

Date de dépôt: 24 octobre 2005

Messagerie

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant l'évaluation du lieu d'accueil avec espace d'injection à Genève, dénommé Quai 9

Rapport de M. Pierre Guérini

Mesdames et

Messieurs les députés,

Ce rapport du Conseil d'Etat a été renvoyé à la Commission de la santé le 24 octobre 2003 et a été traité lors des séances des 12 décembre 2003, 9, 16 et 30 janvier 2004, sous la présidence de M^{me} Ariane Wisard.

Ont assisté durant ces différentes séances de commission :

M. Pierre-François Unger, conseiller d'Etat en charge du Département de l'action sociale et de la santé (DASS), M^{me} Annie Mino, de la Direction générale de la santé, DASS, M. Philippe Sudre, de la Direction générale de la santé, DASS, et M. Pierre-Antoine Gobet, secrétariat général du DASS.

Les procès-verbaux d'une grande qualité ont été tenus de main de maître par M. Hubert Demain. Qu'il en soit ici particulièrement remercié.

Introduction :

La motion 1332 déposée par M^{mes} et MM. Esther Alder, Louiza Mottaz, Jean-Pierre Restellini, Anne Briol, Véronique Pürro, Christine Sayegh, Jacqueline Cogne, Dolorès Loly Bolay, Jeanine de Haller, Gilles Godinat, Roger Beer, Jean-Marc Odier, Marie-Françoise de Tassigny, Luc Barthassat et Philippe Glatz, demandait l'ouverture rapide de lieux d'accueil en faveur des toxicomanes, et avait la teneur suivante :

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève considérant :

- l'augmentation de la consommation de drogues par injection, notamment avec l'explosion de la consommation de cocaïne par voie intraveineuse ;*
- l'existence de lieux d'injection sauvages et dégradants ;*
- les problèmes d'hygiène lors d'injection, nécessitant de nombreuses interventions médicales ;*
- que les conditions d'injection entraînent des conséquences tant sur le plan de la santé publique que sur celui de l'ordre public ;*
- l'augmentation d'accidents d'enfants et d'adultes qui se sont piqués avec des seringues usagées, notamment dans les préaux d'écoles ou dans différents lieux publics, nécessitant la mise sous traitement prophylactique post-exposition ;*
- la crainte des habitants de certains quartiers occasionnée par l'augmentation du nombre de seringues usagées abandonnées sur le domaine public ou privé ;*
- les expériences positives menées en Suisse alémanique par la mise en place de lieux d'injection,*

invite le Conseil d'Etat

à mettre à disposition le plus rapidement possible un nombre adéquat de lieux d'accueil avec espace d'injection offrant aux usagers un encadrement, un lieu d'orientation pour des cures et thérapies, une aide à la survie, une prévention en matière de risques, ainsi qu'un service de soins.

Cette motion a été adoptée par le Grand Conseil lors de sa séance du 20 mai 2000 et envoyée au Conseil d'Etat. Elle a fait l'objet du rapport M-1332-A au Grand Conseil qui en a pris acte lors de sa séance du 29 juin 2001.

Faisant suite à cette motion, le Conseil d'Etat, par l'intermédiaire du Département de l'action sociale et de la santé, inaugurerait, en décembre 2001, un lieu d'accueil avec espace d'injection appelé Quai 9.

Le RD 496 est destiné à rendre compte de l'évaluation de ce lieu d'accueil.

Présentation du rapport

M. Unger reprend les différents points du rapport et apporte quelques compléments d'informations :

Le Quai 9, situé au cœur du quartier de la gare, est proche des usagers de drogues et est constitué d'un bâtiment préfabriqué de deux étages dans lesquels les mineurs ne sont pas admis. Outre un lieu d'injection, d'échange de seringues et de diverses informations, le Quai 9 offre également quelques boissons, soupe, et menue restauration, à des petits prix.

Pourquoi un lieu dédié ?

M. Unger indique qu'en matière d'injection, les règles d'hygiène ne souffrent aucune exception, et insiste sur le caractère compulsif lié à la consommation de cocaïne. Et qu'il n'existe pas de substance de substitution à la cocaïne, au contraire du couple héroïne-méthadone. Néanmoins quelques espoirs se fondent sur la ritaline (utilisée chez les enfants hyperactifs), des études sont en cours.

1) Bilan du comité de pilotage

Le comité de pilotage du Quai 9 est constitué par l'ensemble des partenaires concernés (Education, Santé, Social), ainsi que le nouveau chef de la police, M. Urs Rechsteiner.

A la suite de reproches adressés aux autorités (présence de seringues usagées), des rencontres furent organisées dans le quartier par le GSG (Groupe Sida Genève), en présence des conseillers d'Etat Micheline Spoerri et Pierre-François Unger, ainsi que du conseiller administratif Manuel Tornare. Des mesures ont été prises qui ont consisté principalement en une multiplication des tournées de ramassage de ces seringues. A noter que ces plaintes et ces désagréments étaient déjà existants avant l'implantation du Quai 9. **Les constatations montrent que la délinquance n'a pas pour autant augmenté dans le quartier.** Le propriétaire du garage jouxtant les installations a largement fait entendre son opposition, tout en développant à la longue une certaine forme d'empathie mêlée de répulsion. Cette

ambivalence de réaction traduit bien l'attitude générale de la population à l'égard des usagers du centre.

2) Rapport de l'IUMSP (Institut de médecine sociale et préventive)

Ce rapport met en évidence plusieurs aspects liés aux missions de prévention et de promotion de la santé du lieu d'accueil avec espace d'injection, ainsi que sa fonction de relais vers des lieux thérapeutiques. La moitié des usagers parvient à avancer, grâce à une prise en charge plus poussée, par le biais d'autres institutions visant la réinsertion sociale. Le GSG promeut une politique de « petits jobs », dont le plus visible est la recherche et le ramassage des seringues. Les usagers deviennent des agents communautaires, clairement identifiables. M. Unger annonce que le rapport de l'IUMSP sera rendu public dans le courant 2004.

M. Unger indique que les horaires d'ouverture du Quai 9 devraient être étendus et aménagés (une corrélation peut être établie entre la consommation compulsive et les horaires des trains intercity). L'attente jusqu'aux heures d'ouverture du centre n'est pas concevable dans le cadre précis de l'addiction, particulièrement en matière de consommation de cocaïne. L'attente maximale constatée est de l'ordre de quinze à vingt minutes. Si les délais sont plus longs, l'injection se réalise ailleurs. Enfin, M. Unger précise qu'on ne peut tirer aucune satisfaction de ce type de situation, mais que cette solution (même partielle) fonctionne et permet de prendre en charge des usagers qui n'auraient d'autre alternative que la rue. Le moteur est ici la réduction des risques. Cette expérience est intéressante et mérite d'être poursuivie. La cible envisagée à l'origine est atteinte.

Les recommandations du Conseil d'Etat sont de poursuivre cette activité, et même de l'élargir, soit par une augmentation des horaires du Quai 9, soit par l'ouverture d'un deuxième centre avec espace d'injection.

La discussion est ouverte par la présidente, qui revient sur la prise en charge spécifique des femmes toxicomanes et souhaite savoir si elle bénéficie d'aménagements particuliers. M. Unger assure que le relais est pris, dans les locaux du Quai 9, par des spécialistes présents à certaines heures, dont une doctoresse sur place trois fois par semaine.

Plusieurs commissaires s'expriment ensuite sur l'opportunité et les conditions: soit d'une prolongation d'horaire du Quai 9, soit de l'ouverture d'un deuxième espace d'injection. La sensibilité de chaque commissaire étant différente par rapport au problème de la drogue, les avis sont partagés.

AUDITIONS

Auditions du GSG, M^{mes} Barbara Broers, médecin, Martine Baudin et MM. Florian Hübner et Christophe Mani

La présidente accueille et remercie de leur présence les intervenants. Elle resitue le contexte et leur cède la parole.

M. Hübner remercie la commission de son invitation et présente ses collègues.

Il décrit le Quai 9 et fournit quelques précisions à la commission:

- le Quai 9 est ouvert 7h/jour (= env. 40 000 injections/an sur place) ;
- la salle d'injection compte 6 places, non compartimentées pour faciliter la surveillance (limites atteintes, le temps d'attente peut aller, en été, jusqu'à 20 personnes = difficultés de voisinage) ;
- le Quai 9 travaille également en collaboration avec le 144 (trois appels par mois environ) ;
- présence d'un médecin-consultant sur place (orientation vers lieux de soins) ;
- la base statistique est constamment mise à jour, sur plusieurs aspects. (cf. rapport d'activités spécifiques du GSG – 2002) ;
- seuls 25% des usagers du Quai 9 maintiennent une activité professionnelle ;
- 120 injections/jour = env. 50 pers. (rapport en cours, mars 04), entre 1 et 8 injections, jusqu'à 30 ou 40 injections en 24 heures (cocaïne - effet compulsif) ;
- complémentarité avec le BIPS, 18% des usagers ne se rendent pas au Quai 9 (jugé plus marginalisé) ;
- les 15% de seringues non rapportées ne traînent pas forcément sur la voie publique (poubelles, canettes) ;
- la consommation de cocaïne est en lien direct avec l'accès au marché de l'Afghanistan ;
- les agents de prévention communautaires sont des usagers ;
- des lieux d'inhalations existent à Berne, Bienne, Zurich.

M^{me} Broers insiste sur le partenariat entre les médecins de l'hôpital et le Quai 9. Ce travail en réseau a pour objectif d'encourager les usagers à reprendre le chemin des traitements.

Un commissaire (UDC) remercie pour la qualité du travail entrepris et la clarté de cet exposé. Il précise bien connaître ces problématiques et il insiste sur quelques points. Sur la transmission du VIH, les nouvelles infections sont préoccupantes à Genève (taux de 21/00), or ce taux est double de celui de la moyenne suisse, et Genève, malgré l'importance des moyens de prévention qu'il y consacre, reste le canton le plus touché. Lausanne obtient de meilleurs résultats avec moins de coûts de prévention (18,2/00). En cas de réalisation, le projet du Conseil d'Etat ferait passer Genève en avant-dernière position. Sur la nécessité d'intégrer une collaboration avec la police, le commissaire souhaiterait des précisions. Il se réfère aux travaux d'Olivier Guéniat au sujet du profilage des drogues. Genève, au contraire de l'Australie, a refusé de s'inscrire dans cette perspective (analyse chimique d'un produit pour la reconstitution des réseaux). Il note que les dealers ouest-africains utilisent les toxicomanes suisses pour procéder aux transferts financiers (ouverture de compte). Il demande dans quelle mesure l'analyse des produits, effectuée par les services, pourrait contribuer au démantèlement des réseaux. Il souhaiterait disposer du bilan statistique annoncé pour mars prochain. Il voudrait s'assurer que le Quai 9 ne présente pas d'attractivité particulière, et souhaiterait connaître la domiciliation des usagers.

M. Hübner indique qu'il convient de rester extrêmement modeste dans l'interprétation des données épidémiologiques (taux de nouvelles infections). Il est avéré que le sida est une maladie plus urbaine, que rurale (Bâle-Ville est plus touché que Bâle-Campagne). En outre, parler d'augmentation est toujours relatif à une donnée de base, qui peut être assez faible, et suggérer une forte augmentation en pourcentage. Sur Vaud, une flambée épidémiologique concernait 10 personnes nouvellement infectées, mais représentait néanmoins pour le canton une augmentation de 25%. Les résultats des tests HIV sont une source de préoccupation en Suisse depuis deux ans, sans être néanmoins l'occasion d'un vent de panique. Il faut rester serein par rapport à ces données quantitatives en valeur absolue.

Le commissaire fait remarquer que Bâle-Ville a un taux de = 9,1/00 et Zurich de = 13,3/00).

Concernant le tourisme toxicologique, M. Hübner remarque que Genève peut également attirer des personnes venues du Pays de Gex, du fait de l'absence de structure associative dans cette région. Les statistiques étant anonymes, elles ne peuvent exclure cette possibilité.

M^{me} Broers signale qu'avec le D^r Perrin, elle suit attentivement toutes les causes de séroconversion, qui depuis dix ans se stabilisent entre 1 et 3 cas pour les usagers de drogues à Genève, ce qui est, inutile de le dire, extrêmement faible. La prévalence du VIH est nettement abaissée, de 30 à

40% en 1990 à moins de 10% actuellement. Par contre, à Lausanne on constate près de 20 cas de séroconversion, pour cette population, sur les deux dernières années, soit presque 10 fois plus de cas qu'à Genève. Il est extrêmement difficile d'établir des liens de causalité entre mesures et résultats tant ce domaine est complexe. Il semble néanmoins que le système genevois soit adéquat. Il reste que depuis 1991, et l'instauration de mesures particulières, dont le Quai 9, les résultats sont nettement positifs, en terme de VIH mais aussi de réduction des abcès et des hospitalisations. Elle ose espérer que ce lien de causalité peut être établi.

M. Mani répond sur l'attractivité. Il indique que la fréquentation est passée de 736 personnes à 1020 (10/03). On estime entre 2500 et 3000 personnes le nombre d'usagers de drogues à Genève. Le Quai 9 procède toujours à une forme d'identification (anonyme) des nouvelles personnes qui se présentent, par le biais d'un questionnaire. Une question sur la provenance est prévue (GE, VD, France voisine, Ailleurs). Au final, on constate que 85% des usagers sont Genevois, installés à Genève. L'effet d'attractivité de la zone urbaine joue, notamment, par rapport aux régions françaises limitrophes. **On peut affirmer que ce n'est pas le Quai 9 qui aurait éventuellement été à l'origine d'une augmentation des déplacements, ni d'ailleurs, pour répondre aux craintes de la police, en cause dans l'attraction de dealers venus de régions voisines.** En 2003, une population nouvelle est observée, celle des requérants d'asile d'origine ex-soviétique (Géorgie), ce qui multiplie les situations délicates. Ils sont non seulement actifs dans le trafic, mais également présents sur le terrain de la consommation. Le travail d'accueil est le même, mais avec la collaboration d'un médecin-médiateur de la région lausannoise, également requérant d'asile.

La collaboration avec la police est en place depuis de nombreuses années. M. Mani rappelle la présence du chef de la police au sein du comité de pilotage du Quai 9. Il attire l'attention sur la composition mixte de la commission, mais également sur la coopération avec les îlotiers de la Servette et de la Gare, ainsi que sur l'implication en matière de formation des nouvelles recrues (gendarmes et police judiciaire), sans compter des rencontres avec la « Task-force Drogue ». Le modus vivendi avec la police est simple, la prévention suppose un accès facilité aux structures. Ces lieux ne doivent pas être en permanence contrôlés par la force publique, ce qui n'exclut pas d'y avoir recours en certaines circonstances (acte criminel grave). Le climat de confiance est réel.

Analyse et traçabilité

Des analyses sont pratiquées aux HUG sur la qualité de la drogue sur la base d'échantillons volontairement laissés par les usagers qui émettent un doute sur la nature du produit. M. Mani précise que cette analyse est réalisée dans le délai d'une semaine, ce qui ne permet pas d'intervenir au moment de l'injection ou de la consommation.

Un commissaire (PDC) aurait aimé connaître le profil professionnel des 40 collaborateurs du GSG et, dans la même optique, le profil des consommateurs (origine, âge, profession). D'autre part, observe-t-on des évolutions négatives en matière de produits consommés, ou du nombre de consommateurs ?

M. Hübner précise que le GSG emploie 47 ou 48 collaborateurs, qui ont un taux d'activité fort variable. La formation est multidisciplinaire, de même que les expériences professionnelles, ou de vie. Le collaborateur type sort d'une école d'études sociales ou de soins infirmiers. Cette mixité est privilégiée.

En ce qui concerne le profil des consommateurs Mme Baudin précise que l'âge moyen est de 34 ans (minimum 18, maximum 55), en provenance de toutes les couches socioprofessionnelles. Les 25% des usagers conservent un travail complet, d'autres conservent un contact avec la vie professionnelle alors que ceux de la dernière catégorie sont totalement en rupture avec le monde du travail. Les 85% des utilisateurs sont domiciliés et intégrés à Genève depuis l'enfance.

M. Mani signale une augmentation de l'âge des usagers de drogue par intraveineuse (première étude 1992 : 25-27 ans, actuellement 33-34 ans). Les aspects d'augmentation de polyconsommations sont préoccupants (alcool, médicaments, cannabis...). Les données 2003 permettront de déterminer si la consommation est en hausse ou en baisse de par la fréquentation du centre. Certains témoignages sont indicatifs (consommation exclusive au Quai 9, consommation accrue au Quai 9, ou ralentissement de la consommation depuis l'instauration du Quai 9). On remarque des périodes plus propices que d'autres à une consommation effrénée, mais existerait aussi en dehors de l'existence du Quai 9. D'autres témoignages montrent qu'il peut y avoir un ralentissement de la consommation (notamment pour la cocaïne, très éprouvante physiquement). Il semble que le contact social soit un élément de stabilisation et de modération.

Un commissaire (L) pense qu'on peut craindre une augmentation régulière du phénomène et des usagers, ce qui obligerait à prendre en compte cette demande ultérieure pour l'estimation des besoins futurs (plusieurs

locaux supplémentaires). En outre, il précise qu'une ouverture à raison de 7 heures par jour ne peut finalement que satisfaire que le tiers de l'existence de l'usager, dès lors une réduction des heures d'ouverture, à 3 ou 4 heures par jour constituerait-elle un véritable risque? Ne serait-il pas favorable de diminuer de moitié les heures d'ouverture et de doubler le nombre de locaux ?

M. Mani signale que de 2002 à 2003, on constate un accroissement de l'ordre de 300 personnes, soit moins d'une nouvelle personne par jour (736 à 1020), 1020 étant le chiffre total des personnes traitées depuis l'ouverture du Quai 9. Un collaborateur peut gérer au maximum 6 ou 7 personnes, pour pouvoir produire un travail de qualité. Zurich a fait le choix d'attribuer 10 usagers par collaborateurs. L'expérience montre que dans ces conditions, ils éprouvent beaucoup de difficultés à mener à bien le travail de prévention.

Depuis l'origine, ce projet – Quai 9 – est considéré comme évolutif. Deux lieux d'accueil paraissent aujourd'hui raisonnables à Genève et M. Mani cite comme exemple les villes qui en ont : à Zurich 6, à Bâle-Ville 3, à Berne 1. Il est cependant difficile d'estimer exactement le besoin. Il précise que certains usagers attendent l'ouverture pour consommer, ce qui fait qu'un observateur pressé pourrait en déduire que le Quai 9 incite à la consommation. Le lien avec les lieux de traitement formalise un type de contrepartie de la part des usagers. Même si l'effort à produire pour quitter une dépendance est énorme. Il indique que la durée d'ouverture n'est finalement conditionnée que par les moyens mis à disposition par le Conseil d'Etat. Séparer en deux fois heures, sur deux lieux différents, n'apurerait pas le potentiel existant. M. Mani s'est livré à un calcul intéressant : si l'ensemble des consommateurs genevois acceptait de consommer uniquement dans un centre, il faudrait ouvrir jour et nuit, 15 lieux d'injections. Les usagers du Quai 9 sont clairement une frange socialement et sanitaire fragilisée, par rapport à l'ensemble des consommateurs qui s'injectent et qui peuvent rester parfaitement intégrés et anonymes dans la société.

