



**DIPLOME POSTGRADE EN ECONOMIE
ET ADMINISTRATION DE LA SANTE**

**LE TRAITEMENT A BASE D'HEROINE
DANS LE CADRE DE LA POLITIQUE SUISSE
EN MATIERE DE DROGUE**

Arianna Radaelli, Lic. Ès Sc. Pol.

Sous la direction de :
M. Daniel Kübler, Dr ès Science politique

Université de Lausanne, 1^{er} février 2000

1. INTRODUCTION	1
2. CADRE THÉORIQUE	4
2.1. LA DÉCISION DANS LE CADRE DE L'APPROCHE SÉQUENTIELLE DES POLITIQUES PUBLIQUES	4
2.2. L'ÉVOLUTION DE L'INTERVENTION ÉTATIQUE AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE	6
2.2.1. <i>L'Etat libéral</i>	6
2.2.2. <i>L'Etat-Providence</i>	6
2.2.3. <i>Le "nouvel" Etat</i>	8
2.3. LA GESTION DU SERVICE PUBLIC	11
2.3.1. <i>La gestion des politiques publiques</i>	13
2.4. BILAN	16
3. PROBLÉMATIQUE	18
3.1. QUESTIONS DE DÉPART	18
3.2. HYPOTHÈSE DE TRAVAIL	18
4. MÉTHODE ET DÉMARCHÉ	19
5.1. HISTORIQUE	21
5.1.1. <i>L'influence du contexte international</i>	21
5.1.2. <i>L'apparition du problème de la drogue</i>	23
5.1.3. <i>La politique de réduction des risques</i>	25
5.2. LA POLITIQUE DES QUATRE PILIERS	29
5.3. LE RÔLE MOTEUR DE L'OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE	33
5.4. LA POLITIQUE DE "LA TROISIÈME VOIE"	35
5.4.1. <i>Le soutien des principaux partis politiques</i>	36
5.4.2. <i>L'élargissement du consensus</i>	36
5.5. LES PRINCIPALES OPPOSITIONS	38
5.5.1. <i>Jeunesse sans drogue</i>	38
5.5.2. <i>Pour une politique raisonnable en matière de drogue - Droleg</i>	39
5.5.3. <i>La position du Conseil fédéral</i>	41
6. LA PRESCRIPTION DE STUPÉFIANTS SOUS CONTRÔLE MÉDICAL	43
6.1. D'UNE STRATÉGIE LOCALE À UNE POLITIQUE NATIONALE	43
6.2. LE PROGRAMME DE RECHERCHE DE PRESCRIPTION MÉDICALE DE STUPÉFIANTS	47
6.2.1. <i>Le plan global de recherche</i>	49
6.2.2. <i>Les projets</i>	53
6.2.3. <i>Les résultats</i>	54
6.2.4. <i>L'analyse économique du projet PROVE</i>	59
6.3. LES RÉACTIONS SUITE À LA PUBLICATION DES RÉSULTATS	63
6.3.1. <i>Les réactions suisses</i>	63
6.3.2. <i>Les réactions internationales</i>	65
6.3.3. <i>L'avis des toxicomanes</i>	67
6.4. LA POSITION DU CONSEIL FÉDÉRAL	68
7.1. L'ARRÊTÉ FÉDÉRAL URGENT	69
7.1.1. <i>Les résultats de la consultation de l'AFU</i>	71
7.1.2. <i>Les débats parlementaires</i>	73
7.2. L'ORDONNANCE SUR LA PRESCRIPTION MÉDICALE D'HÉROÏNE	74
7.3. LE COÛT ET LE FINANCEMENT DU TRAITEMENT	75
7.4. LE RÉFÉRENDUM	78
7.5. BILAN	80
8. LES DISCOURS ET L'OPINION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE DROGUE	82
9. ETUDE DE CAS	88
9.1. LE CANTON DE BERNE	88
9.1.1. <i>Bilan</i>	91
9.2. LE CANTON DE GENÈVE	92
9.2.1. <i>Bilan</i>	96
9.3. LE CANTON DE VAUD	97
9.3.1. <i>Bilan</i>	101
9.4. LE CANTON DU TESSIN	101
9.4.1. <i>Bilan</i>	106

10.	<u>CONCLUSIONS</u>	107
10.1.	<u>CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES</u>	107
10.2.	<u>VALIDATION DE L'HYPOTHÈSE DE TRAVAIL</u>	108
10.3.	<u>RÉFLEXION EN RAPPORT AVEC LE CADRE THÉORIQUE</u>	111

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

1. Introduction

La toxicomanie, dont il est question dans ce travail, par rapport à l'alcoolisme et au tabagisme, ne constitue pas un problème de santé publique majeur, car elle ne concerne que 0.4% de la population. Cependant, les répercussions physiques, psychiques et sociales sous-jacentes à la consommation de stupéfiants, confèrent à la toxicodépendance le caractère sanitaire impliquant une intervention politique.

Jusqu'à la fin des années quatre-vingt, les problèmes liés à la dépendance de drogues constituaient un argument presque tabou, chargé d'une symbolique négative, mais depuis le début des années quatre-vingt-dix et en réaction à l'exacerbation de la situation, ils ont fait l'objet d'une politique nationale nouvelle : une voie médiane, pragmatique et efficace, qui ne laisse pas de place aux extrémismes et aux immuables positions fondées sur des bases purement idéologiques. Au cours de cette décennie, les autorités fédérales ont défini les bases de cette nouvelle voie sans pour autant la confiner dans un schéma rigide, fixe. La recherche du consensus auprès des milieux ouvrant dans le domaine de la toxicomanie a nécessité l'intégration des différents points de vue et la prise en compte des expériences positives et négatives jusque-là cumulées. Il s'est agi donc, d'un apprentissage commun qui a abouti à la définition d'une solution innovatrice, approuvée soit au niveau national qu'international. Par ailleurs, au début des années quatre-vingt-dix, le consensus autour de la politique dite des quatre piliers était loin d'être acquis. Il a fallu quelques années pour l'atteindre et l'échec des initiatives populaires "Jeunesse sans drogue", en 1997, et de "Droleg", en 1998, a manifestement contribué à décréter le soutien du peuple suisse à l'orientation donnée par le Conseil fédéral en matière de drogue.

Pour revenir à des événements plus récents, le 13 juin 1999 la population a été une nouvelle fois appelée aux urnes pour s'exprimer sur l'arrêté fédéral urgent du 9 octobre 1998 portant sur la prescription médicale d'héroïne, qui a été accepté avec 54.4% des voix. Par ailleurs, ce résultat positif ne peut pas être considéré comme l'expression de l'unanimité consensuelle sur cet aspect particulier de la politique des quatre piliers. En effet, cette méthode de prise en charge, qui ne représente qu'une des prestations possibles dans le large éventail des traitements offerts aux toxicomanes, continue à faire l'objet de critiques chez les réticents. Depuis le début des expérimentations, les arguments soulevés par ces derniers ont été

essentiellement d'ordre éthique : "Il est absurde de vouloir guérir une maladie (la dépendance) au moyen de l'agent (l'héroïne) qui la provoque"¹.

Sur la base de cette réflexion, l'Union démocratique fédérale (UDF), petite formation politique comptant un seul siège au Conseil national qui a lancé le référendum contre l'arrêté fédéral urgent, met l'accent sur le fait que l'héroïne est une drogue extrêmement nocive et induit une forte dépendance. Concevoir donc la prescription de cette substance comme une thérapie nouvelle est hautement irresponsable. "Il faut mettre un terme à l'administration de l'héroïne par l'Etat. Ce n'est qu'à ce moment-là que l'on pourra apporter aux toxicomanes une aide efficace sous forme de thérapie qui leur permet de vivre sans drogue"².

La prescription d'héroïne est aussi abordée d'un point de vue médical suscitant des débats quant à son efficacité comme thérapie auprès de toxicomanes de longue date. Beaucoup d'encre et de paroles ont coulés à ce sujet.

Par ailleurs, l'aspect financier sous-jacent à ce type de prise en charge ne fait pas l'objet de nombreuses discussions. Sur ce point, notre travail se veut innovateur, dans le sens que nous allons réfléchir sur l'importance que les autorités cantonales accordent à cet élément pour se déterminer sur la mise en œuvre de programmes de traitement à base d'héroïne.

* * *

La prescription d'héroïne fait partie d'un vaste dispositif de politiques publiques touchant le domaine de la toxicomanie. Dans ce sens, notre réflexion s'appuiera sur des considérations théoriques concernant le rôle de l'intervention étatique dans la société civile pour résoudre les problèmes qui se posent, dans un contexte de globalisation financière et de déficits budgétaires (chapitre 2), ce qui nous permettra de formuler notre problématique et notre hypothèse de travail (chapitre 3).

Le chapitre 4 sera consacré à la méthode et à la démarche que nous allons suivre pour vérifier la validité de notre hypothèse.

Afin de restituer à notre sujet le contexte dans lequel il s'insère, nous allons traiter la genèse de la politique suisse en matière de drogue, dès l'apparition des premiers cas

¹ Arguments du comité référendaire contre l'arrêté fédéral urgent sur la prescription d'héroïne.

de consommations de drogue à la politique actuelle axée sur les quatre piliers (chapitre 5), ce qui facilitera la compréhension des raisons qui ont conduit à la mise en œuvre du projet de prescription de stupéfiants en 1994 (chapitre 6). Par la suite, nous verrons les différentes étapes qui ont permis au traitement à base d'héroïne d'entrer à faire partie de la palette des thérapies reconnues pour la prise en charge des toxicomanes (chapitre 7).

L'aboutissement de ce processus, nous permettra de faire une analyse rétrospective sur l'évolution de l'opinion publique et des discours parus dans la presse sur les questions liées à la drogue (chapitre 8).

Pour finir, l'étude de cas des cantons de Genève, Vaud, Berne et Tessin nous sera utile pour juger des facteurs déterminants qui ont amené les autorités politiques respectives à prendre des décisions particulières en matière de prescription d'héroïne (chapitre 9). Cette partie sera donc décisive au moment de la réflexion conclusive sur notre travail (chapitre 10).

² Ibidem.

2. Cadre théorique

D'après Yves Meny et Jean-Claude Thoenig, "l'étude des politiques publiques, ce n'est pas autre chose que l'étude de l'action des autorités publiques au sein de la société"³. Les considérations qui vont suivre se basent sur cette approche, qui nous servira comme point de départ pour la compréhension de l'intervention étatique au sein de la société.

Parmi les différentes étapes qu'une politique publique doit passer avant qu'elle ne soit réalisée, nous allons aborder le processus décisionnel et la phase de mise en œuvre, laquelle nous permettra de rendre compte de l'évolution de l'intervention de l'Etat au sein de la société civile au cours de ce dernier siècle. Par la suite, nous allons nous pencher sur les nouvelles méthodes de gestion du service public, afin de pouvoir identifier les outils dont l'acteur étatique se sert pour gérer au mieux le processus des politiques publiques à l'époque de la globalisation financière.

2.1. La décision dans le cadre de l'approche séquentielle des politiques publiques

Les références bibliographiques relatives à la théorie des politiques publiques, mentionnent cinq étapes principales qui déterminent les actions visant la résolution des problèmes :

1. Identification d'un problème.
2. Analyse du problème et identification de solutions possibles.
3. Choix de la solution (ou des solutions).
4. Application de la solution (engagement d'une action).
5. Observation des résultats.

Cette approche séquentielle considère la conduite des politiques publiques comme un processus, dont les étapes ont chacune leur spécificité et leur logique propre.

La décision occupe une place essentielle dans la hiérarchie des actes publics, car elle représente l'apogée du travail politique et administratif. Ce qu'aux yeux de certains, les autres étapes revêtent une importance mineure. "La décision a valeur

³ MENY Y., THOENIG J.-C., Politiques publiques, Paris, PUF, 1989, p.9.

de révélateur privilégié du système politique et, par-delà, de la structure profonde des communautés et des sociétés. Car qui tient la décision exerce le vrai pouvoir"⁴.

La littérature est abondante en matière de décision et les auteurs qui se sont penchés sur cet aspect ont choisi des approches différentes, dont les principales sont exposées brièvement ci-dessous :

- Approches en termes de pouvoir : les acteurs qui détiennent un grand pouvoir d'intervention dans cette phase, cherchent à influencer la décision de manière à servir leur intérêt⁵.
- Modèle de la décision rationnelle : l'acteur explore toutes les décisions possibles à un problème et il choisit celle qui présente le meilleur rapport entre avantages et inconvénients.

Modèle de la rationalité limitée : à défaut de temps et de traitement de l'information, l'acteur explore le maximum de réponses possibles à un problème en choisissant celle qu'il considère comme présentant le meilleur rapport entre avantages et inconvénients.

- Modèle de l'incrémentalisme : la décision repose sur la "débrouille" du décideur dans une situation d'incertitude. Elle est une masse d'adaptations à la marge, qui se construit sur le fondement de ce qui existe déjà, un petit pas après l'autre.
- Le modèle de la "poubelle" : la décision est le résultat de chaînages peu prévisibles ou structurés, qui repose sur la confrontation aléatoire de problèmes et de solutions potentielles. Les préférences des acteurs ne sont pas stables mais changent en cours de route. Peu de normes ou de contraintes s'imposent de la même manière à tous les acteurs participants à la prise de décision.

Le processus décisionnel est ainsi considéré comme le moment de légitimation d'une politique publique et son analyse s'intéresse aux facteurs qui influencent le choix normatifs des acteurs.

Cette étape, dont le principal acteur est l'autorité politique, se traduit dans une action de mise en œuvre, d'implantation des politiques publiques avec l'intervention des acteurs de la société civile.

⁴ MENY Y., THOENIG J.-C., *Politiques publiques*, Paris, PUF, 1989, p.190.

⁵ Approches élitistes, pluralistes, marxistes et corporatistes/néo-corporatistes.

Par ailleurs, afin de permettre une meilleure compréhension de l'évolution du rôle de ces deux acteurs, nous allons parcourir les principales étapes qui ont marqué le domaine des politiques publiques au cours de ce dernier siècle.

2.2. L'évolution de l'intervention étatique au sein de la société civile

2.2.1. L'Etat libéral

En Suisse, pendant le XIX siècle et jusqu'à la moitié de ce siècle, l'organisation de la solidarité était confiée à la société civile. Les acteurs du secteur privé avaient donc la responsabilité de cette tâche, en accord avec le principe de subsidiarité. Ce terme définit le rôle de l'Etat libéral de cette époque, dont la fonction était celle d'aider financièrement l'auto-organisation des secteurs autonomes de la société ou d'intervenir lorsque celle-ci se révélait incapable de porter à terme sa mission. Il s'agissait donc d'un Etat en marge de la société, dont la légitimité des interventions se basait sur l'échec du secteur privé dans l'organisation de la solidarité.

2.2.2. L'Etat-Providence

Dans la période qui suivit la fin de la deuxième guerre mondiale, l'Etat s'est trouvé dans l'obligation d'intervenir activement dans la société, afin de garantir des droits sociaux et une qualité de vie optimale à la population. A partir des années soixante, en particulier, l'Etat-Providence a connu un important développement consistant dans la multiplication de ses interventions auprès des domaines les plus divers de la société avec le déploiement de grands moyens financiers. Les organisations de la société qui jusque là avaient bénéficié d'une grande autonomie se sont trouvées assimilées à la logique de l'Etat. La légitimité de l'intervention étatique se basait désormais sur les institutions spécialisées telles que les parlements et la démocratie directe, qui étaient de plus en plus confrontées à des sollicitations d'aide financière de la part d'organismes publics et privés œuvrant dans le domaine social.

Pendant cette époque de croissance économique, les subventions étaient plutôt allouées selon la méthode de l'arrosoir, ce qui démontre que l'action étatique ne suivait pas une stratégie ciblée et orientée mais plutôt une politique du coup par coup.

Par la suite, la crise économique de la moitié des années soixante-dix, la croissance de la complexité sociale, les moyens de l'Etat inadaptés et le manque de coopération entre les différentes organisations publiques et privées sont tous des éléments qui ont permis de déclencher des discussions autour des limites de l'action étatique.

Pour Niklas Luhmann⁶, "la complexité des nos sociétés est le résultat de leur différenciation fonctionnelle, qui tient à une exigence de spécialisation qui conduit à la création de systèmes autonomes, c'est à dire ayant des tâches propres et les accomplissant selon des logiques, des codages propres⁷". La société apparaît alors comme un ensemble d'unités étanches les unes vis-à-vis des autres, car elles fonctionnent selon une vision opérationnelle spécifique, avec un langage qui leur est propre les rendant indifférentes et imperméables à celui des autres. Du fait que la condition de survie de tout système dans un environnement complexe réside dans sa spécialisation continue, c'est un engrenage pervers qui se met en place qui favorise l'augmentation de la complexité, rendant ainsi difficiles les relations entre les différents systèmes. Par conséquent, la coordination des activités et la coopération des différents acteurs en deviennent impossibles, conduisant ainsi à la dispersion des efforts, au gaspillage des ressources et donc à l'inefficacité des politiques publiques.

Selon la loi de la variété requise, ou loi d'Ashby, "pour maîtriser son environnement, tout système doit être au moins aussi complexe que celui-ci"⁸. Cela signifie que la complexification des institutions politiques constitue une réponse rationnelle à la complexité de la société. Une diversification et une multiplication des moyens d'action étatique permettent donc une approche différenciée des problèmes pour lesquels le système politique est sollicité à intervenir. Cependant, ce dernier doit faire face à une situation complexe caractérisée par une incertitude issue du manque d'information, une multiplication des interventions publiques et une dimension conflictuelle déterminée par les divergences dans la définition des problèmes⁹.

⁶ PAPAPOPOULOS Y., Complexité sociale et politiques publiques, Montchrestien, 1995, p.18.

⁷ Par exemple, le système économique fonctionne selon les termes rentable/non rentable, la science : vrai/faux, le système médical : sain/malade, etc.

⁸ PAPAPOPOULOS Y., Complexité sociale et politiques publiques, Montchrestien, 1995, p. 58.

⁹ cf. DELLEY J.-D., "Le dire et le faire. Sur les modalités et les limites de l'action étatique", Annuaire suisse de science politique, no 33, 1993, p.29.

Les considérations que nous avons exposées jusqu'ici, définissent le cadre général de la période allant de 1960 à 1980, où l'organisation de la solidarité par l'Etat a subi un fort affaiblissement, dans le sens d'une perte importante de l'efficacité de son action.

2.2.3. Le "nouvel" Etat

Dans les années quatre-vingts, face à la recrudescence des problèmes sociaux, à l'augmentation des coûts de la politique sociale et à la pression des divers mouvements sociaux qui demandaient l'élargissement de la sphère du politique à la société civile, l'Etat fédéral a recouru à nouveau à la subsidiarité, mais sous une formule révisée. En effet, ne pouvant plus ignorer les activités des associations de la société civile qui visaient à créer des nouvelles solidarités contre l'exclusion, la Confédération estimait que leurs savoirs-faire et leurs connaissances techniques pouvaient largement profiter à une meilleure gestion des politiques publiques. C'est notamment dans ce contexte que le rapport entre l'Etat et la société a pris une tournure marquante, dans le sens d'une transformation du rôle de ces deux acteurs avec, en particulier, un poids majeur du deuxième. L'aboutissement de ce processus a eu comme conséquence l'apparition d'un "nouvel" Etat défini, par les différents auteurs qui se sont penché sur le sujet, comme : "modeste"¹⁰, "propulsif"¹¹, "subsidaire"¹², "incitateur"¹³, "superviseur"¹⁴.

L'agir étatique subsidiaire, dans son acception moderne, se caractérise par une régulation active d'un réseau cohérent plutôt que par la production d'une politique globale. Désormais, c'est l'Etat lui-même (surtout l'administration) qui crée des situations nécessitant des subventions en créant des organisations ou en demandant à celles déjà existantes d'intégrer certains programmes dans leurs activités.

Dans les grandes lignes, l'Etat est responsable de la conceptualisation des politiques publiques et de la coordination des acteurs publics et privés, chargés de la mise en œuvre des projets.

¹⁰ cf. CROZIER M., *Etat modeste, Etat moderne*, Paris, Fayard, 1987, p.316.

¹¹ cf. MORAND Ch.-A., *L'Etat propulsif*, Paris, Publisud, 1991, p.252.

¹² cf. MILLON-DELSOL C., *L'Etat subsidiaire*, Paris, PUF, 1992, p.232.

¹³ cf. BÜTSCHI D., CATTACIN S., " L'Etat incitateur : nouvelles pratiques de la subsidiarité dans le système de bien-être suisse ", *Annuaire suisse de science politique*, 1993, pp.143-162.

Le changement du rapport entre les acteurs de la société civile et l'Etat se manifeste aussi sur le plan de leur relation financière. La première condition que les acteurs privés doivent respecter afin de pouvoir bénéficier d'un subside est celle de faire partie d'un réseau mis en place pour développer et réaliser une politique publique. En outre, toute demande d'aide financière doit répondre à des critères de sélection précis et sévères, de plus en plus liés à une évaluation des organisations ou des programmes mis en place. Il ne s'agit plus alors de financer des institutions mais directement des projets bien précis.

Dans sa nouvelle stratégie, l'Etat verse aussi ce qu'on appelle des subventions de démarrage, dont le but est de favoriser la mise en œuvre de certains projets. Par ce moyen, la Confédération cherche à responsabiliser d'avantage les différentes organisations dans la gestion financière et, par là, à trouver aussi d'autres sources de financement, notamment provenant de fonds privés, de manière à réduire les subsides publics.

Avec les nouvelles pratiques de l'Etat subsidiaire, les acteurs se dotent de nouvelles stratégies d'action afin d'assurer la poursuite de leur travail : négociations avec l'administration, justification des demandes de subvention, élaboration de documents démontrant les besoins¹⁵, etc.

Concrètement, pour agir sur la pratique des associations dont il veut s'assurer le concours, l'Etat doit pouvoir disposer de ressources non négligeables ; car la collaboration des organismes privés est essentiellement motivée par l'obtention de fonds publics.

L'intervention de l'Etat fédéral auprès de la société ne se fait plus au coup par coup, comme c'était le cas dans la période allant de 1960 à 1980, mais par une action continue et cohérente garante de politiques publiques *solides*. "Or, une action continue ne peut être garantie que par l'administration publique, les parlements et exécutifs ne remplissant que rarement les conditions pour la mise en œuvre d'un projet global.[...] L'absence de considérations exclusivement partisans et idéologiques, ajoutée à un professionnalisme, permettent de répondre aux conditions

¹⁴ cf. WILLKE H., *Ironie des Staates*, Francfort, Suhrkamp, 1992, p.398.

¹⁵ BÜTSCHI D., CATTACIN S., *Le modèle suisse du bien-être*, Lausanne, Réalités sociales, 1994, p.251.

de l'Etat incitateur. Ainsi, la fonction de l'administration passe d'une stricte application des programmes décidés au niveau politique à un rôle de "promotion" des politiques publiques, dans lequel c'est l'administration elle-même qui définit les objectifs et qui prévoit le rôle des différents partenaires"¹⁶. De plus, en prévoyant des "standards de qualité", elle évalue la qualité du travail fourni par les différentes associations, ce qui lui permet de se faire une idée du rapport qualité/prix des prestations offertes par les acteurs du réseau. "Ce qui importe, ce n'est donc pas d'abord l'étiquette de l'exécutant, public, privé ou volontaire, mais l'efficacité et l'efficience dont il fait preuve dans la réalisation de sa mission"¹⁷. L'évaluation implique également une certaine transparence de tous les acteurs engagés dans les politiques publiques.

Cela dit, par rapport à la période précédente, le parlement ne représente plus le lieu exclusif de légitimation des politiques publiques. En effet, par la volonté de l'Etat de faire participer les différentes expressions organisationnelles de la société à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques, les instances de légitimation se multiplient en conséquence.

En guise de conclusion à ce sous-chapitre, nous aimerions nous pencher sur quelques aspects qui accompagnent les pratiques de la nouvelle subsidiarité. En effet, si ces dernières favorisent l'auto-organisation de la société et une meilleure cohérence des politiques publiques, il n'en reste pas moins qu'elles entraînent des conséquences pouvant menacer l'activité des différentes organisations privées.

Ces conséquences sont les suivantes :

- Les organisations se trouvent confrontées à une situation précaire, car les activités croissantes qu'elles sont appelées à réaliser risquent de ne plus être subventionnées. En effet, face à la présence de nouveaux acteurs qui favorisent la montée de la concurrence, les ressources mises à leur disposition stagnent, voire diminuent. Cet aspect n'incite certainement pas la réalisation de nouvelles stratégies d'intervention face à l'apparition de nouveaux problèmes, mais au contraire, il favorise des actions conservatrices dans les champs les plus connus.
- La subvention étatique, consistant dans une aide de démarrage, a pour conséquence une attitude passive de la part des organisations qui, une fois ce

¹⁶ Ibidem, p. 253.

¹⁷ DELLEY J.-D. (éd.), "Quand l'esprit d'entreprise vient à l'Etat. Pour une réforme du service public",

type de subvention dépensé, craignent de manquer de moyens financiers. Cela revient à dire que les organisations préfèrent que se soit l'acteur étatique qui leur propose une certaine stratégie, en allouant ainsi des subventions, plutôt que prendre elles-mêmes l'initiative, pouvant avoir des lourdes conséquences sur leurs budgets.

- Faire partie d'un réseau chargé de développer et de réaliser une politique publique implique des efforts financiers importants de la part des organisations. En effet, la réalisation des tâches administratives demandées par l'acteur étatique exige des ressources non indifférentes.
- Afin de produire des services de qualité, les organisations sont appelées à professionnaliser leur travail, ce qui entraîne des coûts supplémentaires, et à baser leurs actions sur un engagement de collaborateurs, ce qui nécessite des incitations salariales.

Ces aspects témoignent d'une certaine faiblesse des nouvelles pratiques subsidiaires de l'Etat, car les projets mis en oeuvre grâce aux aides de démarrage risquent de disparaître ou de limiter leurs activités faute de moyens financiers.

Dans cette partie consacrée au cadre théorique, il nous reste à approfondir les méthodes de gestion dont l'Etat se sert pour accomplir ses tâches. Nous verrons tout particulièrement comment, dans une période de déficits budgétaires, l'économie influence les actions du système politique.

2.3. La gestion du service public

Face à la globalisation économique et financière, "le redressement des budgets étatiques et la concurrence internationale servent désormais de principes organisateurs de nos sociétés. Nous sommes à l'ère de l'Etat subordonné au marché, devenu à la fois instrument d'allocation des ressources et étalon de mesure des politiques publiques. Le politique est remplacé par l'économique. Evalués, comptabilisés, rationalisés en fonction de leur rendement, tous les aspects de la vie sociale semblent désormais pensés en fonction de l'activité économique"¹⁸.

Domaine Public, septembre 1994, p. 7.

¹⁸ HUFTY M. (dir.), La pensée comptable. Etat, néolibéralisme, nouvelle gestion publique, Paris, PUF, p. 19.

Dans ce cadre, la crise des finances publiques et le constat d'une administration trop onéreuse et paralysée ont favorisé la naissance et le développement de nouveaux paradigmes destinés à améliorer l'efficacité des services publics. Parmi ceux-ci, le plus "populaire" est le *New public management* ou Nouvelle gestion publique (NGP)¹⁹.

Depuis une vingtaine d'années, la NGP s'est développée à partir principalement de l'expérience de la Nouvelle-Zélande, de la Grande-Bretagne et des Etats-Unis, pour ensuite atteindre la plupart des pays européens.

Présentée comme une réaction pratique au malaise croissant face à la bureaucratisation des sociétés, à l'insatisfaction des citoyens envers les biens et services étatiques, aux déficits publics et à la difficulté des gouvernements de proposer des réformes innovantes, la NGP apparaît comme une des solutions possibles pour rendre les administrations plus transparentes, ouvertes aux citoyens et moins dispendieuses.

La NGP affecte l'ensemble du système de gestion des affaires publiques et redéfinit complètement les relations entre le politique, l'administration et les citoyens, mais aussi entre l'Etat, la société civile et le secteur privé.

Mais dans la pratique, en quoi consiste la NGP, comment se définit-elle ?

La NGP vise essentiellement à appliquer au secteur public les valeurs et les méthodes de gestion de l'entreprise privée. Le marché pénètre ainsi dans le système politique que traditionnellement se distinguait de celui économique.

La recherche de l'efficacité dans les administrations est donc une priorité, afin de mettre un terme aux solutions de compromis entre l'augmentation des impôts et la réduction des prestations, qui de toute façon n'apportent pas de remèdes aux problèmes du service public. Or, selon les partisans de la NGP, une administration animée par l'esprit d'entreprise, qui base ses interventions sur des outils plus performants²⁰, peut franchir ce cap. Par ailleurs, la NGP ne se limite pas à une simple transposition du privé au public de ces méthodes gestionnaires, mais à une leur adaptation en vue d'une réforme administrative.

¹⁹ Dans les paragraphes qui suivent, nous nous limiterons à une simple exposition de la NGP, car une entrée en matière plus approfondie, et une prise en compte des nombreuses réactions qu'elle suscite, risquerait de nous faire éloigner de nos propos.

