction Suisse, Lausanne - **Jean-Christophe Mieville**, infirmier chef, adjoint à la direction des soins du département de psychiatrie, CHUV, Lausanne - **Jean-Felix Savary**, secrétaire général du GREA - **Renaud Stachel**, consultant en addictions, Lausanne - **Ann Tharin**, maître d'enseignement, HES-SO, éesp, Lausanne - **Frank Zobel**, vice-directeur, Addiction Suisse

Abonnements

Claude Saunier, Addiction Suisse, CP 870, 1001 Lausanne, T. 021 321 29 85, F 021 321 20 40, csaunier@addictionsuisse.ch

Parution

3 fois par an

Abonnement

Suisse: Fr. 45.- par an - **Étranger**: Fr. 57.- par an

Graphisme

SDJ-Design, Sabine de Jonckheere

Images

Photos DR et Unsplash: p. 2 DR; p. 5 Tatiana Rodriguez; p. 10 Jonas Jacobsson; p. 16 DR; p. 23 Javier Allegue Barros

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.

ISSN 1422-3368



GREA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

 **ADDICTION | SUISSE**