M^{me} Broers revient sur le chiffre des 3000 personnes consommatrices. Sur ce nombre, 60 à 70% sont actuellement sous traitement, et pour la plupart vont bien. Elle rappelle que l'addiction est une maladie chronique qui connaît de fortes et brusques variations (rechutes). Dans cette éventualité, le Quai 9 doit offrir une alternative. Mais il est inutile d'imaginer que des structures de ce type aient à prendre en charge les 3000 usagers genevois. Elle rappelle également que le comportement, et donc le besoin, varie fortement en considération du produit. L'héroïne induit une dépendance physique très importante (3 injections par jour, au risque d'être en état de manque), alors que l'usage de cocaïne est bien plus compulsif (épisode de prise, effet pendant 2 heures, nouvel épisode de prise, etc.). Le profil des usagers de

drogues change en permanence (substances, populations, variations) et nécessite pour les équipes de s'adapter.

Un commissaire (S) tient également à remercier les orateurs pour la qualité de cette présentation. Il note qu'en 2002, sont répertoriés « 820 épisodes de soins ». Il aimerait des précisions. D'autre part, il demande si le nombre de 2500 à 3000 usagers de drogues est globalement stable, et si respectivement c'est bien les 30% de ce groupe qui fréquentent les centres d'injections.

M^{me} Broers indique qu'il s'agit principalement de soins d'abcès et de désinfections. Si les soins sont plus spécifiques, alors on fait appel au système de soins. Il ne s'agit ni de se substituer aux médecins traitants ni aux urgences des HUG. Concernant le vieillissement de l'âge de ce groupe (BIPS+Quai 9), M^{me} Broers précise que ce constat est partagé par les centres de soins. Elle indique aussi que comme praticienne, elle vieillit avec ses patients. Pour ce qui est du nombre de toxicomanes, on observe peu de changement (à part quelques jeunes nouveaux cas). Au global, les chiffres précis n'existent pas puisque ce phénomène est par nature illicite. Mais grâce au recoupement d'informations de différentes sources, on peut considérer cette population de 2500 à 3000 personnes comme totalement stable.

M^{me} Mino précise qu'à situations comparables, les prévalences européennes sont identiques (0,6 à 0,7% de la population).

Un commissaire (S) constate qu'à Genève, on continue à mourir d'overdose. Il n'y a que 30% des toxicomanes touchés par les traitements de substitution, ce qui signifie que 70% échappent encore à la prévention.

M. Mani rectifie (1500 personnes en traitement de substitution sur 2500-3000). Le seul cas d'overdose récent a eu lieu à un moment où le centre était fermé. M^{me} Broers signale qu'aucune overdose n'a jusqu'à présent eu lieu au Quai 9 ou dans un autre lieu de prise en charge des toxicomanes. M. Unger précise qu'au-delà de la problématique des heures d'ouverture, il ne faut pas perdre de vue le fait que ces centres sont accessibles à tous sur une base exclusivement volontaire. On ne peut donc pas affirmer que certains usagers « échapperaient » à l'action du Quai 9. Il ne s'agit pas de regrouper le total de cette population dans ce centre, l'idéal étant même que sa fréquentation baisse. Les risques classiques d'overdose se situent principalement à la sortie de prison (perte d'accoutumance) ou lors des nouveaux arrivages de produits trop purs. M. Mani admet qu'une étude devrait être entreprise au niveau genevois, notamment avec l'institut de médecine légale, pour tenter de mieux documenter et de mieux comprendre la nature de ces overdoses (cause, produit, mélange, contexte). Le travail du Quai 9 est également d'amener

certaines personnes à réduire leurs risques de consommation. La gestion du produit peut permettre cette réduction. Les échantillons analysés cette année montrent des concentrations variant entre 1,8% et 100% de pureté, ce qui veut dire qu'une même dose peut présenter 50 fois plus de risques.

Un commissaire (S) demande si le Quai 9 se préoccupe également de réinsertion sociale.

M^{me} Baudin rappelle le travail du réseau. Les aspects humains peuvent dans certains cas prévaloir sur l'injection (isolement). Les activités de type « occupationnelles » ne sont pas ici développées. Le mandat du Quai 9 est précis, et relativement restreint, et tient plus de l'encouragement, de l'orientation et de la mise en contact avec d'autres relais professionnels. M. Hübner précise que le rôle du Quai 9 est d'agir selon le principe de la subsidiarité. Eventuellement d'activer le réseau, et de n'agir qu'à défaut sur l'un ou l'autre point spécifique. M. Mani indique que le Quai 9, offre néanmoins de petits emplois (« Job-bar » ou de ramassage des seringues). On constate que les personnes qui ont perdu toute estime de soi regagnent progressivement de la confiance (sentiment d'utilité).

Une commissaire (AdG) revient sur le constat de l'isolement et du désœuvrement, et demande si une réflexion concertée avec d'autres acteurs du secteur est engagée, afin d'améliorer ces conditions de réinsertion, sur la base d'un potentiel à l'origine relativement faible.

M. Mani centre la réflexion sur l'évitement de la « dégringolade sociale », notamment en agissant sur les mentalités. Certains usagers se retrouvèrent en situation de précarité uniquement au moment où ils avouèrent leur dépendance (licenciement). Dans le cadre de la réinsertion, les portes s'ouvrent plus difficilement aux usagers de drogues. L'automatisme de la mise à l'AI s'oppose à tout espoir de réinsertion. M. Unger dit s'être personnellement opposé à l'OPE, qui avait prié ses services, par voie de circulaire, d'écarter systématiquement les consommateurs, même occasionnels, d'alcool ou de drogues, ce qui paraît fort contradictoire par rapports aux objectifs intégratifs de l'Etat. M. Mani encourage la communauté genevoise à entamer une réflexion sur ces thèmes de la réinsertion.

Une commissaire (L) constate que le Quai 9 s'adresse au seuil bas des gens en perte, qu'il faut soutenir dans l'espoir qu'ils puissent remonter d'un niveau. Or il semble, selon le rapport, que ces personnes bénéficient souvent d'un logement, parfois de travail ou d'aides sociales, et qu'ils ont une tendance à s'installer dans la dépendance. Elle constate aussi que la consommation la plus significative est aujourd'hui celle de la cocaïne, qui

n'entraîne pas, au contraire de l'héroïne, de dépendance physique. Elle se demande dès lors ce qui interdit le sevrage, sans compter le fait que la cocaïne peut se fumer ou s'inhaler, et qu'en conséquence, les seringues ne sont plus indispensables. Sur le contrôle du produit et l'analyse d'échantillons volontaires, le Quai 9 assume-t-il une responsabilité face aux produits injectés sur place, et au risque potentiel d'overdose ? Ensuite, la commissaire reprend les proportions citées par M. Unger sur l'évolution de la situation de 100 toxicomanes (*sur 100 toxicomanes, 5 pourront prétendre à un sevrage réussi, 10% mourront dans les cinq premières années de consommation, une partie (40%) de cette population fragilisée décèdera des suites de la consommation – hépatites, sida*) et demande si la réussite de ce type de programmes globaux liés à l'usage de drogues peut se contenter de n'avoir qu'un taux de réussite de 5% de sevrages définitifs ?

M. Mani revient sur le concept de seuil bas. Il ne s'agit que de la facilité d'accès à l'aide à la survie (matériel d'injection), soit une exigence très limitée pour bénéficier de prestations. La confusion entre seuil bas et précarité est courante. M^{me} Mino confirme. Il ne s'agissait pas d'être dans la misère la plus noire pour bénéficier de ces prestations, mais plutôt d'être sous dépendance et ne pas être en mesure, à ce stade, d'envisager un traitement.

Pour M. Mani, la cocaïne est beaucoup plus dangereuse que l'héroïne, tant au plan de la dégradation physique que pour les dégâts psychiques. C'est ce qui explique probablement la raison pour laquelle des programmes de prescription ne sont pas envisagés en matière de cocaïne. M^{me} Broers confirme ces paroles et précise que la cocaïne, même si elle n'entraîne pas à proprement parler de dépendance physique (comme l'héroïne), est infiniment plus dangereuse et ne connaît pas de traitement médical reconnu. Concernant les malaises sur place (évanouissements, hallucinations...), M. Mani indique qu'ils sont plus fréquents que les appels au 144 parce qu'ils sont gérés en interne. Sur la responsabilité en regard des produits, il signale que le Quai 9 n'est qu'une transposition de la rue et qu'il ne s'agit que d'assurer une consommation sécurisée des produits achetés à l'extérieur. Le Quai 9 n'a aucune responsabilité sur la qualité des produits. Heureusement, l'overdose mortelle peut globalement être évitée par une prise en charge adéquate. Le seul risque réel serait celui d'un infarctus instantané. M^{me} Broers revient sur les 5% de sevrage comme gage de réussite des programmes. Elle rappelle qu'un sevrage d'alcool, de tabac, ou de cocaïne (et cela indépendamment de la substance), aura dans l'année qui suit 80% de risque de rechute. Ces chiffres sont stables depuis 40 ans et la réponse est toujours globale : psycho-médico-sociale.

La présidente remercie tous les intervenants pour la qualité de leur exposé.

Audition de M^{me} Annie Mino, directrice DGS, DASS

M^{me} Mino rappelle qu'un groupe de pilotage a été constitué, par arrêté du Conseil d'Etat du 20 juin 2001, afin d'accompagner le projet.

Les missions de ce groupe de pilotage sont:

- de s'assurer que les moyens mis en œuvre pour l'ouverture du lieu d'accueil correspondent aux décisions du Conseil d'Etat (*cf. procès-verbal du groupe de pilotage*);
- de veiller à ce que l'ordre public soit garanti (*cf. procès-verbal du groupe de pilotage et réunions techniques et politiques avec la population : deux réunions M. Unger, M^{me} Spoerri et M. Tornare le 5 février et le 25 novembre 2003*);
- de veiller à ce que l'évaluation se déroule selon l'agenda établi; émettre toute nouvelle recommandation nécessaire à la mise en œuvre et au suivi de ce lieu d'accueil.

Composition du comité de pilotage :

Présidente : A. Mino, direction générale de la santé

Membres : U. Rechsteiner, police, B. Levrat, direction générale de l'action sociale, B. Broers, département de médecine communautaire, HUG, T. Musset, département des soins infirmiers (HUG), F. Hübner, Groupe Sida Genève, P.-Y. Aubert, Epic, P. Sudre, direction générale de la santé, C. Deuel, Ville de Genève, J.-C. Rielle (rempl. M. Bouvier), service santé de la jeunesse.

Le groupe de pilotage s'est réuni :

En 2001, 7 séances, en 2002 ; 6 séances, en 2003 ; 9 séances ; et en 2004, 1 séance à ce jour.

Le groupe de pilotage est un lieu de synthèse d'informations et de mise en réseau de préoccupations communes. Bilan résumé du comité de pilotage :

- Le ramassage des seringues, avec renforcement des mesures et présence d'agents communautaires dans le quartier.
- Les soirées de rencontres avec le quartier, les voisins, en présence des autorités municipales et cantonales.
- Le lieu d'accueil n'a pas eu d'effets d'attraction sur les consommateurs des autres régions.

- Les moyens mis en œuvre (locaux, personnel, service aux usagers) sont conformes à la mission de réduction des risques.

Evaluation de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP)

Buts :

M^{me} Mino rappelle le but du Quai 9 : afin de réduire les conséquences négatives – individuelles et collectives – aux plans somatique, psychologique et social de la consommation intraveineuse de drogues, le Conseil d'Etat a décidé d'ouvrir un lieu d'accueil avec espace d'injection, destiné uniquement aux personnes adultes toxicomanes.

Première évaluation (PLP du 23 mai 2001).

But du mandat de l'IUMSP : évaluer quantitativement et qualitativement la mise en place et le fonctionnement du lieu d'accueil. L'évaluation portait sur les points suivants:

Q : Quelle sont les caractéristiques médico-psycho-sociale des personnes qui fréquentent cet espace ?

R : Constitution d'une base de donnée descriptive d'une partie de la population toxicomane genevoise (anonyme mais épidémiologiquement utile).

Q : Cette nouvelle structure permet-elle de promouvoir l'insertion sociale et les liens sociaux à travers les activités développées dans le cadre de cet accueil ?

R : Les aspects d'accueil sont fondamentaux, et l'équipe ne manque jamais de remettre sur la voie des traitements, et en lien avec le réseau médical, des personnes en rupture ou en échec thérapeutique.

Q : Cette nouvelle structure permet-elle de promouvoir la santé et de réduire les comportements à risque et les transmissions du VIH et des hépatites ?

R : Une partie des usagers bénéficient de la structure mais une autre partie est en échec. La seconde évaluation IUMSP focalise sur ce groupe particulier, même minoritaire, qui ne réduit pas ses risques. Il s'agit dès lors de mieux identifier cette demande particulière (sur le plan éthique, l'équipe doit-elle continuer à accueillir des usagers qui ne bénéficient pas de la structure ?).

Q : Le fonctionnement du Quai 9 est-il en adéquation avec les besoins des personnes qui le fréquentent ?

R : La satisfaction des toxicomanes est largement constatée.

Q : Comment cette structure s'intègre-t-elle dans le dispositif socio-sanitaire genevois ?

R : Cette structure s'intègre parfaitement, et jouit d'une notable réputation (y compris à l'étranger).

Q : Quels sont les effets de l'ouverture du Quai 9 sur l'ordre public, notamment les éventuels effets d'attraction sur les consommateurs de drogues des cantons romands et de la France voisine ?

R : Selon M. Urs Rechsteiner chef de la police, en terme de monitoring de l'ordre public, les conclusions sont simples et les statistiques le prouvent : **pas de modification de la situation dans le secteur du Quai 9** (à pondérer par la présence de la Task Force).

Le coût de cette évaluation se chiffre à 100 000 F.

La deuxième phase d'évaluation (PLP du 7 juillet 2003) est en cours et le rapport est attendu pour la fin du printemps 2004.

But de cette deuxième évaluation : Décrire les différents groupes de consommateurs et les modifications de leur comportement dans la structure et les environnements immédiats, notamment pendant les files d'attente, afin de mieux cibler la prévention et la promotion de la santé.

Question: Qu'est-ce qui influence les usagers à changer ou à ne pas changer de comportement ? Qui sont les usagers qui changent leur comportement ?

Objectif: Définir les types d'usagers pour lesquels Quai 9 a une influence positive, neutre ou négative et les moyens ou situations permettant de faire passer des messages de prévention, cela afin que l'équipe puisse affiner ses messages et stratégies de prévention. Quels sont les problèmes et les limites rencontrés par l'équipe du lieu d'accueil?

Questions : Quelles sont les limites, c'est-à-dire les situations posant problèmes pour les membres de l'équipe et pour l'équipe d'évaluation ?

Objectif : Amener l'équipe à progresser dans la réflexion de ce qui peut être admis ou refusé et ce qui contribue à une politique de réduction des risques.

Le coût de cette deuxième évaluation se chiffre à 50 325 F.

M^{me} Mino parle ensuite des aspects financiers.

Le budget total du programme Réduction des Risques (RdR) à Genève en 2003 est de 2 466 880 F.

Répartition :

Quai 9 :

Salaires : 1 090 851 F

Charges : 367 000 F (y compris vacances médicales, supervisions, formations, entretien des locaux, etc.).

BIPS / Bus Boulevard :

BIPS : 734 000 F

Bus Boulevard : 275 029 F

Total 1 009 029 F

M^{me} Mino présente les deux scénarios retenus dans le cadre du RD 496 :

Premier Scénario : une ouverture accrue du Quai 9 en augmentant les horaires d'ouverture

Ce scénario est a priori le moins coûteux, puisque les frais de fonctionnement supplémentaires seraient limités à l'augmentation de la masse salariale et aux frais de matériel de prévention. Par contre les frais inhérents à la gestion de la structure et à l'entretien du bâtiment seraient quant à eux sensiblement identiques (même s'il faut aussi augmenter les frais de téléphone, etc.).

Les frais de personnel travaillant directement auprès des usagers représentent 1,43 poste de travail pour une heure d'ouverture. En doublant les horaires (de 7 à 14 heures par jour), il serait nécessaire de doubler le nombre de postes en augmentant le personnel de 10 postes à plein temps. Il serait également nécessaire d'augmenter les temps de coordination (notamment pour assurer le suivi des collaborateurs), de secrétariat (planning, monitoring) et d'intendance-nettoyage, déjà calculés au plus juste. Les grandes équipes sont particulièrement difficiles à gérer dans le domaine de la toxicomanie. En gros, les frais de personnel seraient doublés, tout comme les frais de matériel de prévention (les chiffres du budget 2003 ou 2004 seraient doublés). Par rapport au budget actuel du Quai 9 l'économie réalisée serait de quelques 100 000 F relatifs au loyer et à l'entretien des locaux.

Les frais de fonctionnement annuels passeraient ainsi de 1 422 000 F à 2 700 000 F environ.

Deuxième Scénario : ouverture d'un deuxième lieu d'accueil

Ouvrir un deuxième lieu dans un autre quartier représenterait sensiblement les mêmes coûts que le premier. Certains coûts de fonctionnement liés à l'administration devraient pouvoir être évités. Néanmoins les coûts salariaux et de frais de matériel de prévention sont comparables, les coûts de fonctionnement et d'entretien des locaux également. : 1 400 000 F, environ.

La mise sur pied d'une salle pour fumeurs et d'éventuelles prestations complémentaires restent toutefois à apprécier. La différence des frais de fonctionnement n'est donc pas à ce point marquante pour choisir un scénario plutôt qu'un autre (100 000 F par an environ). Par contre, les frais d'installation sont à ajouter. Tout dépend toutefois du type de local dans lequel cette structure serait installée. Ces frais se sont élevés à plus de 260 000 F (répartis sur 2001 et 2002) auxquels il faut ajouter le mobilier et l'installation intérieure financés par la Loterie romande à raison de 120 000 F, soit 380 000 F au total.

M^{me} Mino penche plus favorablement pour cette deuxième solution, très probablement plus productive en terme d'efficacité.

Une commissaire (L) remarque que ces deux solutions ne sont pas exclusives, mais qu'elles pourraient être complémentaires (deux petits lieux, aux horaires élargis, sont envisageables).

Sur le plan des soins

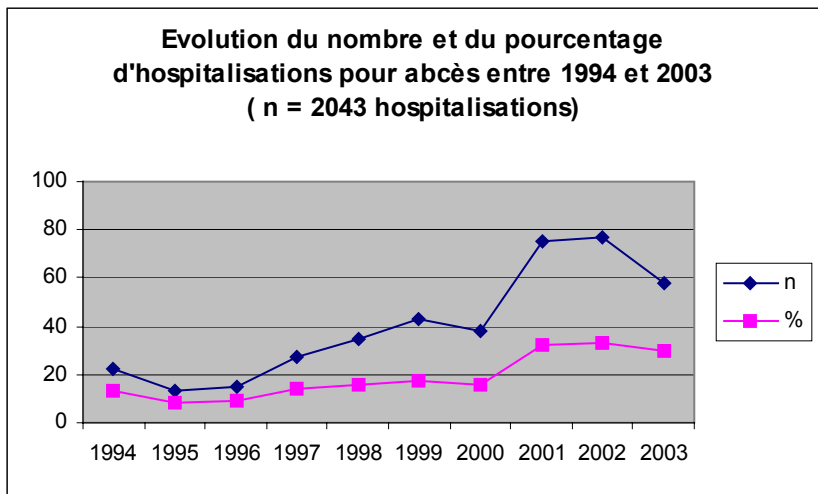
M^{me} Mino a tenté d'affiner le bilan par la collecte de chiffres mieux à même de traduire la situation genevoise actuelle :

Concernant les abcès, M^{me} Mino précise qu'en 2001, il y a eu 75 hospitalisations pour abcès, phlegmons, bactériémies, endocardites. En 2002, Il y a eu 77 hospitalisations, dont 2 amputations. En 2003, il y a eu 58 hospitalisations. Elle observe une chute significative et bienvenue du nombre d'hospitalisations, mais il ne faut pas tirer de conclusions hâtives, car il ne s'agit que de données épidémiologiques, sans lien de causalité établi.