Afin de permettre la transition vers une administration guidée par les résultats au lieu des règles, la NGP définit une distinction organisationnelle explicite entre les responsabilités politiques et administratives. Si le politique se charge de la définition des objectifs à atteindre, l'administratif s'occupe de leur réalisation.

En décentralisant et en les dotant de ressources de gestion ainsi que de pouvoir décisionnel, les unités administratives deviennent responsables des politiques décidées. "Cet équilibre entre l'autonomie et la responsabilité, formalisé dans des accords de prestations, est un des éléments clés de la NGP. [...] Les organisations sont supposées travailler avec plus d'efficacité et d'efficience lorsqu'elles sont responsables de leur travail et de ses conséquences"²¹.

Dans ce cadre, la distinction des rôles de financier (le parlement), d'acheteur (l'exécutif) et de prestataires de services publics (l'administration ou d'autres partenaires de services) engendre un marché dans lequel ces derniers se concurrencent pour obtenir le contrat de prestations²² d'un certain service. Par ailleurs, un pilotage politique résulte indispensable, ce qui est possible uniquement avec une grande transparence, une définition claire des "produits", des "acheteurs" et des structures des coûts administratifs, et la mise en place d'un système de contrôle des agences autonomes.

2.3.1. La gestion des politiques publiques

L'introduction de nouveaux outils de gestion dans le secteur public implique, en conséquence, des changements dans le processus des politiques publiques. En effet, dans une période où la crise financière incite à une meilleure utilisation des fonds publics, des nouveaux instruments font leur apparition, et cela à partir de la conceptualisation des différentes politiques.

C'est ainsi que la réalisation d'un projet est soumise à des règles bien définies qui permettent une meilleure transparence sur son utilité, ses objectifs et ses coûts. Par ailleurs, ces règles ne suffisent pas. En effet, pour que l'acteur étatique puisse se

²⁰ Annexe 1 : Principes, concepts et outils de la NGP.

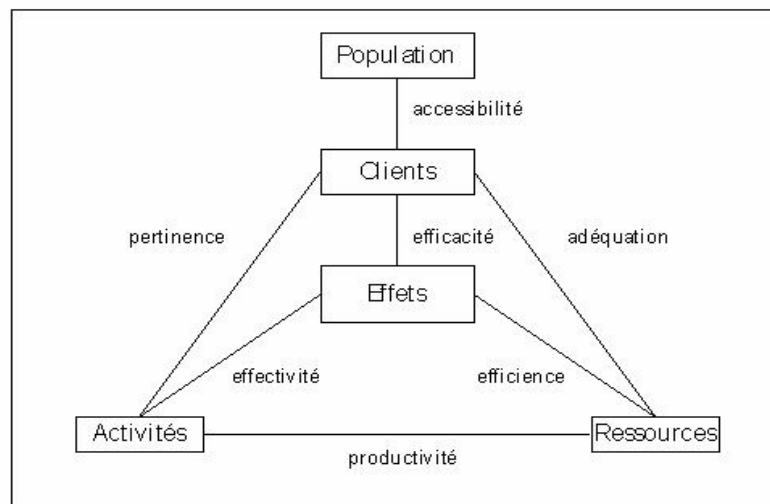
²¹ MONKS J., "La nouvelle gestion publique: boîte à outils ou changement paradigmatique?" La pensée comptable. Etat, néolibéralisme, nouvelle gestion publique, Paris, PUF, 1998, p. 83.

²² Selon les termes d'un tel accord, conclu pour une durée déterminée, le prestataire de service concerné s'engage sur les prestations à fournir avec une définition claire de la quantité et de la qualité des produits administratifs ainsi que de la satisfaction des clients. En contrepartie, les autorités politiques lui accordent une enveloppe budgétaire, un droit limité à se financer par des recettes autonomes et plus de liberté quant au processus de production. Le contrat de prestation définit aussi les mesures ex-post, à la fin de la période contractuelle.

rendre compte de la performance des politiques publiques mises en œuvre, il recourt périodiquement à leur évaluation.

"Mesurer la performance publique consiste à obtenir des informations fiables et régulières sur la contribution des politiques publiques à résoudre des problèmes collectifs et sur les aptitudes des institutions administratives à allouer de manière efficiente les ressources de l'Etat"²³.

Le schéma ci-dessous expose les différents indicateurs dont l'administration étatique se sert pour évaluer la performance des politiques publiques.



- L'**accessibilité** mesure la proportion de clients au sein de la population.
- La **productivité** exprime la quantité des prestations fournies par rapport aux ressources engagées.
- La **pertinence** permet de contrôler le bien-fondé des prestations fournies par rapport aux besoins de la clientèle.
- L'**adéquation** vise à s'assurer que les ressources disponibles sont utilisées pour satisfaire des demandes ou les besoins prioritaires des clients.
- L'**efficacité** a pour but de mesurer l'atteinte des objectifs visés.
- L'**effectivité** répond au souci de vérifier que les activités produisent réellement les effets attendus.
- L'**efficience** met l'accent sur le rendement des ressources investies en terme d'effets obtenus.

²³ KNÖPFEL P., VARONE F., "Mesurer la performance publique : méfions-nous des terribles simplificateurs", Politiques et management public, Vol. 17, n°2, Paris, juin 1999, p. 124.

Dans le cadre de l'évaluation de la performance publique, ces indicateurs, considérés comme des critères transparents, expriment un jugement de valeur sur les produits et les effets des politiques publiques.

Cependant, "les indicateurs de performance ne constituent pas uniquement une mesure technique pouvant se greffer sur les politiques publiques existantes. Bien au-delà, ils impliquent de repenser le caractère même des interventions étatiques et des structures institutionnelles sur lesquelles elles reposent, dans le sens d'une rationalité et d'une transparence de plus en plus élevées, ce qui modifie significativement le rapport entre les politiques publiques et le politique"²⁴.

Cela dit, la définition et la mesure de ces critères sont liées à des programmes politico-administratifs qui explicitent clairement les objectifs à atteindre. Dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie, les autorités politiques fixent par exemple l'objectif de réduire le nombre de toxicomanes, de cas d'overdose et de personnes atteintes du virus HIV, etc. Mais si les indicateurs de performance sont trop précis (réduction du nombre de toxicomanes de X%), les politiques publiques mises en œuvre dans ce domaine risquent d'échouer dans leur intention, car elles n'ont pas réalisé le but visé. Il s'agit donc d'un paradoxe : d'une part, la définition précise des indicateurs permet une meilleure évaluation de la performance des politiques publiques, de l'autre, elle peut sanctionner à tort l'activité de ces dernières. Le fait de ne pas réaliser l'objectif, défini trop précisément, ne veut pas nécessairement dire que les résultats obtenus soient globalement mauvais.

Cette situation peut donc amener à une résistance du Parlement et/ou du Gouvernement à exposer clairement les objectifs et les priorités de leurs interventions.

Il y a un autre aspect à relever : la négociation des contrats de prestations et la mise en place d'indicateurs de performance nécessitent de temps assez longs, soit pour la mise en œuvre que pour l'expertise, et génèrent des importants coûts financiers favorisant ainsi une augmentation des dépenses publiques, alors que les effets de la mesure de la performance publique consiste à réduire les coûts des politiques et de l'administration.

²⁴ Ibidem, p. 139.

2.4. Bilan

L'adoption des nouvelles pratiques subsidiaires par l'Etat ainsi que l'introduction de la NGP au sein de l'administration, nous amènent à faire un bilan de leur impact sur les politiques publiques.

Ces nouveaux outils employés par l'Etat, qui favorisent l'auto-organisation de la société civile, la réalisation de politiques publiques cohérentes et une meilleure utilisation des fonds publics par une administration plus efficiente, impliquent un changement des mentalités et des pratiques. Mais l'abandon des règles institutionnelles rigides et des méthodes routinières demande un effort important de la part de tous les acteurs intervenant dans le processus des politiques publiques. Il s'agit donc de favoriser un apprentissage collectif pour que les acteurs puissent acquérir progressivement des connaissances et des compétences nouvelles pour un réel changement de leurs pratiques.

Par ailleurs, la transition d'un type d'administration à l'autre, engendre des externalités, dont la durée n'est pas prévisible. Par exemple, les répercussions des nouvelles pratiques subsidiaires de l'Etat sur l'activité des organisations privées, citées à la page 14, iront-elles se résorber avec le temps ou, au contraire, favoriseront l'éclatement du réseau des politiques publiques mis en œuvre, décrétant ainsi l'échec de la stratégie étatique ?

Ou encore, la NGP, impliquera-t-elle un progressif désengagement financier de l'Etat vis-à-vis des politiques publiques, en sacrifiant le soutien à la socialité sur l'autel de la globalisation financière ?

L'Etat se trouve donc dans la nécessité de trouver un juste équilibre entre deux priorités :

- Résoudre les problèmes sociaux par le soutien des politiques publiques.
- Lutter contre le déficit budgétaire avec des mesures draconiennes.

Tout au long de ce chapitre, nous avons illustré l'évolution du rôle de l'Etat au sein de la société civile et les nouvelles méthodes de gestion du service public. Le but de cet exposé était celui de comprendre les dynamiques sous-jacentes à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques dans une réalité économique particulière. Dans les pages qui suivent, il s'agit d'exposer notre problématique ainsi que

l'hypothèse de travail pour ensuite aborder la spécificité de l'action étatique dans le domaine de la toxicomanie.

3. Problématique

3.1. Questions de départ

Dans les pages qui suivent, notre attention sera essentiellement focalisée sur une disposition particulière de la politique fédérale en matière de toxicomanie, soit la prescription d'héroïne à des fins médicales. Par ailleurs, nous sommes de l'avis que la référence à la politique des quatre piliers, le contexte dans laquelle elle a été élaborée et ses principales étapes, soit déterminante pour une compréhension claire de notre sujet. En effet, lorsque nous nous sommes penchées sur cette thématique, une série de questions se situant aussi dans un contexte plus large, nous sont venues à l'esprit, auxquelles nous chercherons à trouver des réponses tout au long de ce travail :

- Quels sont les éléments qui ont contribué, dans le passé, à définir la politique suisse de la drogue ?
- Quelles sont les raisons, au début des années 1990, qui ont amené les autorités fédérales à élaborer une nouvelle politique dans ce domaine ?
- Qu'entend-on par politique des quatre piliers ?
- Quel rôle assume-t-il l'Etat dans ce type de politique publique ?
- Quel genre d'argument prônaient les initiatives "Jeunesse sans drogue" et "Droleg" ? Comment faut-il interpréter leur double rejet ?
- En quoi consiste la prescription médicale d'héroïne et à quel niveau de la prise en charge des toxicomanes correspond-t-elle ?
- Quels sont les enjeux sous-jacents à cette forme de thérapie ?
- Quel genre de débat suscite-t-elle ?
- Comment se positionnent les cantons à ce sujet ?
- Comment faut-il interpréter le résultat issu des urnes le 13 juin 1999 concernant la prescription médicale d'héroïne ?

Ces quelques interrogations nous servent de point de départ pour la rédaction de notre travail.

3.2. Hypothèse de travail

Afin de rendre explicite l'objectif de cet écrit, la formulation de l'hypothèse de travail nous apparaît indispensable :

L'enjeu financier sous-jacent à la prescription médicale d'héroïne constitue un élément déterminant dans le choix des autorités cantonales d'offrir ou de refuser ce type de traitement aux toxicomanes.

Après une première entrée en matière sur le sujet, nous avons constaté que les arguments avancés par les réticents vis-à-vis de ce type de traitement sont essentiellement d'ordre éthique. Cependant, nous sommes de l'avis que l'important engagement financier que sous-tend la prescription d'héroïne exerce une pression substantielle sur les autorités cantonales qui doivent décider d'emprunter ou non cette voie. Il faut préciser que l'offre de cette thérapie n'implique pas de coûts supplémentaires uniquement à la charge des cantons et de la Confédération (cette dernière en allouant des subventions aux projets comme aide au démarrage), les caisses-maladie et la population sont, elles aussi, concernées.

Quelques jours avant le vote du 13 juin 1999, Christian Waber, conseiller national de l'UDF, défendait la position suivante : "Dans le cas de l'acceptation de cette révision de loi, les caisses-maladie rembourseront, dans leurs prestations de base, la prescription médicale d'héroïne. Cela veut dire que les assurances seront appelées à la caisse : les coûts de la santé augmenteront"²⁵.

A l'heure actuelle, seuls les cantons de Genève, Berne, Soleure, Bâle, Zurich, Zoug, Lucerne et Saint-Gall disposent de programmes de prescription d'héroïne. Certains ont entamé la discussion, tandis que d'autres maintiennent une position de scepticisme à cet égard. Il s'agit de savoir si les justifications d'une attitude de rejet sont basées plutôt sur des raisons économiques que sur des enjeux éthiques. Nous ne mettons pas en discussion ce dernier argument, mais nous pensons que les cantons l'utilisent comme "alibi" pour masquer la vraie raison de leur refus à offrir aux toxicomanes la prescription d'héroïne, à cause des coûts qu'elle engendre.

4 Méthode et démarche

²⁵ BALLANTI D., "La somministrazione di stupefacenti non può essere considerata una cura", Corriere del Ticino, le 9 juin 1999.

La prescription médicale d'héroïne constitue une alternative de prise en charge pour les toxicomanes qui comptent plusieurs années de dépendance et divers échecs dans les autres types de traitements. Il ne s'agit là, qu'un des quatre piliers sur lesquels la politique fédérale se base pour lutter contre le problème de la drogue.

Les réflexions que nous allons développer tout au long de notre travail se référeront à différentes sources bibliographiques touchant les arguments spécifiques que nous allons aborder, afin de valider ou invalider notre hypothèse de travail :

- Documentation portant sur la politique nationale en matière de drogue pour rendre compte de la place que la prescription d'héroïne occupe dans une politique plus globale en matière de toxicomanie.
- Rapports d'évaluation nationaux et internationaux sur les essais de prescription de stupéfiants, débutés en 1994.
- Actes législatifs régissant les interventions dans le domaine de la prévention et la lutte contre la toxicomanie.
- Articles de presse et sondages d'opinion pouvant rendre compte de l'évolution des discours et de l'opinion publique sur le sujet.
- Informations issues des entretiens avec des professionnels des cantons qui disposent ou non d'infrastructures pour la prescription d'héroïne, pour savoir dans quelle mesure l'enjeu financier qui lui est sous-jacent a joué un rôle dans leur décision en la matière.

5. La politique suisse en matière de drogue

5.1. Historique

Le problème de la toxicomanie n'est pas un fait nouveau, ni en Suisse ni nul part par ailleurs. Il en résulte que, au fil du temps, les différents pays ont déployé des moyens multiples et diversifiés pour lutter contre le trafic des drogues et les conséquences de leur consommation. En Suisse, depuis la première loi fédérale sur les stupéfiants adoptée en 1924, la position du gouvernement fédéral a évolué sensiblement dans la définition de l'intervention dans ce domaine.

5.1.1. *L'influence du contexte international*

Pendant le XIX^e siècle, en Amérique comme en Europe, les substances aujourd'hui condamnées, telles que l'opium, la cocaïne, la morphine, l'héroïne et la codéine, étaient considérées comme des médicaments miraculeux dans la lutte contre la douleur, dont l'accès était si facile que les cas de dépendance étaient très fréquents. Cependant, " ce phénomène, dans son ensemble, aussi bien pour les consommateurs modérés qu'immodérés, attirait rarement l'attention de la presse et jamais celles des juges et des politiciens. Il ne s'agissait pas là d'une affaire juridique, politique ou d'éthique sociale "²⁶.

Au début de ce siècle, les Etats-Unis, face à la croissance de la criminalité et du nombre des victimes liés au commerce et à la consommation de stupéfiants, ont ouvert une campagne de contrôle international des drogues. Cette volonté signait le coup d'envoi d'une succession de conventions internationales.

C'est seulement sous la pression de nombreux Etats que la Suisse avait participé à la quatrième conférence internationale²⁷ qui se déroulait en 1914, dont la Convention n'a été ratifiée qu'en 1924. A la suite de cet événement et faute de réglementations cantonales, l'adoption d'une loi fédérale devenait indispensable pour harmoniser législation nationale et convention. Cela dit, le 2 octobre 1924, la première loi fédérale sur les stupéfiants (ci-après : LStup) était adoptée. Le souci principal étant

²⁶ BOGGIO Y., CATTACIN S., CESONI M. L., LUCAS B., Apprendre à gérer. La politique suisse en matière de drogue, Genève, Médecine et Hygiène, 1997, p. 17.

²⁷ La première avait été organisée en 1908, la deuxième en 1912 et la troisième en 1913.

celui de respecter les engagements pris par la Suisse vis-à-vis de la communauté internationale, les questions liées à la drogue étaient abordées uniquement par la voie de la répression : la fabrication, la cession et la détention étaient poursuivies pénalement.

Une fois le processus enclenché, les conventions se sont enchaînées l'une après l'autre. Cependant, considéré l'emploi des stupéfiants dans l'industrie pharmaceutique et, par conséquent, l'enjeu financier qu'ils représentaient, le but de ces conventions était celui de réglementer le marché des médicaments et de défendre les intérêts économiques, plutôt que de lutter contre les problèmes d'abus.

La Suisse a suivi le mouvement et, en 1951, a procédé avec une révision totale de la LStup : un texte restrictif qui punissait la culture, la fabrication, la distribution et la possession d'opiacés, de substances extraites de la feuille de coca et du cannabis, mais pas la consommation. La voie était ouverte à une politique prohibitionniste et répressive, qui privilégiait les interventions du secteur juridico-policiers.

La législation de 1951 a organisé la lutte contre la drogue en Suisse jusqu'au milieu des années soixante-dix. Seules quelques modifications mineures sont intervenues lors de la ratification de la Convention Unique sur les stupéfiants de 1961, qui, en remplaçant les conventions précédentes (à l'exception de celle de 1936), étendait à la culture de la coca et du cannabis les contrôles précédemment prévus pour l'opium. La portée de ce texte était très importante : il limitait l'usage des stupéfiants aux seuls besoins médicaux et scientifiques. Jusqu'à la fin des années soixante, aucun problème manifeste d'abus de stupéfiants n'était recensé en Suisse qui aurait justifié une législation spécialisée.

L'influence internationale a donc joué un rôle important dans la définition de l'orientation de la politique nationale en matière de drogue. Pourtant, sous nos latitudes, la perception du problème a dû changer. La politique de la drogue n'est rapidement plus apparue comme un moyen de régulation du marché des médicaments, mais comme une réponse à un problème social. Dans l'élaboration de la politique helvétique en matière d'usage, les données intérieures commençaient à prévaloir sur le seul respect des conventions internationales.

5.1.2. L'apparition du problème de la drogue

En Suisse, les problèmes liés à la consommation de drogue ne font surface qu'à la fin des années soixante, à la suite du mouvement hippie d'outre atlantique et des émeutes de mai 1968 : "consommer une drogue reflète une quête existentielle et une revendication politique"²⁸, un moyen de protestation contre la société. Il s'agissait, dans un premier temps, de personnes qui fumaient du haschisch et de la marijuana. C'est par la suite, au début des années soixante-dix, que les premiers cas de consommation de cocaïne et d'héroïne ont fait leur apparition et, en 1972, que le premier décès lié à la consommation de drogues a été enregistré.

Malgré le fait que la consommation des drogues n'était pas punissable en soi, la volonté était clairement répressive. En 1969, le Tribunal fédéral (arrêt Michel) a jugé une affaire portant sur la consommation de marijuana et estimait que : "L'acquisition comprend tous les actes par lesquels on se procure des stupéfiants, fût-ce à titre gratuit. Elle peut être distincte de la consommation; elle est alors punissable comme telle, alors même que la consommation seule ne l'est pas (ATF 95 IV, pp.179 ss) "²⁹. Ce verdict a ouvert ainsi la voie à la répression indirecte de la consommation de drogue. Les tribunaux cantonaux, dans un réflexe répressif, se sont basés sur cette jurisprudence pour poursuivre les usagers. En 1969, 521 personnes ont été poursuivies pour infraction à la LStup. "En 1971, elles étaient plus de 3'600, soit un accroissement du nombre de poursuites de quelque 700% en deux ans"³⁰.

Face à l'expansion de cette problématique, les associations et les organisations œuvrant dans le domaine de la toxicomanie se sont développées partout en Suisse et celles qui, traditionnellement, prenaient en charge les alcooliques, ont élargi leur offre.

Le projet de révision de la LStup, mis en consultation en 1972, a récolté un avis favorable auprès de 23 cantons et 18 organisations, qui avaient clairement manifesté la volonté de maîtriser les problèmes sociaux et sanitaires liés aux abus de drogue.

²⁸ BOGGIO Y., CATTACIN S., CESONI M. L., LUCAS B., Apprendre à gérer. La politique suisse en matière de drogue, Genève, Médecine et Hygiène, 1997, p.33.

²⁹ Ibidem, p.34.

³⁰ Ibidem, p.34.

D'après le Conseil fédéral, la révision de la loi servait surtout à donner une colonne vertébrale à une politique, jusque-là, éparpillée. Enfin, entrée en vigueur en 1975, la loi révisée prévoyait :

- D'apporter une aide aux toxicomanes, y compris la possibilité d'une prescription médicale de produits de substitution.
- D'assimiler aux stupéfiants certaines drogues de synthèse comme les amphétamines et les hallucinogènes et de les soumettre à une interdiction. De réprimer plus sévèrement le trafic illicite.
- D'infliger des sanctions plus légères aux toxicomanes (arrêts ou amende) et de prévoir la possibilité de renoncer à une sanction et à une procédure pénale dans les cas de peu de gravité à condition qu'un traitement soit suivi.

Depuis lors, la Suisse considère la consommation de stupéfiants, sans distinction entre les substances, comme étant illégale en soi.

Le nombre de dénonciations par la police, a considérablement augmenté : 5'700 en 1979, 8'200 en 1980, 15'300 en 1985, 18'800 en 1990 et 40'368 en 1994. Parallèlement, on a observé un développement de l'aide sur les plans social et médical. La plupart des cantons ont réglementé de manière détaillée la prescription de méthadone comme substance de substitution à l'héroïne.

Ce dernier aspect a largement contribué à changer le statut du toxicomane dans l'imaginaire collectif : de criminel et coupable, au même titre que toute autre personne dont le comportement est sanctionné parce que non conforme à la loi, le consommateur de drogue apparaît plutôt comme une victime et un malade ayant besoin d'aide.

Ainsi, à côté du domaine juridico-policié, un autre secteur s'est approprié le discours sur la drogue : le secteur socio-sanitaire.

La logique d'action de l'époque, reposait essentiellement sur trois piliers : réprimer, guérir et prévenir³¹, et, au niveau théorique, elle assumait l'aspect d'une structure cohérente. Mais dans la pratique, il s'agissait d'autre chose. En effet, le système politique suisse est caractérisé autant par les institutions de démocratie directe que par le haut degré de souveraineté conférée aux cantons et aux communes. Cette

³¹BOGGIO Y., CATTACIN S., CESONI M. L., LUCAS B., Apprendre à gérer. La politique suisse en matière de drogue, Genève, Médecine et Hygiène, 1997, p.36.

dernière caractéristique, nous la retrouvons notamment dans le domaine des politiques en matière de drogue, où la LStup donne aux autorités cantonales la plupart des responsabilités. En conséquence, jusqu'à la fin des années quatre-vingts, au lieu d'une politique nationale uniforme, nous étions en présence de 26 politiques cantonales différentes au niveau des mesures préventives, médicales ou de réinsertion des toxicomanes.

Pendant les premières années qui ont suivi la révision de la loi, la toxicomanie était perçue, en Suisse, comme un phénomène social problématique à visée locale, qui devait être résolu au niveau cantonal. En effet, dans la première moitié des années quatre-vingts, les scènes de la drogue apparaissaient, surtout dans les grands centres urbains alémaniques : le *Kocherpark* à Berne, le *Platzspitz* et le *Letten* à Zurich représentent les exemples les plus emblématiques. Cette réalité était la conséquence directe de la stratégie des autorités judiciaires et policières des deux villes, lassées de chasser les toxicomanes d'un coin de la ville à l'autre. "On pensait, à l'époque, que le regroupement de la scène à un endroit précis rendrait les problèmes contrôlables et la prévention du sida ainsi que l'aide à la survie plus efficaces"³². Le nombre de toxicomanes augmentait, ainsi que celui des délits liés à l'approvisionnement des stupéfiants. En conséquence, les actions policières se sont multipliées sans pour autant réussir à contenir l'expansion du phénomène.

Des approches thérapeutiques ont été élaborées coup après coup. Dans tous les cantons, l'offre de lieux et de modalités de traitement, en s'institutionnalisant et en se professionnalisant, se sont développées, mais elle restait largement insuffisante. De plus, à cause de son budget précaire, l'Office fédéral de la santé publique ne pouvait pas intervenir efficacement dans le domaine de la prévention.

Toutefois, au-delà des efforts déployés depuis le constat des premiers cas de consommation de drogue, à la fin des années quatre-vingts la politique suisse en la matière n'a pas obtenu les résultats espérés.

5.1.3. La politique de réduction des risques

³² KÜBLER D., *L'Etat face à la toxicomanie. Action publique et contrat social*, Université de Lausanne, 1993, p.48.

Avec les années quatre-vingts la progression de l'usage des drogues dites "dures" inquiétait principalement à cause de l'apparition d'un nouveau phénomène : la polytoxicomanie. En effet, le marché de la drogue se diversifiait et la toxicomanie ne se caractérisait plus uniquement par la consommation d'une seule substance stupéfiante, mais par des cocktails extrêmement dangereux qui aggravaient de plus en plus l'état de dépendance. Les services spécialisés créés dans les années précédentes étaient confrontés à une réalité difficile : les personnes marginalisées et désocialisées sont de plus en plus nombreuses, du fait que leurs conditions sanitaires continuent à se détériorer.

Cette période, suite au recensement des premiers cas de consommation d'héroïne et de cocaïne au début des années soixante-dix, témoignait de nouvelles problématiques liées à la dépendance : la polytoxicomanie, comme nous venons de le dire, mais aussi l'apparition d'une maladie mortelle telle que le sida. En Suisse, les premières déclarations de sida datent de 1983 et ne concernent que des hommes homosexuels et des personnes probablement infectées à l'étranger. C'est avec un décalage de deux ans, que l'on a constaté les premiers cas chez les personnes hétérosexuelles s'injectant des drogues³³. Les échanges de seringues usagées constituait la cause première de propagation du virus HIV parmi les toxicomanes. D'après le rapport de la Sous-commission "Drogue" de 1989, près d'un tiers des 806 cas de sida déclarés à l'OFSP jusqu'à fin mars 1989 concernaient des usagers de drogues³⁴.

Désormais, face à cette triste réalité et à un taux de réussite des programmes thérapeutiques de l'ordre de 25%-30%, un changement d'orientation de la politique en matière de drogue s'imposait. Les professionnels se sont aperçus que la seule référence à l'abstinence et au sevrage ne permet pas, à elle seule, de résoudre les problèmes liés à la toxicomanie, et que d'autres types d'approches devaient être pris en considération, en particulier celle de la réduction des risques. Ce terme, issu de l'anglais *harm reduction*, désigne "une démarche fondamentale pragmatique, entreprise par des praticiens de différents horizons, partant de présupposés théoriques divers, autour d'un objectif commun : enrayer rapidement la progression

³³ GUTZWILLER F., JEANNERET O., Médecine sociale et préventive. Santé publique, Berne, Ed. Hans Huber, 1996, p. 367.

³⁴ BOGGIO Y., CATTACIN S., CESONI M. L., LUCAS B., Apprendre à gérer. La politique suisse en matière de drogue, Genève, Médecine et Hygiène, 1997, p.46.

de l'épidémie de sida parmi les toxicomanes³⁵. Cette nouvelle stratégie visait notamment la mise en place de services à bas seuil, qui "se caractérisent de manière générale par une accessibilité géographique facilitée : le pas de la porte doit pouvoir être franchi sans rendez-vous, sans argent, sans pré-diagnostic et sans forcément donner son nom"³⁶.

Pendant la phase de toxicomanie active il résulte essentiellement de réduire au maximum les dommages en protégeant ou en rétablissant la santé physique et psychique des personnes dépendantes et éviter, autant que possible, leur exclusion sociale. Cette volonté découle du fait que la consommation de drogues correspond, dans la majeure partie des cas, à une période de crise limitée dans le temps, s'inscrivant dans l'histoire de certaines personnes (surtout jeunes) et que le maintien en bonne santé augmente les chances de se libérer de la toxicomanie.

Comme mesures en vue de réduire les risques, nous pouvons citer par exemple les programmes d'échange des seringues permettant d'éviter la transmission du sida ou de l'hépatite, ceux de nutrition et d'hygiène, ceux visant à améliorer la situation en matière d'emploi et de logement pour obtenir une stabilisation de l'état psychique.

De même avis, la Sous-commission "Drogue" n'a fait qu'officialiser l'échec de la stratégie répressive. De ce fait, elle a soutenu le développement d'une politique multidimensionnelle, pragmatique dans le choix des mesures à proposer aux personnes en difficulté. Du fait que l'image du toxicomane commence à se déplacer progressivement vers celle de malade, les mesures d'aide sociale et médicale devaient primer sur la poursuite pénale.

La LStup de 1951, même si largement révisée en 1975, avec quelques modifications intervenues par la suite³⁷, constitue encore la base légale sur laquelle s'appuie la politique suisse en matière de drogue³⁸. A ce propos, le Conseil fédéral a préféré adopter une stratégie comportant des actions et des mesures concrètes pour améliorer dans les meilleurs délais l'aide aux toxicomanes, plutôt que de s'engager

³⁵ MINO A., *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*, Paris, Calmann-Lévy, pp. 93-94.

³⁶ MALATESTA D., "Le SIDA et les consommateurs de drogue. La prévention à l'épreuve de la ville", *Ethnologica Helvetica*, 17-18, 1993-1994, p. 210.

³⁷ Dans l'Annexe 2 nous reportons la LStup à l'état du 20 octobre 1998.

³⁸ Un projet de révision est actuellement soumis à la consultation des milieux intéressés jusqu'au 31 décembre 1999. Etant donné que nous ne pourrions pas mentionner dans ce travail l'issue de cette procédure, nous nous limiterons à exposer, dans l'Annexe 3, les principales propositions avancées par le Conseil fédéral.

dans une révision de la loi, vue que son interprétation large permet quand même d'agir dans ce sens.

Sur le terrain, les villes se sont appuyées sur l'aide incontournable des intervenants privés (catégories professionnelles, associations d'aide). Ces derniers, assuraient un minimum de services : rapprochement des lieux de rencontre des toxicomanes pour entrer en contact avec eux, offre des soins et des lieux d'accueil, création des premiers services de distribution de préservatifs et de seringues stériles.

En 1989, pratiquement tous les cantons pouvaient rendre compte de ce type d'activité.

Avec l'apparition du sida, les services de prévention mis en œuvre ont subi un phénomène d'urbanisation, car ils se sont installés là où les consommateurs de drogue se situent le plus souvent, c'est-à-dire en ville³⁹. Dans le cas du *Platzspitz*, scène ouverte installée en 1987 au cœur de la ville de Zurich, lutter contre la propagation de l'épidémie du HIV/sida devenait une priorité par rapport à l'action de dispersion des toxicomanes. Ainsi, dès la fin de 1988, les services sociaux et les médecins se sont installés sur la scène : préservatifs, seringues (2 millions seulement en 1989), ainsi que des boissons chaudes et des fruits (5'000 kilos la même année) ont été distribués aux toxicomanes⁴⁰. De plus, des vaccinations contre les hépatites, des soins infirmiers simples et la réanimation de personnes ayant pris une surdose étaient pratiqués quotidiennement.

De leur côté, les cantons étaient les principaux promoteurs du développement de la prescription de méthadone, après qu'un rapport de la Commission fédérale des stupéfiants de 1984, avait tranché sur les oppositions existantes sur ce type de prise en charge. C'est donc en 1989 que 23 cantons ont édicté des dispositions d'exécution de la LStup ou des directives concernant les traitements au moyen d'un produit de substitution. A ce propos, le bilan s'est révélé positif : l'insertion sociale des toxicomanes s'est amélioré, et le marché noir que quelqu'un craignait ne s'est finalement que peu développé. C'est ainsi que la méthadone a acquis le statut de traitement thérapeutique, remboursé par les caisses-maladie.

³⁹ MALATESTA D., "Le sida et les consommateurs de drogue. La prévention à l'épreuve de la ville", *Ethnologica Helvetica*, 17-18, 1993/1994, p.202.

⁴⁰ MINO A., ARSEVER S., *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*, Paris, Calmann-Lévy, 1996.,

Témoin de l'efficacité de ces mesures, des informations de 1996 indiquent qu'à l'entrée dans des programmes de distribution de méthadone ou dans des institutions thérapeutiques, 5% à 20% des toxicomanes étaient séropositifs ou atteints de sida, contre 40% à 60% au début de la décennie⁴¹.

5.2. La politique des quatre piliers

C'est donc au tournant des années quatre-vingt que la politique suisse en matière de drogue commence à se définir et à prendre un nouvel élan.

Les problèmes liés à la toxicomanie ont été enfin reconnus dans leur complexité. Les approches pragmatiques et les moyens d'intervention se sont multipliés et diversifiés, basés essentiellement sur l'apprentissage des expériences entreprises dans le passé, en Suisse et à l'étranger, sur la pratique professionnelle des intervenants et sur les conclusions des experts (rapport de la Sous-commission "Drogue" de 1989, recommandations de la Commission fédérale du sida, Conférence *Drogenpolitik wohin ?* de l'Université de Berne 1990).

Préoccupé par la misère croissante et toujours plus visible des toxicomanes, notamment à cause des scènes ouvertes dans les grandes villes alémaniques (Berne, Bâle, Lucerne, Saint-Gall et Zurich), le Conseil fédéral a décidé de renforcer considérablement son engagement dans la prévention de la toxicomanie et dans le traitement et la réintégration des toxicomanes.

En particulier, le rapport de la Sous-commission "Drogue" de 1989, a joué un rôle très important. Cette commission était chargée d'établir un document et des recommandations en vue d'une éventuelle révision de la LStup et sur les autres mesures à prendre. Les propositions contenues dans ses conclusions⁴² ont servi de base au Conseil fédéral pour légitimer l'adoption de mesures innovatrices.

Le gouvernement suisse s'est alors engagé dans un grand processus de consultation parmi les cantons et les intervenants en matière de toxicomanie, qui a déclenché la discussion au niveau fédéral. A la suite de cette étape, le Conseil fédéral a proposé, le 20 février 1991, un paquet de mesures basé sur le concept de réduction des

p.110.

⁴¹ GUTZWILLER F., JEANNERET O., Médecine sociale et préventive. Santé publique, Berne, Ed. Hans Huber, 1996, p.338.

risques, dont le principe est l'établissement d'une hiérarchie de buts visant à limiter les dégâts liés à la dépendance. Désormais, l'abstinence ne pouvait plus être retenue comme seule perspective de la politique en matière de drogue et les programmes d'accès facile devaient donc être développés sensiblement.

Les objectifs annoncés par la Confédération étaient les suivants :

- Réduire le nombre des nouveaux toxicomanes.
- Augmenter le nombre des personnes qui se sortent de la toxicomanie.
- Réduire les risques pour la santé des toxicomanes.
- Protéger la collectivité des conséquences négatives de la dépendance et combattre le crime organisé.

Cette nouvelle stratégie se base sur les quatre piliers suivants ⁴³:

- **La prévention**

Elle vise à réduire le nombre des nouveaux toxicomanes avec des actions d'information sur les risques inhérents à la consommation de drogue et cherche à empêcher les circonstances favorisant la toxicomanie. La prévention se fait à long terme et a lieu surtout dans la vie quotidienne des enfants et des adolescents, c'est-à-dire dans la famille, à l'école, au travail et pendant les loisirs. Il existent trois types de prévention de la toxicomanie :

- ◆ Prévention primaire : regroupe toutes les activités visant à prévenir que des personnes ne s'initient à la consommation de drogues, tant légales qu'illégales.
- ◆ Prévention secondaire : comprend toutes les activités qui sont développées pour détecter précocement les consommateurs de drogues et pour leur offrir une prise en charge afin d'éviter qu'ils parviennent à une consommation problématique.
- ◆ Prévention tertiaire : vise l'assistance et la prise en charge des consommateurs dépendants de drogues (généralement dures), afin de limiter, voire éliminer, les dégâts sur leur santé et leur vie sociale.

- **La thérapie**

Dans le domaine thérapeutique, il faut distinguer deux objectifs. D'une part, il s'agit de stabiliser l'état du patient et, à partir de là, d'améliorer son état de santé

⁴² Les principales recommandations issues de ce rapport sont reportées dans l'Annexe 4.

⁴³ Même si le concept de "quatre piliers" a été formulé en 1991, c'est seulement en 1994 qu'il a été

général. D'autre part, il s'agit de guérir la dépendance, c'est-à-dire de faire en sorte que le toxicomane puisse vivre sans drogue et sans rechutes. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de disposer d'une diversité de possibilités de thérapie et de réintégration : sevrage ambulatoire ou en institution, prise en charge ambulatoire sur les plans psycho-social et médical, avec ou sans traitements médicamenteux, thérapie résidentielle à moyen ou long terme, institutions de transition, emploi et logement protégé, etc.

Etant donné que les causes et l'évolution de la toxicomanie sont très variables, seul un tel éventail d'offres thérapeutiques permet d'atteindre un nombre de toxicomanes le plus élevé possible.

- **Réduction des risques / aide à la survie**

Etant donné que nous avons déjà traité ce pilier dans le chapitre 5.1.3, nous nous limiterons ici à une description sommaire.

Cette stratégie cherche à réduire les risques pour la santé des personnes qui consomment actuellement des drogues. Il s'agit d'assister ces gens pendant la phase de dépendance, de les suivre et de les soutenir afin de leur permettre de traverser cette phase à haut risque dans un état de santé aussi bon que possible et la meilleure intégration sociale possible, et d'augmenter ainsi leurs chances de se sortir de la drogue par la suite.

- **La répression**

Les buts premiers consistent à réduire l'offre et combattre le trafic de stupéfiants ainsi que les transactions financières illégales et la criminalité organisée qui sont induites par ce trafic.

A côté de ces quatre piliers, le 21 octobre 1992, la Confédération a arrêté l'ordonnance portant sur "l'évaluation des projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes"⁴⁴, entrée en vigueur le 15 novembre de la même année. Le but était d'encourager l'étude de l'efficacité et de l'efficience des mesures du paquet "drogue" par des méthodes scientifiques. Cela afin de fournir une base scientifique au choix et à l'amélioration des mesures. De plus, cette ordonnance prévoyait et définissait les modalités de prescription d'héroïne sous contrôle médical.

associé officiellement à la politique suisse en matière de drogue.

⁴⁴ Annexe 5.

Par la suite, les cantons se sont mobilisés dans la mise en place de services diversifiés, mais le caractère fédéraliste de notre pays a permis à chacun d'entre eux de réaliser sa propre politique dans le domaine, car ils ne sont pas véritablement tenus de s'aligner sur le concept de la Confédération. Toutefois, cette disparité fait apparaître la nécessité d'une coordination des stratégies, car le problème de la drogue ne s'enferme pas dans une seule dimension territoriale. En effet, au-delà des sensibilités et des caractéristiques cantonales, le trafic et la consommation de drogue entraînent aussi des implications au niveau national et international.

La coordination d'un acteur supérieur est apparue dès lors indispensable, du moins dans une optique subsidiaire : la Confédération se charge désormais de fournir le cadre dans lequel se développent contacts et actions, plutôt que de les planifier elle-même. Elle a favorisé la coopération entre les niveaux territoriaux (Confédération, cantons et communes), mais aussi entre les institutions publiques et privées en fournissant des informations de référence, des connaissances scientifiques et en développant le savoir-faire des professionnels. Elle a aidé à généraliser les modèles d'action qui ont fait la preuve de leur efficacité et contribue à combler les lacunes existantes. Elle a soutenu la coordination et l'harmonisation des politiques et mesures prises par les cantons et les autres instances concernées, et contribue à la promotion de la qualité des interventions. Cette stratégie "souligne la transformation de l'agir étatique qui s'éloigne des mécanismes bureaucratiques pour se rapprocher de la régulation sociale. Les acteurs étatiques jouent plutôt le rôle de modérateurs (dans le double sens d'harmonisation et de modération des demandes de la société et de l'omniprésence de l'Etat), que celui de précepteur"⁴⁵.

Ces modes d'action définissent un type de leadership non autoritaire et non centraliste. La Confédération a mis en valeur les approches adoptées par les cantons et a insisté sur la nécessité d'une palette diversifiée de mesures en vue de réduire les problèmes liés à la drogue. Elle a favorisé la recherche d'actions multicantonales, mais n'a pas imposé de mesures aux cantons.

⁴⁵ CATTACIN S., KISSLING-NÄF, "Agir étatique subsidiaire dans les sociétés modernes", Revue suisse de science politique, Vol.3, 1997, p. 32.

Une nouvelle politique s'esquisse donc au tournant des années quatre-vingts. C'est la nécessité d'agir qui a créé la dynamique. Les acteurs de terrain, les villes puis les cantons ont contribué à diffuser les innovations, de bas en haut.

Dans le chapitre qui suit, nous allons nous pencher sur un service particulier de l'Etat, qui a su opportunément exploiter rapports et études, avis de droit et sondages d'opinion pour promouvoir une nouvelle politique en matière de drogue : l'Office fédéral de la santé publique.

5.3. Le rôle moteur de l'Office fédéral de la santé publique

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP), dépendant du Département fédéral de l'Intérieur, constitue l'acteur principal dans le domaine de la toxicomanie. Depuis 1991, il a mis en place un Programme de mesures en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro), qui constitue l'un des aspects importants de la politique suisse des quatre piliers⁴⁶ et la base légitimante, avec la LStup, de son action.

ProMeDro recouvre l'ensemble des interventions de l'OFSP en matière de toxicomanie et touche les domaines suivants ⁴⁷:

- La prévention.
- La thérapie.
- La réduction des risques et l'aide à la survie.

Celles-ci sont en outre accompagnés de mesures telles que :

- L'information et la documentation.
- La campagne de sensibilisation.
- La formation des professionnels.
- L'épidémiologie.
- La recherche.
- L'évaluation.
- La coordination/coopération opérationnelle entre Confédération, cantons et villes.

⁴⁶ En effet, l'action de la Confédération dans le domaine de la politique de la drogue ne se limite pas à ProMeDro. Elle englobe aussi d'autres domaines, tels que l'élaboration de la politique en matière de drogue par le Conseil fédéral, le Parlement ainsi que les résultats issus des votations populaires. Mais encore : la législation (notamment la révision de la LStup); la coopération internationale; la lutte contre le trafic illicite de stupéfiants et contre le crime organisé; etc.

⁴⁷ OFSP, Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) 1998-2002 (résumé), 1998, p.4.

Pour chacune des mesures relatives à ces domaines, des buts et des stratégies spécifiques sont développés par l'OFSP qui, pour leur réalisation dans la période 1998-2002, reçoit de la Confédération un budget de 18 millions de francs par année (dont une partie est partagée avec les programmes sida, alcool ou tabac).

De plus, l'ensemble des mesures prises par la Confédération depuis 1991 en vue de réduire les problèmes liés à la drogue fait l'objet d'une évaluation globale par l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne.

L'OFSP utilise trois stratégies différentes pour mettre en œuvre les mesures prises :

1. L'OFSP mène l'action lui-même

Sous cette stratégie, nous retrouvons la campagne nationale de sensibilisation, pilotée par l'OFSP qui s'entoure de la réflexion d'un *Creative team* composé d'experts du domaine, de représentants de l'OFSP et d'une agence de publicité pour sa réalisation. Elle est conçue comme une action de communication et de sensibilisation visant, avant tout, à créer un climat favorable au développement des activités de prévention.

2. L'OFSP délègue l'exécution de l'action

Dans le cadre de la formation des professionnels œuvrant dans le domaine de la toxicodépendance, par exemple, l'OFSP délègue à des associations privées la tâche de concevoir et de mettre en œuvre des programmes spécifiques pour les différentes régions linguistiques.

3. L'OFSP soutien des projets locaux précis

Outre son financement de projets ou programmes nationaux dans le domaine de la prévention, l'OFSP soutient activement la promotion et la diffusion d'expériences locales intéressantes, qui soient promues par des acteurs publics ou privés. Cela, pour valoriser au mieux l'attribution des fonds de la Confédération dans le cadre des mesures de réductions des problèmes liés à la toxicomanie.

L'OFSP ne se charge pas seulement de définir les mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue et de les mettre en œuvre. Elle a aussi la tâche de veiller à la collaboration entre la Confédération, les autorités cantonales et communales, les institutions spécialisées et tous les milieux

concernés. En effet, "les politiques de drogue ne sont jamais des constructions simples et qu'elles fonctionnent toujours mieux lorsque la coopération entre les acteurs est plus forte"⁴⁸. L'OFSP exerce donc cette mission par des instruments de coordination et de dialogue tels que :

- La Délégation du Conseil fédéral pour les affaires de drogue, composée par les Chefs du Département fédéral de l'Intérieur, du Département fédéral de justice et police et du Département fédéral de la défense, de la protection de la population et du sport.
- La Commission fédérale pour les problèmes liés à la drogue (experts).
- Le Comité national de liaison pour les problèmes de dépendance (cantons, villes et Confédération).
- Le Groupe de travail interdépartemental pour les problèmes de drogue (Confédération).
- Les Conférences des délégués cantonaux, respectivement municipaux, aux problèmes de toxicomanie.
- La Plate-forme de coordination et de services suisses.
- Ainsi que de nombreux groupes spécialisés (coopération avec la police, dans le secteur des prisons, coordination de l'offre de thérapies résidentielles, promotion des offres de prévention, promotion des offres d'intégration sociale, etc.).

Avec la création de ces instances, la Confédération a manifestement montré sa volonté de créer une politique en matière de drogue qui soit consensuelle au niveau national. En effet, l'action d'élargir le débat à plusieurs acteurs permet à l'Etat fédéral de recueillir les sensibilités, les opinions mais surtout les propositions des intervenants, afin d'arriver à un point de convergence dans le domaine.

Le soutien des différents acteurs à une politique publique bien définie résulte donc fondamental pour lui garantir une crédibilité auprès du public cible et de la population.

5.4. La politique de "la troisième voie"

⁴⁸ OFSP (1997), Recherche de l'OFSP en matière de dépendances, 1993-1996, p. 388.

5.4.1. Le soutien des principaux partis politiques

Le consensus entre les principaux partis politiques suisses, s'est progressivement manifesté à partir de 1994, avec un rapprochement des conceptions des partis démocrate chrétien (PDC), radical (PRD) et socialiste (PSS) portant sur l'adhésion à la politique des quatre piliers. Cette convergence est survenue dans la période de plus grande visibilité et médiatisation de la scène ouverte du *Letten* à Zurich (fermée en février 1995), donnant ainsi le coup d'envoi à la politique de "la troisième voie".

Sous le titre "Pour une politique des drogues cohérente", le 24 juin 1994 les partis gouvernementaux PDC, PRD et PSS ont rendu public le modèle dit de "la troisième voie". Cette stratégie politique visait l'abandon de toute sorte de polarisation du débat en matière de drogue, très marquée à cette époque, et de favoriser le dialogue afin de trouver une majorité politique sur des propositions réalisables à court terme. Ce document proposait donc une voie médiane entre les stratégies prônant la libéralisation ou la répression de la consommation de drogue.

Selon les trois partis, le but d'une politique cohérente en matière de drogue devait être celui de limiter au maximum le nombre d'individus toxicodépendants ainsi que d'atténuer, dans la mesure du possible, les conséquences individuelles de nature médicale ou sociale, telles que la criminalité, la prostitution, les coûts sociaux, etc.

Dans cette perspective, le document publié contenait six propositions⁴⁹ qui, selon les auteurs, auraient permis d'élaborer des mesures propres à modifier les problèmes centraux de la consommation de drogues, mais aussi de réunir un large consensus.

Avec la publication de ces propositions, le Conseil fédéral a été conforté sur les concepts de fonds de sa politique en matière de drogue engagée depuis 1991. Ce soutien, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, n'a pas tardé à s'exprimer aussi auprès des autres acteurs œuvrant dans le domaine de la toxicomanie.

5.4.2. L'élargissement du consensus

Deux mois après la publication du document élaboré par les trois partis politiques, le 25 août 1994, le Groupe de travail *Suchtpolitik* de la Société suisse pour la politique

⁴⁹ Annexe 6.

de la santé (SSPS)⁵⁰ a organisé, à Berne, une Conférence réunissant une soixantaine de représentants des milieux spécialisés et/ou concernés, politiques, scientifiques, gens de terrain, associations, etc., dans le but d'élaborer une liste de propositions utiles en matière de drogue, à l'attention du Conseil fédéral.

Les 14 thèses^{51 52} issues de cette rencontre prônaient, elles aussi, une politique de la "troisième voie". L'ambition de ces mesures n'était pas d'imposer une vérité, mais de contribuer le plus utilement possible au nécessaire débat politique et public sur les problèmes de la dépendance en Suisse.

Pour plusieurs d'entre elles, ces thèses ont repris, en insistant sur leur importance, des éléments déjà exprimés ou publiés (notamment ceux des partis politiques, cités précédemment), et/ou faisant l'objet d'un large consensus. Certains points étaient plus novateurs et d'autres faisaient déjà partie des quatre piliers proposés par le Conseil fédéral.

Les thèses élaborées par la SSPS ont obtenu des échos favorables provenant des différents milieux consultés, ce qui a fortement favorisé l'élargissement du consensus autour de la politique suisse en matière de drogue au-delà de la sphère des partis politiques.

Au terme de ce chapitre, nous pouvons affirmer que le soutien aux autorités fédérales dans sa politique de la drogue ne s'est pas exprimé du jour au lendemain. En effet, c'est seulement en 1994, c'est-à-dire trois ans après la définition des orientations générales par la Confédération, qu'un certain niveau de consensus a été atteint.

Par ailleurs, cet état de fait a failli basculer à l'occasion de la votation de deux initiatives populaires, dont les approches étaient diamétralement opposées. Dans le chapitre qui suit, nous allons aborder ces deux événements, comme étant l'expression de l'opposition vis-à-vis de la politique des quatre piliers.

⁵⁰ La SSPS est une organisation politiquement indépendante ayant une fonction de forum dans plusieurs domaines touchant la politique de la santé.

⁵¹ BAIERLÉ J.-L., CASSIS I., "Politique de la drogue : 14 thèses pour une troisième voie", Société suisse pour la politique de la santé, n°45, 1995, pp 89.

⁵² Annexe 6.

5.5. Les principales oppositions

Comme nous venons de le voir, dans le cadre de la définition et de la mise en œuvre de la politique des quatre piliers, un consensus généralisé n'a pas toujours existé parmi les différents intervenants dans le domaine de la toxicomanie. En effet, il faut tout de même être conscient du fait que, si à la fin des années quatre-vingts, il y avait une réelle volonté d'intervenir sur cette problématique, cela n'était pourtant pas synonyme d'une homogénéité des points de vue et d'absence de conflits idéologiques.

Si les objectifs à atteindre (lutte contre le trafic de drogue et la criminalité qui en est associée, amélioration de la prise en charge des toxicomanes, etc.), sont unanimement partagés, les méthodes à appliquer pour les réaliser, par contre, favorisent la polarisation des débats.

5.5.1. Jeunesse sans drogue

L'initiative "Jeunesse sans drogue" a été lancée le 15 décembre 1992 par un comité qui s'est formé sous l'impulsion de la *Zürcher Verein zur Forderung der Psychologischen Menschenkenntnis*, comprenant plusieurs politiciens nationaux, quelques médecins et des sportifs d'élite. Elle a été déposée à la Chancellerie fédérale le 22 juillet 1993. Au niveau des partis politiques, elle n'a été soutenue que par l'Union démocratique de centre et les partis d'extrême droite⁵³.

Les auteurs de l'initiative entendaient s'opposer à la politique des quatre piliers du Conseil fédéral. Ils plaidaient en faveur d'une orientation s'appuyant sur les éléments traditionnels tels que la répression, la prévention, la thérapie et la réinsertion sociale et rejetaient la stratégie de l'aide à la survie sous toutes ses formes, qu'ils considéraient comme une aide à la consommation de drogue et au maintien de la dépendance.

Les auteurs de l'initiative préconisaient une politique en matière de drogue visant directement l'abstinence, la lutte contre le trafic de drogue, l'interdiction de la prescription de stupéfiants aux toxicomanes et l'encouragement de la prévention, avec une attention particulière à la protection de la jeunesse. Cette initiative visait

⁵³ A l'exception de la Lega des tessinois, qui n'a pas donné de mot d'ordre lors de la votation.

particulièrement l'interdiction, et donc l'interruption des programmes de prescription d'héroïne.

Le succès d'une politique axée sur l'abstinence, selon eux, était possible uniquement avec l'interdiction stricte et systématique des substances engendrant la dépendance. En outre, toute expérimentation avec des drogues sur l'homme devait être interdite (à l'exception de la méthadone, mais sous des strictes conditions).

Appelé aux urnes le 28 septembre 1997, le peuple suisse a rejeté massivement l'initiative avec 70.7% des voix. La principale raison de ce résultat est la suivante⁵⁴ : pendant les cinq années qui se sont écoulées entre le lancement de l'initiative et la votation, le contexte de la politique de la drogue a évolué rapidement. En effet, les éléments les plus choquants pour l'opinion publique et les plus médiatisés, à savoir les scènes ouvertes, avaient été toutes fermées (en février 1995 pour le *Letten*). De plus, les principaux indicateurs de gravité liés à la consommation de drogues dites dures (partage de seringues, taux de toxicomanes séropositifs) avaient subi une stabilisation, voir même une diminution. Cela dit, le résultat issu des urnes peut s'expliquer par le fait que la majorité du peuple a été sensible aux arguments du Conseil fédéral qui jugeait l'initiative de trop restrictive, mal adaptée aux problèmes de la toxicomanie et de contre-productive⁵⁵.

5.5.2. Pour une politique raisonnable en matière de drogue - Droleg

L'initiative "Pour une politique raisonnable en matière de drogue", aussi appelée "Droleg", a été lancée le 18 mai 1993 et déposée à la Chancellerie fédérale le 9 novembre 1994. Les promoteurs étaient issus de plusieurs associations telles que le *Verband Sucht- und Drogenfachleute Deutschweiz*, les Juristes démocrates et le Secours Sida suisse. Au niveau des partis politiques, seules les verts et la gauche l'ont soutenue.

Cette initiative se situait dans une ligne de pensée complètement opposée à celle de "Jeunesse sans drogue". En effet, les auteurs critiquaient les méthodes répressives et prohibitionnistes, qui selon eux, étaient les causes principales de la situation de

⁵⁴ BERGMAN M., MARQUIS L., WISLER D., Analyse des votations fédérales du 28 septembre 1997, *VOX*, n°62, Berne/Genève, Décembre 1997, p. 20.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 36.

l'époque. Face à la criminalité croissante, à la misère des toxicomanes et aux décès dus à la drogue, ainsi qu'à l'explosion des coûts dans les secteurs de la police, de la justice, de la santé et des assurances sociales, le comité d'initiative voulait, par des mesures ancrées dans la constitution, faire table rase de la mafia de la drogue.

Les objectifs principaux de l'initiative étaient les suivants :

- La dépénalisation de la consommation, ainsi que de la culture, de l'acquisition et de la possession de stupéfiants destinés à la consommation personnelle.
- L'institution d'un monopole d'Etat qui, par un système de concessions, aurait autorisé la culture, la fabrication et le commerce de stupéfiants et, par des interdictions de publicité et par une information sur les produits, aurait dissuadé les personnes à risque de s'adonner à la drogue.
- La remise sans ordonnance de stupéfiants consommés à des fins non médicales.
- L'imposition fiscale des stupéfiants, les recettes nettes auraient du être réparties par moitié entre la Confédération et les cantons, une part devaient être affectée à la prévention de l'abus de stupéfiants, à la recherche sur ses causes et à l'atténuation de ses effets.

Lors de la votation du 29 novembre 1998, cette initiative a été rejetée avec 73.9% des voix contraires. L'explication d'un tel refus sont multiples. Tout d'abord, il faut souligner que les maigres ressources politiques et budgétaires des initiants ne laissaient pas présager un succès aux urnes. En outre, si les résultats de "Jeunesse sans drogue" ont marqué l'échec d'une politique répressive en matière de drogue, leurs analyse a montré qu'une libéralisation de la consommation de drogue n'était pas en mesure de dégager une majorité devant le peuple, ce qui a été le cas lors de la votation sur l'initiative "Droleg". Les arguments exprimés par le Conseil fédéral sur le sujet ont été beaucoup plus efficaces et décisifs que ceux des initiants au point qu'ils ont constitué les motifs principaux expliquant le rejet de l'initiative par le peuple : crainte face à un processus de libéralisation aux conséquences incertaines, peur d'une augmentation de la consommation des stupéfiants et d'un approvisionnement de drogue en Suisse par des étrangers⁵⁶.

⁵⁶ LACHAT R., MARQUIS L., WISLER D., Analyse des votations fédérales du 29 novembre 1998, VOX, n°65, Berne/Genève, Février 1999

5.5.3. La position du Conseil fédéral

L'acceptation par le peuple de l'initiative "Jeunesse sans drogue" aurait obligé le Conseil fédéral à repenser sa politique en matière de drogue mise en œuvre depuis 1991. En effet, de nombreuses mesures telles que la réduction des risques et l'aide à la survie pour les toxicomanes, de même que les traitements de substitution avec la méthadone et ceux à base d'héroïne auraient dû être interrompus, mettant ainsi en danger la prise en charge de nombreux consommateurs de drogue.

En outre, il aurait fallu instituer, aux frais de l'Etat, des nouvelles places de thérapie résidentielle et renforcer la répression entraînant ainsi, selon les experts, une augmentation des coûts : de 1 milliard ils seraient passés à 2 milliards de francs par an.

Dans le même sens, l'acceptation de "Droleg" aurait entraîné des importants changements non seulement sur le plan national mais aussi international, car le projet des initiants était contraire aux principes contenus dans les conventions des Nations Unies de 1961, 1971 et 1972, auxquelles la Suisse a adhéré, et la signature de la convention de 1988 aurait été compromise.