Selon le D^r Mathieu Assal, une hospitalisation pour abcès coûte environ 20 000 F ce qui donne comme total, pour les années : 2001 1 500 000 F, 2002 1 540 000 F et 2003 1 160 000 F.

19 hospitalisations de moins en 2003 correspond à 380 000 F d'économie (sans causalité directe).

Tableau de cette évolution.



Overdoses

Il y a eu, selon les déclarations de police, 177 overdoses mortelles en 2003 en Suisse, soit 17 de plus qu'en 2002. Genève par contre a vu une diminution, passant de 14 à 9 (-5). Vaud pour sa part a connu une augmentation, passant de 10 à 21 (+11).

M^{me} Mino observe qu'aucune interprétation n'est possible. Elle met également l'accent sur de nombreux bénéfices humains qui ne sont pas forcément « monétarisables ». Elle réprécise d'autre part **qu'aucune overdose ne s'est produite dans les lieux d'accueil.**

Hépatite C

Une primo-infection est une hépatite C aiguë.

M^{me} Mino remarque une congruence dans la diminution des soucis infectieux qui semble réjouissante (diminution de 22 à 7 cas en 2003).

Coût d'un traitement

- Interféron : 2000 F mois (traitement de 6 à 12 mois; durée moyenne 9 mois : 18 000 F).
- Ribavirine : 1200 F par mois, durée moyenne du traitement 9 mois : 10 800 F.

Coût total pour les médicaments seuls : 28 800 F par patient. Si on rajoute le coût pour investigations et traitement des complications des effets secondaires (traitement antidépresseurs...), on arrive largement au-dessus de 30 000 F.

Séroconversion HCV

Il y a eu moins de séroconversion HCV en 2003; 5 de moins grâce au Quai 9. On peut estimer l'économie de frais de soins à environ 150 000 F auxquels il faut rajouter tous les coûts indirects, y compris à terme les transplantations hépatiques pour cirrhose du foie (plusieurs patients en liste d'attente).

Hépatite B

La séroprévalence, qui se situe autour de 20%, est totalement stable et on constate un nombre infime de séroconversions dans les lieux de suivi – chute depuis 1995. C'est donc la transmission sexuelle qui est quasi exclusivement le facteur de séroconversion. Les vaccinations sont en fléchissement chez les toxicomanes, et devraient être observées de plus près.

VII

Le coût du traitement du VIH est de 21 000 F par an plus 14 000 F pour les traitements de la comorbidité soit un total de 35 000 F (tiré de : P. Zurn, et al., *Social Cost of HIV infection in Switzerland, final report*).

Il y a, chez les toxicomanes genevois, entre 2 et 3 séroconversions par an (60 000 F/an pour ces traitements durables). Cette chute des séroconversions induit des économies substantielles.

En Suisse, les coûts sociaux des traitements sont estimés à environ 500 millions de F par an pour 11 000 à 21 000 personnes vivant avec le sida. Il y a 50 millions de francs par an investis dans la prévention. M. Unger remarque que ces chiffres sont ceux des dépenses et non des coûts réels, et incite à la prudence. M^{me} Mino ajoute que les auteurs en sont conscients puisqu'ils n'ont pas imputé le coût de la prévention dans l'ensemble des coûts sociaux.

Tuberculose

En 2003 il y a eu 62 cas déclarés. Il n'y a pas d'augmentation significative par rapport aux années précédentes. Aucune corrélation n'a été effectuée avec les toxicomanes.

MST

A Genève, on remarque une augmentation significative des gonorrhées en 2003, ce qui a attiré l'attention, mais aucun lien précis n'a pu être établi avec la toxicomanie.

Hospitalisations en psychiatrie

L'hospitalisation des comorbidités en psychiatrie est importante, notamment à la suite de consommation de cocaïne (fragilité psychologique et psychiatrique dès le jeune âge, situation compliquée par les drogues). Le coût peut être chiffré mais demande un peu plus de temps.

Crimes et délits

M^{mc} Mino renvoie aux travaux du professeur KILIAS (Lausanne). En 1997, dans les programmes « Héroïne », pour 1 franc investi on économisait 1.5 francs en réduction de délinquance.

Coûts humains

Les années de vie perdues, les coûts pour les familles et les proches en termes émotionnels, sont évalués par l'économie de la santé (par exemple chiffrés dans le domaine de l'alcoolisme) sans pour autant prétendre, à ce stade, les traduire en francs. M^{mc} Mino cite une étude californienne de 1997 sur les coûts – bénéfices dans les traitements de substitution (USA) : 1 \$ investi dans le traitement = 5 \$ d'économie en coûts directs et indirects.

M^{mc} Mino espère avoir utilement complété les auditions précédentes, ainsi que les questions restées en suspens.

La présidente remercie M^{me} Mino et cède la parole aux commissaires.

Certain commissaires regrettent l'absence de statistiques fiables pour évaluer correctement l'activité. **Deux commissaires (L)** contestent l'interprétation qui peut être faite des chiffres avancés.

M. Unger admet une part de véracité dans ce type de propos. Il constate que le problème des corrélations est visible dans toutes les études épidémiologiques. Il en veut pour preuve des corrélations fantaisistes établies par des épidémiologistes [facteurs confondants] « *le port du pantalon favorise le cancer du poumon* », « *la diminution de la natalité en Suisse est en lien avec la diminution des cigognes* ». Sur de petits échantillons de population (900 personnes), les événements mesurés doivent également inciter à la plus grande prudence dans l'interprétation. Scientifiquement, les doutes sur la corrélation sont patents, mais à ce stade, et en regard de la nature de ce projet (anonymat et accès libre), il n'est pas possible de fournir d'autres éléments d'évaluation ou de causalité. La modestie reste de mise. Il précise en outre que cette réalité mouvante se prête mal à une comptabilité exacte, et à l'élaboration de liens de causalité. Les enquêtes sont anonymes et par conséquent difficiles à recouper. Il ne s'agit que d'instantanés qui ne rendent que partiellement compte de la totalité du parcours d'un individu. Il rappelle par analogie la difficulté à établir des statistiques de « passage » par exemple aux urgences des HUG (55 000 entrées mais dont la ventilation reste douteuse).

En bref, le bilan présenté n'est pas parfait mais ne pourrait sans doute pas l'être, puisque sa mesure même est extrêmement complexe et compliquée.

Un commissaire (UDC) revient sur les chiffres avancés et en déduit que, puisque des liens de causalités semblent exister aux yeux des spécialistes, entre le Quai 9 et la réduction des risques, voire l'hospitalisation, ce centre ne devrait-il pas être sponsorisé par les HUG dans le cadre de leur budget annuel?

M. Unger insiste. Cette linéarisation comptable des données n'est pas correcte. Les calculs ne sont pas douteux, par contre une telle gestion des situations n'est que théorique.

Audition de M. Urs Rechsteiner, membre du comité de pilotage

La présidente accueille l'orateur, le remercie de sa présence.

M. Rechsteiner centrera ses interventions sur l'aspect de sécurité et d'ordre public, se refusant par principe à intervenir dans un domaine qu'il méconnaît, celui du médical ou du psycho-social. Il rappelle quelques éléments de l'historique du Quai 9. Dès fin 2001, la police était réservée sur le lieu d'implantation, suite aux déjà nombreuses doléances (trafic de cocaïne) en provenance de ce quartier. Après son implantation, la police se proposa de conduire un monitoring en matière d'ordre public, sans disposer de base de comparaison (avant/après). Simultanément, des doléances en

provenance du secteur de la Coulouvrenière (trafic de hachisch), entraîna la mise en place de la Task Force « Drogue » au début 2002. Puisqu'une force spéciale intervenait principalement dans ces deux secteurs, le monitoring s'en est trouvé affecté. Cette présence policière renforcée a très certainement limité, voire réduit, le développement naturel des trafics. En outre, d'autres mesures furent prises en 2002 :

- optimisation des procédures, systématisation des procédures d'entente avec le Parquet ;
- optimisation des mesures de contrainte (interdiction d'accès à un secteur pour les requérants d'asile genevois, ou en cas de retour à Genève pour les requérants en provenance d'autres cantons).

En terme de monitoring de l'ordre public, les conclusions sont simples et les statistiques le prouvent : pas de modification de la situation dans le secteur du Quai 9 (à pondérer bien sûr par la présence de la Task Force). La police ne fait pas de recommandations mais considère toujours que le Quai 9 est situé dans une zone sensible, et n'est par conséquent pas favorable à l'implantation d'un second lieu dans ce périmètre. Dans la zone de la gare, et malgré la présence de la Task Force, on n'enregistre pas de réduction significative des doléances. M. Rechsteiner tempère néanmoins son propos en situant le type de plaintes. Elles sont relatives aux comportements des toxicomanes sur la voie publique, ainsi que liées aux incivilités et aux salissures. Il note également que ces récriminations sont aussi liées à un climat subjectif d'insécurité, puisqu'on ne constate pas de variation à la hausse de la criminalité dans ce secteur. Il ajoute l'argument du nombre. En effet, le nombre de doléances mis en rapport du nombre de personnes qui, chaque jour, circulent dans cet endroit, traduit un pourcentage faible.

Les mesures qui seront prises cette année commenceront par l'ouverture du nouveau poste de police de Cornavin. Il s'agira de procéder à moins d'interpellations tout en renforçant la visibilité policière (insuffisance des effectifs), cela afin de tenter d'apaiser ce climat d'insécurité subjective.

Il rappelle également que les 90% des personnes interpellées dans ce secteur ne disposent pas d'autorisation de résidence, et se retrouvent, après un bref passage devant la justice et dans les instances pénitentiaires, à nouveau sur la voie publique (par manque de moyens de contrainte en terme de refoulement).

Un commissaire (L) revient sur le problème de la localisation du centre, et demande si la police a des suggestions à émettre, compte tenu des impératifs spécifiques de ce contexte (consommer le plus près possible du lieu d'achat par exemple).

M. Rechsteiner estime cette question parfaitement pertinente. Elle fit déjà l'objet de débats au moment de la décision d'implantation. Deux logiques contradictoires s'affrontent, d'une part celle de la police qui préférera ne pas aggraver la situation dans un quartier jugé sensible, et d'autre part, celle des intervenants médico-sociaux qui tentent de se rapprocher le plus possible, et sur le terrain des usagers auxquels ils s'adressent. Il note que l'intervention régulière de la Task Force a contribué à la dispersion du trafic. Des plaintes parviennent maintenant de la Servette, de Château-Banquet, du bas des Pâquis. Les déplacements de trafics sont constants et en liaison avec les actions de la police. Dès lors le travail de la police peut prendre un aspect perpétuel, d'autant que les dealers ne peuvent pas être neutralisés ou refoulés.

M. Unger comprend la dynamique restreinte dans laquelle s'inscrit le travail de la police, qui tente de promouvoir plus de visibilité. Il demande si les tandems de policiers n'étaient pas précédemment en civil, puis plus récemment en uniforme ? Il suppose que même en pénurie d'effectifs, une présence en uniforme sera certainement plus dissuasive (même s'il comprend la nécessité de la tenue civile pour pouvoir procéder aux interpellations).

M. Rechsteiner confirme qu'au départ la Task Force n'était constituée que d'inspecteurs de la police judiciaire en civil. Suite au doublement des effectifs (de 8 à 16), des gendarmes en uniforme se sont joints au groupe. Il admet la nécessité d'une visibilité. Il ajoute que deux actions d'envergure furent stoppées en automne dernier, pour faire suite aux impératifs de la prison (pénurie de cellules). Il rappelle que la police est au début d'un travail en collaboration avec les instances concernées (pouvoir judiciaire et prison).

La commissaire (L) comprend que la politique de la police sur le terrain de la drogue, en matière de sécurité publique, vise à ne pas laisser les trafics s'installer. Elle craint néanmoins l'instauration d'une scène ouverte dans le secteur de la gare, suite à la demande de tolérance adressée à la police par les initiateurs du Quai 9, qui tiennent légitimement à permettre à leur centre de fonctionner correctement. La commissaire demande si la politique de perturbation des trafics s'en trouve modifiée, et si, avec la présence accrue des policiers en uniforme, la population ne s'en trouve pas plus inquiète ? Enfin, elle souhaiterait entendre l'orateur sur les moyens ou solutions dont dispose la police en relation avec la problématique des arrivées de drogues (intercity).

M. Rechsteiner pense que la politique de dispersion menée par la police genevoise porte ses fruits puisque à Genève, contrairement à d'autres cantons, il n'existe pas de scène ouverte de la drogue. Les conséquences d'une scène ouverte sont connues et peu souhaitables. Au sujet des trafiquants, à 80% requérants d'asile, la moitié est attribuée à Genève, le reste en provenance

d'autres cantons. Les requérants genevois se voient interdits d'entrer dans une zone précise, et partent « dealer » en limite de secteur. Le réservoir extra cantonal est tel que les effets sont faibles. Le même nombre de trafiquants agit en permanence et les regroupements par nationalité ne sont pas rares à Genève.

Un commissaire (R) s'adresse au chef de la police, et lui demande quelle option des propositions du Conseil d'Etat (augmentation des heures d'ouverture ou implantation d'un deuxième lieu d'accueil) aurait sa faveur, en fonction des contraintes que l'une ou l'autre supposerait ? En outre, le commissaire suggère une localisation d'un deuxième lieu d'accueil au boulevard Helvétique.

M. Rechsteiner suppose que l'augmentation de l'offre du local existant, aura pour effet une augmentation proportionnée de la demande des usagers. Il dit ne pas avoir la mesure de l'effet qu'entraînera l'ouverture du poste de police de Cornavin. Par contre, cette ouverture 24/24 aura des conséquences sur le déplacement des effectifs d'un secteur secondaire (antenne de police) à un secteur prioritaire (commissariat de police). Une part des effectifs policiers seront remplacés par du personnel administratif. L'effectif du poste de police de Cornavin sera complété au fur et à mesure des mouvements et des futurs engagements. Il signale que le poste des Pâquis deviendra une simple antenne (munie de cellules). Pour le second local M. Rechsteiner répond avec humour que le second local aurait pour avantage relatif de permettre de mener une véritable étude de monitoring public (par comparaison avec le premier, et sans présence policière particulière).

Un commissaire (PDC) se demande si, du point de vue de la gestion de la sécurité publique, la concentration en un même lieu, ou au contraire la dispersion dans différents secteurs, s'avère préférable, et si des expériences intercantionales ou internationales existent dans ce domaine. Il interroge également l'orateur sur les caractéristiques spécifiques des trafics de cocaïne ou d'héroïne, et sur la gestion différenciée que cela peut impliquer de la part de la police.

M. Rechsteiner explique qu'en théorie, et dans l'optique d'éviter les concentrations, il serait souhaitable d'arriver à un pourcentage équivalent de trafic dans toutes les zones. Le climat d'insécurité subjective, propre à la gare, peut également être simplement lié à la tendance au regroupement de plusieurs communautés dans un même espace. Le secteur de la Coulouvrenière est plutôt dévolu à la vente de hachisch, avec des pointes de trafic durant la nuit et le week-end, alors que la gare se singularise à plus de 90% par un trafic de boulettes de cocaïne. Ces boulettes, au nombre de 2 ou 3, contiennent de 0,1 à 0,2 g de cocaïne, et sont généralement transportées

dans la bouche par les trafiquants. Ils évitent de plus en plus le transport (produit caché à proximité). Dès lors, au moment de l'interpellation, les trafiquants ne sont pas en possession du produit, sans compter le risque du contrôle au faciès et la stigmatisation ethnique. En outre, la technique de strangulation utilisée pour l'interpellation des trafiquants de cocaïne peut apparaître comme violente voire effrayante aux yeux de la population présente. Actuellement, d'autres collaborateurs sont présents sur place, au moment de l'arrestation, pour renseigner la population à ce sujet. Cette technique est sûre et pratiquée seulement par des policiers formés. Si le trafiquant avale les boulettes de cocaïne, le risque sur sa santé est limité.

Un commissaire (L) indique que généralement, les toxicomanes peuvent être parfaitement insérés ou totalement exclus de la société. Le Quai 9 doit probablement recevoir ces deux types de population. Le commissaire demande si les cocaïnomanes représentent une population spécifique, peut-être mieux insérée socialement par rapport aux usagers d'autres drogues.

M. Rechsteiner indique que le Quai 9 est effectivement fréquenté par des usagers de cocaïne et que la population des usagers est relativement homogène. Il signale que les usagers de cocaïne de loisirs n'ont jamais pu être appréhendés par la police. Des quantités de drogue sont saisies (notamment à l'aéroport) sans qu'une distinction puisse être établie dans l'usage qui en est fait.

Un commissaire (S) voudrait dépasser le secteur de la gare dans l'analyse de l'insécurité. De tels centres ne permettent-ils pas, pour diverses raisons, de baisser le niveau général de l'insécurité sur l'ensemble du canton ?

M. Rechsteiner renvoie aux études relatives aux tests de distribution d'héroïne (ou autres). Les conclusions montrent que ce soutien permet à certains usagers de ne pas recourir au délit pour se procurer le produit. Dans ce contexte, on s'est aperçu que la plupart des cambriolages n'étaient pas le fait de toxicomanes (au maximum 30%).

Un commissaire (UDC) revient à la collaboration Police-GSG, et plus spécifiquement sur la problématique des analyses chimiques des produits consommés effectuées par les HUG. Il constate que des différences énormes apparaissent dans la qualité et la pureté des produits vendus à Genève (de 1,8% à 100%). Il fait à nouveau référence au doctorat de M. Olivier Guéniat, qui se préoccupe de la traçabilité des produits, pour regretter qu'en Suisse rien ne soit entrepris dans le sens d'une coordination des actions pour le démantèlement des réseaux potentiellement déterminés en fonction de la composition des produits. Le commissaire demande si une meilleure collaboration est envisageable sur ce point précis avec le GSG.

M. Rechsteiner confirme l'importance des variations dans la qualité des produits. Dès lors le Tribunal fédéral a admis qu'une sanction ne porte pas uniquement sur la quantité mais également sur le degré de pureté du produit. Dès cet instant, de nombreuses analyses eurent lieu, et sur 50 saisies de cocaïne, le taux variait de 13 à 80%. Il observe que l'étude citée portait presque exclusivement sur l'extasy, qui permettait une identification rapide des composants et facilitait le pistage. Ce type de trafic est plus aisément « démantelable » que celui de la cocaïne. Il signale que lors d'une prise de drogue, les produits sont souvent transmis à l'institut de police scientifique de Lausanne, aux fins de comparaisons, avec pour objectif de repérer l'échelon supérieur dans le trafic. Il pense d'ailleurs que la comparabilité (coûteuse) des produits vendus en Suisse ne fournit pas plus d'information sur les provenances précises.

Une commissaire (L) remarque que Genève ne procède pas à la distribution de produits, et par conséquent le lien avec la réduction des délits n'est pas pertinent. Elle sait que Zurich compte 6 lieux d'injections, et demande si la police genevoise entretient des contacts avec ses homologues. Une évaluation en matière de sécurité publique existe-t-elle, et le cas échéant pourrait-elle être transmise à la commission ?

M. Rechsteiner signale que la sécurité des lieux zurichois est assurée par des sociétés de gardiennage. Il cite l'exemple bâlois et il annonce qu'il transmettra l'information à la commission.

La présidente remercie M. Rechsteiner de son exposé.

Travaux de la commission

La présidente cite les deux auditions encore pendantes (Urgences HUG et ARGOS).

Le commissaire (S) qui a demandé l'audition des Urgences HUG retire sa demande et l'ensemble de la commission estime que l'audition d'ARGOS n'apporterait rien de plus à ce qui nous a été présenté durant les premières auditions.

Un commissaire (S) rappelle qu'il s'agit bien d'un rapport du Conseil d'Etat, vis-à-vis duquel la marge de manœuvre parlementaire est finalement réduite. Il admet la nécessité de se tenir informé, sans toutefois excéder certaines limites.

Une commissaire (L) intervient sur la dernière invite du Conseil d'Etat : « *extension rapide des prestations dans l'espace existant plus ouverture dans un second temps, d'un nouveau local* ». Elle aimerait savoir jusqu'à

quel niveau la prise d'acte engage la commission. Elle rappelle l'ambiguïté, déjà souvent abordée, des rapports sur ce point. Et demande au Conseil d'Etat son avis sur cette situation formelle.

M. Unger explique que dans un contexte de pure santé publique, il se bornerait à proposer les deux scénarios, qui se borneraient finalement à se déterminer par rapport à l'existence (ou non) d'un lieu exploitable. Il précise que dans le contexte des perspectives budgétaires actuelles, le DASS n'a dégagé aucune priorité, ni en faveur de l'extension ni en faveur d'un second lieu d'accueil, tant qu'il ne sera pas possible d'identifier ce qu'il est possible de retrancher pour rester dans le cadre d'un budget contraint. Il ne s'agit que d'un rapport d'évaluation, la commission peut donc prendre acte sans crainte, le rapporteur pourra relayer la position du Conseil d'Etat quitte à trouver une majorité pour sommer le Conseil d'Etat d'agir dans le sens de priorités définies. Une motion pourrait accompagner le rapport.

Un commissaire (RAD) remercie M. Unger pour ses éclaircissements susceptibles de faciliter la réflexion. Néanmoins, selon lui, un problème subsiste, celui des perspectives précontraintes par le rapport, qui prévoit d'ores et déjà de débiter par une extension des horaires, pour passer ensuite à l'ouverture d'un second lieu, alors même que ces deux solutions doubleront, à 100 000 F près, le budget actuel du Quai 9.

M. Unger admet que la présentation du rapport mise sur le principe de réalisme. De toute manière, le problème de la localisation risque de se heurter à de nombreux obstacles, il serait vain de croire que ce projet puisse se réaliser cette année. Une troisième alternative serait, au moment où le budget le permettrait, de présenter à nouveau les deux scénarios devant la commission.

Un commissaire (L) revient sur les propos du commissaire (S) qui laissaient sous-entendre que des députés de l'Entente visaient au final la fermeture de ce centre. Il tient à rappeler que dans ces problématiques de toxicomanies, deux courants prévalent, l'un de type maternel qui vise au maintien du lien avec le toxicomane, quitte à tout tolérer au nom de cet objectif, l'autre de type paternel qui suppose une confrontation de l'usager avec sa situation. Ces directions ne sont pas politiques mais thérapeutiques.

Il regrette de ne pas pouvoir auditionner des personnes qui s'inscrivent, contrairement aux promoteurs, dans le second courant de pensée. Or il semble qu'à Genève cet aspect paternel existe, même au sein du Quai 9. Il recherche des tenants de cette approche, sans qu'il s'agisse de fondamentalistes uniquement tournés vers l'abstinence.

M. Unger craint que cette approche ne soit pas véritablement défendue à Genève. Il parle d'un équilibre formé sur base des quatre piliers et trois seuils, qui a trouvé sa vitesse de croisière, et qui se trouverait menacé par un seul intervenant n'agissant pas dans le même sens. Il s'agit d'une fierté commune trouvée à Genève depuis de nombreuses années.

M^{me} Mino rappelle que ces dynamiques furent l'objet de discussions épiques avant qu'un accord soit finalement dégagé. Elle rappelle également qu'il y a eu trois votations populaires sur la problématique de la drogue en Suisse, avec comme résultats deux refus et une acceptation (1997: Jeunesse sans drogue – refus massif, 1998: DROLEG – refus, 1999: acceptation de la prescription médicalisée d'héroïne).

M. Unger précise que les défenseurs d'une autre approche équilibrée n'existent pas à sa connaissance, à l'exception de fondamentalistes radicaux, qui eux mettraient en danger l'équilibre du système en place. Un député (R) signale que le seul groupe qui s'opposait à la mise en place du système actuel, est dénommé « Patriarche », et militait pour des limites extrêmement strictes posées aux toxicomanes.

M. Unger rappelle les souhaits (extension des horaires et élargissement des lieux). Il a tenu à s'assurer de la position de sa collègue au sein du Conseil d'Etat, M^{me} Spoerri, qui comme le chef de la police préféreraient ne pas voir s'implanter un second lieu d'accueil dans le secteur de la gare. Ils invoquent notamment les exigences d'évaluation en terme de sécurité publique (voir l'audition de M. Rechsteiner). Un lieu neutre permettrait de réaliser l'impact réel de l'implantation, même si cet idéal sera difficilement réalisable en l'état.

Un commissaire (R) dit « rester sur sa faim », par rapport à l'audition du chef de la police. Il peine à cerner sa position sur cette question. Il comprend que les deux départements agissent selon des axes différents, mais reste perplexe sur la position finale du DJPS.

M. Unger s'autorise à interpréter les propos de M. Rechsteiner, parce que fort heureusement il connaît ses positions (dans ce domaine) qui ne varient pas depuis bientôt un quinzaine d'années. Il répète que fort intelligemment le chef de la police se borne à prendre position sur les aspects qui le concerne, sans entrer dans le champ du socio-sanitaire. Cependant, la coexistence de ces deux métiers, de la police et de la santé, fait l'objet d'une doctrine stable basée sur un principe de consensus politique autour des quatre piliers et trois seuils, souvent rappelé par le Grand Conseil et quelle qu'aie été la composition du gouvernement genevois. Le commissaire comprend ces réserves et principes. Il connaît les pistes esquissées par le DASS et demande

ce qu'il advient de l'accord du DJPS dans cette matière. M. Unger reste prudent sur l'interprétation des vœux de sa collègue, M^{me} Spoerri. Néanmoins, comme il vient de le dire, la conseillère d'Etat adhère au consensus précité, même si ce n'est pas toujours idéal en termes stricts de sécurité publique. Un second local situé hors de la zone de la gare permettrait de mieux mesurer l'impact d'un lieu d'injection. Il réaffirme que la conjoncture actuelle ne permet pas d'envisager l'ouverture d'un second lieu à court terme.

Un commissaire (S) rappelle les propos de M. Rechsteiner. Il reconnaissait, au-delà des diverses réserves, que la présence d'un lieu d'injection avait globalement un aspect sécurisant pour l'ensemble du canton, hormis (peut-être) le secteur de la gare. En outre, l'avis de M^{me} Spoerri est utile mais le rapport émane du Conseil d'Etat, qui, on l'imagine, a soutenu, dans sa grande majorité et fidèle à l'idée de consensus, ce projet.

Un commissaire (UDC) a peu d'observation à émettre au sujet du rapport en lui-même, mais reste dubitatif par rapport à la phrase de conclusion. Il craint que prendre acte en l'état signifie d'ores et déjà une prise de position sur les deux options prédéterminées par le Conseil d'Etat. Il a actuellement le sentiment de ne pas disposer des éléments utiles à cette décision, à ce stade. Il rappelle les propos de M. Rechsteiner (stabilisation de ce trafic à la gare). Or dans l'optique de cette certitude de stabilisation, l'ouverture d'un second lieu ne semble pas pertinente. Il observe qu'en vertu des statistiques du Quai 9, une diminution constante du nombre d'injection intervient depuis mai 2003, probablement en rapport avec la présence de la Task-Force. Il attend le complément promis de statistiques sur les derniers mois, pour décider de l'option à privilégier, le cas échéant. Il propose donc de supprimer cette dernière phrase.

M. Unger comprend parfaitement cette position. Il note qu'il n'est malheureusement pas possible de modifier (ou de retrancher) un rapport adopté par le Conseil d'Etat. Il rappelle qu'il avait, déjà lors de la précédente séance, proposé diverses solutions à cette situation (renvoi vers le Conseil d'Etat pour retrait de cette dernière phrase ou motion de la commission ou présentation à nouveau des deux options au moment budgétaire adéquat). Il regrette cette dernière phrase, reconnaît cette erreur (validée par lui et les autres conseillers d'Etat). Il propose de s'en tenir à la procédure de prise d'acte encouragée par la position du Conseil d'Etat, espère ne pas devoir inutilement être confronté à un renvoi, et rappelle que le processus d'évaluation de la situation perdurera après l'acceptation de ce rapport. Il réaffirme que le DASS reste convaincu de la nécessité d'ouvrir un second lieu, à ce stade, et sans d'ailleurs prétendre l'entreprendre à court terme, ni

connaître la position de la majorité du Grand Conseil. Il espère que l'équilibre genevois en matière de toxicomanie sera renforcé par une position politique (quasi) unanime.

Une commissaire (L) réitère sa remarque sur cette dernière phrase, elle partage les observations du commissaire (UDC). Elle note que les options proposées sont additionnelles, avec un échelonnement dans le temps, à court et moyen terme. Elle peine à comprendre dans ce contexte ce qui peut motiver, dans le budget 2004, la suppression de près de 850 000 F à la subvention du GSG, soit une diminution de 16%. Elle reste dans l'attente de l'information sur les exemples bâlois et zurichois, promis par M. Rechsteiner. Elle désirerait également disposer de chiffres sur les heures et périodes d'affluence repérées dans ce centre. La commissaire propose: soit prise d'acte complète sur base d'éléments complémentaires et partant acceptation des options proposées, soit mise en suspens du projet et mise au point d'une motion de la commission. Dans les deux cas, des éléments complémentaires de décision devront être fournis. Elle souhaiterait avoir une vision plus claire et plus cohérente de l'ensemble de la politique menée dans le domaine de la toxicomanie à Genève, car elle conserve le sentiment que l'effort se porte plus sur un bout de la chaîne que sur l'autre (quid des seuils vers le haut – soutien et réinsertion ?). Elle demeure empruntée sur l'acceptation du rapport, dont elle ne conteste d'ailleurs pas le contenu de l'action, mais qui paraît insatisfaisant dans l'optique décisionnelle. Elle rappelle qu'un rapport de minorité était envisageable, mais reste ouverte à l'idée d'une motion.

Sur la diminution de budget GSG, M. Unger précise que des regroupements ont été opérés dans la sphère sida, le GSG s'est recentré sur ses activités principales, et a cédé la part relative de son budget (y compris dissolution de réserves de l'ordre de 200 000 F) à d'autres tels que Dialogai ou Ministère Sida. Dans la même perspective, le DASS n'a pas formalisé de nouveau projet de budget pour ces activités, puisqu'il restait dans l'attente de l'appréciation par le Grand Conseil du rapport du Conseil d'Etat. **Il regrette une fois encore cette phrase malheureuse**, mais rappelle que la décision se borne à une prise d'acte sur un rapport d'évaluation. Il traduit la dernière interrogation de la commissaire, en nombre suffisant de places de sevrage et à l'attention portée aux personnes sorties de cette période (seuils hauts). Les chiffres genevois sont identiques au reste du monde, soit en 3 et 5% de non-rechute après sevrage. Il rappelle qu'effectivement le sevrage éloigne tant du produit que de la société, et ne peut que constater ce phénomène de désinsertion. Il observe que les résultats du « Patriarche » pour encourageant qu'ils fussent, supposaient un environnement quasi-carcéral, induit par l'abstinence forcée, or la visée genevoise de l'abstinence passe par une voie

plus équilibrée, qui cherche à maintenir une certaine insertion, tout en acceptant le risque potentiel d'une rechute par contact avec le milieu. ARGOS a largement assez de place d'accueil puisqu'il demande à accueillir également les personnes en programme de substitution, en plus de celles en sevrage. Le principe de la décision volontaire reste au centre du processus de sevrage.

Un commissaire (L) souhaite un équilibre dans une politique globale et un effort sur la réinsertion sociale. Par analogie, elle note que la distribution de méthadone n'est de loin pas suffisante. Elle craint une politique fataliste qui se limiterait aux seuils bas. Elle désirerait que les dispositifs comportent des attentes précises, même (et surtout) à l'égard de personnes fragilisées, afin d'aider à la réinsertion comme but ultime.

M. Unger comprend la commissaire et lui assure que ses préoccupations sont bien celles des praticiens. Il rappelle que le Quai 9 n'est pas une réponse complète aux exigences des quatre piliers et trois seuils, et qu'il ne s'agit que d'une réponse à la réduction de risques, pour toxicomanes principalement âgés, extrêmement dépendants. Les taux de séroconversion, et d'infection aux hépatites ont été nettement abaissés au sein de cette population. Cette tâche de santé publique est utile aux personnes concernées mais aussi à ceux qui les côtoient. Sur le manque d'« exigences », il convient de relativiser par rapport à leur niveau et à la capacité des personnes visées à les satisfaire. Il ne s'agit pas ici d'exigence thérapeutique (liberté du patient – traitement libre et éclairé). Néanmoins, la démarche se veut incitative, et donne des résultats puisque les 50% des gens qui fréquentèrent le Quai 9 aboutissent dans un circuit (réseau) plus structuré (Rue Verte, Phœnix). Il rappelle que le centre propose certes des exigences minimales mais absolues. Ces règles sont les premières à permettre une reprise des repères, étape indispensable au processus de réinsertion. Ce rapport est modeste et ne constitue que le socle du premier pilier.

Un commissaire (S) revient sur les statistiques qui décrivent la situation jusqu'en novembre 2003, celles annoncées ne feront que les compléter. Il doute que leur influence soit fondamentale sur l'adoption du rapport.

Il signale que M^{me} Spoerri a visité en compagnie du GSG le centre d'injection, et il en ressort qu'elle s'est dite impressionnée par le travail effectué. La collaboration devrait être maintenue. Enfin, il abonde dans le sens de ses collègues : il est en effet regrettable que cette dernière phrase, relative aux options, figure au sein du rapport d'évaluation du Quai 9. De toute manière, la prise de décision s'accompagnera forcément d'une discussion, d'un projet de loi, ou d'une demande budgétaire. Il sera toujours temps d'en débattre à ce moment. Il doute de l'efficacité du raisonnement qui consiste à opérer en continu, un va-et-vient entre le général et le particulier,

entre politique globale de la toxicomanie et aspect limité du Quai 9, à moins de demander un rapport général sur l'état de cette politique à Genève. Il n'est pas opposé à l'idée d'une motion mais suggère l'adoption du rapport dans un premier temps.

Un commissaire (R) admet être dans la même expectative que sa collègue libérale. Le parti radical est réservé quant à l'adoption de ce rapport, ce qu'à titre personnel il ne peut que déplorer. L'idée de la motion ne peut progresser que pour autant que les commissaires soient réellement armés pour la rédiger, d'autant que le département est certainement plus à même de déterminer la suite à donner à ce projet. Il préférerait pouvoir prendre acte sous réserve d'une phrase conditionnelle : « **La commission prend acte de ce rapport, et en temps utile, le DASS présentera, pour acceptation, la suite du projet Quai 9 au Grand Conseil, avant sa mise en application** ». Le commissaire estime que cette cautèle est suffisante, et permet de reconnaître le travail entrepris.

M. Unger approuve cette solution fort souple qui ne peut que lui convenir. Il ose espérer qu'elle trouvera une large unanimité au risque de perdre toute signification, au cas où des méfiances devaient se manifester. Le rapport devrait mentionner le travail entrepris, l'évaluation toujours en cours, et la dynamique mise en place avec les députés.

Un commissaire (S) revient sur la forme. A première vue bilan et perspectives ne devraient pas se côtoyer au sein d'un rapport d'évaluation. Mais à la réflexion, ce geste est cohérent, car il paraît absurde de se déclarer en faveur d'une politique sans lui laisser la possibilité de déployer ses effets. Sans compter qu'il s'agit également d'une volonté de transparence de la part du Conseil d'Etat, qui aurait pu morceler, entre le rapport et l'action, afin de ne pas s'exposer aux risques du vote décisionnel. Il estime, pour ces raisons, qu'il est souhaitable de voter ce rapport, quitte à y introduire un bémol. Toute suite passera de toute manière par d'autres actes législatifs, dans lesquels la motion pèse peu. Il ne s'agit ici que de soutenir une politique globale.

Une commissaire (AdG) rejoint les propos du commissaire (S). **Ce rapport doit être adopté.** Une porte d'accès au réseau de soins est indispensable et doit être maintenue, particulièrement pour le groupe visé. Les niveaux d'exigences sont relatifs aux niveaux d'intervention, au seuil bas correspondent des exigences minimales. Aller plus avant sur le chemin des exigences nécessite de rentrer au moins en contact avec le groupe concerné, qui doit par cette première phase regagner l'estime de soi suffisante pour accepter de réduire les risques les plus déterminants. Elle convient de la nécessité de ne pas larguer dans la nature des personnes à la fin de leur sevrage, mais signale que précisément ce n'est jamais le cas, puisque la sortie

est préparée de longue date. Cette préparation ne minimise cependant pas le choc de l'extérieur, et le retour à la vie et aux problèmes du quotidien (dettes, exigences du travail, solitude relative...). Cette réflexion utile et nécessaire n'entre pas en contradiction avec la volonté d'ouvrir grand la porte menant à l'autonomie et à la réinsertion. Elle n'est pas opposée à examiner plus avant l'offre du dispositif composant l'entier de la démarche mais estime qu'à ce niveau précis du Quai 9, les éléments contenus au rapport sont suffisants et prouvent le travail accompli. La proposition du commissaire (R) ne pose pas de problème.

Un commissaire (PDC) indique que son groupe prendra acte de ce rapport. Les auditions et les informations délivrées sont suffisantes dans cette perspective. Il consent à la proposition du commissaire (R), puisqu'elle semble fédérer l'ensemble de la décision.

Une commissaire (L) admet parfaitement l'argumentation de son collègue (S). Cela étant, cette démarche du Conseil d'Etat peut également relever d'un relatif manque de confiance qui tendrait à vouloir implicitement être conforté. Sur l'efficacité formelle, on reste dans l'hypothétique, puisque le lien de causalité ne peut réellement être démontré. Sans s'opposer définitivement, la commissaire entretient quelques interrogations sur le sujet. Elle est déçue de n'avoir pu évaluer la situation des autres cantons. Elle ne veut pas créer d'obstruction inutile mais rappelle que la commission n'est pas dans l'urgence, et pourrait se pencher plus avant sur certains aspects. La comparaison pourrait servir l'argumentation auprès du groupe Libéral afin d'établir des priorités budgétaires. Enfin, elle revient sur le loyer du Quai 9 qui paraît à première vue exorbitant, à raison de 6700 F par mois, pour l'utilisation de deux containers préfabriqués, situés sur un terrain de la Ville.

La présidente indique que suite à un contact avec M. Rechsteiner, les documents sur Bâle-Ville et Zurich promis seront prochainement transmis aux commissaires.