Les économistes prévoient une baisse globale des coûts engendrés dans le domaine de la drogue, bien qu'il était impossible de chiffrer les économies qu'aurait pu causer l'acceptation de l'initiative "Droleg".

De plus, d'après les experts, le marché noir, tel qu'on le connaît aujourd'hui, aurait pu être remplacé par un autre type de marché : les personnes résidentes en Suisse auraient eu la possibilité de se procurer légalement les substances stupéfiantes de très bonne qualité, pour ensuite les revendre à l'étranger.

Dès le début, le Conseil fédéral et le Parlement ont considéré que les deux initiatives populaires étaient trop radicales et ont recommandé de les rejeter : "Le Conseil fédéral estime les deux initiatives par trop unilatérales, l'une parce qu'elle restreint excessivement sa marge de manœuvre en matière de politique de la drogue, l'autre parce qu'elle est axée exclusivement sur la libéralisation. Le Conseil fédéral tient à garder une certaine liberté d'action pour l'avenir et à procéder, si besoin est, aux adaptations nécessaires par voie législative"⁵⁷.

⁵⁷ CF, Message relatif aux initiatives populaires "Jeunesse sans drogue" et "Pour une politique raisonnable en matière de drogue (initiative Droleg) ", du 19 juin 1995, p. 45.

Le rejet des deux initiatives par la population suisse a revêtu une grande importance aux yeux du gouvernement, car les citoyens, par leur vote, ont reconnu l'efficacité de la politique fédérale en matière de drogue en légitimant ainsi l'action du Conseil fédéral.

6. La prescription de stupéfiants sous contrôle médical

6.1. D'une stratégie locale à une politique nationale

Au tournant de cette décennie, la Suisse se trouvait confrontée à une aggravation de la situation due principalement à une augmentation de décès à cause d'overdose, à une détérioration de l'état de santé des toxicomanes, à la propagation du HIV et des hépatites, l'échec des thérapies traditionnelles chez les personnes gravement dépendantes. A ces problèmes d'ordre sanitaire, s'ajoutaient l'exclusion et la misère des toxicomanes, ainsi que la violence et la criminalité se développant dans le milieu de la drogue, qui allaient alimenter les préoccupations de la population et des autorités politiques suisses.

Les différents intervenants dans le domaine de la drogue se sont aperçus que, au-delà des efforts déployés dans le secteur de la prise en charge (14'000 programmes de méthadone orale en 1995, environ 1'750 places de traitement stationnaire en 1997), les thérapies existantes n'arrivaient à toucher qu'une partie des 30'000 toxicomanes estimés en Suisse (environ 10%). Plus exactement, c'étaient les consommateurs à la marge de la société et qui cumulaient les problèmes de santé les plus graves qu'on ne parvenait pas à traiter.

A la base de cette situation, on a attribué plusieurs causes : les excès du dispositif répressif, l'apparition du HIV/sida, l'absence d'une véritable politique nationale en matière de drogue. En effet, sur ce dernier aspect, tout au long des années quatre-vingts, les autorités cantonales et les communes urbaines étaient particulièrement actives dans le développement de leur propre politique en matière de drogue. Par conséquent, les divergences entre les régions et entre les villes augmentaient en Suisse.

C'est surtout au tournant de la décennie que les différences ont commencé à être plus prononcées, lorsque des acteurs politiques locaux et les institutions privées en contact avec les toxicomanes de quelques villes alémaniques, en particulier Berne et Zurich, se sont engagés dans une politique orientée vers la réduction des risques et l'aide à la survie. Ces politiques comprenaient la distribution de seringues stériles, la tolérance des scènes ouvertes de la drogue, la prescription de méthadone à grande envergure et l'aménagement de locaux d'injection.

Sur cette orientation, en 1989, le parlement communal de Zurich a exigé la prescription médicale d'héroïne pour les toxicomanes gravement dépendants. Sa pression continue sur le gouvernement national a été par la suite renforcée lorsque les cantons de Soleure et de Berne ont adopté des initiatives politiques similaires.

Ainsi, au début des années quatre-vingt-dix, des unités politiques régionales ont développé des stratégies spécifiques orientées vers une approche médicale visant la réduction des risques, au détriment de celles répressives.

Il faut relever que les villes qui soutenaient la mise en œuvre du programme de prescription médicale d'héroïne étaient aussi les plus aptes à réaliser les expériences.

Cela dit, une question nous vient à l'esprit : quels sont les facteurs qui déterminent les orientations, répressives ou médicales, des politiques cantonales en matière de toxicomanie ?

Pour répondre à cette interrogation, nous allons nous baser sur trois hypothèses formulées et validées par le Professeur Manuel Eisner⁵⁸:

1. Approche de l'apprentissage collectif

Selon ce modèle d'action publique, l'empressement à expérimenter des politiques innovatrices découle de l'ampleur des problèmes de la drogue comme les scènes ouvertes, la mortalité des consommateurs, la délinquance et la surcharge du système judiciaire. Etant donné que la répression a été un paradigme dominant de la politique dans ce domaine jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, les acteurs politiques dans les régions surchargées de problèmes étaient plus disposés à évaluer et les cas échéant à adopter des stratégies alternatives telle que la politique de réduction des risques prévoyant notamment la prescription médicale de stupéfiants.

Cette approche représente la principale variable explicative pour un degré bas de répression.

2. Approche culturaliste

⁵⁸ EISNER M., "Déterminants de la politique suisse en matière de drogue. L'exemple du programme de prescription d'héroïne", Déviance et société, Vol.23, No 2, 1999, pp 196-198.

Cette approche présume que des caractéristiques culturelles générales ont une influence sur les préférences politiques dans le domaine de la drogue. En ce sens, la structure plurilinguistique de la Suisse revêt une importance particulière au niveau de la répression, puisque chaque région semble être fortement influencée par la culture politique du pays voisin respectif. En effet, la France est plus répressive que l'Allemagne en matière de drogue, et, en effet, on retrouve les mêmes tendances dans les régions suisses correspondantes⁵⁹.

3. Perspective machiavélique

Dans ce cas, le pouvoir relatif des coalitions politiques favorisent une stratégie moins répressive dans une région donnée. Dans le contexte suisse, sont principalement les représentants des partis socialiste, écologiste et libéral qui s'engagent pour une politique de réduction des risques. Leur influence politique locale cumulée permet de dépasser les frontières cantonales en exerçant aussi une pression importante même au niveau national.

D'après l'étude du Professeur Eisner, il en sort que ces trois variables expliquent à elles seules 64% de la variance du degré de répression et chacune d'entre elles a un effet statistiquement significatif. Par ailleurs, des indicateurs tels que l'inégalité des revenus, le taux de chômage et le degré d'urbanisation n'ont pas d'effet sur le niveau de répression exercé dans une certaine région.

Cela étant, au début des années quatre-vingt-dix, un consensus politique fondé sur moins de répression contre les consommateurs de stupéfiants optant plutôt pour la réduction des risques s'est développé, surtout, dans les cantons alémaniques avec des problèmes de drogue particulièrement graves et avec des partis libéraux ou de gauche fortement représentés.

Sur le plan national, les acteurs politiques ont été initialement réticents à la perspective d'un engagement plus important en matière de drogue, mais considérée la situation problématique et la pression des communes alémaniques, leur intervention a été inévitable. En 1989, l'OFSP a confié à la Doctoresse Annie Mino⁶⁰

⁵⁹ Cette approche, même si elle n'est pas complètement démunie de fondement, ne peut pour autant pas expliquer le fait que d'autres cantons alémaniques ne prescrivent pas l'héroïne, ainsi que l'"exception" genevoise en Suisse romande.

⁶⁰ La Dr Annie Mino a occupé le poste de médecin-chef de la division d'abus de substances des Hôpitaux universitaires de Genève de 1981 à 1998. Depuis le 1^{er} mars 1999, elle est à la tête de la

de Genève la responsabilité de rédiger une expertise portant sur l'actualisation des connaissances scientifiques acquises depuis les années vingt aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, en matière de prescription contrôlée de stupéfiants.

Le rapport, publié en 1990, recommandait un petit programme expérimental avec 10 à 15 participants afin d'analyser les effets de la prescription d'héroïne.

Le Conseil fédéral s'est prononcé, en février 1991, en faveur de la prescription sous contrôle médical d'autres stupéfiants que la méthadone administrée par voie orale (morphine et méthadone injectable) et, malgré les avis favorables de la Doctoresse Mino et des autres experts, il restait encore sceptique vis-à-vis de la prescription médicale d'héroïne. Cette position hostile est apparue dans la première version de "l'ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes", soumise à consultation en janvier 1992 auprès des différents organes concernés. Cependant, en avril de la même année, Flavio Cotti, alors chef du Département fédéral de l'Intérieur, changeait d'opinion en donnant le feu vert aux premières expérimentations de prescription d'héroïne, qui prévoyait 5 groupes de respectivement 50 personnes. Dans ce sens, le Conseil fédéral a arrêté, le 21 octobre 1992, l'ordonnance qui contenait notamment les directives relatives à cette expérimentation, valable jusqu'au 31 décembre 1996. Sur le plan juridique, l'ordonnance reposait sur l'art. 8 al. 5, 15c et 30 de la LStup (Annexe 2).

Pour expliquer le revirement du Conseil fédéral en matière de prescription médicale d'héroïne, le Professeur Eisner décèle trois facteurs :

- Une majorité des acteurs politiques invités à prendre officiellement position par rapport à la première version de l'ordonnance du Conseil fédéral ont clairement approuvé des projets de prescription d'héroïne.
- Le principal parti national non-socialiste (le parti radical) avait entre temps décidé de soutenir ce type de projet.
- La première tentative de fermeture de la très grande scène ouverte de la drogue zurichoise avait échoué en février 1992, créant ainsi une forte pression pour des mesures innovatrices.

De plus, le processus d'ouverture vers une politique innovante en matière de drogue doit être en grande partie attribué à la composition des groupes d'experts consultés par les autorités fédérales. En effet, en analysant l'affiliation professionnelle des membres de quelques commissions nationales importantes, deux éléments méritent une attention particulière⁶¹ :

- Près de la moitié des experts sont des médecins ou pharmaciens, ce qui suggère que l'approche médicale des problèmes de drogue tend à s'imposer au détriment d'une politique répressive.
- Les représentants de la police, laquelle préfère une politique axée sur la répression, sont quasiment absents de ces commissions (4%), ce qui suggère que les groupes favorisant la répression n'ont que peu d'influence à ce niveau.

En complément à ce dernier point, nous ajoutons que, en général, les partisans d'une approche plus répressive n'ont quasiment pas été représentés dans le réseau central de groupes d'experts. Ainsi, leurs arguments n'ont pas obtenu qu'un faible soutien.

6.2. Le programme de recherche de prescription médicale de stupéfiants

Le programme de recherche de prescription médicale de stupéfiants PROVE (*PROjekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln*), démarré en 1994, s'inscrivait dans le vaste programme de recherche de l'OFSP en vue de réduire les problèmes liés à la consommation de drogues illégales. Il se composait d'études pharmacologiques, épidémiologiques, étiologiques, évaluatives, cliniques, sociétales et entendait stimuler la recherche novatrice. En effet, "on s'efforce continuellement de chercher des voies pour mettre en œuvre les nouvelles trouvailles et les transformer en interventions. En retour, on ne cesse jamais de soulever de nouvelles questions, soit pour évaluer, soit pour mieux comprendre. [...] Un volume de recherches relativement considérable est nécessaire pour établir une base large de connaissances actuelles en vue de l'action, et qu'il ne faut jamais trop attendre d'une seule étude, aussi bonne soit-elle"⁶².

⁶¹ EISNER M., EISNER M., "Déterminants de la politique suisse en matière de drogue. L'exemple du programme de prescription d'héroïne", *Déviante et société*, Genève, Editions Médecine et Hygiène, Vol.23, No 2, 1999, p. 199.

Les projets de prescription médicale de stupéfiants, se définissaient comme des essais scientifiques ayant pour objectif de déterminer de nouvelles approches pour le traitement des toxicomanes. Ils se proposaient notamment d'examiner si la prescription médicale d'héroïne, de morphine et de méthadone par voie intraveineuse permettaient d'améliorer l'état de santé⁶³ des toxicomanes chez lesquels d'autres thérapies avaient échoué ou dont l'état de santé ne permettait pas d'autres types de traitement. Le projet PROVE a été examiné de manière rigoureuse par la Commission supra-régionale d'éthique de l'Académie suisse des sciences médicales, qui avait conclu qu'il était admissible sur le plan éthique.

Au moment du démarrage du programme, 700 personnes étaient réparties dans 5 divers types d'essais : 250 pour l'héroïne, 250 pour la morphine et 200 pour la méthadone par voie intraveineuse (i.v.).

Concrètement, le programme PROVE avait pour but d'examiner :

- Le mode d'action des divers stupéfiants.
- Les effets sur la condition physique et/ou psychique.
- Les conséquences sur l'intégration sociale des personnes traitées (capacité à travailler, distanciation par rapport au milieu de la drogue, diminution de la délinquance et augmentation du sens des responsabilités face au risque d'infection par HIV).
- L'accès à l'abstinence.
- L'adéquation de ce traitement pour les toxicomanes pour lesquels d'autres thérapies ont échoué.
- L'efficacité de ce type de traitement en comparaison avec les thérapies déjà existantes.

Le tableau qui suit, résume les étapes des objectifs thérapeutiques⁶⁴ :

Objectif primaire	Atteindre les individus du groupe-cible
Objectif secondaire	Les retenir pour une durée de traitement suffisante. Empêcher les interruptions de traitement.

⁶² OFSP, Recherches de l'OFSP en matière de dépendances, 1993 - 1996, Berne, mai 1997, p. 389.

⁶³ Par "état de santé" il faut comprendre l'état somatique et psychique ainsi que la situation sociale du patient.

⁶⁴ UCHTENHAGEN A. (dir.), Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport de synthèse, Zurich, juin 1997, p. 13.

Objectifs tertiaires	Les inciter à renoncer aux substances non-prescrites (avec ou sans substitution). Améliorer leur état de santé. Leur permettre de retrouver la capacité d'exercer une fonction lucrative. Les faire renoncer à la délinquance.
Objectif final	Leur permettre d'atteindre une abstinence durable.

Ce tableau récapitulatif nous inspire un commentaire, surtout au sujet de l'objectif final. Il faut préciser, en effet, que le programme de recherche sur la prescription de stupéfiants a été conçu initialement comme faisant partie du pilier de l'aide à la survie plutôt que du traitement, car il s'agissait avant tout d'atteindre les toxicomanes les plus gravement dépendants. Les essais, donc, cherchaient à intégrer ces sujets dans le circuit de la prise en charge pour améliorer leur état de santé physique et psychique pour ensuite les orienter vers un traitement visant l'abstinence.

Afin de garantir la scientificité du programme, permettant ainsi une évaluation et une comparabilité optimales des résultats des différents projets, l'OFSP a édicté des directives précises que tous les projets devaient respecter et que nous présentons dans le chapitre qui suit.

6.2.1. Le plan global de recherche

Les conditions cadre d'exécution du programme étaient consignées dans le plan de recherche⁶⁵ du 1er novembre 1993, fondé sur l'ordonnance du Conseil fédéral du 21 octobre 1992. Elles avaient pour mission de définir clairement tous les questions inhérentes aux essais.

1. La recherche

Indépendamment de leur mission de prise en charge, ces essais entendaient répondre à toute une série de questions d'intérêt prioritaire pour la recherche, touchant les domaines suivants : médecine somatique, psychiatrie, style de vie et intégration sociale des patients, toxicodépendance, pharmacologie et toxicologie des substances prescrites et leurs possibilités d'application thérapeutique, faisabilité des divers projets et formes de prescription.

⁶⁵ OFSP, La prescription de stupéfiants sous contrôle médical. Recueil d'études et d'expériences,

Le protocole de recherche visait aussi à explorer la rentabilité de chaque projet et de chaque forme de prescription par une analyse coûts-utilité.

Dans ce cadre, une évaluation finale de tous les essais pilotes était prévue : analyse de la faisabilité, de l'efficacité et de la rentabilité à l'aide de données récoltées provenant de tous les essais et comparées directement aux groupes de contrôle provenant des programmes de méthadone.

2. Les projets

Afin de garantir la scientificité des projets mis en œuvre, le respect de certaines conditions communes était indispensable. Ces conditions portaient sur les critères d'admission des patients, sur l'offre de la prise en charge, la saisie des données ainsi que la facilité de la surveillance et du contrôle. Les projets qui ne pouvaient pas satisfaire ces exigences étaient écartés.

Les critères d'admission, que tout patient devait remplir pour accéder à un projet, étaient les suivants :

- Avoir au moins 20 ans.
- Etre héroïnomanie avéré depuis au moins 2 ans et consommer de l'héroïne quotidiennement en général.
- Présenter des effets néfastes dus à la consommation d'héroïne (dans le domaine sanitaire et/ou social).
- Avoir échoué dans au moins deux essais de thérapie appropriés (interruption, rechute malgré la thérapie) ou ne pas pouvoir, pour des raisons établies, être retenu dans un autre programme thérapeutique.

Sous ce paragraphe, le protocole de recherche mentionnait aussi les critères d'exclusion des patients, l'exigence d'une prise en charge interdisciplinaire (notamment médicale et psychosociale), la méthode de saisie des données.

3. L'évaluation

L'évaluation des divers projets et du projet d'ensemble était organisée de manière uniforme et sur des bases scientifiques. Tous les projets devaient se plier au même protocole de saisie des données, afin de garantir leur

comparabilité. Pour la réalisation de l'évaluation, l'OFSP a mis en place une équipe d'experts, dont l'activité a été accompagnée par un comité d'experts interdisciplinaire.

4. Structuration des essais

Pour garantir une évaluation scientifique des essais, ceux-ci devaient présenter une certaine structuration. A ce propos, le tableau qui suit illustre les cinq structures mises en place.

Groupe	Objectifs	Substances	Design	Comparaison avec
1	Effets spécifiques de l'héroïne comparés à ceux de la morphine	Héroïne i.v. Morphine i.v.	Distribution aléatoire (double-aveugle) ⁶⁶	Méthadone par voie orale
2	Différences spécifiques des substances sans prise en compte des facteurs individuels	Héroïne i.v. Morphine i.v. Méthadone i.v.	Distribution aléatoire	Groupes 3 et 4 Méthadone par voie orale
3	Facteurs liés au contexte	Héroïne i.v. Morphine i.v. Méthadone i.v.	Répartition par régions Prescriptions individuelles	Groupe 2 Méthadone par voie orale
4	Différences spécifiques des substances et facteurs individuels	Héroïne i.v. Morphine i.v. Méthadone i.v.	Prescriptions individuelles	Groupe 2 Méthadone par voie orale
5	Effets des programmes spécifiques pour les femmes	Héroïne i.v. Morphine i.v. Méthadone i.v.	Prescriptions individuelles	Femmes participant à d'autres projets de prescription de méthadone par voie orale

Pour ces cinq types, des comparaisons étaient en outre prévues entre les groupes d'essais et des groupes de référence, notamment provenant de programmes de méthadone.

Dans le plan de recherche adopté par l'OFSP, des indications inhérentes à la réalisation des essais étaient également précisées, portant notamment sur la durée, la convention de traitement, l'établissement de protocoles, les stupéfiants autorisés, les formes d'administration des stupéfiants, etc.

⁶⁶ Dans un tel essai, ni les participants, ni les thérapeutes ne savaient qui recevait quelle substance.

Ces dispositions avaient pour mission de définir la ligne de conduite des essais tout au long de leur durée, soit pendant la période allant du 1^{er} janvier 1994 au 31 décembre 1996.

Par ailleurs, des modifications à l'ordonnance de 1992 s'étaient rendues nécessaires en cours de réalisation du programme de prescription des stupéfiants. En effet, le 3 octobre 1994, le Conseil fédéral a apporté des changements à l'article 11⁶⁷, relatif à l'ampleur des essais : "Le nombre de sujets participant aux essais est déterminé en fonction des dispositions propres à chaque essai; il sera adapté aux conditions locales et aux possibilités de surveillance, de prise en charge et d'évaluation". Dès lors, le nombre des patients n'était plus limité à 700 et pouvait donc être augmenté. En effet, en 1995, le gouvernement suisse a pris des dispositions dans ce sens :

	30 janvier	24 mai
Morphine i.v.	100	100
Méthadone i.v.	100	100
Héroïne	500	800
Total	700	1000

L'attribution de nouvelles places de traitement d'héroïne se justifiait par le fait que cette substance suscitait peu d'effets secondaires désagréables (contrairement à la morphine et à la méthadone qui impliquaient, notamment, un durcissement des veines), qu'elle était très bien acceptée, à différence des autres substances, et que l'absence de surdoses permettait un bon jugement de la sécurité.

De plus, l'augmentation du nombre de prescriptions d'héroïne permettait d'analyser de manière nuancée et pertinente les résultats selon des sous-catégories (par exemple selon les classes d'âge, le sexe, les habitudes de dépendance, etc.), mais aussi des études supplémentaires portant sur les aspects cliniques et sociaux.

De ce fait, l'OFSP a rédigé un nouveau plan global de recherche, qui définissait notamment les directives, les nouvelles questions à explorer et celles qui devaient être approfondies.

⁶⁷ Dans l'ordonnance de 1992, cet article prévoyait que le nombre de volontaires devait se limiter à 50 toxicomanes par essai, et les projets portant sur la prescription d'héroïne à 5.

En février 1996, l'ordonnance a subi un autre changement. Le Conseil fédéral, en effet, a décidé de proroger sa durée de 2 ans, soit jusqu'au 31 décembre 1998, afin de donner la possibilité aux personnes recevant de l'héroïne de poursuivre leur traitement.

6.2.2. Les projets

Les requêtes pour l'admission des essais dans le projet global devaient être soumises à l'OFSP par le biais d'un formulaire officiel et accompagnées d'une documentation détaillée comprenant les éléments suivants :

- La conduite des essais (isolés ou intégrés avec des programmes déjà existants à base de méthadone).
- Les examens médicaux des candidats (anamnèse complète, contrôle médical complet, examen de la santé psychique).
- Le contrat thérapeutique avec les patients stipulant clairement les droits et les devoirs des deux parties.
- Le protocole d'évaluation sous forme standardisé ainsi que sous forme personnalisée.
- L'indication des stupéfiants prescrits.
- La forme d'administration du produit (par voie orale, intraveineuse ou par inhalation).
- Le justificatif d'une assurance responsabilité civile pour les patients.

De plus, le formulaire devait indiquer :

- Le lieu.
- Le budget.
- Les ressources à disposition.
- La durée prévue de l'essai.
- L'organisation pratique.
- Les autorisations cantonales nécessaires.
- La prise de position du canton.
- L'expertise de la commission d'éthique.

Toutes les requêtes pouvaient être formulées par des institutions qui possédaient déjà les capacités d'accueil, l'expérience et les compétences nécessaires dans le domaine du traitement oral à base de méthadone. Cependant, si le projet visait la prescription d'héroïne, il fallait déposer une demande spécifique pour les cas d'exception. En effet, si les traitements de substitution à base de méthadone et de morphine ne posent pas de problèmes légaux, car les médecins ont le droit de les dispenser dans les limites que justifie l'exercice, conforme aux prescriptions, de leur profession (art. 9 al 1 LStup) et dans la mesure admise par la science (art. 11 al. 1 LStup), l'héroïne présente une situation différente. L'héroïne fait partie des stupéfiants qui ne peuvent en principe pas être mis en circulation (art.8 al.1 LStup), mais l'OFSP peut accorder des autorisations exceptionnelles dans la mesure où cette substance est utilisée à des fins scientifiques ou destinée à une application médicale limitée (art. 8 al.5 LStup).

Au-delà de la responsabilité de l'OFSP dans la définition du cadre général du projet, les cantons participants et leurs autorités sanitaires devaient se charger de l'intégration des essais dans le système de traitement local, de régler les aspects d'exploitation et de vérifier dans quelle mesure les essais étaient tolérés dans leur environnement.

Les conditions que nous venons de citer ont conduit 17 centres de traitement à participer au projet PROVE, sur un total de 21 demandes adressées à l'OFSP. La prescription médicale de stupéfiants s'est déroulée dans des policliniques à Bâle, Berne, Bienne, Fribourg, Genève, Horgen, Lucerne, Olten, St Gall, Thoune, Wetzikon, Winterthur, Zoug et Zurich (3 centres); à l'exception d'un établissement pénitentiaire à Soleure.

6.2.3. Les résultats⁶⁸

Les résultats du projet PROVE se réfèrent à la période allant de janvier 1994 à décembre 1996, au cours de laquelle 1146 patients ont participé aux essais. Lors de l'évaluation du projet, les données prises en compte portaient sur deux cohortes de patients : la première comprenait ceux entrés dans le programme jusqu'au 31 mars 1995, tandis que la deuxième ceux qui étaient entrés entre le 1^{er} avril 1995 et le 30

⁶⁸ UCHTENHAGEN A. (dir.), Essais de prescription médicale de stupéfiants. Résumé du rapport de

juin 1996. L'âge moyen des toxicomanes était de 30 ans, dont une dizaine caractérisée par la consommation de différents stupéfiants (héroïne, benzodiazépines, alcool, cannabis). La plupart d'entre eux avait déjà suivi plusieurs traitements (surtout à la méthadone) sans succès, et ils présentaient un mauvais état somatique et psychique.

Ici de suite, nous allons exposer les principaux résultats obtenus au terme de la période prise en compte concernant les substances, les patients et les essais.

1. Les substances prescrites⁶⁹

- En ce qui concerne la prescription d'héroïne injectable, les possibilités de recrutement des patients, la durée de participation au traitement (taux de maintien) et le respect des modalités du traitement (compliance) ont été meilleurs par rapport à la prescription de morphine et de méthadone injectables.
- La morphine et la méthadone se sont révélées utilisables dans une mesure limitée; l'héroïne s'est révélée mieux appropriée aussi en raison des effets secondaires moindres qu'elle provoque.
- Aucune contre-indication absolue à la prescription d'héroïne n'a été constatée; seules des précautions particulières pour les patients épileptiques ont été jugées nécessaires.
- Parmi les différents modes de prescription d'héroïne, les cigarettes ont été jugées inefficaces (90% de l'héroïne part en fumée) et peuvent être remplacées par d'autres formes non injectables.

2. Les patients

Groupe cible

- Les essais ont permis, mieux que d'autres traitements, d'atteindre le groupe cible, à savoir les consommateurs chroniques d'héroïne, ayant fait plusieurs tentatives de traitement sans succès et présentant des déficits manifestes sur le plan sanitaire et social.

synthèse, Zurich, 10 juillet 1997, pp 5-11.

⁶⁹ L'Annexe 7 montre la répartition des substances prescrites pendant les essais PROVE et leurs aspects pharmaceutiques.

- Avant d'entrer dans les essais, les patients qui étaient sous traitement à la méthadone consommaient parallèlement de grandes quantités d'héroïne illégale.

Evolution de l'état de santé

- Les améliorations de l'état physique induites par le traitement à l'héroïne se sont maintenues, voire accentuées au cours de la période d'observation d'une année et demie (sur le plan somatique cela concernait notamment l'état général et nutritionnel ainsi que les maladies cutanées liées aux injections).
- Sur le plan psychiatrique, ce sont surtout les états dépressifs et d'anxiété et les troubles paranoïdes qui ont régressé de manière continue.
- La plupart des infections préexistantes par le HIV ont pu faire l'objet d'un traitement adéquat, de même que les autres maladies infectieuses manifestes.
- Pendant les essais, des cas d'infection sont apparus: 3 par le HIV, 4 par le virus de l'hépatite B et 5 par le virus de l'hépatite C. La probabilité est très grande que ces infections étaient la conséquence de l'injection de stupéfiants (cocaïne) en dehors des essais.
- Les grossesses et les naissances survenues pendant la durée des essais se sont déroulées normalement, avec l'encadrement adéquat, à l'exception d'une interruption spontanée de grossesse lors d'un sevrage d'héroïne; aucun indice de déficits de développement n'a été constaté chez les nouveau-nés.

Comportement additif

- La consommation illégale d'héroïne et de cocaïne a rapidement et nettement régressé, tandis que celle de benzodiazépines n'a diminué que lentement et que celle d'alcool et de cannabis n'a pour ainsi dire baissé.
- Chez une minorité de patients la poursuite, après 18 mois de traitement, de la consommation régulière de cocaïne (5% des patients) et de benzodiazépines (9% des patients) a posé un problème thérapeutique difficile à gérer.

Intégration sociale

- Les conditions de logement des patients se sont rapidement améliorées et stabilisées (plus aucun sans-abri).

- L'aptitude à travailler s'est nettement améliorée; le nombre de patients ayant un emploi fixe a plus que doublé (de 14% à 32%) alors que celui des chômeurs a baissé de plus de la moitié (de 44% à 20%); les autres patients vivaient de rentes ou d'emplois irréguliers ou s'occupaient des tâches ménagères.
- Les patients ont réduit leurs dettes de manière continue et dans une mesure considérable pendant la durée du traitement.
- Un tiers des patients qui étaient sous tutelle à l'entrée dans les essais n'ont plus eu besoin d'aide, tandis que d'autres sont tombés dans l'assistance parce qu'ils n'avaient plus de revenu provenant de sources illégales.
- Les contacts avec les autres toxicomanes et la scène de la drogue ont massivement diminué, mais n'ont été qu'insuffisamment remplacés par de nouveaux contacts sociaux.