M. Unger signale que la comparaison Bâle-Ville-Zurich, porte sur l'interface Police Clients, or cet aspect ne renseignera en rien sur l'efficacité du dispositif sanitaire. La DGS tentera pour sa part de se procurer d'éventuelles études sanitaires comparatives. Il n'est pas persuadé que d'autres villes que Genève procèdent à des évaluations aussi précises, mais s'informerá. Sur la notion d'efficacité, tous les chiffres ont été communiqués. L'échantillon étant limité, le différentiel l'est par conséquent. Il prend pour exemple le différentiel peu élevé mais à la baisse des décès par overdose (de 14 à 9), qui paraît peu significatif, alors qu'à la hausse ce chiffre aurait provoqué de vives réactions. Or une réduction opérée sur un petit échantillon est nettement plus significative. Il rappelle que nul ne prétend que cette

réduction statistique des décès est induite par le travail du Quai 9. Mais la **politique intégrée montre que les facteurs les plus dangereux, à savoir les infections hépatiques, le VIH, les abcès, les overdoses sont globalement en diminution**. La globalité de cette politique marque un net recul des prévalences HIV, de 50% en 1985, à 10%, pour le groupe des toxicomanes (division par 4). On travaille actuellement sur l'hépatite B, et on espère augmenter la couverture vaccinale ; l'hépatite C est également préoccupante mais reste stable à Genève. Il rappelle que l'espérance de vie d'un séropositif atteint de la première variété d'hépatite ne diminue pas, au contraire de celle du même malade atteint de la seconde (mortalité 30 à 100 fois plus élevée). En l'absence de vaccin, la lutte contre l'hépatite C passe par la prévention et la réduction des risques. Il met en garde contre la tentation des chiffres qui souvent ne renseignent en aucune manière parce qu'encore une fois, la causalité n'est pas établie ou hypothétique. L'expérience de Quai 9 est certes modeste mais positive.

Un commissaire (Ve) indique que son groupe est prêt à prendre acte de ce rapport. Les options exposées au rapport sont chacune assorties des inconvénients respectifs. Elle convient que la dernière phrase, pour malheureuse qu'elle soit, ne doit pas faire renoncer à la prise d'acte de ce rapport.

Un commissaire (S) rejoint les propos de M. Unger, et comprend ceux de la commissaire libérale. Les chiffres seuls n'ont que peu de valeur, et l'analyse reste indispensable. La notion d'efficacité est relative dans ce contexte. Il préfère pour sa part s'en tenir ici à des principes éthiques, reflets de certaines valeurs humaines.

Conformément à la demande d'un commissaire radical, votre serviteur ajoute la remarque concernant la dernière phrase du RD 496 à savoir :

« La commission prend acte de ce rapport, et en temps utile, le DASS présentera, pour acceptation, la suite du projet Quai 9 au Grand Conseil, avant sa mise en application. »

La présidente propose de passer à la prise d'acte.

Prise d'acte du RD 496

Pour: 1 UDC, 2 PDC, 2 Ve, 3 S, 1 AdG, 1 R

Contre: 1 L

Abst.: 1 L

Le RD 496 est adopté par la majorité de la commission. Il n'y a pas de rapport de minorité annoncé. En conséquence, la commission vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à prendre acte de ce rapport.

ANNEXES:

- *RD 496*
- *Motion M1332*
- *Rapport M1332A*
- *Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup)*
- *Rapport annuel 2002 GSG*

Documents distribués en séance :

- Evaluation de Quai 9 «Espace d'accueil et d'injection» à Genève, période 12/2001-12/2002, de Fabienne Benninghoff, Sandra Solai, Thérèse Huissoud, Françoise Dubois-Arber. Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne.
- Evaluation de l'espace d'accueil et d'injection « Quai 9 » à Genève, deuxième phase 2003, de Sandra Solai, Fabienne Benninghoff, Giovanna Meystre-Agustoni, André Jeannin, Françoise Dubois-Arber. Hospices/CHUV, département universitaire de médecine et de santé communautaires, Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne.

Secrétariat du Grand Conseil**RD 496***Date de dépôt: 15 septembre 2003**Messagerie***Rapport du Conseil d'Etat
au Grand Conseil concernant l'évaluation du lieu d'accueil avec
espace d'injection à Genève, dénommé Quai 9**

Mesdames et
Messieurs les députés,

Conformément à la motion 1332, votée par le Grand Conseil le 17 mars 2000, et au rapport relatif à celle-ci établi le 21 mai 2001 par le Conseil d'Etat (M 1332-A), ce dernier, par l'intermédiaire du Département de l'action sociale et de la santé, inaugurerait, en décembre 2001, un lieu d'accueil avec espace d'injection. La gestion de ce lieu, ouvert 7 jours sur 7 et destiné aux consommateurs de drogues, était confiée au Groupe Sida Genève (GSG).

Le Quai 9 est un lieu d'accueil qui offre la possibilité aux usagers de s'injecter des drogues. Les mineurs ne sont pas autorisés à entrer dans la salle d'injection. Cette structure dispose également d'un service d'échange de seringues, d'un local de soins et offre des prestations d'informations sociales.

En une année d'ouverture, 30 417 injections ont été effectuées au Quai 9. Le nombre moyen d'injections par jour n'a cessé d'augmenter jusqu'en été pour se stabiliser aux environ de 100 en moyenne par jour. Les principaux produits injectés sont la cocaïne et l'héroïne. 80 420 seringues ont été distribuées par le Quai 9 dans le cadre du service d'échange de seringues (si l'on y ajoute les 30 417 seringues utilisées en salle d'injection, le total est de 110 837).

736 personnes sont venues dans cette structure en 2002: parmi elles, certaines fréquentent le lieu de manière occasionnelle, d'autres plus régulièrement.

La clientèle est constituée de 25% de femmes, l'âge moyen s'élève à 33,6 ans. Les clients du Quai 9 sont des consommateurs de longue date (la durée moyenne de la prise de drogue par injection est de 13 ans), relativement marginalisés, particulièrement dans le domaine de l'emploi. La plupart des usagers ont un domicile fixe; près de la moitié ont recours à une aide sociale. Cette fragilité est un facteur d'accroissement des risques pris dans la consommation des drogues. 72% déclarent être en traitement lors de leur premier passage. Ils ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population toxicomane prise en charge à Genève. En effet, le Quai 9 regroupe certainement ceux qui connaissent le plus de difficultés avec leur traitement.

Parallèlement à la mise en place du Quai 9, le Département de l'action sociale et de la santé a nommé un comité de pilotage, présidé par le D^r Annie Mino, directrice de la santé du canton, et comprenant tous les partenaires concernés (police, éducation, santé, social). Il a également confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP), sous la responsabilité du professeur F. Paccaud, le mandat d'évaluer la mise en place et le fonctionnement du Quai 9. La durée d'évaluation, qui a été rendue en avril 2003, a porté sur une année : de décembre 2001 à fin décembre 2002.

1. Bilan du comité de pilotage

Après dix-huit mois de fonctionnement, différentes actions ont été entreprises dans le but d'une intégration réussie dans le quartier. Grâce à l'action conjointe du GSG et des forces de police, en collaboration étroite avec tous les organismes communautaires du quartier, y compris les usagers de drogues, l'ordre public a été maintenu.

Certes des ajustements ont été et seront encore nécessaires pour garantir une implantation harmonieuse, mais, aujourd'hui, les efforts de travail communautaire portent leurs fruits, incitant à recommander la poursuite du projet dans ce quartier. En effet:

- un ramassage de seringues a été institué. Des mesures dans ce sens ont été mises sur pied dès l'ouverture du lieu d'accueil (consigne) et ont été renforcées. Actuellement, une présence est assurée six matins sur sept par les agents de prévention communautaire dans le quartier;
- des soirées de rencontre avec les voisins, en présence des autorités municipales et cantonales, ont été organisées. Ces rencontres ont mis en évidence que des problèmes liés aux drogues étaient présents dans le quartier avant même l'ouverture du Quai 9 mais que d'autres problèmes externes aux consommateurs de drogues préoccupent ses habitants;

- le lieu d'accueil n'a pas eu d'effets d'attraction sur des consommateurs provenant d'autres régions.

Les moyens mis en œuvre en termes de locaux, de personnel, de service aux usagers sont parfaitement conformes à la mission de réduction de risques telle que définie par le Conseil d'Etat depuis 1991 (extrait du procès-verbal du Conseil d'Etat du 23 septembre 1991).

2. Rapport de l'IUMSP

Le rapport de l'IUMSP met en évidence plusieurs aspects liés aux missions de prévention et promotion de la santé du lieu d'accueil avec espace d'injection, ainsi qu'à sa fonction de relais vers des lieux thérapeutiques :

- Le Quai 9 permet de promouvoir la santé auprès des usagers au travers de discussions, de conseils et de soins. L'augmentation de la remise de matériel d'injection, la répétition des gestes effectués en salle d'injection dans de bonnes conditions d'hygiène devraient contribuer à diminuer les comportements à risques à moyen terme. Lors d'une enquête effectuée à 6 mois d'ouverture, il s'est avéré qu'une minorité des usagers change difficilement son comportement vers de moindres risques.
- De nombreux relais sont effectués entre le Quai 9 et d'autres structures d'aide et de prise en charge pour consommateurs de drogues. La complémentarité et les synergies avec d'autres institutions sont donc réelles. Le Quai 9 est un lieu qui favorise le développement de liens sociaux entre les usagers et l'équipe. La dimension d'accueil est adroitement cultivée par cette dernière. Le Quai 9 contribue également à promouvoir l'insertion sociale en effectuant des relais entre des lieux sociaux, en organisant des activités collectives (groupes d'usagers et ramassage de seringues) et en offrant des petits jobs. Il a également le souci d'établir une bonne relation entre les usagers et le voisinage.
- De plus, les prestations individuelles de soins et sociales offertes aux femmes répondent à des besoins spécifiques de celles-ci.

3. Recommandations du Conseil d'Etat

Nos recommandations reposent donc sur le rapport d'évaluation de l'IUMSP et sur le bilan de deux années de fonctionnement du comité de pilotage, ainsi que des multiples contacts entre les partenaires concernés, nécessaires à l'accomplissement du mandat.

Le contexte qui a présidé à l'ouverture du lieu d'accueil avec espace d'injection reste sensiblement identique (motion 1332-A).

Les constatations établies après 18 mois de fonctionnement permettent de recommander la poursuite des activités. Au vu de l'utilisation importante et croissante, par les usagers de drogues, de ce lieu d'injection avec prestations sociales et sanitaires (plus d'injections sécurisées), ainsi que des demandes du voisinage, il apparaît indispensable d'élargir les prestations fournies par le Quai 9. Cet élargissement peut se faire, soit par l'extension des horaires du local existant, soit par la création d'un deuxième lieu, en intégrant l'opportunité de mettre à disposition un espace pour la consommation par inhalation, nouveau palier dans la réduction des risques.

Arguments en faveur du maintien du Quai 9 à son emplacement actuel avec accroissement des prestations

- Le lieu d'accueil se situe à proximité de la scène de la drogue et permet une accessibilité maximale;
- le trafic était déjà présent dans le quartier avant l'ouverture du Quai 9. Le rapport de la police montre la stabilité de ce trafic dans le quartier ainsi que l'absence d'effet d'attraction devant le lieu d'accueil, avec la présence d'une task force, mise en place par la police;
- le travail d'implantation dans le voisinage évolue favorablement;
- les nuisances potentielles de l'implantation du Quai 9 à sa place actuelle sont limitées (îlot relativement isolé);
- les usagers de drogues connaissent le lieu;
- les avantages financiers et logistiques sont bien maîtrisés pendant les années qui précèdent le déplacement du local rendu nécessaire par le nouveau parcours du tram (qui ne devrait pas intervenir avant 2007).

Cette solution présente néanmoins des inconvénients :

- elle nécessite le doublement de l'équipe et une nouvelle organisation, notamment au niveau des horaires;
- elle demande davantage d'attention à la gestion des aspects d'hygiène du lieu par plusieurs nettoyages quotidiens;
- elle pourrait entraîner une présence de consommateurs dans un seul lieu, sur une plus longue durée.

Arguments en faveur d'un deuxième lieu

- Cette option permettrait une diversification de l'offre, fournissant le passage à d'autres modes de consommation (inhalation);
- l'aménagement des horaires et la gestion de l'équipe seraient facilités (deux équipes plus petites). Une complémentarité au niveau des horaires pourrait même être envisagée entre les deux lieux;
- une nouvelle architecture, avec plus de place, selon les besoins de prévention pourrait être conçue;
- un deuxième local pourrait amener à une dépoliarisation de la consommation du seul quartier de la gare;
- l'implantation d'un deuxième lieu pourrait bénéficier de la première expérience. Des éléments de comparaison avec la gare (marché, voisinage, attraction éventuelle, etc.) seraient disponibles;
- l'ouverture d'un deuxième lieu pourrait éventuellement permettre de connaître de nouveaux consommateurs.

Cette deuxième solution a également des inconvénients :

- Quel quartier choisir? Quelles réactions peuvent apparaître ? La recherche d'un nouveau lieu pourrait s'avérer difficile et nécessite un nouveau travail d'implantation;
- le coût financier de cette solution est plus élevé;
- selon le lieu choisi, les utilisateurs pourraient ne pas suivre.

Au vu de ces éléments, dans une perspective à court terme, le choix de la première option semble s'imposer, c'est-à-dire le maintien de l'emplacement actuel avec accroissement des prestations. Cependant, il ne faut pas sous-estimer les inconvénients liés à cette solution notamment en lien avec la gestion de l'équipe (nécessité de doubler l'équipe, risques d'épuisement) et des locaux, qui ne sont prévus que pour accueillir une cinquantaine d'usagers.

A moyen et à long terme, l'implantation d'un nouveau lieu paraît le scénario à privilégier: elle permettrait de bénéficier des acquis de la première expérience ; de mieux gérer les horaires d'ouverture (complémentarité possible entre les deux lieux) et de décentrer la consommation du seul quartier de la gare ; diversifier l'offre, avec prise en compte d'autres modes de consommation, en particulier par inhalation.

L'évaluation par l'IUMSP de Lausanne doit également se poursuivre, afin de parfaire l'étude des actions de prévention.

De même, le comité de pilotage doit continuer son travail. Il est en effet le lieu où information, prise de position et partage des connaissances peuvent se faire dans le meilleur partenariat.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à prendre acte du présent rapport et à confier à notre Conseil une extension rapide des prestations du Quai 9 dans l'espace existant. Dans un deuxième temps, l'ouverture d'un nouveau local s'avérera souhaitable.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

Le chancelier :
Robert Hensler

Le président :
Laurent Moutinot

Secrétariat du Grand Conseil**M 1332**

Proposition présentée par les députés:

M^{mes} et MM. Esther Alder, Louiza Mottaz, Jean-Pierre Restellini, Anne Briol, Véronique Pürro, Christine Sayegh, Jacqueline Cogne, Loly Bolay, Jeannine de Haller, Gilles Godinat, Roger Beer, Jean-Marc Odier, Marie-Françoise de Tassigny, Luc Barthassat et Philippe Glatz

Date de dépôt: 17 mars 2000

Messagerie

Proposition de motion**demandant l'ouverture rapide de lieux d'accueil en faveur des toxicomanes**

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève considérant :

- l'augmentation de la consommation de drogues par injection, notamment avec l'explosion de la consommation de cocaïne par voie intraveineuse ;
- l'existence de lieux d'injection sauvages et dégradants ;
- les problèmes d'hygiène lors d'injection, nécessitant de nombreuses interventions médicales ;
- que les conditions d'injection entraînent des conséquences tant sur le plan de la santé publique que sur celui de l'ordre public ;
- l'augmentation d'accidents d'enfants et d'adultes qui se sont piqués avec des seringues usagées, notamment dans les préaux d'écoles ou dans différents lieux publics, nécessitant la mise sous traitement prophylactique post exposition ;

- la crainte des habitants de certains quartiers occasionnée par l'augmentation du nombre de seringues usagées abandonnées sur le domaine public ou privé ;
- les expériences positives menées en Suisse alémanique par la mise en place de lieux d'injection,

invite le Conseil d'Etat

à mettre à disposition le plus rapidement possible un nombre adéquat de lieux d'accueil avec espace d'injection offrant aux usagers un encadrement, un lieu d'orientation pour des cures et thérapies, une aide à la survie, une prévention en matière de risques, ainsi qu'un service de soins.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les députés,

Une politique cohérente en matière de lutte contre la toxicomanie implique, outre le fait de viser l'abstinence, d'accompagner les toxicodépendants, d'assurer leur survie, d'empêcher une dégradation de leurs conditions sociales et sanitaires et, par conséquent, de viser l'amélioration de leurs conditions de vie.

A de nombreux égards, la politique sociale en matière de toxicodépendance menée à Genève est exemplaire.

Cependant, il conviendrait de compléter les dispositifs existants par la création de lieux d'accueil avec espaces d'injection, compte tenu d'une réalité flagrante : celle du nombre croissant de personnes s'injectant des drogues sur la voie publique.

L'urgence d'une réponse nouvelle s'impose. Les lieux d'accueil avec espace d'injection en sont une et s'inscrivent totalement dans le cadre d'une politique de réduction des risques et d'aide à la survie ; ce d'autant plus que des réalisations similaires, notamment en Suisse alémanique, se sont avérées extrêmement positives.

Au vu de ce qui précède, nous vous invitons, Mesdames et Messieurs les députés, à envoyer cette motion directement au Conseil d'Etat.

Secrétariat du Grand Conseil**M 1332-A***Date de dépôt: 21 mai 2001**Messagerie***Rapport du Conseil d'Etat**

au Grand Conseil sur la motion de M^{mes} et MM. Esther Alder, Louiza Mottaz, Jean-Pierre Restellini, Anne Briol, Véronique Pürro, Christine Sayegh, Jacqueline Cogne, Loly Bolay, Jeannine de Haller, Gilles Godinat, Roger Beer, Jean-Marc Odier, Marie-Françoise de Tassigny, Luc Barthassat et Philippe Glatz demandant l'ouverture rapide de lieux d'accueil en faveur des toxicomanes

Mesdames et
Messieurs les députés,

En date du 17 mars 2000, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat une motion qui a la teneur suivante :

Le GRAND CONSEIL considérant :

- l'augmentation de la consommation de drogues par injection, notamment avec l'explosion de la consommation de cocaïne par voie intraveineuse ;*
- l'existence de lieux d'injection sauvages et dégradants ;*
- les problèmes d'hygiène lors d'injection, nécessitant de nombreuses interventions médicales ;*
- que les conditions d'injection entraînent des conséquences tant sur le plan de la santé publique que sur celui de l'ordre public ;*
- l'augmentation d'accidents d'enfants et d'adultes qui se sont piqués avec des seringues usagées, notamment dans les préaux d'écoles ou dans différents lieux publics, nécessitant la mise sous traitement prophylactique post exposition ;*

- *la crainte des habitants de certains quartiers occasionnée par l'augmentation du nombre de seringues usagées abandonnées sur le domaine public ou privé ;*
- *les expériences positives menées en Suisse alémanique par la mise en place de lieux d'injection,*
invite le Conseil d'Etat

à mettre à disposition le plus rapidement possible un nombre adéquat de lieux d'accueil avec espace d'injection offrant aux usagers un encadrement, un lieu d'orientation pour des cures et thérapies, une aide à la survie, une prévention en matière de risques, ainsi qu'un service de soins.

RÉPONSE DU CONSEIL D'ÉTAT

1. LA POLITIQUE GENEVOISE EN MATIÈRE DE TOXICOMANIES

1.1 Les 4 principes directeurs

Par rapport à d'autres cantons, la politique genevoise en matière de toxicomanie présente, depuis 25 ans, deux caractéristiques essentielles :

- a) d'une part, l'action conduite repose sur une approche convergente et intégrée des différentes fonctions de l'Etat (prévention, action thérapeutique, action sociale, répression) ;
- b) d'autre part, il n'y a jamais eu de polémique sérieuse ou d'affrontement politique à propos d'un sujet aussi douloureux.

De manière générale, cette politique peut se résumer en 4 grands principes :

- a) informer de la façon la plus adéquate pour prévenir la toxicomanie ;
- b) soigner dès que possible, avant des dégâts irréversibles ;
- c) tout entreprendre en vue d'une réinsertion sociale réussie ;
- d) réprimer quand il le faut, notamment en utilisant les possibilités données à l'autorité judiciaire par la législation fédérale et par la législation cantonale.

1.2 Les différentes adaptations

Sur la base de ces principes fondamentaux, les différentes adaptations nécessaires ont été apportées au fur et à mesure de l'évolution de la situation.

C'est ainsi que le Conseil d'Etat a pu introduire, dans un climat consensuel :

- les programmes de méthadone, à la fin des années 70 ;
- les programmes d'échanges de seringues, à la fin des années 80 ;
- le Bus itinérant de prévention SIDA, au début des années 90.

1.3 La prise en charge médico-sociale

Le 28 juin 1995, le Conseil d'Etat a défini clairement, dans une décision inscrite à son procès-verbal, la prise en charge médico-sociale des personnes toxicomanes.

A cette occasion, le Conseil d'Etat a affirmé que :

- a) la personne toxicomane qui est prête à accepter le sevrage doit trouver les possibilités et les institutions qui l'aideront à se libérer de sa dépendance ;
- b) la personne toxicomane qui n'est pas (ou pas encore) capable d'accepter le sevrage doit recevoir l'aide qui lui permettra de survivre.

En outre, le Conseil d'Etat a mis en place un réseau intégré de prise en charge adapté aux différentes catégories de toxicomanes et aux différentes phases de leur trajectoire individuelle, se définissant par trois types de programmes :

- a) les programmes dits de « seuil haut », basés sur l'exigence de l'abstinence (sevrage, postcure, réintégration) ;
- b) les programmes dits de « seuil moyen », basés sur une prise en charge médico-psychosociale structurée, avec des objectifs thérapeutiques précis, acceptant la dépendance d'un produit qui peut être fourni sur prescription médicale, conformément au règlement cantonal K4 20.06 du 16 août 1978 ;
- c) les programmes dits de « seuil bas », offrant une aide médicale et sociale de base (infirmier, antenne médicale, hébergement, hygiène, alimentation, etc.) aux personnes toxicomanes.

C'est dans ce cadre que le Conseil d'Etat a chargé le Département de l'action sociale et de la santé de participer au programme fédéral de prescription médicale d'héroïne.

1.4 L'organisation

1.4.1 La délégation du Conseil d'Etat

Sur la base des décisions du Conseil d'Etat, la supervision de la mise en œuvre de la politique cantonale de lutte contre les toxicomanies est confiée à une Délégation du Conseil d'Etat formée des magistrats chargés :

- a) du Département de l'action sociale et de la santé, qui la préside ;
- b) du Département de l'instruction publique ;
- c) du Département de justice et police et des transports.

1.4.2 La Commission mixte en matière de toxicomanies

Sous l'autorité du Conseil d'Etat, et en particulier, de sa délégation, la politique cantonale de lutte contre les toxicomanies est mise en œuvre à partir de la Commission mixte en matière de toxicomanies qui réunit :

- a) les partenaires publics (Département de l'instruction publique, Département de l'action sociale et de la santé, Département de justice et police et des transports, Pouvoir judiciaire) ;
- b) les partenaires privés (médecins, pharmaciens, partenaires sociaux, associations privées).

Cette commission – qui dépend administrativement du Département de l'action sociale et de la santé – est chargée :

- a) d'élaborer, à l'intention du Conseil d'Etat, des projets concernant la politique gouvernementale en rapport avec des problèmes de dépendance à l'égard des stupéfiants, de l'alcool, du tabac et de tout autre produit susceptible d'engendrer la dépendance ;
- b) de concrétiser et mettre en œuvre, après leur approbation, les dispositions arrêtées par le Conseil d'Etat dans le domaine de la prévention, de l'action thérapeutique et la réinsertion sociale ;
- c) d'émettre des préavis à l'intention du Conseil d'Etat à propos de toute forme de demande d'information de l'Etat au chapitre de projets touchant le domaine des dépendances.

1.4.3 L'Administration cantonale et les établissements publics

Sous l'autorité du Conseil d'Etat et, en particulier de sa délégation, les instances d'exécution de la politique cantonale en matière de toxicomanies sont les directions générales et leurs services de l'administration cantonale (Direction générale de l'action sociale, Direction générale de la santé, Direction générale de l'Office de la jeunesse) et les établissements publics (Hospice général, Hôpitaux universitaires de Genève), ainsi que le chef de la police et le personnel qui lui est subordonné.

Ces différentes instances travaillent en collaboration avec la Commission mixte en matière de toxicomanies, la Commission cantonale pour les problèmes liés au Sida et les divers milieux intéressés, publics et privés.

1.5 Les coûts

Selon un rapport de M. Rémy Jéquier, ancien secrétaire général du Département des finances, le coût direct total de la lutte contre les toxicomanies s'est élevé, pour l'Etat de Genève, en 1999, à 40 millions de francs.

Avec 18,5 millions de dépenses, la répression (police de sûreté, autres tâches de police, service d'application des peines, prison préventive, justice) engendre les dépenses les plus élevées.

Les soins et les traitements (Hôpitaux universitaires de Genève, autres prestataires de soins, ARGOS) entraînent une dépense de 14,2 millions.

En outre, l'Etat dépense 3,2 millions pour la réinsertion (Service du patronage, Association ARGOS et autres associations) et 1,8 million pour la prévention (service de santé de la jeunesse, équipe de prévention et d'intervention communautaire – EPIC et bénéficiaires du fonds destiné à la lutte contre la drogue et à la prévention de la toxicomanie).

Suivent le secteur de la réduction des risques, de l'aide à la survie et de l'hébergement, avec 1,6 million (Groupe Sida Genève et associations actives dans ce domaine). La coordination générale (500 000 F) ; l'enseignement et la recherche (200 000 F).

2. LA PRESCRIPTION MÉDICALE D'HÉROÏNE

2.1 La décision de 1995

En 1995, le canton de Genève s'est engagé dans de nouveaux développements.

Certains, comme l'élargissement des horaires et des lieux de stationnement du Bus itinérant de prévention SIDA ou comme l'accroissement du nombre de places disponibles dans diverses institutions, ont été acceptés sans difficultés majeures.

D'autres développements ont suscité, chez certains, des hésitations, de la réserve, voire une opposition. Tel a été le cas de la participation genevoise

aux programmes de la Confédération de remise, sous contrôle médical, d'héroïne.

Sur le plan international, la remise, sous contrôle médical, d'héroïne, n'est pas interdite, contrairement à ce que l'on entend parfois : elle est autorisée par l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour autant qu'elle fasse partie d'une stratégie globale visant à réduire la consommation de stupéfiants et intégrant des mesures de répression et de prévention. Plus d'une dizaine de villes européennes ont d'ailleurs fait usage de cette possibilité.

Dans notre pays, le Conseil fédéral a obtenu les autorisations nécessaires. Il a posé des conditions strictes à ces programmes expérimentaux : l'héroïne est remise sur prescription médicale, dans le cadre d'une prise en charge médico-sociale structurée, qui a des objectifs thérapeutiques précis. Les toxicomanes doivent être dépendants depuis plusieurs années et leur nombre est limité.

A Genève, sur la base des travaux parlementaires de la Commission des affaires sociales et de la Commission de la santé, sur la base de l'avis du Grand Conseil, donné sereinement, par une majorité claire, le Conseil d'Etat a décidé, le 28 juin 1995, que le canton de Genève participerait au programme fédéral de distribution, médicale et contrôlée, d'héroïne :

- a) conforme à l'ordonnance fédérale du 21 octobre 1992 et ses modifications ultérieures, puis à l'ordonnance fédérale du 8 mars 1999 ;
- b) destiné, au maximum, à 50 patients, résidant actuellement à Genève, âgés de plus de 20 ans, ayant subi 2 échecs thérapeutiques et ayant donné leur consentement conformément à la législation genevoise.

Le programme genevois (programme expérimental de prescription de stupéfiants – PEPS) s'inscrit dans le cadre de l'étude fédérale. Ses objectifs et son déroulement sont donc identiques : il vise à intégrer, dans le réseau sanitaire, des patients dont la santé est massivement atteinte par des années de consommation d'héroïne et de marginalité et de les conduire, à un rythme individualisé, vers des traitements de substitution par la méthadone ou d'abstinence. 94 % des patients restent ainsi dans le réseau sanitaire.

Ce programme a été confié aux Hôpitaux universitaires de Genève (division d'abus de substances).

Les conclusions sont les suivantes :

- a) le traitement à l'héroïne est judicieux pour le groupe visé et réalisable dans des conditions de sécurité suffisantes ;

- b) grâce au taux, au-dessus de la moyenne, de maintien des patients dans les essais, des améliorations significatives de leur état de santé ont été obtenues, de même que dans leur façon de vivre, améliorations qui souvent subsistent après l'arrêt du traitement. Le recul marqué de la délinquance doit être relevé
- c) ces améliorations sont également d'intérêt public (prévention de maladies infectieuses dangereuses, lutte contre la délinquance liée à la drogue) ;
- d) eu égard aux déficits considérables que les patients présentaient sur le plan de la santé à l'entrée dans les essais, le taux de mortalité de 1 % par année est relativement faible ;
- e) l'utilité économique du traitement à l'héroïne est considérable, notamment en raison de la réduction des coûts liés à la répression et à l'exécution des peines, de même que des coûts liés au traitement des maladies ;
- f) ces améliorations ont été obtenues dans des conditions particulières : la prescription d'héroïne était liée à un examen approfondi des patients et ceux-ci ont bénéficié d'un encadrement poussé.

Le profil des patients à l'admission au traitement reste constant d'année en année : ce sont principalement de jeunes adultes masculins (plus de 30 ans) qui injectent l'héroïne depuis plus de 12 ans. Ils ont fait plus de 8 tentatives de traitement, plus de 4 overdoses sérieuses et ont tenté de se suicider à plusieurs reprises. Plus de la moitié consomme des benzodiazépines quotidiennement et l'usage de la cocaïne intraveineuse est en augmentation. Leur histoire médicale révèle une haute prévalence de troubles psychiatriques. Plus d'un quart sont positifs pour le VIH. Sur le plan social, une petite minorité travaille de manière précaire. Plus de la moitié reçoit des aides sociales. Les patients restants ne semblent pas avoir de moyens légaux de survie.

Depuis le début du programme (5 ans 3 mois), le PEPS a traité 63 patients. Au 31 décembre 2000, le PEPS suit 49 patients qui ont presque tous un toit. Tous sont assurés. Presque tous ont réglé leurs problèmes financiers. Certains travaillent ou ont entrepris des activités occupationnelles en milieu protégé ou adapté à leurs capacités.

Les résultats positifs portent sur :

- la consommation d'héroïne illégale et de benzodiazépines du marché noir ;
- l'amélioration extrêmement significative de la santé mentale ;
- la diminution des tentatives de suicide ;
- la fréquence des traitements suivis pour les problèmes psychologiques ;

- l'amélioration du fonctionnement social ;
- la diminution de revenus liés aux activités illégales (diminution de vente de drogue) ;
- la diminution des poursuites (consommation, petits vols).

3. L'ESPACE D'ACCUEIL AVEC LIEU D'INJECTION

3.1 *La prise de position de la Commission mixte en matière de toxicomanie*

3.1.1 *Les travaux de la Commission mixte*

Durant le second semestre 1999, la Commission mixte, présidée par M^{me} Claire Torracinta-Pache, a mis à l'ordre du jour de ses travaux la question de la dégradation des conditions d'injection touchant certains consommateurs de drogue, de plus en plus nombreux, qui s'injectent sans respecter les règles d'hygiène les plus élémentaires, dans des lieux ouverts au public, en abandonnant leurs seringues dans des chantiers, dans des parkings, des préaux d'école ou des places de jeux pour enfants.

Dans le cadre de ses travaux, la Commission mixte a pris connaissance des rapports :

- a) du Groupe romand d'étude de l'alcoolisme et des toxicomanies (GREAT), intitulé «Conditions d'injection en Suisse romande : situation et pistes d'amélioration » ;
- b) du groupe Sida Genève, intitulé «Un espace d'accueil à Genève ? Une réponse à une situation d'urgence dans le domaine de la réduction de risques liés aux drogues ».

3.1.2 *L'analyse de la Commission mixte*

Dans son résumé du 11 décembre 1999, adressé au Département de l'action sociale et de la santé, la Commission mixte relève que le problème n'est pas nouveau, mais qu'il est aggravé par l'explosion de la consommation de cocaïne par voie intraveineuse.

Elle poursuit son analyse de la manière suivante :

« Le risque majeur encouru par ces consommateurs de drogues, c'est l'infection souvent grave et nécessitant une hospitalisation. S'y ajoutent de nouvelles prises de risques en matière de prévention des maladies transmissibles et une augmentation du risque d'overdose mortelle en situation d'isolement. On a aussi pu constater une réelle dégradation physique et psychique ainsi qu'une paupérisation de ces personnes.

De surcroît, les doléances concernant des lieux d'injection découverts dans des chantiers, des parkings, des caves ainsi que des seringues ramassées notamment par des enfants qui se sont piqués aux abords d'écoles, se multiplient et sont à terme une menace pour l'ordre public. Ce n'est pas encore une « scène ouverte » mais ce pourrait en être les prémices.

Tous les témoignages des gens de terrain de la commission, travailleurs sociaux, médecins, concordent : nous sommes aujourd'hui dans une situation d'urgence à laquelle il faut apporter une réponse adéquate, sous peine de voir diminuer les effets positifs de la politique de réduction des risques voulue par les autorités et appliquée avec succès dans notre canton.

Pour toutes ces raisons, une large majorité de la Commission mixte estime que le moment est venu de s'inspirer d'expériences faites à ce sujet dans plusieurs cantons alémaniques et ayant donné satisfaction. Elle recommande donc au Conseil d'Etat de prendre les mesures permettant d'ouvrir à Genève un lieu d'accueil avec local d'injection. »

3.1.3 *La proposition de la Commission mixte*

Selon la commission mixte, « ce lieu d'accueil devrait permettre :

- des premiers contacts, un accompagnement social minimal, un point de repère favorisant le maintien du lien social ;
- la remise et l'échange de matériel d'injection stérile ;
- une diminution des prises de risques ;
- une information sur les techniques d'injection et d'hygiène y relative ;
- la possibilité de consommation intraveineuse de drogues dans un lieu propre et tranquille, en sécurité et hors du stress du marché ;
- l'accès à des soins médicaux de base ;
- des mesures rapides lors d'overdose.

La création d'un tel centre – nous en sommes conscients – provoque réticences et craintes chez certains, notamment en ce qui concerne son acceptation par la population ou son incidence sur la consommation des drogues. Au sein de notre commission, le représentant de la police a déclaré son opposition à ce projet. Toutefois, les expériences menées dans d'autres cantons ont démontré que les craintes liées par exemple à d'éventuelles concentrations de personnes aux alentours du centre, se sont révélées vaines et qu'il n'y avait pas de rejet du voisinage pour autant que les habitants soient bien informés et considérés comme des partenaires. Des avis de droit sur l'aspect légal des locaux d'injection existant en Suisse allemande ont conclu que l'assistance médico-sociale primait sur une éventuelle incitation à la consommation. Une étude de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Bâle a d'ailleurs démontré que les lieux d'accueil et d'injection du canton n'avaient pas eu d'influence sur la consommation.

D'un autre côté, des associations genevoises d'habitants et de parents ont manifesté leur mécontentement par rapport à la situation actuelle et leur souhait de voir cesser ces injections sauvages dans les allées ou aux abords des préaux. C'est pourquoi sa réalisation devrait être le fruit d'une vraie concertation entre tous les partenaires concernés afin de résoudre ensemble les problèmes posés; qu'ils soient d'ordre juridique, financier ou ayant trait à son insertion dans la cité. Comme cela était le cas lors de la création du BIPS en 1991.

L'ouverture d'un lieu d'accueil avec possibilité d'injection devrait permettre d'améliorer sensiblement la situation physique et mentale des consommateurs de drogue décrits précédemment et contribuer à réduire le nombre d'injections « sauvages ». Elle s'inscrit en tout cas parfaitement dans notre politique de réduction des risques (seuil bas) et peut être considérée comme la suite logique de la mise à disposition de matériel d'injection stérile. »

3.2 *L'avis du Grand Conseil*

La prise de position de la Commission mixte en matière de toxicomanies, débattue au sein de la Commission des affaires sociales et de la Commission de la santé, a conduit au vote, le 18 mai 2000, de la motion 1332.

Cette motion invite le Conseil d'Etat «à mettre à disposition le plus rapidement possible un nombre adéquat de lieux d'accueil avec espace d'injection offrant aux usagers un encadrement, un lieu d'orientation pour des cures et thérapies, une aide à la survie, une prévention en matière de risques, ainsi qu'un service de soins. »

3.3 *Le mandat d'expertise*

Conscient de l'importance du problème et entendant disposer des éléments pouvant lui fournir une approche globale de la situation lui permettant d'aboutir à une solution concrète, le Conseil d'Etat, par l'intermédiaire du Département de l'action sociale et de la santé, a confié, le 8 mai 2000, au D^r D. Hausser, collaborateur de l'EPFL, (IREC), le mandat :

- a) de faire le point dans le domaine des problèmes de santé et de sécurité liés à la toxicomanie ;
- b) d'élaborer des recommandations pour les cinq prochaines années sur les objectifs à atteindre ;
- c) d'élaborer des propositions concernant l'organisation des diverses structures de santé et de soins ;

d) d'élaborer des propositions concernant l'ouverture de lieux d'accueil avec espace d'injection pour les consommateurs.

Le texte du rapport d'expertise, remis en décembre 2000, a été intégralement publié en mai 2001, dans les Cahiers de l'action sociale et de la santé (cf. annexe).

3.4 La décision du Conseil d'Etat

Après avoir fait analyser le rapport d'expertise par les services spécialisés – qui valident les recommandations de l'expert à l'exception de celles qui concernent la lutte contre l'alcool, qui dénotent une méconnaissance du travail effectué par le réseau genevois d'alcoologie – le Conseil d'Etat s'est déterminé au cours de sa séance du 16 mai 2001.

Décidant de développer les programmes dits de « seuil bas » – qui offrent une aide médicale et sociale de base aux personnes toxicomanes –, le Conseil d'Etat, tenant compte des recommandations de la Commission mixte en matière de toxicomanies et de la motion votée par le Grand Conseil, a décidé d'autoriser l'ouverture, à titre expérimental, pour une durée d'une année, 7 jours sur 7, dès le 1^{er} juillet 2001, d'un lieu d'accueil, avec espace d'injection, destiné uniquement aux adultes.

Sous la supervision de la Direction générale de la santé, la gestion de ce lieu d'accueil avec espace d'injection sera confiée au groupe Sida Genève, dont la subvention sera augmentée à cet effet.

Enfin, le Conseil d'Etat a décidé de confier l'évaluation de la mise en place et du fonctionnement de ce lieu d'accueil au professeur F. Paccaud, directeur de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne, qui est également chargé de procéder à l'évaluation des programmes analogues situés en Suisse alémanique. Il rendra son rapport sur les 12 premiers mois le 1^{er} juillet 2002.

4. CONCLUSION

Au cours des ces 25 dernières années, la politique en matière de toxicomanies, conduite par le Conseil d'Etat et le Grand Conseil, a reposé sur une approche, convergente et intégrée, des différentes fonctions de l'Etat (prévention, action thérapeutique, action sociale, répression).

Sans provoquer de polémiques sévères ou d'affrontements partisans sur ce sujet douloureux, cette politique – confirmée clairement par la population genevoise lors de 3 votations fédérales en 1997, 1998 et 1999 – a permis

d'apporter les différentes adaptations rendues nécessaires par l'évolution de la situation.