Délinquance

- Les revenus provenant d'activités illicites ont drastiquement diminué; 10% des patients pratiquaient encore ce genre d'activités, alors qu'ils étaient 69% au départ.
- Tant le nombre de patients délinquants que celui de délits commis ont baissé d'environ 60% déjà pendant les six premiers mois du traitement.
- Le nombre de condamnations pénales a baissé en conséquence.

3. Taux de maintien

Dès le début, ou après quelques mois de traitement, on a constaté des améliorations générales chez les patients participant aux essais. Le taux de maintien dans les essais, soit 89% après six mois et 69% après 18 mois, peut être considéré comme très élevé par rapport aux taux relevés dans les autres programmes de traitement d'héroïnomanes.

Arrêts du traitement

Une analyse des personnes qui ont quitté les essais (sorties) a permis de constater ce qui suit :

- Plus de la moitié d'entre elles ont opté pour un autre type de traitement.

- A la fin de 1996, 83 personnes au total ont décidé de se sortir de la dépendance à l'héroïne et étaient passées à un traitement axé sur l'abstinence. La probabilité qu'un patient opte pour un tel traitement augmente avec la durée de sa participation dans les essais.
- Plus le traitement dure, plus le nombre d'arrêts et d'exclusions diminue.
- Comme les patients atteints de maladies somatiques graves, notamment du sida, sont hospitalisés, ces cas sont sur représentés dans la statistique des sorties.
- Les améliorations de la situation sociale intervenues au cours du traitement subsistent pendant au moins six mois, que le patient continue ou non de suivre un traitement.
- La consommation de drogues illégales a augmenté quelque peu après l'interruption du traitement, tout en restant inférieure au niveau de départ; il en va de même des contacts avec la scène de la drogue et des revenus illicites.
- A la fin de 1996, on a enregistré 36 décès sur les 1146 participants aux essais.
- 17 décès sont dus au sida et à d'autres maladies infectieuses; les surdoses de stupéfiants non prescrits, le suicide et les accidents sont les autres causes de décès. Aucun cas de surdose mortelle n'a été enregistré dans les essais mêmes.
- Avec 1% par année dans l'ensemble de la cohorte, le taux de mortalité se situe à la limite inférieure de ce que l'on connaît dans d'autres études sur des traitements d'héroïnomanes (0.7 à 2.6% par année), cela en dépit du fait que la santé des patients était fortement mise à contribution; la mortalité est nettement plus élevée chez les héroïnomanes ne suivant pas de traitement.

4. Les centres de traitement

- Au début, les problèmes financiers, de recrutement des patients et d'organisation ont été assez prédominants.
- Les centres de distribution et de traitement de la seconde série ont eu nettement moins de difficultés car ils ont profité des expériences faites par ceux de la première série.
- Le voisinage n'a pas eu à subir, sinon passagèrement, de désagréments notables.

- Les problèmes de sécurité (stockage et contrôle des stupéfiants, protection contre les vols, etc.) ont pu être résolus de manière satisfaisante.
- Un risque de surdose existait chez les patients ayant une forte consommation parallèle de stupéfiants; les mesures de précaution qui ont été prises ont permis de prévenir des cas mortels de surdose.

Prescription d'héroïne dans les policliniques dispensant des traitements à la méthadone

Les expériences faites dans trois policliniques ont montré que les problèmes qui se posent peuvent être résolus et que la prescription d'héroïne est tout à fait réalisable dans des policliniques polyvalentes.

Prescription d'héroïne en milieu carcéral

L'essai pilote de prescription d'héroïne en milieu carcéral a montré, au-delà de quelques aménagements, des aspects positifs.

6.2.4. L'analyse économique du projet PROVE⁷⁰

Lors de la présentation du plan global de recherche, nous avons vu que l'OFSP avait notamment mentionné sa volonté d'évaluer les essais sous le point de vue de leur rentabilité. Globalement, le but était de savoir dans quelle mesure les nouveaux types de traitement mis en place sont plus efficaces par rapport à ceux déjà existant et quel était leur impact économique au niveau des coûts engendrés par la toxicomanie.

Nous estimons que la prise en compte de ces données nous servira, plus loin, pour la validation ou l'invalidation de notre hypothèse de travail. Dans ce sens, nous allons procéder, ci-dessous, à la présentation des principaux résultats "économiques" obtenus lors de l'évaluation du projet PROVE.

Coûts et institutions responsables

Une étude effectuée en 1995, avait pour objectif de calculer les coûts directs, les frais du personnel, les dépenses de matériel ainsi que le coût total par personne et

⁷⁰ UCHTENHAGEN A. (dir.), Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport de synthèse, Zurich, juin 1997, pp 110-119.

par jour dans chacun des sept centres de traitements pris en compte (ceux de la première série).

Les résultats qui y sont relatifs, se distinguent entre eux par l'offre de prestations, l'envergure du projet et les institutions responsables. Les coûts varient par ailleurs selon le niveau de développement des centres de traitement.

- Les **coûts directs** de matériel médical, des stupéfiants prescrits et des prestations médicales de tiers, telles que les analyses de laboratoire, s'élevaient en moyenne à **9.01 francs** et variaient de 6.13 (petits projets) à 12.75 francs (projets moyens). Ces écarts sont dus à la nature, le mode d'application et le dosage des stupéfiants ainsi que de l'ampleur des prestations médicales de base offertes.
- Les **frais de personnel** par jour et par patient variaient aussi de manière considérable, de 34.04 (projets de grande taille) à 40.89 francs (petits projets) pour une moyenne de **36.44 francs**. Les trois centres plus importants présentaient des frais de personnel plus bas que les quatre petits centres. Par exemple, la valeur minimale du projet de Fribourg est à attribuer aux horaires d'ouverture réduits du centre.
Les différences sont dues aux dépenses de recherche, d'organisation (externe ou interne), de l'encadrement psychosocial (celui interne est moins coûteux), du type et du mode d'application des différents stupéfiants.
Les dépenses moyennes de matériel par patient et par jour se sont élevés à **5.72 francs** (4.59 francs pour les grands projets et 6.55 francs pour les petits projets).
- Le **coût total**, calculé sur l'ensemble des centres de traitement, s'élève donc à **51.17 francs** par patient et par jour (45.80 francs pour les grands projets, 53.15 francs pour les projets de taille moyenne et 53.57 francs pour les petits projets).

D'après les auteurs de l'étude, si l'on rapporte ces sommes au nombre de patients accueillis dans les différents centres de traitement, on constate qu'un nombre élevé de patients a tendance à faire baisser les coûts. De plus, les centres de grande taille enregistrent des frais de personnel comparativement inférieurs à ceux des petits, car dans ces derniers, le taux de personnel d'encadrement est le double de celui des grands.

- A ces coûts, s'opposent des **recettes** d'une valeur moyenne de **35.17 francs** par jour et par patient. Cette somme se compose de la contribution des patients (12.23 francs)⁷¹, des caisses-maladies (9.20 francs)⁷² et des pouvoirs publics (13.73 francs). Pour ce qui concerne le déficit de 16 francs par jour et par patient, il était pris en charge principalement par les pouvoirs publics.

Analyse coûts-bénéfices

Une étude effectuée en avril 1997 a confronté le bénéfice tiré du projet PROVE aux coûts que nous venons d'exposer. Cette analyse s'est fondée sur le fait que la consommation de drogues illégales et la dépendance qui en succède ont des répercussions considérables sur le produit national en termes de consommation ou de perte de ressources productives. L'intérêt de la prescription médicale de stupéfiants réside notamment dans sa contribution à la réduction de ces coûts économiques. Pour le calcul du bénéfice, différents secteurs pouvant être évalués en termes financiers ont été pris en compte : le logement, le travail, la légalité du comportement et l'état de santé. Sur la base d'une comparaison entre les données récoltées au moment de l'entrée dans le programme et celles de la période du traitement, on a pu calculer le bénéfice total.

- Pour ce qui concerne le **logement**, l'étude a conclu que de la diminution de l'hébergement dans des institutions a résulté une économie nette de 188.93 francs au total, soit **2.41 francs** par personne et par jour de traitement.
- Sur le plan du **travail**, le calcul de la productivité évaluée (création de plus-values) se fonde sur le nombre de jours ou d'heures de travail fourni par les patients, avec une distinction entre travail à temps partiel, à plein temps et travaux occasionnels. Les résultats ont montré une augmentation du nombre des travailleurs à temps partiel et de ceux ayant un travail occasionnel, ainsi que du nombre d'heures de travail par personne et par semestre. Le bénéfice global s'est élevé en moyenne à 307'082 francs, soit **3.90 francs** par personne et par jour. Il a été de 270'752 francs, pour l'évaluation la plus basse et de 343'412 francs pour la plus élevée (de 3.44 à 4.37 francs par personne et par jour).
- Dans le domaine de la délinquance, les auteurs de la recherche ont pris en compte quatre types de coûts influencés par la délinquance, soit ceux touchant les

⁷¹ Au départ, leur participation était de 10 francs, ensuite elle s'est élevée à 15 francs par jour de traitement.

victimes, les enquêtes policières/judiciaires et les détentions préventives, les procédures judiciaires, les mesures provisoires. Les calculs effectués ont donné, pour les patients ayant participé au projet, un montant global de 4'804'517 francs, soit **72.08 francs** par personne et par jour. La majeure partie a été consacrée aux recherches policières et aux instructions pénales, ainsi qu'aux jours de détention⁷³.

- Le calcul des coûts de la santé s'est basé sur une comparaison de l'état de santé des patients à l'entrée et au moment de leur sortie. Les prestations médicales fournies pour chaque type de diagnostic ont été estimées selon les tarifs, les prix et les taxes en vigueur en toute la Suisse. Les frais calculés ont fait apparaître un montant global de 72'878 francs, soit **17.11 francs** par personne et par jour⁷⁴.

Rapport coûts-bénéfices

La comparaison entre les coûts de traitement par patient et par jour et les bénéfices calculés a donné un bilan positif de **44.33 francs** par personne et par jour, épargnés sur les coûts globaux de la politique.

Cela dit, pour conclure cette partie consacrée à l'analyse économique du projet PROVE, nous reportons, ci-dessous, un tableau illustrant le total des coûts et des bénéfices obtenus.

Types de coûts	Coûts journaliers par patient en francs	Type de bénéfices	Bénéfices journaliers par patient en francs
Coûts directs	9.01	Logement	2.41
Coûts du personnel	36.44	Travail	3.90
Dépenses pour le fonctionnement des centres	5.72	Comportements légaux	72.08
		Etat de santé	17.11

⁷² Pendant les essais, la contribution financière de cet acteur a dû être négociée pour chaque cas.

⁷³ L'Annexe 8 résume dans les détails les bénéfices politico-économiques dans le domaine de la délinquance.

⁷⁴ L'Annexe 9 montre dans les détails les bénéfices politico-économiques dans le domaine de la santé.

Total des coûts	51.17	Total des bénéfices	91.50
------------------------	--------------	----------------------------	--------------

6.3. Les réactions suite à la publication des résultats

Dans le chapitre précédent, nous avons reporté les résultats du projet PROVE, tels qui ont été présentés au mois de juillet 1997. A présent, nous allons aborder les réactions qu'ils ont suscité auprès des différents intervenant en matière de toxicomanie, soit au niveau national qu'international.

6.3.1. Les réactions suisses

Malgré les résultats encourageants obtenus, la prescription de stupéfiants sous contrôle médical continuait à partager l'opinion publique suisse.

Si ces données ont eu le mérite de convaincre quelques réticents, elles n'ont pas pu, par contre, empêcher certains d'autres de continuer à douter de l'efficacité d'une telle approche.

La Commission Schild, instituée par le Département fédéral de l'Intérieur en 1994, a présenté son rapport en 1996 concernant la révision de la LStup de 1951. Dans ce texte, la Commission a déclaré que si les résultats des essais se seraient révélés positifs, la prescription médicale de stupéfiants aurait constitué un complément judicieux à l'offre thérapeutique déjà existante et qu'il fallait donc l'introduire dans la palette thérapeutique.

Au sein des partis gouvernementaux, par exemple, les réactions ont été assez controversées :

- Le PRD et le PS ont jugé les résultats du rapport réjouissants ; il fallait donc donner un cadre légal définitif à la prescription médicale de drogue et de l'étendre à l'ensemble des toxicomanes très dépendants. Les radicaux et les socialistes souhaitaient donc la modification de la LStup permettant ainsi son institutionnalisation.
- Le PDC a estimé nécessaire de poursuivre les essais avant toute décision définitive, car les résultats obtenus avaient besoin d'être étayés davantage sur le plan scientifique. Les démocrates-chrétiens ont pensé, à l'époque, qu'il était prématuré de toucher à la LStup.

- Dans un communiqué qui a suivi la présentation des résultats, l'UDC (Union démocratique de centre), est restée contraire à toute prescription médicale de stupéfiants en remettant en cause la scientificité de la recherche. Le parti a cru voir "la patte de ceux qui ont toujours vu dans les essais une manière de faire un pas en direction de la légalisation des drogues. Or, le seul objectif juste en matière de politique de la drogue doit être l'abstinence. Un but que la distribution contrôlée d'héroïne ne permet pas d'atteindre"⁷⁵.

La contestation de la scientificité du projet PROVE n'a pas été un argument exclusivement avancé par l'UDC. D'autres milieux, qui dès le début se sont opposés aux essais, n'ont pas épargné le gouvernement et l'OFSP d'âpres critiques. Ces dernières se basaient sur le fait que les résultats ne pouvaient pas être retenus comme une preuve de l'efficacité de la prescription médicale de stupéfiants, et cela à cause des éléments suivants (justes ou faux) :

- Les résultats ont fait abstraction du degré de satisfaction des patients sous prescription d'héroïne constituant ainsi une importante lacune par rapport à la pratique usuelle de l'évaluation des prestations médicales.
- Le projet PROVE n'a pas permis de déterminer si c'est la prescription médicale de stupéfiants ou le suivi psycho-social qui améliore le statut du toxicomane, et cela en raison d'une lacune méthodologique. L'expérience, ont dit les opposants, aurait dû porter sur deux groupes assistés psycho-socialement, l'un avec remise de drogue, l'autre sans (groupe témoin), et on aurait dû comparer les améliorations.
- L'étude a été effectuée sur une période trop courte et sur un groupe de patients restreint dans un nombre de cantons limité, ce qui engendre des résultats statistiquement pas fiables.
- Le taux élevé de maintien dans les programmes peut refléter un niveau marqué de dépendance par rapport au traitement. Par cette critique, les opposants considèrent que le but de la prescription médicale de stupéfiants n'est pas celui avoué par les autorités fédérales, soit l'abstinence, mais plutôt celui de maintenir les toxicomanes dans leur dépendance.
- Le groupe cible visé par les essais n'a été que très partiellement atteint.
- Les conditions d'entrée dans le traitement (être âgé de 20 ans au moins, avoir à l'actif au moins deux traitements échoués, etc.) n'ont pas été respectées.

⁷⁵ Journal de Genève : "Les essais de traitement à l'héroïne sont un succès, estiment les auteurs du rapport final", le 11 juillet 1997.

- L'analyse des résultats des essais a été conduite de façon tendancieuse et sur la base de critères qui n'étaient pas objectifs et fiables.

Nous aurions pu continuer avec la liste des critiques, mais nous avons reporté ici que celles qui ont été formulées le plus fréquemment. Elles montrent surtout une certaine méfiance à l'égard du gouvernement, comme si son intention était celle de favoriser le maintien des toxicomanes dans leur état de dépendance et de nier ainsi la recherche de nouvelles solutions en matière de prévention et de lutte contre la toxicodépendance.

6.3.2. Les réactions internationales

Au niveau international, aussi, les réactions ont été assez diversifiées. Si, d'une part, l'expérience suisse a suscité un vif intérêt auprès de certains pays étrangers, d'autre part, elle a aussi occasionnée des réactions critiques.

En dépit des quelques réactions négatives obtenues en Suisse, plusieurs pays étrangers se sont intéressés au projet PROVE. Parmi ceux-ci, nous trouvons l'Allemagne, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne, le Canada, l'Espagne, l'Australie, l'Italie, le Danemark et même les Etats-Unis (dont la politique en matière de drogue a toujours été très répressive). L'engagement sur la voie de la prescription de stupéfiants, notamment d'héroïne, varie cependant selon les pays. Certains ont déjà mis en place des projets, tandis que d'autres sont encore à la phase de discussion. Il s'agit donc d'un soutien important à la politique suisse en matière de drogue et d'un encouragement à poursuivre dans ce sens.

Par ailleurs, les prises de positions de certaines organisations internationales ont manifesté un avis plutôt sceptique.

Au début, le programme de prescription médicale de stupéfiants, ainsi que le pilier de l'aide à la survie, ont été très sévèrement critiqués par les organes compétents de l'Organisation des nations unies (ONU). Leur promoteurs, en Suisse comme dans d'autres pays, ont même parfois été accusés de favoriser la libéralisation de la drogue et d'enfreindre ainsi les conventions internationales.

L'élargissement du nombre de patients dans les programmes d'héroïne et les modifications diverses du protocole d'étude avaient suscité des réserves de la part de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), qui avait invité, en 1994, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à réfléchir sur les aspects médicaux et scientifiques des essais suisses en cours, car sous la pression politique risquaient de passer en second plan.

En 1994, suite à cette sollicitation, l'OMS a chargé une commission externe d'experts, afin d'évaluer le projet suisse, en particulier les essais de prescription médicale d'héroïne. Le rapport final, présenté en avril 1999, porte sur les données et les observations allant de 1995 à 1998 et ses principales conclusions ont été les suivantes ⁷⁶:

- Le plan du projet PROVE était celui de réaliser une étude prospective dont le but était de mesurer l'impact de l'intervention officielle, mais n'a pas été en mesure d'apprécier l'efficacité d'un type d'intervention par rapport à d'autres.
- Les études suisses n'ont pas été en mesure de juger s'il existait effectivement un rapport de cause à effet direct entre l'amélioration de l'état de santé ou du comportement social des patients et la prescription d'héroïne, ou si de tels effets provenaient plutôt de l'ensemble du traitement donné. En conséquence les experts ont jugé de l'impossibilité, d'un point de vue strictement méthodologique, de répondre de manière satisfaisante à cette question scientifique.
- Les experts ont conseillé une aptitude de scepticisme à l'égard des bienfaits spécifiques que procurerait la prescription d'un opiacé à effet court par rapport aux effets qui produiraient d'autres drogues. Dans ce sens, des nouvelles études ont été suggérées.
- Au-delà de ces remarques critiques, l'évaluation externe a admis que la réalisation d'un programme de traitement par injection intraveineuse d'héroïne dans des conditions strictement contrôlées, où la drogue prescrite est injectée sur place de manière sûre et cliniquement responsable, est à la fois médicalement réalisable et acceptable pour la communauté.
- De plus, les experts ont reconnu que les participants au traitement ont signalé des améliorations de santé et du comportement social ainsi qu'une diminution de la criminalité et de la consommation illicite d'héroïne.

⁷⁶ Critique internationale des essais suisses de prescription d'héroïne, Ed. Médecins suisses contre la drogue, SIDA Information Suisse, 1999, pp 24-25.

Les remarques que nous venons d'exposer ne représentent qu'un sommaire très succinct du rapport d'évaluation effectué par le groupe d'experts mandaté par l'OMS. Cette dernière, cependant, a tenu à préciser que ces conclusions n'engagent que les auteurs et elles ne doivent donc pas être interprétées comme étant la position officielle de l'organisation.

A ce propos, nous avons constaté que les opposants à la prescription médicale d'héroïne ne mentionnent souvent pas, volontairement, cet aspect dans leur discours.

Un autre constat est que cette étude a été et est citée comme référence soit par les partisans que par les opposants pour appuyer les arguments respectifs. "Tout donne à penser que les experts ont mis un certain temps à en peser chaque terme avec soin. Le résultat est un texte d'une admirable prudence, où l'on trouve, pour le dire en termes familiers, à boire et à manger"⁷⁷.

De son côté, l'OICS appui les conclusions des experts mandatés par l'OMS, dans le sens d'un refus de la validité des résultats des essais suisses. Dans ce sens, il déconseille vivement aux autres pays d'entreprendre des projets similaires.

6.3.3. L'avis des toxicomanes

Nous avons vu, dans les deux sous-chapitres précédents, les réactions nationales et internationales suscitées par le projet PROVE. Par ailleurs, nous avons estimé qu'il aurait été intéressant de citer aussi l'opinion des toxicomanes qui ont participé aux essais. Malheureusement, nous ne disposons pas de documents officiels ou d'études portant sur ce sujet. Seuls quelques articles ont reporté le témoignage des directs intéressés, mais ils ne peuvent pas être représentatifs de l'opinion général. Ces avis sont, eux aussi, assez diversifiés. Certains toxicomanes jugent que la prescription médicale d'héroïne représente la meilleure solution envisageable, qui leur permet enfin de se sortir de la dépendance, d'acquérir à nouveau une dignité par la possibilité qu'elle offre de se réinsérer dans la société. D'autres, au contraire, à cause des longues années de dépendance à cette substance, refusent catégoriquement ce type de prise en charge car cela leur rappelle la souffrance endurée et ils veulent à tous pris s'en sortir avec des thérapies visant immédiatement l'abstinence.

⁷⁷ ARSEVER S., "Poussée à voter sur la prescription d'héroïne, la Suisse continue d'embarrasser

Les avis sont donc partagés, au moins d'après ce que nous avons pu lire dans la presse. Mais cela ne nous permet pas de tirer un bilan de l'appréciation des essais de la part des toxicomanes qui y ont participé.

6.4. La position du Conseil fédéral

Selon le Conseil fédéral, les résultats du projet PROVE ont justifié la politique des quatre piliers, et démontré que la prescription d'héroïne sous contrôle médical complète judicieusement la palette thérapeutique pour un groupe restreint de personnes dépendantes de l'héroïne depuis des nombreuses années, qui ont fait sans succès plusieurs tentatives de traitement et qui présentent des déficits manifestes sur le plan de la santé sanitaire et social.

Les autorités suisses récusent toute accusation de vouloir élargir ce traitement à l'ensemble de toxicomanes. En effet, Thomas Zeltner, directeur de l'OFSP, a précisé que "la remise d'héroïne sous contrôle médical n'est qu'une thérapie de deuxième choix, qu'intervient quand la thérapie de premier choix a échoué. Ce n'est ni une libéralisation ni une légalisation de la drogue. [...] Dans la stratégie du Conseil fédéral, la remise d'héroïne n'est qu'un moyen parmi d'autres"⁷⁸.

C'est donc sur la base des résultats issus, que le Conseil fédéral a voulu poursuivre sur la même voie en voulant ainsi introduire la prescription d'héroïne dans la palette des traitements reconnus en matière de prise en charge des toxicomanes. Nous verrons, dans le chapitre suivant, comment il s'en est pris et quels ont été les enjeux et les débats qui ont animé les discussions jusqu'à la votation du 13 juin 1999 sur l'arrêté fédéral urgent.

l'ONU", Le Temps, le 27 mai 1999.

⁷⁸ BARRELET D., "Essais limités aux cas les plus graves", 24 Heures, le 11 juillet 1997.

7. La prescription médicale d'héroïne

Si dans le chapitre précédent nous avons exploré la phase expérimentale de mise en œuvre de la prescription de stupéfiants sous contrôle médicale, il s'agit maintenant de voir comment la prescription d'héroïne est entrée à faire partie de la palette des traitements reconnus pour la prise en charge des toxicomanes.

Le chemin a été caractérisé, comme nous l'avons vu précédemment, par une animosité des discours et par la présence d'enjeux multiples. Ces derniers se résument dans des positions qui recouvrent des domaines disparates tels que le droit, l'économie, la culture, la science, la religion, etc.

Il n'a pas été facile pour le Conseil fédéral de dissiper le scepticisme régnant chez les opposants sur l'efficacité de la prescription médicale d'héroïne et, sûrement, il n'a pas totalement réussi dans son intention. Cependant, le rapport de synthèse sur le projet PROVE et l'échec de l'initiative populaire "Jeunesse sans drogue" ont fait croire aux autorités fédérales que la voie entreprise était la bonne et que des dispositions légales devaient être prises. Dans ce sens, le 15 décembre 1997, le Conseil fédéral a décidé d'admettre à nouveaux des patients⁷⁹ dans les essais jusqu'à concurrence du nombre maximal fixé initialement (1000 personnes) et de compléter les données scientifiques. Il a donc modifié l'ordonnance de 1992 en ce sens et l'a prorogée jusqu'à l'entrée en vigueur de l'arrêté fédéral, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 2000.

Dans les pages qui suivent, nous allons parcourir les étapes qui ont conduit à la rédaction et à l'acceptation de la base légale pour la prescription médicale d'héroïne.

7.1. L'arrêté fédéral urgent⁸⁰

Dans le cadre que nous venons d'exposer, l'adoption d'un arrêté fédéral urgent (ci-après : AFU) était nécessaire pour créer un cadre légal régissant le traitement avec prescription d'héroïne des personnes gravement dépendantes, car la révision de la LStup par la procédure ordinaire exigeait trop de temps. Cela dit, le 19 décembre 1997, le Conseil fédéral a mis en consultation un avant-projet d'AFU sur la

⁷⁹ Nous rappelons ici qu'après le 30 juin 1996, plus aucun patient ne pouvait être admis dans les traitements avec prescription d'héroïne, dont le nombre de places disponibles se limitait à 800.

⁸⁰ Voir Annexe 10.

prescription médicale d'héroïne, valable jusqu'à l'entrée en vigueur de la LStup, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 2004. Par ce moyen, les autorités fédérales ont voulu accélérer le processus d'intégration du traitement avec prescription d'héroïne dans le réseau des institutions de prise en charge déjà existant, afin d'offrir aux personnes gravement dépendantes des possibilités thérapeutiques encore plus différenciées.

Avec cet arrêté, le Conseil fédéral reçoit la compétence de fixer les conditions cadre de la prescription médicale d'héroïne, celle-ci restant une substance interdite. La culture, l'importation, la fabrication et la mise dans le commerce d'héroïne ne sont possibles qu'à des fins médicales limitées. L'article 8 LStup est complété par deux nouveaux alinéas. Un nouvel article 8a LStup tient compte des exigences de la protection des données en relation avec le traitement à l'héroïne.

Dans le rapport explicatif sur l'AFU, distribué à toutes les personnes consultées, le gouvernement suisse a apporté des précisions sur des aspects fondamentaux liés à ce type de traitement, afin de dissiper les doutes qui encore régnaient auprès les opposants.

En effet, en réponse à ceux qui estimaient que la prescription d'héroïne n'est qu'un moyen de prolonger l'état de dépendance des toxicomanes, le Conseil fédéral a rappelé ce qui suit :

- L'objectif à long terme de toute offre thérapeutique en matière de drogue est l'abstinence. La prescription médicale d'héroïne vise les personnes gravement dépendantes, qu'elle entend faire entrer dans le réseau thérapeutique, comme étape vers le retour dans la société. Dans ce type de prise en charge, l'accent est mis sur l'amélioration de l'état physique et/ou psychique, sur l'intégration sociale et sur le renforcement du sens de responsabilités devant le risque d'infection par le HIV et le virus de l'hépatite.

La prescription médicale d'héroïne constitue donc un traitement à moyen ou long terme et il termine dès lors que le patient peut passer à un autre traitement de substitution (après 241 jours en moyenne) ou axé sur l'abstinence (après 320 jours en moyenne).

- Le groupe cible, définissant les personnes pouvant entrer dans ce type de traitement, ne subit aucun changement par rapport à celui établi lors des essais

PROVE. Le Conseil fédéral exclu donc l'extension du traitement à tous les toxicomanes.

- Les critères d'admission restent, eux aussi, les mêmes que ceux définis pour le projet PROVE, à l'exception de l'âge minimum requis qui est reporté à 18 ans. Par ailleurs, des exceptions sont prévues, notamment dans le cas où une personne présente une maladie physique ou psychique grave ne permettant pas d'autres types de traitement, mais qui ne remplit pas la condition d'avoir déjà fait deux tentatives thérapeutiques sans succès.

C'est donc sur la base de ces précisions et de l'information contenue dans le rapport explicatif sur l'AFU (qui s'est basé sur les résultats des essais PROVE), que les différentes instances, organisations et partis politiques se sont exprimés.

7.1.1. Les résultats de la consultation de l'AFU

La consultation sur l'arrêté s'est déroulée sous forme de conférence le 15 janvier 1998.

Les représentants de 20 cantons, de 6 partis politiques, de 7 organisations intercantionales et villes ainsi que de 16 associations et organisations professionnelles ont exprimé leurs avis sur le sujet.

L'avant-projet soumis en consultation a été largement approuvé. Quelques critiques ont été soulevées quant au fait qu'il aurait fallu attendre la publication du rapport d'évaluation de l'OMS, avant d'entreprendre de nouvelles démarches.

Les prises de positions peuvent être classées dans les trois catégories mentionnées ci-dessous ⁸¹:

1. Approbation de l'AFU sans réserve

⁸¹ DFI, Rapport sur les résultats de la conférence du 15 janvier 1998 relative à l'arrêté fédéral urgent sur la prescription médicale d'héroïne, Berne, janvier 1998.

- Argovie, Bâle-campagne, Bâle-ville, Fribourg, Genève, Lucerne, Nidwald, Obwald, Saint-Gall, Schaffhouse, Soleure, Schwytz, Thurgovie, Tessin, Uri, et Zoug.
- La Conférence des directeurs de l'éducation, la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, la Commission nationale de la drogue, la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales, l'Association suisse des villes et le Conseil de ville de Zurich.
- Les Partis démocrate chrétien, radical démocratique et socialiste ainsi que les verts.
- Le Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies, la Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues, la Clinique psychiatrique universitaire de Berne, l'Académie suisse de médecine, l'Association suisse des pharmaciens, la Fondation suisse de socio-psychiatrie, la Fondation suisse pour la prévention et le maintien de la santé, l'Association des parents de jeunes toxicomanes et l'Association suisse en matière de drogue.

1. Approbation de l'AFU avec réserve

- Berne, Grisons, Neuchâtel, Vaud, Valais et Zurich.
- L'Association suisse des fonctionnaires de police et l'Union démocratique du centre.
- L'Association des médecins zurichois, la Fédération des médecins suisses, le Concordat suisse des caisses-maladie et l'Institut suisse pour la prévention de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies.

Les réserves exprimées, qui avait été déjà prises en compte dans le projet, étaient principalement les suivantes :

- Garantie du maintien de l'autonomie des cantons.
- Limitation de l'autorisation de prescrire l'héroïne aux policliniques et aux services médicaux des établissements pénitentiaires.
- Maintien de la compétence exclusive de la Confédération quant à la remise et le contrôle de l'héroïne.
- Maintien des conditions cadre strictes de la prescription médicale d'héroïne.

1. Rejet de l'AFU

- Les Partis évangélique suisse et libéral, ainsi que Union démocratique fédérale et les Démocrates suisses.
- L'Association Jeunesse sans drogue, l'Association des anciens toxicomanes et le Centre patronal vaudois.

Le rejet a été essentiellement dû à une opposition de principe au traitement des toxicomanes à l'aide de stupéfiants. Par ailleurs, aucun canton n'a rejeté l'AFU.

Lors de cette rencontre, le débat a été tout particulièrement focalisé sur certains aspects tels que la définition du groupe cible, la garantie de la protection des données et la question du financement.

Sur la base de l'issue de cette consultation, le 18 février 1998, le Conseil fédéral a rédigé un Message relatif à l'adoption de l'arrêté fédéral invitant ainsi les parlementaires à entrer en matière pour ensuite adopter le projet.

7.1.2. Les débats parlementaires

La première discussion parlementaire en matière de prescription médicale d'héroïne s'est déroulée au Conseil des Etats, le 24 juin 1998. En ce qui concerne l'entrée en matière sur l'arrêté, les avis favorables ont été unanimes, après que les députés ont réussi à compléter le projet avec une liste détaillée de conditions (âge minimum, institutions autorisées à prescrire de l'héroïne, etc.).

Par ailleurs, les débats au Conseil national sur l'entrée en matière ont été plus "émotionnels", caractérisés par les divergences d'opinions entre les parlementaires. Le projet a été combattu par des représentants de droite, qui estimaient absurde le fait de traiter des personnes dépendantes avec des substances pouvant elles-mêmes engendrer une dépendance et que cette voie représentait un clair signe de résignation. En particulier, Christian Waber, seul représentant de l'Union démocratique fédérale, avait annoncé le référendum.

Du côté des partisans, la prescription d'héroïne a été définie comme étant une voie pragmatique. Enfin, l'entrée en matière a été acceptée avec 124 voix contre 33 et le

projet avec une nette majorité de 106 voix contre 25 approuvant ainsi les modifications apportées par le Conseil des Etats.

Suite à ce vote, les deux chambres ont été appelées à se prononcer sur l'urgence de l'arrêté. A ce propos, le Conseil fédéral a souligné le fait que l'ordonnance échouait en décembre 1998 et que les traitements auraient dû être interrompus en absence d'une base légale, jusqu'à l'entrée en vigueur de la LStup révisée. En particulier, la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss, cheffe du Département fédéral de l'Intérieur, a justifié l'adoption de la clause d'urgence par les deux raisons suivantes ⁸²:

- "Il y a une urgence thérapeutique [...]. Nous ne voulons en aucun cas interrompre un traitement ou faire semblant de continuer des recherches, alors que pour certains de ces patients, il ne s'agit vraiment plus que de traitement. Je suis persuadée que vous nous aiderez de toutes façons à ce qu'il n'y ait pas d'interruption et que les cantons intéressés puissent aussi présenter de nouvelles institutions (ce ne seront plus des projets de recherche)".
- "Nous sommes sur un terrain mouvant, et l'urgence va de pair avec la limitation dans le temps de cette réglementation et donc, avec un certain rendez-vous qu'on se donne pour réexaminer la chose [...]".

Le 9 octobre 1998, le Conseil national a nettement accepté la clause d'urgence avec 130 voix contre 51, à la suite de quoi le Conseil des Etats a adhéré à la Chambre du peuple par 30 voix contre 4. L'AFU est entré immédiatement en vigueur et il sera valable jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision de la LStup, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 2004. La poursuite des programmes de prescription d'héroïne a été ainsi garantie et, en même temps, on a supprimé la limitation du nombre de patients pouvant être admis à suivre le traitement, mais qui est tout de même limité à 3'000 personnes, sur un total de 30'000 toxicomanes estimés en Suisse.

Il faut noter que depuis le 3 janvier 1999, le terme de "prescription médicale d'héroïne" a été substitué par celui de "traitement à base d'héroïne". Cette nouvelle terminologie permet de tenir compte des deux aspects principaux de la prise en charge dans ce type de traitement : médical et psycho-social.

7.2. L'ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne⁸³

⁸² Conseil des Etats, Session d'été, 24 juin 1998.

⁸³ Annexe 11.

Le 16 novembre 1998 le Conseil fédéral a mis en consultation le projet d'ordonnance sur le traitement à base d'héroïne. Les partis politiques, les cantons et les associations interpellés ont largement approuvé le texte qui leur avait été soumis, à l'exception d'une minorité opposée par principe à ce type de traitement.

Le 8 mars 1999, le Gouvernement suisse a ainsi arrêté l'ordonnance, entrée en vigueur le 1^{er} avril 1999, définissant les conditions cadre pour les cantons et les communes qui veulent introduire le traitement à base d'héroïne des toxicomanes gravement dépendants.

Ce texte fixe les conditions applicables au traitement, en particulier les exigences auxquelles devront satisfaire les institutions spécialisées⁸⁴ qui dispenseront cette thérapie. L'ordonnance s'est appuyée sur les réglementations existantes, sur les expériences faites lors des essais de prescription de stupéfiants (PROVE), les directives et les exigences qui ont été proposées dans le rapport de synthèse des responsables de la recherche. En outre, elle prévoit une vérification du traitement, notamment sous l'angle de l'objectif d'abstinence.

7.3. Le coût et le financement du traitement

Entre 1994 et 1996, le soutien financier de l'OFSP aux essais PROVE a été de 22'601'000 francs ⁸⁵:

Planification	Fr. 829'900.-
Réalisation	Fr. 8'139'900.-
Personnel et fonctionnement	Fr. 5'098'100.-
Recherche et évaluation	Fr. 8'533'100.-

En général, les coûts du pilier de la thérapie se chiffrent entre 220 et 260 millions de francs par an.

Les essais PROVE ont montré que le coût du traitement à base d'héroïne s'élève autour de 20'000 francs par patient et par année, dont la répartition entre les différents acteurs est la suivante :

⁸⁴ Dans le cas de malades de sida en phase terminale, le traitement à base d'héroïne peut être exceptionnellement dispensé dans un cabinet médical (Arrêt du Tribunal fédéral du 30 mars 1999 : 1A.184/1998).

⁸⁵ BENNINGHOFF F., DEVOS T., DUBOIS-ARBER F., GERVASONI J.-P., PACCAUD F., SPENCER B.; Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse 1990-1996, version abrégée; Lausanne; IUMSP,

	Fr. par patient et par année
Confédération	2'500 .-
Caisses-maladie	5'200 .-
Patient	5'500 .-
Canton/commune/institutions privées	6'800 .-

La participation financière de la **Confédération** consistait, pendant la phase des essais PROVE, dans un aide de démarrage des projets et dans la subvention pour la recherche.

Toutefois, avec l'entrée en vigueur de l'AFU, et après l'enregistrement de l'héroïne auprès de l'Office intercantonal de contrôle des médicaments (OICM), ces contributions seront réduites progressivement au cours des prochaines années. Les autorités fédérales ont prévu qu'un délai transitoire de trois ans au maximum doit être accordé aux responsables des projets pour leur permettre de trouver une assise financière indépendante de la Confédération.

En 1999, les crédits nécessités par l'AFU ont été estimés à 5.3 millions de francs :

- 2.5 millions de francs pour les contributions aux projets.
- 1 million de francs pour la coordination, le contrôle et la procédure d'autorisation.
- 1.8 million de francs pour la recherche et l'enregistrement de l'héroïne, montant affecté à parts égales entre les deux domaines.

Par ailleurs, 2.5 millions de francs au maximum de francs ont été prévus pour les années 2000 à 2002.

Du côté des **caisses-maladie**, le chiffre indiqué plus haut (5'200 francs), représente un forfait moyen pour les prestations médicales fournies, car la contribution de cet acteur a varié plusieurs fois pendant la durée des essais et n'a pas pu être réglé de manière générale. De plus, elle variait considérablement selon les projets et le type de substance prescrite. En conséquence, chaque projet a dû négocier le montant du subside et, pour l'instant, cette procédure reste valable.

Au début 1998, la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss a exprimé le souhait d'introduire la couverture financière de l'héroïne dans les prestations obligatoires de l'assurance de base. Les frais à la charge de la Confédération, des cantons et des communes devraient alors diminuer. Actuellement, les responsables du laboratoire de référence de l'OFSP sont en train d'établir le dossier en vue de l'enregistrement de l'héroïne pour l'indication "substitution en cas de dépendance à l'égard des opiacés réfractaire au traitement". Dans cette procédure, il s'agit de savoir si, dans une thérapie normale, l'achat de la substance elle-même peut être, comme n'importe quel médicament, imputé aux assurances-maladie⁸⁶. Le dossier étudié par des experts n'a pas encore été transmis à l'OICM, qui est compétent pour l'autorisation de mise sur le marché des médicaments.

Suite à l'annonce de la Conseillère fédérale, les assureurs-maladie ont immédiatement réagi en jugeant cette possibilité d'"inacceptable"⁸⁷, car le traitement de 3'000 toxicomanes engendrerait un coût supplémentaire de 60 millions de francs à la charge des caisses-maladie qui s'ajouterait à celui des frais médicaux déjà couverts par ce type de traitement. La conséquence directe, estiment-ils, serait une augmentation des primes des assurés.

La participation financière des **patients** se chiffre à environ 15 francs par jour pour l'héroïne consommée et comme contribution au traitement.

Le reste des coûts, 6'800 francs, est pris en charge par les **autorités cantonales et communales, ainsi que par des institutions privées**, dont la participation respective varie selon les projets.

Afin de mieux analyser le coût du traitement à base d'héroïne, nous observons les coûts des autres formes de prise en charge thérapeutiques⁸⁸:

Traitement	Fr./Jour
Traitement résidentiel en milieu hospitalier	max. 600.- fr.

⁸⁶ Conformément à l'art 32, 1^{er} alinéa, de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal), pour que le traitement à base d'héroïne soit pris en charge par l'assurance maladie, celui-ci doit être efficace, approprié et économique.

⁸⁷ P. Rk, "L'héroïne bientôt remboursée ?", Le Nouveau Quotidien, le 9 février 1998.

⁸⁸ CF, "Message relatif à un arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne", 18 février 1998.

Traitement en clinique psychiatrique	280.- fr. à 700.- fr.
Traitement ambulatoire (centres de consultation)	8.- fr.
Traitement résidentiel en institution (sevrage physique, thérapie, réinsertion)	200.- fr. à 600.- fr.
Traitement à la méthadone (soins médicaux, encadrement psychosocial, substance)	15.- fr. à 30.- fr.
Traitement à base d'héroïne (soins médicaux, encadrement psychosocial, substance)	51.17.- fr.

Cependant, s'il est vrai qu'une comparaison fiable des coûts devrait tenir compte, en plus des coûts journaliers, de la durée du traitement, ce tableau fournit néanmoins des éléments de comparaison entre traitements analogues.

Selon les opposants du traitement à base d'héroïne, celui-ci peut être substitué avec un programme de méthadone, car moins cher. Pour procéder à la comparaison entre ces deux traitements, nous allons tenir compte de leur durée moyenne.

Traitement	Jours	Fr./jour	TOTAL (Fr.)
Traitement à base d'héroïne avant de passer à une thérapie axée sur l'abstinence	320	51.17.-	16'374.-
Traitement à base d'héroïne avant de passer à une thérapie de substitution à la méthadone	241	51.17.-	12'331.97.-
Traitement à la méthadone	855	15.- à 30.-	12'825.- à 25'650.-

Une simple comparaison des coûts nous montre que le traitement à base d'héroïne est moins onéreux que celui avec substitution à la méthadone.

7.4. Le référendum

Suite aux "menaces" proférées lors des discussions au Conseil national, le 28 janvier 1999 l'Union démocratique fédéral (UDF) a déposé à la Chancellerie fédérale le référendum muni de 50'500 signatures. Par cet acte, l'UDF a voulu s'attaquer à la "pratique douteuse de la distribution d'héroïne et à la légalisation rampante des drogues"⁸⁹. Le comité référendaire voyait d'un mauvais œil l'orientation que le Conseil fédéral a donné à la politique en matière de drogue : "La Confédération distribuera-t-elle à l'avenir de l'héroïne à 30'000 toxicomanes ? Deviendra-t-elle le plus grand

⁸⁹ ATS, "Référendum contre", Journal du Jura, le 29 janvier 1999.

dealer d'Europe ? Qui paye ? Quels signaux cette politique donne-t-elle à notre société ? Où est la responsabilité vis-à-vis de la jeunesse ?⁹⁰.

Le traitement à base d'héroïne n'a jamais été approuvé par l'aile droite du Parlement. L'Union démocratique de centre (UDC) et l'Union démocratique fédérale (UDF), surtout, ont toujours rejeté l'introduction de ce type de traitement dans la palette des thérapies reconnues.

Si l'UDC a été le promoteur du référendum dans la ville de Zurich sur ce sujet, elle a approuvé et soutenu la même action de l'UDF, qui s'est engagée dans la récolte des signatures contre l'AFU.

Les arguments avancés par le comité référendaire se referaient à une série d'éléments pouvant contester la validité des essais entrepris depuis 1994 en remettant ainsi en cause l'entrée en vigueur de l'AFU⁹¹.

La première conséquence de l'aboutissement du référendum a été celle de bloquer toute demande d'ouverture de nouveaux centres, notamment dans les cantons d'Argovie, de Bâle-campagne et des Grisons qui ont manifesté cette intention, jusqu'à la votation populaire du 13 juin 1999.

A cette occasion, l'AFU a été accepté avec 54.4% des voix⁹². Un résultat qui, évidemment, a comblé les espoirs des parties concernées, du Conseil fédéral aux toxicomanes en traitement, mais qui a aussi étonné pour le faible taux de réussite. En effet, par rapport au plébiscite de la politique gouvernementale lors des votes sur "Jeunesse sans drogue" et "Droleg", ce résultat a fait resurgir les divisions traditionnelles en matière de drogue (Romands/Alémaniques, cantons urbains/cantons ruraux) : retour d'une Suisse plus divisée, plus méfiante aussi. Cela n'a pas été finalement très étonnant, car les deux premiers votes ont porté sur "un paquet politique dont Berne avait beau jeu de souligner qu'il formait un tout équilibre et, formule chère aux cœurs helvétiques, un juste milieu entre des voies extrêmes"⁹³.

⁹⁰ Comité référendaire, "10 raisons pour lesquelles l'arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne doit être soumis au vote du peuple !".

⁹¹ L'Annexe 13 illustre les arguments avancés par le Comité référendaire pendant la période de récolte des signatures.

⁹² L'Annexe 12 illustre les résultats obtenus dans tous les cantons.

⁹³ ARSEVER S., "Prescription d'héroïne : oui urbain et alémanique, frilosité romande", Le Temps, le 14 juin 1999.

Dans le cas de l'AFU, celui-ci ne concernait que la partie la plus controversée du paquet. Une autre explication, mais qui est toujours liée à la précédente, est que les autorités politiques comme les gens de terrain ont considéré la confiance exprimée lors des votations précédentes comme étant automatique, acquise. L'insuffisance des débats a donc failli compromettre les efforts entrepris jusque-là.

D'après les résultats reportés dans l'Annexe 12, nous pouvons constater que l'AFU a été tout particulièrement bien accepté dans les cantons qui ont participé au projet PROVE, tandis que le refus des cantons romands, à l'exception de Genève, a mis un frein aux espoirs nourris par certains spécialistes d'ajouter cette offre thérapeutique à leur palette de soins.

Par ailleurs, un rejet de l'AFU aurait entraîné des conséquences importantes chez les toxicomanes en traitement, qui auraient dû interrompre la thérapie, faute de base légale. Cela avec le risque que bon nombre d'entre eux seraient retournés à la rue et entrés à nouveau dans le circuit du trafic pour se procurer la drogue.

A l'heure actuelle, les cantons qui disposent de programmes de traitement à base d'héroïne (1050 places au total) avouent un besoin de quelque 400 places supplémentaires, ce qui ferait 1450 personnes en traitement.

7.5. Bilan

Nous avons vu, dans ce chapitre, les différentes étapes que le traitement à base d'héroïne a dû franchir pour entrer dans la palette des thérapies reconnues.

Les problèmes liés à la dépendance aux drogues dures sont multiples et pas toujours aisément discernables. Ils requièrent des interventions diversifiées et adaptées à la situation qui peut changer continuellement. En effet, la variabilité des phénomènes et des problèmes liés à la consommation de drogues dures suppose une capacité d'identification rapide de ses expressions et, en conséquence, des bonnes compétences d'intervention pour enrayer les externalités négatives qui y sont associées.

Il n'y a pas de solutions miracles pour lutter contre la toxicomanie et les effets qu'elle engendre. Les intervenants, qui soient politiciens ou professionnels œuvrant sur le terrain, doivent donc chercher la solution la meilleure, parmi les alternatives qu'ils ont à disposition. Mais quand le problème persiste au-delà de tous les efforts déployés, entreprendre des nouveaux chemins constitue une nécessité. Dans ce sens, le cas de la Suisse est emblématique. Même si la prescription de stupéfiants ne constituait pas un concept thérapeutique nouveau, le Gouvernement, du fait de l'extrême gravité des problèmes liés à la toxicomanie au début des années quatre-vingt-dix, a réalisé un projet scientifique unique sur le plan international permettant ainsi aux toxicomanes le plus gravement atteints dans leur état somatique et psychique d'entrer dans le réseau de prise en charge.

Le changement des pratiques n'est pas une tâche facile, car elles sont l'expression des modes de pensée. Dans le domaine de la toxicomanie, en particulier, on a longtemps crû que la répression était le seul et unique moyen efficace pour combattre le fléau de la drogue. Cependant, il a fallu une vingtaine d'année et beaucoup de décès pour overdose avant de se rendre compte qu'il y avait d'autres voies à explorer. Le traitement à base d'héroïne constitue l'aboutissement d'un processus tortueux et riche d'obstacles, entrepris au moment où la déchéance des toxicomanes avait atteint le sommet.

Le changement des mentalités et une perception différente des problèmes liés aux drogues au sein de la population sont à l'origine de la politique actuelle en matière de drogue. A confirmation de cela, nous avons jugé intéressant de consacrer le chapitre suivant à l'évolution des discours sur la drogue parus dans la presse nationale et relevés par les sondages d'opinion depuis le début des années quatre-vingt-dix.

8. Les discours et l'opinion publique en matière de drogue

Les articles de presse ainsi que les sondages d'opinion de la période allant de 1990 à nos jours constituent une base de données pouvant témoigner de l'évolution de l'attitude de la population suisse sur le sujet de la drogue.

Nous avons tenu compte de cette période en raison du fait que les bases de la politique actuelle des quatre piliers ont commencé à se définir au tournant des années quatre-vingts. Cette époque représente un moment charnière de la politique de la drogue qui a permis d'accomplir les premiers pas vers une voie pragmatique et efficace, se situant au milieu des deux tendances extrêmes : la répression et la libéralisation de la consommation des drogues.

1. La presse

"Les trajectoires historiques du discours sur les problèmes de la drogue sont caractérisés autant par des similitudes entre nations que par de remarquables différences. Il semble cependant que pour chaque nation des périodes successives se regroupant autour de thèmes, orientations politiques et jugements moraux spécifiques peuvent être isolées"⁹⁴.

Une étude conduite en 1997 par Eisner et Graf, portant sur le nombre d'articles de presse traitant du problème de la drogue, avait pour but de montrer les fluctuations du taux de couverture dans les mass média.

Tableau 1 : Nombre d'articles de presse consacrés à la drogue

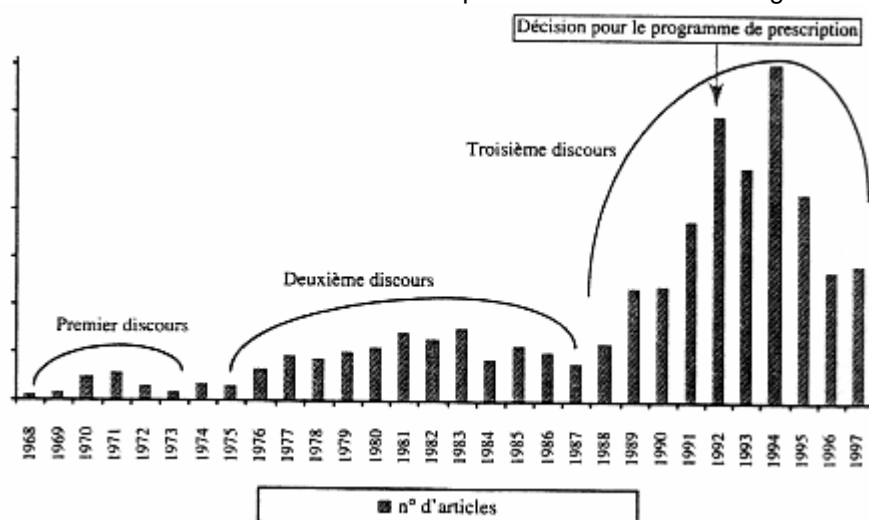
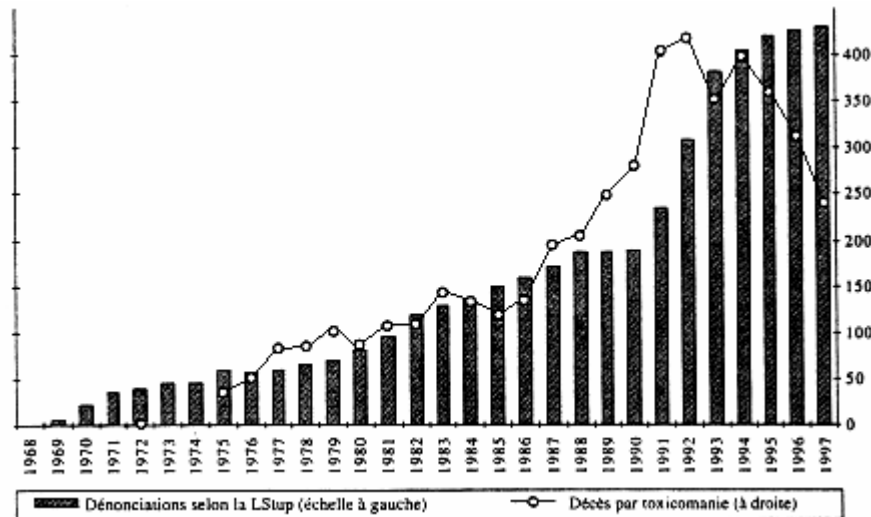


Tableau 2 : Dénonciations selon la LStup et décès par overdose

⁹⁴ EISNER M., "Déterminants de la politique suisse en matière de drogue. L'exemple du programme de prescription d'héroïne", *Déviance et société*, Vol. 23, n°2, p. 192.



Les données du Tableau 1 montrent un accroissement à long terme ainsi que trois vagues distinctes de l'intérêt pour les questions de drogues dans les médias suisses.

Ces cycles représentent chacun un discours public distinct sur les stupéfiants en s'adressant à différents aspects du problème de la drogue (Tableau 2) et en le mettant en relation avec des valeurs et des normes spécifiques.

- Le premier cycle correspond au début des années soixante-dix et il est étroitement lié à la consommation croissante de substances illégales dans le contexte politico-culturel de l'époque et à la révision de la LStup de 1975, pénalisant la consommation. Cette dernière était donc perçue comme une menace pour la société civile et pour son système de valeurs.
- Le second cycle culmine au début des années quatre-vingts quand les mouvements contestataires de la jeunesse se sont propagés dans beaucoup de villes suisses. A cette époque, les actions répressives avaient atteint l'expression majeure, bien que la prévention et la thérapie aient pris de l'importance. Moralement, les drogues étaient de plus en plus codifiées comme l'expression et le résultat de conditions sociales tels l'isolement, les problèmes liés à l'environnement et à des normes sociales répressives.
- La troisième vague d'intérêt publique, la plus intense, a débuté autour 1987 et culminée une première fois en 1994. Elle était accompagnée d'un afflux de décès liés à la toxicomanie depuis 1986 ainsi que d'une forte augmentation des dénonciations d'infractions à la LStup. De plus, la croissance rapide de scènes ouvertes entre 1987 et 1991 a fait de la toxicomanie l'un des thèmes les plus débattus en Suisse.

Concernant le cadre interprétatif des discours de l'époque, trois aspects sont à relever :

- ◆ Initialement, les arguments ont porté sur la relation entre l'usage de drogues illégales et le sida.
- ◆ Par la suite, les mass media ont cessé de représenter les consommateurs de drogue comme des criminels, donc une menace, et ont codifié la toxicomanie comme un problème médical.
- ◆ Enfin, une grande majorité des acteurs des organisations administratives et privées ont soutenu avec succès que la situation dans le domaine de la toxicomanie devait être interprétée comme signe de l'échec de la répression. Dans le même esprit, la plupart des articles dans la presse alémanique a considéré le recul par rapport à la répression et à la dépénalisation de la consommation comme un pas important vers une politique en matière de drogue plus rationnelle et pragmatique. En structurant le problème de la drogue de cette manière, le discours public dans les mass médias était déjà orienté vers la réduction des risques, la dépénalisation de la consommation de stupéfiants et la médicalisation du problème de la drogue dès 1988.

A ce propos, nous pouvons avancer l'hypothèse que la prédominance d'un cadre moral orienté vers la réduction des risques dans les mass media, depuis la fin des années quatre-vingts, a influencé les opinions individuelles.

2. Les sondages d'opinion

En automne 1989, l'OFSP a lancé une campagne nationale de prévention contre le sida, à la suite de laquelle il a conduit un sondage, sur échelle nationale, afin de pouvoir sonder l'opinion publique à propos de sa perception du problème de la drogue et des mesures à envisager pour y faire face.

D'après les personnes interrogées, 253 en Suisse alémanique, 252 en Suisse romande et 200 dans la Suisse italienne, il est ressorti que, par rapport à la décennie précédente, les problèmes liés à la toxicomanie étaient perçus de façon différente. En effet, l'analyse des réponses exprimant les solutions possibles pour enrayer le phénomène, a montré que les mesures axées sur la

prévention primaire (27%), notamment auprès des jeunes, l'amélioration des conditions de vie des jeunes (26%) et la répression du gros trafic (23%) étaient les plus souvent citées comme stratégies d'intervention souhaitées, au détriment de celles prévoyant la répression de la consommation de drogues.

Une préoccupation particulière a été mentionnée aussi en rapport à la propagation du sida, contre laquelle les interviewés ont apporté leur soutien à des dispositions préventives.

Sur ces aspects, il y a eu un large consensus de la part de la population et indépendamment de la région linguistique ou le milieu social.

Par ailleurs, la prescription médicale d'héroïne n'a bénéficié que d'un soutien mineur, dont les réponses, selon les régions, ont été les suivantes :

- Suisse alémanique : 10%
- Suisse italienne : 8%
- Suisse romande : 2%

Ces données ne sont guère étonnantes. En effet, le score le plus haut a été obtenu dans la région où la visibilité des problèmes liés à la drogue et la déchéance des consommateurs atteignaient des proportions incomparables dans le reste de la Suisse. A ce propos, les résultats relatifs à la Romandie et à la Suisse italienne sont entre autres à attribuer à une problématique moins grave liée aux scènes ouvertes.

Il faut tout de même rappeler qu'à l'époque de ce sondage, la discussion autour de ce type de prise en charge pour les toxicomanes venait juste de démarrer en Suisse et, en conséquence, une opinion claire devait encore se former au sein de la population.