C'est ainsi que le Conseil d'Etat a pu introduire :

- les programmes de méthadone, à la fin des années 70 ;
- les programmes d'échanges de seringues, à la fin des années 80 ;
- le bus itinérant de prévention SIDA, au début des années 90 ;
- le programme de prescription médicale d'héroïne, au milieu des années 90 ;
- l'ouverture d'un espace d'accueil des personnes toxicomanes, avec local d'injection, au début des années 2000.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à prendre acte du présent rapport.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

Le chancelier :
Robert Hensler

Le président :
Carlo Lamprecht

Annexes :

1. *Note sur la nécessité d'un lieu fixe pour l'espace d'accueil pour personnes toxicomanes, avec local d'injection (D^r Annie Mino, directrice générale de la santé – mai 2001).*
2. *Cahier de l'action sociale et de la santé N° 14 (remis en séance).*

Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants, LStup)¹

812.121

du 3 octobre 1951 (Etat le 26 octobre 2004)

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu les art. 64^{bis}, 69 et 69^{bis} de la constitution^{2,3}
vu le message du Conseil fédéral du 9 avril 1951⁴,
arrête:

Chapitre 1⁵ Dispositions générales

Art. 1⁶

¹ Sont des stupéfiants au sens de la présente loi, les substances et les préparations ayant des effets du type morphinique, cocaïnique et cannabique et qui engendrent la dépendance (toxicomanie).

² Sont considérés comme stupéfiants au sens de l'al. 1, notamment:

- a. matières premières
 1. l'opium;
 2. la paille de pavot utilisée pour la production des substances ou des préparations visées sous b 1, c ou d du présent alinéa;
 3. la feuille de coca;
 4. le chanvre;
- b. principes actifs
 1. les alcaloïdes phénanthrènes de l'opium ainsi que leurs dérivés et sels qui engendrent la dépendance (toxicomanie);

RO 1952 241

- ¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 1995, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 1996 (RO 1996 1677 1678; FF 1994 III 1249).
- ² [RS 1 3; RO 1985 659]. Aux dispositions mentionnées correspondent actuellement les art. 118 et 123 de la Constitution du 18 avril 1999 (RS 101).
- ³ Nouvelle teneur selon le ch. II 3 de l'annexe à la loi du 15 déc. 2000 sur les produits thérapeutiques, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2002 (RS 812.21).
- ⁴ FF 1951 I 841
- ⁵ Selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303), la présente loi a été divisée en chapitres et sections. Selon la même disposition, les numéros «bis» des sections, articles et alinéas intercalaires ont été remplacés par la lettre a.
- ⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

2. l'ecgonine ainsi que ses dérivés et sels qui engendrent la dépendance;
 3. la résine des poils glanduleux du chanvre;
- c. autres substances
qui ont un effet semblable à celui des substances visées sous a ou b du présent alinéa;
- d. préparations
qui contiennent des substances visées sous a, b ou c du présent alinéa.

³ Sont assimilés aux stupéfiants au sens de la présente loi les substances psychotropes engendrant la dépendance, à savoir:

- a. les hallucinogènes tels le lysergide et la mescaline;
- b. les stimulants du système nerveux central ayant des effets du type amphétaminique;
- c. les dépresseurs centraux ayant des effets du type barbiturique ou benzodiazépinique;
- d. les autres substances qui ont un effet semblable à celui des substances visées aux let. a à c;
- e. les préparations qui contiennent des substances visées aux let. a à d.⁷

⁴ L'Institut suisse des produits thérapeutiques (institut)⁸ dresse la liste des substances et des préparations au sens des al. 2 et 3.

Art. 2⁹

¹ Les stupéfiants sont soumis au contrôle institué par la présente loi.

^{1bis} La loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques¹⁰ s'applique aux stupéfiants utilisés comme produits thérapeutiques. La présente loi est applicable si la loi sur les produits thérapeutiques ne prévoit pas de réglementation ou que sa réglementation est moins étendue.¹¹

² Ce contrôle est exercé:

1. à l'intérieur du pays, par les cantons sous la surveillance de la Confédération;
2. aux frontières du pays (importation, transit et exportation) et dans les douanes (entrepôts fédéraux et ports-francs), par la Confédération.

⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 1995, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 1996 (RO 1996 1677 1678; FF 1994 III 1249).

⁸ Nouvelle dénomination selon le ch. II 3 de l'annexe à la loi du 15 déc. 2000 sur les produits thérapeutiques, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2002 (RS 812.21). Il a été tenu compte de cette modification dans tout le présent texte.

⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

¹⁰ RS 812.21

¹¹ Introduit par le ch. II 3 de l'annexe à la loi du 15 déc. 2000 sur les produits thérapeutiques, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2002 (RS 812.21).

Art. 3

¹ Le Conseil fédéral peut assujettir au contrôle des stupéfiants selon les dispositions des chap. 2 et 3 de la présente loi, les substances qui, n'engendrant pas la dépendance par elles-mêmes, peuvent être transformées en substances visées à l'art. 1. Il peut prévoir pour ces substances-là ou pour celles qui se prêtent à la fabrication de stupéfiants et de substances psychotropes, une autorisation obligatoire ou d'autres mesures de surveillance moins strictes, telles que l'identification des clients, l'obligation de tenir un registre et l'obligation de renseigner. En l'occurrence il se conformera en principe aux recommandations des organisations internationales compétentes.¹²

² Le Conseil fédéral peut soustraire partiellement des stupéfiants aux mesures de contrôle ou, s'il s'agit de concentrations ou de quantités déterminées, les y soustraire totalement, lorsque les organisations internationales compétentes (Nations Unies, Organisation mondiale de la santé) le décident ou le recommandent en vertu d'une convention ratifiée par la Suisse.¹³

³ L'institut établit la liste des substances visées à l'al. 1.¹⁴

⁴ Le Conseil fédéral peut associer des organisations privées à l'exécution de l'al. 1, notamment pour des tâches d'information et de conseil.¹⁵

Art. 3a¹⁶

¹ Le Conseil fédéral désigne un laboratoire national de référence chargé de tâches de recherche, d'information et de coordination dans les domaines analytique, pharmaceutique et pharmaco-clinique des stupéfiants et substances visés aux art. 1 et 3, al. 3. A cet égard, il collabore avec les organisations internationales.

² Le Conseil fédéral peut aussi confier certaines tâches selon l'al. 1 à des tiers.

¹² Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 1995, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 1996 (RO 1996 1677 1678; FF 1994 III 1249).

¹³ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

¹⁴ Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1968 (RO 1970 9; FF 1968 I 784). Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 1995, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 1996 (RO 1996 1677 1678; FF 1994 III 1249).

¹⁵ Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 1995, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 1996 (RO 1996 1677 1678; FF 1994 III 1249).

¹⁶ Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 1995, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 1996 (RO 1996 1677 1678; FF 1994 III 1249).

Chapitre 2

Fabrication, dispensation, acquisition et utilisation de stupéfiants¹⁷

Section 1 Fabriques et maisons de commerce

Art. 4

¹ Les maisons et personnes qui cultivent des plantes en vue d'en extraire des stupéfiants ou qui fabriquent ou préparent des stupéfiants ou en font le commerce doivent y avoir été autorisées par l'institut. L'art. 8 est réservé.¹⁸

² Le Conseil fédéral arrête les modalités de ces autorisations, ainsi que les conditions qui régissent leur octroi, leur durée, leur retrait et leur extinction.

Art. 5

¹ Un permis spécial de l'institut est requis pour toute importation et exportation de stupéfiants soumis au contrôle. Ce permis est accordé conformément aux conventions internationales. Un permis d'exportation, qui n'est pas requis par cette loi ou par les conventions internationales, peut être accordé s'il est exigé par le pays destinataire.¹⁹

² L'Administration des douanes exerce avec l'institut le contrôle sur le transit des stupéfiants.

Art. 6

¹ En vertu des conventions internationales, le Conseil fédéral peut interdire au détenteur de l'autorisation ou lui prescrire de limiter la culture de plantes à alcaloïdes pour en extraire des stupéfiants, de même que la fabrication, l'importation, l'exportation et la constitution de réserves de stupéfiants.²⁰

² Il peut déléguer cette faculté au Département fédéral de l'intérieur, qui l'exerce sous sa haute surveillance.

Art. 7²¹

¹ Les substances et les préparations dont on est en droit de présumer qu'elles ont un effet semblable à celui des substances et des préparations visées à l'art. 1 ne peuvent être fabriquées, importées, exportées, entreposées, utilisées ou mises dans le commerce qu'avec l'assentiment de l'institut et selon les conditions qu'il aura fixées.

¹⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

¹⁸ Nouvelle teneur selon le ch. II 3 de l'annexe à de la loi du 15 déc. 2000 sur les produits thérapeutiques, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2002 (RS 812.21).

¹⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

²⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

²¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

² Cette autorisation a effet jusqu'au moment où l'institut a établi que la substance ou la préparation répond aux critères de l'art. 1 ou non.

³ L'institut dresse la liste de ces substances et préparations.

Art. 8

¹ Les stupéfiants indiqués ci-après ne peuvent être ni cultivés, ni importés, ni fabriqués ou mis dans le commerce.

- a. l'opium à fumer et les déchets provenant de sa fabrication ou de son utilisation;
- b. la diacétylmorphine et ses sels;
- c. les hallucinogènes tels que le lysergide (LSD 25);
- d. le chanvre en vue d'en extraire des stupéfiants, et la résine de ses poils glanduleux (hachisch).²²

² ...²³

³ Le Conseil fédéral peut interdire l'importation, la fabrication et la mise dans le commerce d'autres stupéfiants si des conventions internationales en proscrivent la fabrication ou si les principaux Etats producteurs y renoncent.²⁴

⁴ Les stocks éventuels de stupéfiants prohibés doivent être transformés, sous surveillance de l'autorité cantonale, en une substance autorisée par la loi; à défaut de cette possibilité, ils doivent être détruits.

⁵ Si aucune convention internationale ne s'y oppose, l'Office fédéral de la santé publique peut accorder des autorisations exceptionnelles en tant que les stupéfiants visés aux al. 1 et 3 sont utilisés à des fins scientifiques ou de lutte contre les stupéfiants ou que les substances visées à l'al. 1, let. b et c, sont destinées à une application médicale limitée.²⁵

⁶ L'Office fédéral de la santé publique peut en outre octroyer à titre d'exception des autorisations de cultiver, d'importer, de fabriquer et de mettre en circulation des substances visées à l'al. 1, let. b. Il peut également octroyer des autorisations d'utiliser ces mêmes substances pour traiter les personnes toxicodépendantes, à titre d'exception et aux seules institutions spécialisées en la matière.²⁶

²² Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

²³ Abrogé par le ch. I de la LF du 20 mars 1975 (RO 1975 1220; FF 1973 I 1303).

²⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

²⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

²⁶ Introduit par le ch. I de l'AF du 9 oct. 1998 sur la prescription médicale d'héroïne, en vigueur jusqu'au 31 déc. 2004 (RO 1998 2293; FF 1998 1321). Prorogé jusqu'au 31 déc. 2009 par l'art. 1 de la LF du 20 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2005 (RO 2004 4387; FF 2002 5435).

⁷ Le Conseil fédéral fixe les conditions régissant le traitement des personnes toxico-dépendantes au moyen de substances visées à l'al. 1, let. b. Il veille en particulier à ce que ces substances ne soient administrées qu'à des personnes:

- a. âgées de 18 ans au moins;
- b. héroïnomanes depuis au moins deux ans;
- c. qui ont interrompu au moins deux essais de traitement ambulatoire ou hospitalier impliquant une autre méthode reconnue ou dont l'état de santé ne permet pas d'autres traitements et
- d. qui présentent des déficiences d'ordre médical, psychologique ou social dues à la consommation de stupéfiants.²⁷

⁸ Le Conseil fédéral règle le contrôle périodique de l'application des thérapies, notamment en tenant compte de l'objectif de l'abstinence.²⁸

Art. 8a²⁹

¹ L'Office fédéral de la santé publique est autorisé à exploiter des données personnelles aux fins de vérifier les conditions relatives au traitement visé à l'art. 8, al. 6 et 7, et son déroulement.

² Il prend les mesures techniques et organisationnelles nécessaires pour assurer la protection des données.

Section 2 Professions médicales

Art. 9

¹ Les médecins, les médecins-dentistes, les médecins-vétérinaires et les dirigeants responsables d'une pharmacie publique ou d'hôpital qui exercent leur profession sous leur propre responsabilité, en vertu d'une décision de l'autorité cantonale prise en conformité de la loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse³⁰, peuvent sans autorisation se procurer, détenir, utiliser et dispenser des stupéfiants dans les limites que justifie l'exercice, conforme aux prescriptions, de leur profes-

²⁷ Introduit par le ch. I de l'AF du 9 oct. 1998 sur la prescription médicale d'héroïne, en vigueur jusqu'au 31 déc. 2004 (RO **1998** 2293; FF **1998** 1321). Prorogé jusqu'au 31 déc. 2009 par l'art. 1 de la LF du 20 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2005 (RO **2004** 4387; FF **2002** 5435).

²⁸ Introduit par le ch. I de l'AF du 9 oct. 1998 sur la prescription médicale d'héroïne, en vigueur jusqu'au 31 déc. 2004 (RO **1998** 2293; FF **1998** 1321). Prorogé jusqu'au 31 déc. 2009 par l'art. 1 de la LF du 20 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2005 (RO **2004** 4387; FF **2002** 5435).

²⁹ Introduit par le ch. I de l'AF du 9 oct. 1998 sur la prescription médicale d'héroïne, en vigueur jusqu'au 31 déc. 2004 (RO **1998** 2293; FF **1998** 1321). Prorogé jusqu'au 31 déc. 2009 par l'art. 1 de la LF du 20 juin 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2005 (RO **2004** 4387; FF **2002** 5435).

³⁰ RS **811.11**

sion. Sont réservées les dispositions cantonales réglant la dispensation directe par les médecins et les médecins-vétérinaires.

² Cette faculté s'étend:

- a. aux médecins, pharmaciens, médecins-dentistes et médecins-vétérinaires, ainsi qu'aux étudiants en médecine, en pharmacie, en médecine dentaire et en médecine vétérinaire, en tant qu'ils sont autorisés par l'autorité cantonale à remplacer un médecin, un pharmacien, un médecin-dentiste ou un médecin-vétérinaire;
- b. ...³¹

^{2a} Après avoir entendu l'institut, l'autorité cantonale compétente peut habiliter à se procurer, à détenir, à utiliser et à dispenser des stupéfiants dans les limites que justifie l'exercice, conforme aux prescriptions, de leur profession, les médecins, les médecins-dentistes, les médecins-vétérinaires et les dirigeants responsables d'une pharmacie publique ou d'hôpital qui ne sont pas autorisés à exercer librement leur profession dans toute l'étendue de la Confédération conformément à l'art. 1 de la loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse³², mais à qui elle a délivré sur la base d'un diplôme autre que le diplôme fédéral l'autorisation d'exercer leur profession sous leur propre responsabilité. Sont réservées les dispositions cantonales réglant la dispensation directe par les médecins et les médecins-vétérinaires.³³

³ Les droits des médecins, pharmaciens, médecins-dentistes et médecins-vétérinaires qui n'exercent pas leur profession sous leur propre responsabilité sont réglés par le Conseil fédéral.

⁴ Les cantons peuvent limiter les droits des médecins-dentistes à certains stupéfiants.

⁵ D'entente avec l'institut, les cantons fixent les normes applicables aux établissements hospitaliers étrangers situés en Suisse.

Art. 10

¹ Les médecins et les médecins-vétérinaires visés par l'art. 9 sont autorisés à prescrire des stupéfiants.

² Les médecins et les médecins-vétérinaires étrangers autorisés à pratiquer dans les zones frontalières suisses, en vertu d'un arrangement international, peuvent utiliser et prescrire les stupéfiants qui leur sont nécessaires dans l'exercice de leur profession en Suisse. Leurs ordonnances doivent être exécutées par une pharmacie de la zone frontière.

³ Le Conseil fédéral édicte les prescriptions complémentaires selon lesquelles une ordonnance établie par un médecin ou un médecin-vétérinaire étranger peut être exécutée en Suisse.

³¹ Abrogée par le ch. I de la LF du 18 déc. 1968 (RO 1970 9; FF 1968 I 784).

³² RS 811.11

³³ Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1970 (RO 1970 9 13; FF 1968 I 784).

Art. 11

¹ Les médecins et les médecins-vétérinaires sont tenus de n'employer, dispenser ou prescrire les stupéfiants que dans la mesure admise par la science.

² Il en est de même pour les médecins-dentistes, en ce qui concerne l'emploi et la dispensation de stupéfiants.

Art. 12

¹ Les cantons peuvent priver, pour un temps déterminé ou à titre définitif, des droits que confère l'art. 9, la personne exerçant une profession médicale devenue dépendante (toxicomane) ou qui contrevient aux art. 19 à 22.³⁴

² Une telle mesure déploie ses effets sur tout le territoire de la Confédération.

³ L'art. 54 du code pénal suisse³⁵ est réservé.

Art. 13

Les pharmaciens ne peuvent dispenser des stupéfiants au public que sur présentation de l'ordonnance d'un médecin ou d'un médecin-vétérinaire.

Section 3 Etablissements hospitaliers et instituts**Art. 14**

¹ Tout établissement hospitalier peut être autorisé par l'autorité cantonale compétente à se procurer, à détenir et à utiliser des stupéfiants dans les limites de ses besoins, si une des personnes visées par l'art. 9 assume la responsabilité de la détention et de l'utilisation.

² L'autorité cantonale compétente peut autoriser les instituts de recherche scientifique à cultiver des plantes à alcaloïdes ou du chanvre en vue d'en extraire des stupéfiants et à se procurer, à détenir et à utiliser des stupéfiants dans les limites de leurs propres besoins.³⁶

³ L'art. 8 est réservé.³⁷

³⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

³⁵ RS 311.0

³⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1970 (RO 1970 9 13; FF 1968 I 784).

³⁷ Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

Section 3a Organisation³⁸

Art. 14a³⁹

¹ Le Conseil fédéral peut autoriser des organisations nationales ou internationales, telles que la Croix-Rouge, les Nations Unies ou leurs institutions spécialisées, à se procurer, à importer, à détenir, à utiliser, à prescrire, à dispenser ou à exporter des stupéfiants dans les limites de leur activité.

² Le Conseil fédéral peut retirer l'autorisation pour un temps déterminé ou à titre définitif, si des circonstances spéciales l'exigent.

Section 4 Lutte contre l'abus des stupéfiants⁴⁰

Art. 15⁴¹

¹ Les services administratifs, les médecins et les pharmaciens sont autorisés à signaler à l'autorité protectrice compétente ou à une institution de traitement ou d'assistance agréée les cas d'abus de stupéfiants qu'ils constatent dans l'exercice de leur activité officielle ou professionnelle, lorsqu'ils estiment que des mesures de protection sont indiquées dans l'intérêt du patient, de ses proches ou de la communauté.

² Le personnel de l'autorité protectrice compétente et celui de l'institution de traitement ou d'assistance agréée sont tenus d'observer, à propos de tels avis, le secret de fonction et le secret professionnel au sens des art. 320 et 321 du code pénal suisse⁴². Ce personnel n'est pas obligé de témoigner en justice ou de renseigner dans la mesure où ses déclarations concernent la situation de la personne protégée ou une infraction visée à l'art. 19a.

³ Lorsqu'un éducateur, un assistant social et le personnel auxiliaire dont ils disposent apprennent qu'une personne qui leur est confiée a commis une infraction à l'art. 19a de la présente loi, ils ne sont pas tenus de la dénoncer.