Un autre sondage datant de 1991, effectué par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne, a montré globalement les mêmes résultats de l'enquête que nous venons d'exposer. Par contre, les mesures qu'en 1989 ont été très peu mentionnées, notamment la prescription médicale de stupéfiants, la distribution gratuite de seringues et les locaux d'injection pour les toxicomanes, ont été fortement appuyées.

D'après ces informations, nous pouvons tirer la conclusion suivante : soit la presse que l'opinion publique ont joué un rôle important dans la constitution d'un climat favorable pour des actions politiques innovantes dans le domaine de la toxicomanie, notamment en ce qui concerne le projet de prescription médicale de stupéfiants qui a abouti à l'introduction du traitement à base d'héroïne dans la palette des thérapies reconnues. Sur ce point, nous nous sommes interrogés sur ce qui en est des discours parus dans la presse concernant ce type de prise en charge, depuis 1994 jusqu'à nos jours.

Dans le courant de 1994, et au début de 1995, le nombre d'articles sur ce sujet a considérablement augmenté. En 1995, le discours s'est progressivement routinisé, avec une tendance globale de plus en plus libérale. Il existe d'importantes variations de discours, moins en fonction des régions, qu'en fonction du type de journal. Les journaux dits de boulevard offraient une image globalement plus conservatrice que les journaux dits de qualité. Généralement, les consommateurs de drogues n'apparaissent que peu comme acteurs principaux dans les articles analysés⁹⁵.

Les principaux arguments traités depuis 1994 à nos jours concernaient l'évolution des essais, les résultats intermédiaires et finaux du projet PROVE. Des réflexions ont été développées autour de plusieurs domaines touchés par le traitement à base d'héroïne. Nous pensons notamment aux enjeux éthiques (faut-il prescrire une substance qui crée la dépendance ?), médicaux (ce traitement est-il efficace ?), juridiques (le traitement est-il conforme au droit national et international ?). Sur ce dernier point, nous avons constaté que plusieurs articles étaient consacrés aux réactions des pays étrangers et des institutions internationales, surtout l'ONU, sur les essais suisses.

En ce qui concerne les implications financières du traitement, très peu d'articles y ont été consacrés. Une partie d'entre eux a reporté une information neutre, sans jugements, quant aux coûts du traitement. L'autre partie a été consacrée aux arguments des opposants concernant les répercussions financières, spécialement sur les primes de l'assurance maladie, que le traitement à base d'héroïne aurait engendré. Ce dernier discours est apparu essentiellement après le lancement du

⁹⁵ BENNINGHOFF F., DEVOS T., DUBOIS-ARBER F., GERVASONI J.-P., PACCAUD F., SPENCER B.; Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse 1990-1996, version abrégée; Lausanne; IUMSP,

référendum par l'Union démocratique fédéral contre l'arrêté fédéral urgent.

9. Etude de cas

Si la loi fédérale sur les stupéfiants définit le cadre juridique d'intervention pour tous les cantons dans le domaine de la lutte contre la drogue, cela n'empêche pas à ceux-ci d'élaborer des politiques publiques spécifiques, donc pas forcément égales les unes des autres.

Cela dit, dans le présent chapitre nous allons présenter les données empiriques concernant les cantons de Genève, Vaud, Berne et Tessin, dont le choix a été déterminé par un souci de représentativité de toutes les régions linguistiques de la Suisse.

Ce qui nous intéresse ici est de connaître les éléments propres à chaque canton qui ont amené les autorités respectives à offrir ou pas le traitement à base d'héroïne aux toxicomanes domiciliés sur leur territoire, afin de pouvoir confirmer ou infirmer notre hypothèse de travail.

Les données utilisées pour la rédaction de ce chapitre sont issues, d'une part, d'entretiens avec les responsables cantonaux en matière de toxicomanie et, d'autre part, de sources bibliographiques diverses sur le sujet.

Le choix de ces cantons nous a permis de tenir compte de la diversité régionale et linguistique de la Suisse et donc des différents particularismes qui y sont sous-jacents.

Nous commencerons notre analyse exploratoire par les cantons qui disposent de traitement à base d'héroïne, soit les cantons de Berne et Genève, pour ensuite nous pencher sur ceux de Vaud et Tessin qui, pour le moment, n'en envisagent pas la mise en place.

9.1. Le canton de Berne

La politique bernoise en matière de drogue a toujours été assez libérale et, par rapport aux autres cantons, moins répressive. La stratégie politique définie par le Conseil fédéral en 1991, axée sur les quatre piliers, faisait déjà l'objet d'un consensus généralisé dans le canton de Berne depuis 1988. En effet, dans ce

canton, le bon niveau consensuel existant dans les différents milieux, politique, médical et social, n'a pas laissé de place aux débats conflictuels basés sur des idéologies partisans.

A la fin des années quatre-vingts, avec l'apparition des scènes ouvertes, la propagation du virus HIV/sida et le nombre élevé de toxicomanes gravement dépendants, ce cadre consensuel a permis au canton de Berne d'exprimer sa volonté d'offrir le traitement à base d'héroïne sans soulever d'excessives animosités, même pas au sein de la population. Par ailleurs, Monsieur Jann⁹⁶, qui nous a accordé un entretien, relève qu'on ne peut pas identifier clairement l'acteur qui a exprimé en premier la volonté d'offrir ce type de traitement. Cela découle du fait que les avis étaient unanimes auprès des différents acteurs.

Selon Monsieur Jann, la décision d'entreprendre cette voie n'a pas été un fait qui venait de la tête, mais de "l'estomac", c'est-à-dire qu'elle n'a pas été le fruit de longues discussions et de réflexions pondérées, mais d'une réaction humaine et instinctive vis-à-vis de l'état de désespoir et de précarité de nombreux toxicomanes.

Après avoir tout essayé pour résoudre la situation, nous avons peut-être considéré la prescription d'héroïne comme la dernière des solutions possibles, et nous n'avons pas hésité à nous engager dans cette voie. Nous nous sommes dit : "Pourquoi ne pas essayer ? Ensuite nous regarderons qu'est-ce que ça donne". [...] Il ne s'agissait pas de scientificité, mais d'une réelle volonté générale, politique certainement, mais qui avait un bon soutien des gens qui œuvraient sur le terrain.

En 1994, au moment du démarrage du projet PROVE, Berne comptait plus d'une centaine de personnes qui pouvaient bénéficier du traitement, même si la volonté était de l'étendre à tous les toxicomanes.

Actuellement, le canton compte trois centres de traitement à l'héroïne pour un total de 250 places (qui sont destinées à doubler dans un prochain avenir) :

- KODA-1 à Berne (démarré en 1994) : 160 places.
- Projet-H à Thoune (démarré en 1994) : 50 places.

⁹⁶ Chef de l'Office de prévoyance sociale/Secteur toxicomanies et promotion de la santé du canton de Berne. Il est aussi le délégué du canton à la Conférence nationale aux problèmes de toxicomanie.

- Suprax 2 à Bienne (démarré en 1995) : 40 places.

Compte tenu de ce nombre de places, les résultats des projets du canton de Berne sont comparables à ceux obtenus pour l'ensemble du pays, mentionnés dans le Rapport final d'évaluation publié en juin 1997.

On est convaincu que le traitement à base d'héroïne est un instrument efficace pour l'aide à la survie, permettant donc de stabiliser l'état de santé physique et psychique des toxicomanes pour ensuite les orienter vers une autre forme de thérapie.

Les coûts annuels des trois projets ont été les suivants :

	KODA-1 160 places	Projet-H 50 places	Suprax 2 40 places	Total 250 places
Total des dépenses	2'320'300 Fr	855'800 Fr	679'000 Fr	3'855'100 Fr
Total des dépenses par an et par personne	14'502 Fr	17'116 Fr	16'975 Fr	15'420 Fr

Sans la participation financière de la Confédération, les coûts sont supportés par les patients, l'Etat, les communes et les assureurs-maladie. Ces derniers ne prennent en charge que la partie somatique ou psychiatrique liée au traitement, mais pas l'héroïne. Actuellement, le financement des deux premières années du traitement est assuré par le Fonds de lutte contre les toxicomanies (financé, entre autres, par la dîme de l'alcool). A partir de la troisième année, lorsque les patients se sont stabilisés, que les abandons sont moins fréquents et que le traitement nécessite moins d'interventions sociales et médicales, les communes prennent en charge les coûts par le biais de l'aide individuelle. Les coûts sont admis à la répartition des charges, ce qui équivaut à 49% à la charge de l'ensemble des communes et à 51% au compte de l'Etat.

Ainsi, la répartition des coûts entre les communes, l'Etat et le Fonds de lutte contre les toxicomanies (qui ne pèse pas sur le budget de l'Etat), pour l'an 2000, se présente comme suit :

Responsable du financement	250 places
Canton (Fonds de lutte contre les toxicomanies)	543'909 Fr.
Communes	1'087'816 Fr.
Total	1'631'725 Fr.

Par ailleurs, si on tient compte que la contribution des communes peut être portée à la répartition des charges, on obtient la répartition suivante :

Responsable du financement	250 places
Canton et Fonds de lutte contre les toxicomanies	1'098'695 Fr.*
Communes	533'030 Fr.**
Total	1'631'725 Fr.

*543'909 Fr. (Fonds) + 51% de 1'087'816 Fr.

**49% de 1'087'816 Fr.

Le retrait de la Confédération du financement du traitement ne va pas engager des sérieux problèmes, car cela était déjà bien clair avant. On était donc au courant de ce retrait, mais le canton de Berne a garanti tout de même son engagement et il était préparé.

Ce mode de financement se fonde sur un contrat de prestations, élaboré sur la base d'un catalogue de prestations définissant la qualité et l'étendue des prestations à fournir. Les contrats sont conclus pour une période de deux ans, au terme de laquelle ils peuvent être reconduits. Le renouvellement des contrats est l'occasion de redéfinir la qualité, l'étendue et les coûts des prestations à fournir en se fondant sur le décompte final et les résultats des contrôles de gestion.

9.1.1. Bilan

Depuis les premières discussions en 1989, le traitement à base d'héroïne a bénéficié d'un large consensus de la part des différents milieux et de la population. Cela n'est pourtant pas synonyme d'absence d'opposition. C'est notamment le cas de l'Association de parents contre la drogue que, à l'occasion de la votation du 13 juin 1999, elle s'est très bien organisée pour le rejet de l'arrêté fédéral. Dans le canton, le résultat issu du scrutin se situe s'approche à la moyenne nationale, soit autour de

53% des voix. Le résultat a surpris, car on s'attendait à une meilleure issue.

A cause de cela, on critique encore la négligence des partisans, qui n'ont pas été assez actifs dans la période qui précédait la votation. De plus, il s'agissait de la troisième votation en matière de drogue dans l'espace de deux ans, les gens étaient fatigués.

Par ailleurs, depuis 1989, la question financière liée à ce type de financement n'a jamais fait le poids sur la décision des autorités cantonales de s'engager sur cette voie.

Le traitement à base d'héroïne engage une discussion politique et émotionnelle, pas financière. Dès le départ, si on se décidait favorablement, on était prêt à payer soit 20'000 francs par personne et par an, soit 30'000 francs. Je pense que cela ne causait pas de différence. De plus, il faut préciser que ces montants n'alourdisaient pas le budget de l'Etat, vu que les projets étaient financés par le Fonds de lutte contre les toxicomanies.

9.2. Le canton de Genève

Jusqu'en 1985, la politique officielle du canton de Genève visait exclusivement l'abstinence et le modèle qui dominait la pratique psychosociale était celui d'une causalité linéaire : les conditions psychologiques et/ou familiales expliquaient la consommation de drogue et l'état de dépendance.

Les institutions thérapeutiques entretenaient des relations conflictuelles, marquées par l'idéologie, mais qui n'ont pour autant pas débouché sur des sérieux affrontements politiques. De plus, les traitements n'étaient pas évalués et les résultats dans les institutions officielles étaient décevants : moins de 30% des patients terminaient avec succès un sevrage physique après un mois de traitement, et moins de 10% étaient suivis après une année.

Dès 1985, la propagation du virus HIV chez les toxicomanes a fait prendre conscience aux experts que le maintien des conflits entre les différents modèles théoriques et thérapeutiques ne servait pas la cause des consommateurs de drogues.

En septembre 1991, une nouvelle politique a vu le jour :

Le toxicomane qui est prêt à accepter un sevrage doit trouver les possibilités et les institutions qui l'aideront à se libérer de sa dépendance; le toxicomane qui n'est pas (ou pas encore) capable d'accepter le sevrage doit recevoir l'aide qui lui permettra de survivre⁹⁷.

Dès lors, la politique genevoise se caractérise par sa diversification, son intégration des différentes fonctions de l'Etat et s'aligne à la politique fédérale des quatre piliers. Elle permet d'intensifier un réseau de prise en charge adapté aux différentes catégories de toxicomanes au cours des différentes phases de leur trajectoire individuelle.

Ce réseau est constitué de trois niveaux :

- Les programmes de seuil haut sont basés sur l'exigence de l'abstinence.
- Les programmes de seuil moyen sont basés sur une prise en charge avec des objectifs thérapeutiques prévus et supposent le traitement avec médicaments de substitution.
- Les programmes de seuil bas offrent une aide médicale et sociale de base (aide à la survie).

C'est l'adoption de ces principes qui a permis le développement des programmes de méthadone (offerts depuis la fin 1970) et d'échange des seringues (fin 1980); ainsi que l'extension des activités du Bus itinérant de prévention du sida (début 1990) et le lancement du programme expérimental fédéral de prescription d'héroïne (1995).

En 1995, le Grand Conseil, par la voie de ses commissions sociale et de la santé, a demandé au gouvernement genevois de consolider la politique mise en place et de l'étendre à la prescription expérimentale d'héroïne pour les toxicomanes gravement dépendants. En juin 1995, l'exécutif a donné son aval à ces propositions.

Les facteurs qui ont favorisé cette démarche sont les suivants :

Des orientations claires qui reposent sur la responsabilité collégiale du gouvernement dans son ensemble et non sur les seuls ministères des affaires sociales et de la santé, de la justice et police ou de l'éducation, sont autant plus déterminants qu'elles se sont accompagnées d'une

⁹⁷ BROERS B., MINO A., "L'approche communautaire en abus de substances", Médecin & Hygiène,

position éthique affirmant que les questions liées aux drogues sont graves et ne doivent être soumises à aucun impératif électoral. Aucun parti politique genevois n'a été tenté de s'approprier ces questions⁹⁸.

Le programme expérimental de prescription d'héroïne (PEPS) a ouvert ses portes à Genève en septembre 1995, ce qui fait que ce canton est le seul en Suisse romande à offrir, pour l'instant, ce type de prise en charge.

Par rapport aux autres essais conduits dans les autres cantons, le projet genevois a su innover en matière d'évaluation : pendant six mois, 27 personnes ont reçu leur dose officielle d'héroïne et 24 autres ont été placées en liste d'attente, la plupart optant, malgré les échecs antérieurs, pour la méthadone. L'étude a porté sur les deux groupes de toxicomanes. Ce qui, aux yeux de l'OMS, augmente la fiabilité de l'évaluation genevoise qui va au-delà de l'analyse fédérale.

Selon les conclusions de l'évaluation genevoise, le traitement à base d'héroïne permet :

- Une diminution de consommation des produits du marché noir.
- Une amélioration très significative de la santé mentale des patients.
- Une baisse des tentatives de suicides.
- Une amélioration du fonctionnement social.
- Une diminution de revenus liés aux activités illégales.
- Une baisse des poursuites pour petits vols notamment.

Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par le projet PROVE et ils sont jugés comme étant scientifiquement valables. En effet, dans le cadre des essais fédéraux de prescription d'héroïne, l'analyse a porté sur un seul groupe de patients, dont on constatait périodiquement les améliorations, ce qui correspond à une méthode scientifique généralement jugée insuffisante en médecine pour tester des nouveaux produits et que l'OMS a reproché à l'OFSP. On a dit, par exemple, que l'amélioration des patients pouvait provenir d'un sentiment spontané propre à eux.

Avec notre méthode, on est en droit de répondre que l'amélioration des

le 29 septembre 1999, p. 1817.

⁹⁸ MINO A., Les prescriptions d'opiacés injectables : Histoire – situation actuelle. Exemple genevois, Thèse de privat – docent, Faculté de médecine, Université de Genève, 1999, p.69.

individus de la liste d'attente était inexistante ou en tout cas beaucoup moindre que celle des individus sous héroïne⁹⁹.

En ce qui concerne les coûts du projet, ceux-ci ont été évalués pour un montant de 94.80 francs par patient et par jour, ce qui correspond à 34'602 francs par patient et par année¹⁰⁰. Ce chiffre dépasse largement l'estimation de l'OFSP (20'000 francs) et les coûts issus des autres projets. Cela pourrait être attribué au nombre des professionnels, dont la charge salariale a une incidence importante sur le niveau des coûts et du petit nombre de patients pris en charge.

D'après notre entretien avec la Doctoresse Annie Mino¹⁰¹, il est ressorti que la question financière liée à ce type de traitement n'a pas influencé la prise de décision du Conseil d'Etat genevois :

Il n'a jamais été question de coûts. La question financière n'a jamais, jamais intervenue là-dedans. Ce qui est intervenu, par contre, c'est qu'il est toujours moins cher de traiter les gens avec tous les méthodes possibles, plutôt que de ne pas les traiter du tout. Car le HIV, plus la prison, plus la mort coûtent plus chers. Mais par contre, le traitement pour la toxicomanie avec héroïne, non, car c'était pour avoir une palette complète de thérapies et en aucun cas les aspects financiers sont intervenus.

Ce ne sont pas les coûts liés à ce traitement qui vont faire exploser le budget cantonal et les coûts de la santé. Il serait plutôt le fait de ne pas traiter les toxicomanes qui risque de faire monter les coûts, car si on les tues, il n'y aurait pas de coûts. Soit effectivement on ne les traite pas et auquel cas le sida ça coûte extrêmement cher, infiniment plus cher. Les Américains ont montré qu'un toxicomane non traité coûte beaucoup plus cher qu'un toxicomane traité, quelque soit la forme de traitement et il y a eu une étude californienne qui a montré que pour un dollar investi dans le traitement, on en gagne cinq.

⁹⁹ Annie Mino dans "Genève distribue de l'héroïne depuis quatre ans, sans regrets", 24 Heures, le 8 juin 1999, Michel Rime.

¹⁰⁰ Etat de Genève, Département de l'action sociale et de la santé. Balises, lettre d'information, n°3, 2 mars 1998.

¹⁰¹ Nous rappelons que la Dr Annie Mino a occupé le poste de médecin-chef de la division d'abus de substances des Hôpitaux universitaires de Genève de 1981 à 1998. Depuis le 1^{er} mars 1999, elle est à la tête de la direction générale de la santé au Département de l'action sociale et de la santé du canton de Genève.

Cela dit, nous avons posé à la Doctoresse Mino l'incidence des répercussions que les réductions des subventions aux institutions résidentielles, décidées par l'Office fédérale des assurances sociales, pourraient avoir sur le financement du traitement à base d'héroïne.

Il faut comprendre que le désengagement financier de l'Etat central ne se fait qu'au niveau de la toxicomanie, il y a dans un tas d'autres affaires. On ne peut pas isoler complètement le désengagement pour l'alcoolisme ou la toxicomanie de tous les autres désengagements. C'est clair que tout ça pèse sur les épaules des cantons, qui cherchent à répercuter, à leur tour, sur les communes, parfois, toute une série de charges. Mais il faut poser le problème de manière massive, générale. Moi j'ai du mal à penser ça en termes fixes liés à la toxicomanie ou à l'alcoolisme. C'est un problème de désengagement global. Tout d'un coup on applique des lois qu'on n'avait jamais appliqué en plein ampleur économique. Mais personne ne veut porter atteinte aux traitements résidentiels, parlant plutôt d'autres traitements.

Il n'y a aucun lien entre le financement du traitement à base d'héroïne et celui en institution résidentielle, car le premier est considéré en partie dans le cadre des caisses-maladie, de la subvention des hôpitaux (qui tombe dans l'enveloppe globale); tandis que le résidentiel touche un budget de type social, c'est un autre budget. Actuellement, il n'y a aucun lien, à ma connaissance.

9.2.1. Bilan

Nous avons vu qu'après une période caractérisée par l'inefficacité des interventions en matière de toxicomanie, le Canton de Genève a commencé à bâtir une politique axée sur le consensus et sur le dialogue, plutôt que sur la confrontation de positions idéologiques. De plus, le soutien de la population a été assez important. En effet, le résultat issu du scrutin du 13 juin 1999 a relevé que 59% des genevois soutiennent le traitement à base d'héroïne.

L'entretien avec la Doctoresse Mino nous a permis de voir que l'élément financier lié au traitement à base d'héroïne n'est jamais intervenu dans les différentes discussions qui ont précédé l'ouverture du PEPS. Il ressort que ce dernier n'a jamais fait l'objet d'âpres controverses mais, plutôt, d'un bon consensus, et cela, à partir de la proposition du Grand Conseil de suivre l'exemple de certains cantons alémaniques.

9.3. Le canton de Vaud

Depuis l'apparition du phénomène de la drogue, dans les années soixante-dix, le canton de Vaud a mis en place un dispositif de prévention et de prise en charge des consommateurs de drogue, positivement jugé par les études évaluatives effectuées jusqu'à ce jour.

Plusieurs initiatives publiques et privées ont été soutenues à fur et à mesure par le Conseil d'Etat vaudois. Parmi celles-ci, nous citons :

- Depuis 1970 : développement d'un réseau de médiateurs scolaires, d'animateurs de santé, de médecins et d'infirmiers scolaires couvrant aujourd'hui tout le système de formation.
- Depuis 1970 : développement d'expériences de travail de proximité dans la rue et dans les lieux de consommation de drogue.
- Depuis 1992 : création d'un programme de prévention et de perfectionnement destiné aux médecins praticiens soignant des toxicomanes.

En 1993, face à la situation inquiétante présente en Suisse, notamment à cause de la multiplication des scènes ouvertes, le sentiment d'insécurité de la population et la montée de la criminalité liée à la drogue, les autorités vaudoises ont chargé trois commissions d'étudier les mesures à prendre. L'ensemble des conclusions issues de ces groupes de travail ont permis la création d'une quinzaine de nouveaux projets, dans la période allant de 1996 à 1998 :

- Création de quatre Centres d'accueil et de traitement à bas seuil d'exigence.
- Ouverture d'une Unité de sevrage spécialisée.
- Développement de la prévention par le travail de proximité (six nouveaux projets).
- Création et renforcement de programmes de prise en charge d'adolescents

toxicomanes (deux projets).

- Mise en place d'un programme d'évaluation des projets du canton concernant la prévention et la lutte contre la toxicomanie, conduit par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne.

Le renforcement du dispositif en matière de drogue a été, entre autres, possible grâce à la création, en 1995, des deux organes suivants :

- La Commission cantonale pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie, composée de 12 membres, est un organe d'exécution, de coordination et de réflexion, mais n'a pas de pouvoir décisionnel.
- Le Conseil consultatif, composé d'environ 60 membres, est un organe de consultation à l'intention du Conseil d'Etat. Il a la fonction de large forum afin d'assurer l'échange, la communication et la coordination entre les intervenants.

Si dans le cadre de la législature 1994-1998, le Conseil d'Etat vaudois a fait de la prévention et de la lutte contre la toxicomanie une de ses priorités, et le dispositif que nous venons d'exposer est révélateur des efforts entrepris, ces derniers n'ont pour autant pas permis de faire évoluer la politique en matière de drogue vers une approche moins conservatrice. A titre d'exemple, la distribution de seringues stériles sans ordonnance médicale n'a été admise qu'en 1996, quand la presque totalité des cantons suisses l'avait adoptée depuis la fin des années quatre-vingts. Un autre sujet est celui du refus du traitement à base d'héroïne, que nous allons aborder plus dans les détails ci-dessous.

Lors du démarrage du projet PROVE en 1994, les autorités vaudoises ont exprimé leur désaccord sur ce type d'expérimentation en s'appuyant notamment sur le rapport du groupe de travail Bonnard/Jaton, dans lequel nous pouvons lire :

S'il n'y a pas de hiérarchie entre les différents types de prise en charge, il y a en revanche la volonté d'amener le toxicomane à un niveau d'exigence supérieur. Cette conception de la chaîne thérapeutique exclut la distribution d'héroïne. Prescrire de l'héroïne à un toxicomane revient à lui voler son identité, à lui dérober la seule chose qui lui reste, soit le produit et son illégalité¹⁰².

¹⁰² Rapport Bonnard/Jaton, Lausanne, le 14 juin 1994, p. 28.

Sur la base de ces considérations, le canton a depuis lors préféré ne pas participer à des essais dans ce domaine, tout en développant sensiblement son dispositif socio-sanitaire en faveur des toxicomanes, notamment dans la prise en charge à bas seuil d'exigence.

Suite à la publication des résultats des essais, en juin 1997, le canton s'est posé la question de savoir

si ces résultats qui semblent positifs n'auraient pas pu être obtenus par une prise en charge socio-médicale équivalente, et à bas seuil d'exigence, notamment avec substitution à la méthadone. Par ailleurs, la valeur scientifique de ces essais a été critiqué par l'OMS et l'Organe international de contrôle des stupéfiants¹⁰³.

Par ailleurs, au-delà de ce scepticisme, dans sa réponse au Département fédéral de l'Intérieur sur la consultation du projet d'arrêté fédéral concernant le traitement à base d'héroïne, le Conseil d'Etat s'est déclaré favorable sur le fond. Toutefois, il a rappelé que jusqu'alors, il n'a pas voulu participer aux essais tout en admettant, "par souci de cohérence thérapeutique", que l'expérimentation pouvait continuer pour les personnes encore dans les essais. Il a rappelé aussi "qu'aucune décision en la matière et concernant le canton de Vaud ne peut lui être imposée"¹⁰⁴.

Cela dit, lors de la consultation sur le projet d'ordonnance liée à l'arrête fédéral, lancée le 16 novembre 1998, les autorités vaudoises l'ont jugé comme étant conforme à la logique de l'arrêté et n'ont pas apporté des remarques ou des corrections à ce sujet.

Lors de la votation du 13 juin 1999, le peuple vaudois a rejeté l'arrêté fédéral urgent avec 57% de voix.

C'est en date du 2 décembre 1999, que le Conseil d'Etat s'est positionné sur la possibilité d'introduire ce type de prise en charge dans la chaîne thérapeutique vaudoise. A ce sujet, dans sa réponse à la simple question de la députée Lise

¹⁰³ Réponse du Conseil d'Etat à la simple question de la députée Lise Peters sur la prescription médicale d'héroïne, Lausanne, le 2 décembre 1999.

¹⁰⁴ Réponse du Conseil d'Etat au Département fédéral de l'Intérieur concernant le projet d'arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne, Lausanne, le 14 janvier 1998.

Peters, formulée le 9 octobre 1998, le gouvernement cantonal s'est exprimé de la façon suivante :

Si des recherches dans ce domaine devaient être menées dans le canton, elles seraient extrêmement coûteuses (on évoque un coût de 1.2 à 1.8 million de francs pendant 3 ans, dans une première estimation). Encore faudrait-il qu'elles soient utiles, scientifiquement indiscutables, et complémentaires à celles déjà faites dans d'autres cantons. Mais est-ce notre priorité dans le domaine de la recherche ? De plus en plus de voix se font entendre pour que l'on mette plus de moyens dans la recherche pour mieux adapter les traitements de substitution à la méthadone. Cela touche, en effet, la majorité des toxicomanes du canton et en Suisse. Les traitements avec prescription d'héroïne ne pourraient, au contraire, ne concerner qu'une minorité de nos toxicomanes (quelques dizaines dans le canton).

[...] Il paraît peu judicieux que le canton investisse des moyens considérables dans des recherches et des prestations coûteuses et peu utiles pour la population intéressée. Il lui paraît plus nécessaire de concentrer ses ressources sur les institutions existantes, qui remplissent bien leur mandat, ainsi que sur leur éventuel développement.

D'après le Docteur Jacques Besson, Chef de la Division d'abus de substances du Centre Saint Martin, l'efficacité du dispositif mis en place dans le canton, est prouvée notamment par la réduction importante de cas de décès par overdose. De 1998 à 1999, ceux-ci sont passés de vingt et un à quinze, ce qui place le canton de Vaud au deuxième rang, après Zurich, dans ce type de statistique. Ce résultat réjouissant correspond à une tendance générale au niveau suisse¹⁰⁵, constatée depuis 1992, quand on a enregistré le record de 419 cas.

Par ailleurs, si la baisse de cas d'overdose est attribuée, en premier lieu, au traitement à base d'héroïne, comment peut-on expliquer le résultat vaudois ? A ce propos, c'est au Docteur Besson d'apporter une réponse¹⁰⁶ :

¹⁰⁵ Pour la première fois depuis douze ans, le nombre de décès par overdose a passé au-dessous de la barre de deux cents, se situant à 179 cas contre les 209 enregistrés en 1998.

¹⁰⁶ BOLLIGER L., "Sans distribuer d'héroïne, Vaud voit chuter le nombre des surdoses", 24 Heures, Lausanne, le 18 janvier 2000.

D'énormes efforts ont été faits concernant la prise en charge des toxicomanes. Diverses institutions ont vu le jour et œuvrent sur ce terrain.