³⁸ Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1970 (RO 1970 9 13; FF 1968 I 784).

³⁹ Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1970 (RO 1970 9 13; FF 1968 I 784).

⁴⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

⁴¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

⁴² RS 311.0. Actuellement «des art. 320 à 321^{bis}».

Art. 15a⁴³

¹ Pour prévenir l'abus des stupéfiants, les cantons encouragent l'information et les consultations et créent les institutions nécessaires à cet effet.

² Les cantons pourvoient à la protection des personnes dont l'état requiert un traitement médical ou des mesures d'assistance en raison d'un abus de stupéfiants et favorisent la réintégration professionnelle et sociale de ces personnes.

³ Les autorités compétentes peuvent déléguer certaines tâches et attributions à des organisations privées.

⁴ Les cantons peuvent interdire l'acquisition de stupéfiants. Ils notifient leurs décisions à l'Office fédéral de la santé publique. Celui-ci en informe les autorités sanitaires des autres cantons, à l'intention des médecins et des pharmaciens.

⁵ Les cantons soumettent à une autorisation spéciale la prescription, la dispensation et l'administration des stupéfiants destinés au traitement des personnes dépendantes.

⁶ Lorsque, du fait de sa dépendance, une personne pourrait constituer un danger pour la circulation publique, le service qui en a connaissance avise l'office compétent en la matière.

Art. 15b⁴⁴

¹ Les personnes dépendantes peuvent être placées ou retenues dans un établissement approprié en vertu des dispositions du code civil suisse⁴⁵ sur la privation de liberté à des fins d'assistance.

² Les cantons peuvent ordonner le traitement ambulatoire ou le contrôle post-hospitalier.

Art. 15c⁴⁶

¹ La Confédération encourage, par l'octroi de subventions ou par d'autres mesures, la recherche scientifique sur les effets des stupéfiants, les causes et les conséquences de leur abus et les moyens de le combattre.

² Le Conseil fédéral définit les modalités relatives à l'octroi et au calcul des subventions et en fixe le montant.

³ La Confédération prête ses services aux cantons et aux organisations privées pour l'exécution de la loi. Elle crée, notamment, un office de documentation, d'information et de coordination et encourage la formation du personnel spécialisé dans le traitement de personnes dépendantes. Le Conseil fédéral en règle les modalités.

⁴³ Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

⁴⁴ Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 1975 (RO 1975 1220; FF 1973 I 1303). Nouvelle teneur selon le ch. III de la LF du 6 oct. 1978 modifiant le CC (privation de liberté à des fins d'assistance), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1981 (RO 1980 31 35; FF 1977 III 1).

⁴⁵ RS 210

⁴⁶ Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

Chapitre 3 Contrôle

Art. 16

¹ Pour toute livraison de stupéfiants, un bulletin doit être établi et adressé avec la marchandise au destinataire. Ne tombe pas sous le coup de cette disposition la dispensation de stupéfiants par les médecins, les médecins-dentistes et les médecins-vétérinaires, par les pharmaciens au public et aux médecins pratiquant dans leur canton, qui ne dispensent pas eux-mêmes des stupéfiants.

² Les maisons et personnes autorisées à fabriquer et à préparer des stupéfiants doivent remettre à l'institut, en nombre suffisant, un double de chaque bulletin de livraison.

Art. 17

¹ Les maisons, personnes et instituts en possession d'une autorisation en vertu des art. 4 et 14, al. 2, doivent tenir à jour une comptabilité de toutes les opérations qu'ils effectuent avec des stupéfiants.⁴⁷

² Les maisons et personnes visées à l'art. 4 doivent renseigner l'institut à la fin de chaque année sur leur commerce et leurs stocks de stupéfiants.⁴⁸

³ Les maisons et personnes autorisées à cultiver des plantes à alcaloïdes ou du chanvre en vue d'en extraire des stupéfiants, à fabriquer et à préparer des stupéfiants doivent en outre renseigner, chaque trimestre, l'institut sur l'étendue de leurs cultures et sur la nature et les quantités de stupéfiants qu'elles ont extraites, fabriquées et préparées.⁴⁹

⁴ Les personnes autorisées aux termes de l'art. 9 à acquérir, à employer et à dispenser des stupéfiants ou qui sont responsables, au sens de l'art. 14, al. 1 doivent en justifier l'emploi.

⁵ Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur la détention et la désignation des stupéfiants ainsi que sur la réclame faite à leur sujet et les indications figurant dans les prospectus d'emballage.⁵⁰

Art. 18

¹ Les maisons, personnes, établissements et instituts soumis au contrôle officiel sont tenus de rendre leurs cultures, leurs locaux de fabrication, magasins et entrepôts accessibles aux organes de surveillance, de leur présenter leurs stocks de stupéfiants

⁴⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1970 (RO 1970 9 13; FF 1968 I 784).

⁴⁸ Nouvelle teneur selon le ch. II 3 de l'annexe à la loi du 15 déc. 2000 sur les produits thérapeutiques, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2002 (RS 812.21).

⁴⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1970 (RO 1970 9 13; FF 1968 I 784).

⁵⁰ Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1970 (RO 1970 9 13; FF 1968 I 784).

et de leur soumettre toutes les pièces justificatives. Ils doivent, sur leur demande, renseigner en tout temps les autorités.⁵¹

² Les fonctionnaires de la Confédération et des cantons chargés de la surveillance du trafic des stupéfiants sont astreints au secret, sans limite de temps, au sens de l'art. 320 du code pénal suisse⁵².

Chapitre 4 Dispositions pénales

Art. 19⁵³

1. Celui qui, sans droit, cultive des plantes à alcaloïdes ou du chanvre en vue de la production de stupéfiants,

celui qui, sans droit, fabrique, extrait, transforme ou prépare des stupéfiants,

celui qui, sans droit, entrepose, expédie, transporte, importe, exporte ou passe en transit,

celui qui, sans droit, offre, distribue, vend, fait le courtage, procure, prescrit, met dans le commerce ou cède,

celui qui, sans droit, possède, détient, achète ou acquiert d'une autre manière,

celui qui prend des mesures à ces fins,

celui qui finance un trafic illicite de stupéfiants ou sert d'intermédiaire pour son financement,

celui qui, publiquement, provoque à la consommation des stupéfiants ou révèle des possibilités de s'en procurer ou d'en consommer,

est passible, s'il a agi intentionnellement, de l'emprisonnement ou de l'amende. Dans les cas graves, la peine sera la réclusion ou l'emprisonnement pour une année au moins; elle pourra être cumulée avec l'amende jusqu'à concurrence de 1 million de francs.

2. Le cas est grave notamment lorsque l'auteur

- a. sait ou ne peut ignorer que l'infraction porte sur une quantité de stupéfiants qui peut mettre en danger la santé de nombreuses personnes,
- b. agit comme affilié à une bande formée pour se livrer au trafic illicite des stupéfiants,
- c. se livre au trafic par métier et qu'il réalise ainsi un chiffre d'affaires ou un gain important.

3. Si l'auteur agit par négligence dans les cas visés sous ch. 1 ci-dessus, il est passible de l'emprisonnement pour une année au plus, des arrêts ou de l'amende.

⁵¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1970 (RO 1970 9 13; FF 1968 I 784).

⁵² RS 311.0

⁵³ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

4. L'auteur d'une infraction commise à l'étranger, appréhendé en Suisse et qui n'est pas extradé, est passible des peines prévues sous ch. 1 et 2, si l'acte est réprimé dans le pays où il l'a perpétré.

Art. 19a⁵⁴

1. Celui qui, sans droit, aura consommé intentionnellement des stupéfiants ou celui qui aura commis une infraction à l'art. 19 pour assurer sa propre consommation est passible des arrêts ou de l'amende.

2. Dans les cas bénins, l'autorité compétente pourra suspendre la procédure ou renoncer à infliger une peine. Une réprimande peut être prononcée.

3. Il est possible de renoncer à la poursuite pénale lorsque l'auteur de l'infraction est déjà soumis, pour avoir consommé des stupéfiants, à des mesures de protection, contrôlées par un médecin, ou s'il accepte de s'y soumettre. La poursuite pénale sera engagée, s'il se soustrait à ces mesures.

4. Lorsque l'auteur sera victime d'une dépendance aux stupéfiants, le juge pourra ordonner son renvoi dans une maison de santé. L'art. 44 du code pénal suisse⁵⁵ est applicable par analogie.

Art. 19b⁵⁶

Celui qui se borne à préparer pour lui-même la consommation de stupéfiants ou à permettre à des tiers d'en consommer simultanément en commun après leur en avoir fourni gratuitement, n'est pas punissable s'il s'agit de quantités minimales.

Art. 19c⁵⁷

Celui qui, intentionnellement, décide ou tente de décider quelqu'un à consommer sans droit des stupéfiants est passible des arrêts ou de l'amende.

Art. 20

1.⁵⁸ Celui qui présente une demande contenant de fausses indications pour se procurer ou procurer à autrui un permis d'importation, de transit ou d'exportation,

celui qui, sans autorisation, à l'intérieur du pays ou à l'étranger, détourne de leur lieu de destination des stupéfiants ou des substances au sens de l'art. 3, al. 1, pour lesquels il possède un permis suisse d'exportation,⁵⁹

⁵⁴ Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

⁵⁵ RS 311.0

⁵⁶ Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

⁵⁷ Introduit par le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

⁵⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

⁵⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 24 mars 1995, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 1996 (RO 1996 1677 1678; FF 1994 III 1249).

812.121

Substances thérapeutiques

le médecin, le médecin-dentiste, le médecin-vétérinaire ou le pharmacien qui emploie ou dispense des stupéfiants en dehors des cas que prévoient les art. 11 et 13, et le médecin ou le médecin-vétérinaire qui prescrit des stupéfiants en dehors de ces cas,

est passible, s'il a agi intentionnellement, de l'emprisonnement ou de l'amende. Dans les cas graves, la peine sera la réclusion qui pourra être cumulée avec une amende jusqu'à concurrence de 500 000 francs.

2. Si le délinquant a agi par négligence, il est passible des arrêts ou de l'amende jusqu'à 10 000 francs.

Art. 21

1. Celui qui n'établit pas les bulletins de livraison et ne tient pas les contrôles prescrits ou qui inscrit de fausses indications ou néglige de consigner celles qui sont requises par les art. 16 et 17, al. 1,

celui qui fait usage de bulletins de livraison ou de registres contenant des indications fausses ou incomplètes,

est passible, s'il a agi intentionnellement, de l'emprisonnement pour deux ans au plus ou de l'amende jusqu'à 30 000 francs.

2. Si le délinquant a agi par négligence, il est passible des arrêts ou de l'amende jusqu'à 10 000 francs.

Art. 22

Celui qui contrevient aux prescriptions de la présente loi ou à ses dispositions d'exécution est passible des arrêts ou de l'amende jusqu'à 10 000 francs, s'il n'y a pas infraction au sens des art. 19 à 21.

Art. 23⁶⁰

¹ Si un fonctionnaire chargé de l'exécution de cette loi commet intentionnellement une infraction au sens des art. 19 à 22, les pénalités sont aggravées de manière adéquate.

² Le fonctionnaire chargé de combattre le trafic illicite de stupéfiants qui, à des fins d'enquête, accepte une offre de stupéfiants n'est pas punissable même s'il ne dévoile pas son identité et sa fonction.⁶¹

⁶⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

⁶¹ Nouvelle teneur selon l'art. 24 ch. 2 de la LF du 20 juin 2003 sur l'investigation secrète, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2005 (RS 312.8).

Art. 24⁶²

Les avantages pécuniaires illicites qui se trouvent en Suisse seront également acquis à l'Etat lorsque l'infraction aura été commise à l'étranger. A défaut de for selon l'art. 348 du code pénal suisse⁶³, le canton dans lequel se trouvent les biens est compétent pour la confiscation.

Art. 25⁶⁴**Art. 26**

A défaut de prescriptions de la présente loi, sont applicables les dispositions générales du code pénal suisse⁶⁵.

Art. 27

¹ Sont réservées les dispositions spéciales du code pénal suisse⁶⁶ et les prescriptions de la loi fédérale du 8 décembre 1905 sur le commerce des denrées alimentaires et de divers objets usuels⁶⁷.

² En cas d'importation, d'exportation ou de transit illégaux de stupéfiants selon l'art. 19, les dispositions pénales de la loi fédérale du 1^{er} octobre 1925 sur les douanes⁶⁸ et de l'arrêté du Conseil fédéral du 29 juillet 1941 instituant un impôt sur le chiffre d'affaires⁶⁹ ne sont pas applicables.⁷⁰

Art. 28

¹ La poursuite pénale incombe aux cantons.

² Les jugements, prononcés administratifs ayant un caractère pénal et ordonnances de non-lieu doivent être communiqués immédiatement, en expédition complète, au Ministère public de la Confédération, à l'intention du Conseil fédéral.

⁶² Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

⁶³ RS 311.0

⁶⁴ Abrogé par le ch. I de la LF du 20 mars 1975 (RO 1975 1220; FF 1973 I 1303).

⁶⁵ RS 311.0

⁶⁶ RS 311.0

⁶⁷ [RS 4 475; RO 1979 1758, 1985 1992 ch. I 1, 1991 362 ch. II 404. RO 1995 1469 art. 58 let. a]. Voir actuellement la LF du 9 oct. 1992 sur les denrées alimentaires (RS 817.0).

⁶⁸ RS 631.0

⁶⁹ [RS 6 176; RO 1950 1511 art. 4, 5, 1954 1349 art. 2, 1958 491, 1959 1397 art. 11 ch. IV 1682 ch. I let. B 1759, 1971 940, 1973 644 ch. II 2 1061, 1974 1857 annexe ch. 28, 1982 142, 1987 2474, 1992 288 annexe ch. 27. RO 1994 1464 art. 82]. Voir actuellement la LF du 2 sept. 1999 régissant la taxe sur la valeur ajoutée (RS 641.20).

⁷⁰ Introduit par le ch. I de la LF du 14 déc. 1984 (RO 1985 412; FF 1984 II 671 665 679).

Chapitre 5 Office central

Art. 29⁷¹

¹ L'Office fédéral de la police est l'office central suisse chargé de réprimer le trafic illicite des stupéfiants. Il collabore, dans les limites des prescriptions en vigueur sur l'entraide judiciaire et de la pratique suivie en la matière, à la lutte menée par les autorités d'autres Etats contre le trafic illicite des stupéfiants. Il recueille les renseignements propres à prévenir les infractions à la présente loi et à faciliter la poursuite des délinquants. Pour l'exécution de ces tâches, il est en rapport avec les offices intéressés de l'administration fédérale (Office fédéral de la santé publique, ...⁷², Direction générale des douanes), la Direction générale de La Poste Suisse, l'entreprise fédérale de télécommunications, les autorités cantonales de police, les offices centraux des autres pays et l'Organisation internationale de police criminelle – INTERPOL.⁷³

² En matière d'entraide judiciaire internationale, les dispositions de la loi fédérale du 15 juin 1934 sur la procédure pénale⁷⁴ sont applicables lors de la recherche de preuves dans des causes pénales concernant des stupéfiants.

³ Les cantons doivent signaler à temps à l'office central toute poursuite pénale engagée pour réprimer une infraction à la présente loi.

⁴ Est réservé le droit du procureur général de la Confédération d'ordonner des recherches dans les limites de l'art. 259 de la loi fédérale sur la procédure pénale. Ce droit peut également être exercé pour l'exécution des demandes d'entraide judiciaire de l'étranger.

Chapitre 6 Dispositions finales

Art. 30

¹ Les cantons et la Commission fédérale des stupéfiants entendus, le Conseil fédéral édicte les ordonnances et les arrêtés nécessaires pour appliquer la présente loi.

² Il fixe la composition de cette commission, en détermine le champ d'activité et en nomme les membres sur la proposition du Département fédéral de l'intérieur.

⁷¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1970 (RO 1970 9 13; FF 1968 I 784).

⁷² La désignation de l'unité administrative a été supprimée par l'art. 4a de l'O du 15 juin 1998 sur les publications officielles (RS 170.512.1).

⁷³ Nouvelle teneur selon le ch. 19 de l'appendice à la loi du 30 avril 1997 sur l'organisation de la Poste, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RS 783.1).

⁷⁴ RS 312.0

Art. 31

¹ Le Conseil fédéral fixe le montant des émoluments que l'institut perçoit pour les autorisations d'importation, d'exportation et de fabrication délivrées. Il peut lui déléguer cette compétence.⁷⁵

² Il édicte des prescriptions particulières pour l'acquisition, l'emploi, le contrôle et la détention des stupéfiants nécessaires à l'armée.

³ Lorsqu'il délivre des autorisations à des organisations au sens de l'art. 14a, le Conseil fédéral édicte dans chaque cas des dispositions réglant les droits accordés, les conditions détaillées de leur exercice ainsi que le mode de contrôle. Le cas échéant, il peut édicter, lors de la réglementation du contrôle, des prescriptions qui dérogent à la loi.⁷⁶

Art. 32⁷⁷

L'institut établit les rapports que prévoient les conventions internationales.

Art. 33

Les autorités cantonales compétentes et l'institut mettent en sûreté les stupéfiants qui leur sont confiés en exécution de la présente loi et il leur incombe de les vendre ou de les détruire.

Art. 34

¹ Les cantons édictent les dispositions nécessaires de la législation fédérale et désignent les autorités et organes compétents pour:

- a. accorder les autorisations (art. 4 et 14);
- b. recueillir les dénonciations des cas de dépendance et leur donner la suite qu'ils appellent (art. 15);
- c. procéder aux contrôles (art. 16 à 18);
- d. engager les poursuites pénales (art. 28) et retirer les autorisations de faire le commerce des stupéfiants (art. 12);
- e. surveiller les autorités et organes mentionnés sous let. a à d ainsi que les institutions de traitement et d'assistance agréées.⁷⁸

⁷⁵ Nouvelle teneur selon le ch. II 3 de l'annexe à la loi du 15 déc. 2000 sur les produits thérapeutiques, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2002 (RS 812.21).

⁷⁶ Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1968, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1970 (RO 1970 9 13; FF 1968 I 784).

⁷⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

⁷⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 20 mars 1975, en vigueur depuis le 1^{er} août 1975 (RO 1975 1220 1228; FF 1973 I 1303).

812.121

Substances thérapeutiques

² Les dispositions cantonales d'exécution sont communiquées au Département fédéral de l'intérieur.⁷⁹

³ Les cantons peuvent percevoir des taxes pour l'octroi des autorisations (art. 4 et 14), pour les dispositions particulières qu'ils prennent et les contrôles qu'ils font.

Art. 35⁸⁰**Art. 36**

Les gouvernements cantonaux adressent chaque année au Conseil fédéral un rapport sur l'application de la loi et les observations qu'elle a suscitées.

Art. 37

¹ Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur de la présente loi.

² Dès l'entrée en vigueur de la présente loi, sont abrogées la loi fédérale du 2 octobre 1924 sur les stupéfiants⁸¹, ainsi que les dispositions contraires des lois et ordonnances fédérales et cantonales.

Date de l'entrée en vigueur: 1^{er} juin 1952⁸²

⁷⁹ Nouvelle teneur selon le ch. II 401 de la LF du 15 déc. 1989 relative à l'approbation d'actes législatifs des cantons par la Confédération, en vigueur depuis le 1^{er} fév. 1991 (RO 1991 362 369; FF 1988 II 1293).

⁸⁰ Abrogé par le ch. I de la LF du 20 mars 1975 (RO 1975 1220; FF 1973 I 1303).
[RS 4 449]

⁸² ACF du 4 mars 1952 (RO 1952 251).