Lors de sa création en 1996, le Centre Saint Martin s'est vu confier la mission d'accueillir 300 à 400 toxicomanes en trois ans. Mais cet objectif a très rapidement été dépassé, car environ 1'300 dossiers ont été ouverts depuis, sans compter que d'autres centres, plus petits, ont vu le jour à Morges, Yverdon et Montreux.

Avec ces dispositifs de soins coordonnés en réseau multidisciplinaire, nous arrivons à donner une réponse plus complète au problème de la toxicomanie. Notre pari est gagné puisque les résultats auxquels nous aboutissons sont aussi bons, sinon meilleurs que ceux d'autres cantons qui possèdent des programmes de prescription d'héroïne sous contrôle médical. Ce que nous faisons tient la route, la diminution du nombre d'overdoses le prouve clairement.

9.3.1. Bilan

L'exploration de la politique vaudoise en matière de drogue, fait paraître une forte réticence de la part des autorités à emprunter des chemins qui s'éloignent trop du schéma usuel d'intervention dans ce domaine, au-delà même du développement sensible de l'activité préventive et des formes "traditionnelles" de prise en charge thérapeutique.

Il ressort aussi que l'aspect financier lié à l'offre du traitement à base d'héroïne dans le canton a joué un rôle important dans la prise de décision du Conseil d'Etat. Cet aspect a été d'autant plus déterminant dans la décision si l'on pense que le canton de Vaud, comme du reste tous les autres, se trouve dans la situation de devoir faire face aux difficultés financières des institutions résidentielles. En effet, suite aux décisions de l'Office fédéral des assurances sociales de 1996 de réduire drastiquement les subsides, le canton prévoit intervenir par le biais d'allocations exceptionnelles pour garantir la survie de ces institutions.

9.4. Le canton du Tessin

Les considérations qui suivent sont en partie issues de l'entretien avec Monsieur Matteo Ferrari du "Dipartimento opere sociali" et Président de la Conférence suisse

des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie.

A la fin des années soixante-dix, le canton du Tessin marquait un retard important dans la prise en charge d'un phénomène que l'opinion publique ressentait de plus en plus comme menaçant et les interventions concernaient essentiellement le secteur juridico-policiier. Cet état de fait s'explique surtout par une indifférence qui a caractérisé, tout au long des années soixante-dix (et peut-être plus longtemps), l'administration publique tessinoise¹⁰⁷. C'est d'abord la société civile, par l'activité des associations qui œuvraient déjà dans le domaine du social, qui s'est mobilisée en première. Par contre, le premier véritable débat politique sur la drogue ne s'est engagé qu'en 1978 : des dispositions touchant la prévention, les soins, l'assistance et la réintégration socioprofessionnelle ont été mises en place. Depuis lors, le canton a orienté ses actions dans le développement de la thérapie en se situant, au niveau national, dans les premiers rangs quant au nombre de places en institutions résidentielles. Même les traitements de substitution à la méthadone sont assez développés (800/850 cas sur un total de 16'000 en Suisse).

Au Tessin, suite à la définition de la politique des quatre piliers en 1991, les mesures visant la réduction des risques ont été très peu développées, par rapport aux autres régions suisses. Exception faite pour les *Antenne*, il n'existe pas dans le canton des structures à bas seuil d'accessibilité qui soient en mesure d'intervenir de manière beaucoup plus spécifique. Même en ce qui concerne la vente de seringues stériles, l'intervention est loin d'être organisée de façon cohérente et efficace. Cela s'explique par le fait que la politique tessinoise en matière de drogue est principalement orientée vers l'abstinence.

Au Tessin existent trois modèles de prise en charge des toxicomanes :

1. Le modèle technocratique, qui considère la toxicomanie comme une maladie, prévoit l'orientation du toxicomane vers une prise en charge par un spécialiste sanitaire, un psychologue.
2. Le modèle éthico-moral, provenant de l'Italie, est axé sur la personne, sur le mal que la drogue représente. L'accent est mis sur les valeurs et la morale. Il s'agit, dans ce modèle, de reconstruire le caractère, la personnalité du toxicomane qui

¹⁰⁷ STANO I., Analyse d'une politique publique en tant que phénomène de représentation. La politique en matière de drogue au Tessin, Université de Genève, Faculté des sciences économiques et

veut sortir de sa dépendance.

3. Le modèle lié à la culpabilité est issu d'une société basée sur l'apparence et la réussite, qui n'accepte pas l'échec. A l'origine de la toxicomanie il y a des problèmes sociaux et/ou familiaux. C'est une volonté de découvrir les déterminants du problème de la dépendance.

Vers la moitié des années quatre-vingt-dix, le canton présentait une "politique de l'autruche", c'est-à-dire de fermeture à l'égard de toute innovation en matière de toxicomanie. On considérait le canton comme différent du reste de la Suisse et son isolement, sa fermeture, par rapport au reste du pays était facile, vu sa position géographique. Cependant, si au niveau idéologique cela aurait pu refléter la réalité (tout discours sur la drogue était soigneusement évité), les résultats des trois votations populaires au sujet de la drogue infirment cette croyance¹⁰⁸.

Cette contradiction entre alignement/fermeture par rapport à la politique des quatre piliers peut s'expliquer de la manière suivante :

- D'une part, on est en présence de mass media qui ont un fort pouvoir idéologique et d'influence sur l'opinion publique. Les articles de presse, les émissions réalisées sur le thème de la drogue font toujours appel aux mêmes personnes, dont les idées sont plutôt conservatrices. Cela fait donc croire à la fermeture et à l'isolationnisme du Tessin par rapport à la politique de la Confédération.
- D'autre part, si l'on se réfère aux décisions du Conseil d'Etat, on constate qu'elles se situent toujours dans une ligne cohérente avec le reste de la Suisse et surtout avec les stratégies de l'Etat fédéral. A titre d'exemple, le canton s'est montré beaucoup plus ouvert au sujet du traitement à base d'héroïne de ce que les mass media ont laissé entendre.

Ce sont donc des personnes influentes, dont l'opinion en matière de drogue a du poids auprès de l'opinion publique, et la situation géographique du canton qui font penser à "l'exception tessinoise".

En ce qui concerne le traitement à base d'héroïne, dans sa réponse au Conseil fédéral sur le Rapport de la Sous-Commission drogue de 1989, le Conseil d'Etat

sociales, 1996, p. 107.

¹⁰⁸ "Jeunesse sans drogue" : rejetée avec 59% des voix, "Droleg" : rejetée avec 80.2% des voix.

tessinois a répondu, à la question de savoir s'il fallait maintenir l'interdiction de ce type de traitement, dans les termes suivants :

Il Consiglio di Stato risponde affermativamente a questa domanda ed osserva che presso gli stessi medici la somministrazione di eroina agli eroinomani sotto controllo medico è molto controversa, anzi, nella maggior parte dei casi, viene apertamente combattuta. Inoltre, anche gli esperimenti fatti in altri paesi (Gran Bretagna) non sembrano aver dato risultati auspicati¹⁰⁹.

Le canton du Tessin n'a pas estimé opportun entrer en matière, d'autant plus que ce type de traitement suscitait beaucoup de controverses et que les expériences faites à l'étranger, notamment en Grande-Bretagne, n'étaient pas satisfaisantes.

En 1992, dans sa réponse au Conseil fédéral sur l'Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes, le Conseil d'Etat a quelque peu nuancé son opinion sur le traitement à base d'héroïne :

Premettiamo al riguardo che per il momento il nostro cantone non è ancora confrontato con un'emergenza tale da indurci a proporre misure particolari sottoforma di progetti pilota. [...] D'altronde, il fatto che tali sperimentazioni debbano ottenere in prima istanza il parere favorevole del Cantone interessato e che successivamente esse saranno seguite e valutate con criteri scientifici dall'Ufficio federale della sanità è un elemento determinante a sostegno del nostro preavviso favorevole¹¹⁰.

Le canton a fait remarquer aux autorités fédérales qu'il n'y avait pas d'urgence sur son territoire, telle que l'existence de scènes ouvertes, qui aurait constitué l'occasion pour entamer des essais pilotes de traitement à base d'héroïne. Par ailleurs, le Conseil d'Etat a exprimé son préavis favorable à toute expérimentation allant dans ce sens, vu le suivi scientifique assuré par l'OFSP.

En d'autres termes, nous pouvons interpréter ce positionnement comme : "nous sommes d'accord pour que les autres fassent des essais, mais cela ne nous

¹⁰⁹ Réponse du Conseil d'Etat au Département fédéral de l'Intérieur au sujet de la consultation sur le Rapport de la Sous-Commission drogue de 1989, Bellinzona, le 22 novembre 1989.

¹¹⁰ Réponse du Conseil d'Etat au Département fédéral de l'Intérieur au sujet de la consultation de l'ordonnance de 1992; Bellinzona, le 27 avril 1992.

concerne pas".

Par la suite, en 1994, appelé par l'OFSP à s'exprimer sur sa volonté d'entreprendre des essais dans le cadre du projet PROVE, les autorités tessinoises ont repris les mêmes arguments formulés en 1992. En ajoutant que :

L'estensione della presa a carico di tossicomani sia da parte di Antenne, che di centri terapeutici, che di medici nell'ambito di terapie metadoniche, nonché il numero elevato di tossicomani che vivono nelle famiglie d'origine o in una propria famiglia ha sin qui permesso di prevenire in larga misura quell'isolamento che si cerca di combattere con la distribuzione controllata di stupefacenti¹¹¹.

Le Conseil d'Etat estimait que l'extension de la prise en charge des toxicomanes par les *Antenne*, les médecins et les familles d'origine avait largement contribué à prévenir l'isolement de ces personnes qu'on cherchait à combattre avec la prescription contrôlée de stupéfiants.

Lors de la consultation sur le Rapport de la Commission Schild portant sur la révision de la LStup (1996), dans la lettre adressée au Département fédéral de l'Intérieur nous pouvons lire :

Per quanto riguarda la prescrizione medica di stupefacenti, seguiamo con interesse le valutazioni intermedie e restiamo in attesa della valutazione della sperimentazione in corso. Il ventaglio terapeutico a disposizione degli operatori sanitari dovrà essere coerente con questa valutazione complessiva¹¹².

Au fait, lors de cette consultation, il s'est agit de se prononcer, entre autre, sur la proposition d'introduire le traitement à base d'héroïne dans la palette des thérapies reconnues. Dans sa réponse, le Conseil d'Etat tessinois s'est limité à dire qu'il suivait avec intérêt l'évaluation intermédiaire des essais et qu'il attendait le rapport final pour se prononcer définitivement. De plus, il a clairement mentionné la priorité d'améliorer la prise en charge axée sur les traitements à la méthadone et le système de financement des thérapies résidentielles et ambulatoires que, à son avis, étaient

¹¹¹ Lettre du Conseil d'Etat au Directeur de l'OFSP, Thomas Zeltner; Bellinzone, le 25 novembre 1994.

¹¹² Réponse du Conseil d'Etat au Département fédéral de l'Intérieur au sujet de la consultation sur le Rapport de la Commission Schild, Bellinzone, le 9 juillet 1996.

dépassés et inadaptés.

Le 25 juillet 1997, le "Gruppo operativo droga" (GOD), organe consultatif du Conseil d'Etat en matière de drogue, s'est exprimé en prévision de la votation fédérale "Jeunesse sans drogue". Le GOD, lui aussi, a été de l'avis que les traitements avec méthadone nécessitaient d'une nette amélioration. De plus, il a estimé que le communiqué de presse du Conseil fédéral portant sur le Rapport final des essais PROVE, avait surestimé la portée des résultats obtenus.

Enfin, en prévision de la votation du 13 juin 1999, le GOD a exprimé que le traitement à base d'héroïne en Suisse est un projet à développer, même si au Tessin, pour l'instant, il n'y a pas de nécessité. Des thérapies plus traditionnelles peuvent encore être sensiblement améliorées¹¹³.

A cette occasion, le peuple tessinois a accepté de justesse, avec 51% des voix favorables, la base légale permettant la poursuite des traitements à base d'héroïne.

9.4.1. Bilan

Nous avons vu, jusqu'ici, les différentes prises de position des autorités tessinoises au sujet du traitement à base d'héroïne. Après un refus d'entrée en matière, l'avis du canton a évolué sensiblement. Mais qu'en est-il aujourd'hui ?

D'après notre entretien avec Monsieur Ferrari, il est ressorti que, tout au moins pour le prochain avenir, le canton n'a pas l'intention de mettre en place un programme de traitement à base d'héroïne. Notre interlocuteur nous a dit que ce type de prise en charge a été conçu sur des bases et des exigences spécifiques : zones urbaines où il y avait des graves problèmes de criminalité, nombreuses personnes atteintes du virus HIV/sida, etc.

Ces conditions font en sorte que l'application d'un tel traitement au Tessin résulte problématique. Le canton présente une géographie caractérisée par beaucoup de montagnes, de vallées et de centres urbains qui n'atteignent pas les dimensions des villes alémaniques qui offrent le traitement à base d'héroïne.

Sur un total de 1'500 toxicomanes, une cinquantaine remplissent les conditions cadre

¹¹³ "Prescrizioni di eroina, in Ticino non servono", Corriere del Ticino, le 1^{er} juin 1999.

pour accéder au traitement. Cependant, le choix de l'emplacement du centre destiné à les accueillir est problématique, d'autant plus qu'ils doivent s'y rendre trois fois par jour.

Last but not least, selon Monsieur Ferrari les résultats qu'on pourrait obtenir avec ce type de traitement ne sauront pas justifier le coût assez important qu'il engendre. Pour appuyer son propos, il a fait une comparaison avec le financement de 4 millions de francs que le canton dépense annuellement pour couvrir les frais de traitement dans les différentes structures existantes¹¹⁴, lesquelles, statistiquement, comptent annuellement environs 100 toxicomanes qui atteignent l'abstinence, tandis que le traitement à base d'héroïne, qui coûterait environ 1 million de francs, ne présente aucune certitude à cet égard.

10. Conclusions

10.1. Considérations générales

La rédaction de notre travail a été orientée dans le but de vérifier la validité de l'hypothèse formulée au chapitre 3.2. Avant de nous exprimer sur le résultat de notre analyse exploratoire, nous allons nous pencher sur quelques considérations touchant à la structure de ce texte.

Le domaine de la toxicomanie est caractérisé par des situations complexes, difficiles à cerner et, à cause de cela, les réponses aux problèmes qui lui sont sous-jacents demandent des réflexions et des temps assez longs pour permettre l'élaboration d'interventions ciblées et adéquates.

Il y a 30 ans, lors du constat des premiers cas de consommation de drogues, les autorités politiques se sont trouvées confrontées à une réalité inconnue, face à laquelle elles ont dû inventer une stratégie d'action, si on peut la définir ainsi. En effet, les actions entreprises progressaient plutôt par tâtonnement, et avec les moyens disponibles, plutôt que sous une ligne directrice claire et bien définie.

Le caractère répressif de la politique en matière de drogue, qui a dominé les

¹¹⁴ En 1989, les autorités tessinoises ont adopté le principe de la garantie du financement des thérapies pour toxicomanes. Cela consiste dans le fait que le canton prend en charge la totalité ou une partie des frais de traitements, ce qui encourage les personnes à entrer dans le réseau de soins sans avoir des soucis à se faire quant aux coûts occasionnés.

interventions jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, témoigne d'une approche issue, nous dirions, d'une réaction instinctive, de peur vis-à-vis de ce que l'on ne connaissait pas.

Par ailleurs, l'histoire a permis de tirer un enseignement des expériences faites et l'Etat fédéral, comme les cantons, ont pu profiter de cet "apprentissage" pour faire le point sur les aspects positifs et négatifs de leurs actions. Les méthodes répressives appliquées aux consommateurs de drogue ont ainsi démontré leur inefficacité dans la lutte contre la toxicomanie et ont laissé la place à une approche axée sur les quatre piliers, qui constituent la base de la politique actuelle : prévention, thérapie, aide à la survie, répression contre le trafic de drogue et la criminalité.

Notre choix de développer le sujet du traitement à base d'héroïne supposait la prise en compte de la genèse de la politique fédérale en matière de drogue. De plus, afin de comprendre les mécanismes et les rouages de cette dernière, un support basé sur les concepts issus de la théorie des politiques publiques nous a été utile pour développer nos propos. Cela dit, si les problématiques liées aux dépendances ne sont pas évidentes et explicites, nous avons essayé de rendre notre travail compréhensible aussi pour toute personne profane sur les questions liées à la toxicomanie.

Au terme de ce travail, nous allons donc exposer les conclusions auxquelles nous sommes arrivés.

10.2. Validation de l'hypothèse de travail

Le but de notre travail était de savoir si l'enjeu financier sous-jacent au traitement à base d'héroïne a joué un rôle déterminant dans le choix des cantons d'offrir ou de refuser ce type de traitement.

Nous rappelons que les conclusions ci-dessous se réfèrent aux quatre cantons que nous avons pris en compte lors de l'étude de cas. Après réflexion, nous ne pouvons pas nous exprimer sur la validité de notre hypothèse de travail sans la nuancer au cas par cas.

En effet, si nous considérons les cantons de Berne et Genève, nous pouvons affirmer que d'après les informations obtenues l'aspect financier lié à l'offre de ce

type de traitement n'est même pas entré en ligne de compte dans le processus décisionnel. Au contraire, dans le canton de Vaud il a été un facteur déterminant dans le refus de s'engager sur cette voie et au Tessin, il a faiblement influencé la décision des autorités.

Cependant, une telle conclusion ne suffit pas pour aller au fond de la question, car elle fait abstraction des particularités historiques, politiques et culturelles propres à chaque canton. En raison de cela, nous estimons plus judicieux de développer une réflexion propre à chaque cas.

Canton de Berne

Lors du démarrage du projet PROVE, ce canton présentait une situation exclusive par rapport aux autres cantons considérés dans ce travail. Nous nous référons notamment à la scène ouverte du *Kocherpark*, au grand nombre de toxicomanes gravement atteints dans leur santé physique et psychique, et donc à la présence d'un risque majeur de propagation du HIV/sida.

Le fait même que Berne ait été l'une des premières villes, avec Zurich et Soleure, à demander le traitement à base d'héroïne en 1989, témoigne d'une volonté précise d'intervenir dans la situation de désespoir des toxicomanes et des autorités politiques, qui ne savaient plus quelle carte jouer pour enrayer le phénomène. Et cela a fait passer la question financière liée au traitement en second plan. Ce qui a confirmé Monsieur Jann.

L'engagement financier de l'Etat n'a pas fait l'objet de contestations à cause de la présence concomitante de facteurs prédominants : la politique libérale du canton, une volonté manifeste et consensuelle des autorités politiques et des gens œuvrant sur le terrain et la présence d'un nombre élevé de toxicomanes.

Dans l'analyse de ce cas, nous concluons donc avec l'infirmité de notre hypothèse de travail.

Canton de Genève

Le canton de Genève, nous l'avons vu, représente l'exception romande dans ce domaine. En effet, la Romandie est connue comme étant une région tendancieusement moins libérale en matière de drogue par rapport à la Suisse alémanique.

La politique genevoise dans ce domaine, depuis 1991, a su faire preuve d'ouverture et d'innovation. Une atmosphère consensuelle, l'absence de conflits au sein des partis politiques sur les questions liées à la dépendance et la présence d'une personnalité forte et déterminée comme la Doctoresse Annie Mino (à l'époque Chef de la Division d'abus des substances), qui a défendu la cause du traitement à base d'héroïne, sont tous des éléments qui ont permis d'éviter tout affrontement au sujet du financement du projet et donc la concrétisation de ce dernier.

Dans ce cas aussi, nous concluons avec l'infirmité de notre hypothèse.

Canton de Vaud

Si nous tenons compte des éléments avancés par le Conseil d'Etat vaudois pour expliquer son refus d'offrir aux toxicomanes le traitement à base d'héroïne, nous constatons que les coûts qui lui sont liés ont joué un rôle déterminant, mais pas exclusif. A ce propos, si nous devrions déceler la raison principale qui a conduit à cette position, nous dirions que le caractère conservateur de la politique vaudoise en matière de toxicomanie a principalement dominé les débats à ce sujet.

L'absence de volonté d'ouverture vers une approche plus libérale en la matière, couplée de l'engagement financier de la part du canton qu'un tel traitement aurait demandé (1.2 millions à 1.8 million de francs annuels et sur 3 ans) constituent donc les deux principales raisons du refus des autorités politiques.

L'importance de ce dernier aspect dans la prise de décision a été de plus renforcée par les problèmes financiers des institutions résidentielles, qui comptent sur des subventions publiques pour garantir leur survie.

Sur la base de ces considérations, nous pouvons affirmer la validité de notre hypothèse, même si nuancée.

Canton du Tessin

Dans ce canton, le phénomène de la drogue n'est pas très politisé. Il ne constitue en tout cas pas un thème de conflit politique entre partis. Les débats ne sont pas fréquents sur ce sujet et moins marqués par les idéologies que dans d'autres régions de la Suisse.

Si les autorités politiques définissent leur politique comme conforme à la stratégie définie par le Conseil fédéral, nous avons vu que, dans les faits, certains piliers sont plus développés que d'autres. En effet, l'accent est mis surtout sur les thérapies axées sur l'abstinence plutôt que sur des mesures visant la réduction des risques et l'aide à la survie.

Nous pouvons affirmer que cet aspect a fondamentalement déterminé le refus du Conseil d'Etat d'ouvrir des programmes de traitement à base d'héroïne, car à ce sujet, il préfère garder une position de fermeture vis-à-vis d'une approche qui ne correspond pas à la vision dominante qui est "celle qui consiste à croire qu'en arrêtant de consommer, le toxicomane est sur la bonne voie pour résoudre le problème"¹¹⁵.

Il ressort par ailleurs, que l'enjeu financier a quand même influencé cette position, mais il n'a pas été le facteur déterminant. Nous pouvons pourtant conclure avec l'infirmité de notre hypothèse.

10.3. Réflexion en rapport avec le cadre théorique

Lors du chapitre consacré au cadre théorique, nous nous sommes penché sur l'évolution de l'intervention de l'Etat dans la société civile et de son action dans le domaine des politiques publiques, à l'heure de la globalisation financière et des déficits budgétaires.

A ce propos, nous allons formuler, ci-dessous, quelques réflexions conclusives en relation avec notre travail.

¹¹⁵ STANO I., Analyse d'une politique publique en tant que phénomène de représentation. La politique en matière de drogue au Tessin, Université de Genève, Faculté des sciences économiques et

Le traitement à base d'héroïne fait partie d'un vaste système d'interventions relevant de la politique publique en matière de drogue. Les actions conduites depuis le démarrage du projet PROVE, en 1994, témoignent d'une démarche politique propre à l'Etat incitateur (chapitre 2.2.3.) et axé sur les nouvelles méthodes gestionnaires (chapitre 2.3.). En effet, depuis que les autorités fédérales ont été appelées à intervenir dans ce sens, nous pouvons constater la mise en place d'un dispositif caractérisé par les éléments suivants :

- La conceptualisation, par le Conseil fédéral, d'une politique publique particulière, suite à la pression exercée par des acteurs sociaux œuvrant dans le domaine de la toxicomanie.
- L'élaboration par l'administration fédérale, l'OFSP, des règles et des objectifs liés au traitement à base d'héroïne.
- La délégation de la mise en œuvre des projets à des organisations privées, notamment à des institutions déjà existantes et offrant des traitements de substitution à la méthadone.
- La présence de critères et d'indicateurs pouvant évaluer la performance des activités.
- La participation financière de la Confédération aux nouveaux projets, sous forme d'une aide de démarrage.

Les éléments ci-dessus ne sont pas exhaustifs, mais ils permettent d'établir un lien entre les concepts théoriques exposés au début de notre travail avec la partie consacrée au traitement à base d'héroïne.

Par ailleurs, nous pouvons constater que ce type de démarche appliquée à la mise en œuvre de programmes de traitement d'héroïne n'est pas épargnée par les conséquences négatives évoquées dans le cadre théorique.

Prenons, à titre d'exemple, l'aide de démarrage versée par la Confédération aux nouveaux programmes. D'un point de vue théorique, le retrait financier de cette dernière n'aurait dû se faire qu'au moment où les règles de financement étaient clairement définies (surtout pour ce qui concerne la participation des caisses-maladie). Dans la pratique, cependant, la Confédération a commencé à réduire sa

contribution lors de l'entrée en vigueur de l'arrêté fédéral urgent. Or, à ce moment, l'Organisme intercantonal du contrôle des médicaments ne s'est pas encore exprimé sur le remboursement de l'héroïne par l'assurance maladie, ce qui engendre une incertitude quant au futur financement du traitement. Les cantons, à l'occasion de la consultation sur l'arrêté fédéral urgent, avaient déjà manifesté leur désaccord sur le retrait du pouvoir central.

Le désengagement financier de la Confédération n'est pas exclusif au domaine de la prévention et de la lutte contre la toxicomanie, comme la Doctoresse Annie Mino l'a relevé. Par ailleurs, nous pouvons constater que dans les thérapies de prise en charge de la dépendance, le cas susmentionné n'est pas un cas isolé. En effet, la réduction des subsides étatiques aux institutions résidentielles menace leurs activités et remet donc en question le fondement d'un des piliers de la politique fédérale de la drogue.

Principes, concepts et outils de la NGP¹¹⁶

Principes	Concepts	Outils
Séparation des rôles entre le politique et l'administration	Séparation de la prise de décision stratégique (politique) de la gestion et de la responsabilité opérationnelle (administration)	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion par contrat • Accords de prestations • Division des tâches entre financiers, acheteurs et prestataires de services
Décentralisation du système administratif	Délégation de la gestion opérationnelle au niveau le plus bas	<ul style="list-style-type: none"> • Agences exécutives • Structures en holding • Gestion intégrale
Administrations amincies et hiérarchies réduites	<i>Lean management</i> : des administrations plus modestes, plus flexibles, plus efficaces et plus motivées	<ul style="list-style-type: none"> • Participation • Travail d'équipe • Organisations "apprenantes"
Orientation vers le marché	Introduction de mécanismes du marché dans la prestation des services publics	<ul style="list-style-type: none"> • Marchées internes et externes • <i>Benchmarking</i> • Concurrence (<i>Compulsory Competitive Tendering</i>) • Charges d'utilisateur
Transparence et <i>value for money</i>	Information transparente sur le produit, les coûts et les clients des unités administratives; utilisation économique, efficiente et efficace des ressources limitées	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure et indicateurs de performance • Comptabilité analytique • Audits d'efficience et d'efficacité
Orientation vers le produit	Accent mis sur les résultats et les outputs au lieu des inputs et des règles	<ul style="list-style-type: none"> • Budgets globaux
Orientation vers le client	Ecoute intensive et régulière des clients; gestion orientée vers la qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête de marché et de satisfaction des clients • Cercles de qualité • Chartes • Certification ISO
Orientation vers le citoyen	Appropriation et contrôle de la fourniture des services publics par la communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Dévolution du pouvoir • Prise de décision participative

¹¹⁶ MONKS J., "La nouvelle gestion publique: boîte à outils ou changement paradigmatique?" *La pensée comptable. Etat, néolibéralisme, nouvelle gestion publique*, Paris, PUF, 1998, p. 83

LStup à l'état du 20.10.1998

Révision de la loi sur les stupéfiants

Projet mis en consultation

Le 25 août 1999, le Conseil fédéral a mis en consultation une révision de la Loi fédérale sur les stupéfiants (ci-après : LStup) qui a pour but d'adapter la législation à la réalité sur le plan de la drogue, de combler les lacunes de la loi en vigueur et de remédier à ses incohérences et à ses contradictions.

Les modifications proposées se basent sur plusieurs rapports commandés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), notamment celui de 1996 de la Commission Schild, sur diverses études scientifiques, comme le rapport sur le chanvre de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, sur les initiatives populaires et sur les interventions parlementaires.

Etant donné les controverses à propos de la pénalisation de la consommation et de ses actes préparatoires, et autour de la culture du chanvre, de la fabrication et du commerce de produits du chanvre, le Conseil fédéral met en consultation cinq variantes relatives aux dispositions pénales de l'art. 19.

1. Les principales modifications matérielles

- Introduction d'un nouvel article définissant les buts.
- Ancrage de la politique des quatre piliers.
- Extensions aux substances engendrant la dépendance (au lieu de stupéfiants) pour ce qui est de la prévention, de la thérapie et de la réduction des risques.
- Introduction définitive dans la loi du traitement avec prescription médicale d'héroïne.
- Renforcement du rôle de la Confédération.
- Introduction de nouvelles dispositions pénales (cinq variantes pour les art.19ss).
- Interdiction de remettre de l'alcool, du tabac et d'autres substances engendrant la dépendance à des enfants de moins de 16 ans, en tant que mesure de protection de la jeunesse (modification de l'art 136 du Code pénal).

2. Les variantes mises en consultations

Concernant la modification des dispositions pénales, le Conseil fédéral soumet deux variantes ainsi que trois variantes de la Commission de la sécurité sociale et de santé publique du Conseil national (CSSS-CN), dont les points suivants en résument le contenu :

- Dépénalisation de la consommation de tous les stupéfiants et de ses actes préparatoires.
- Dépénaliser seulement la consommation de cannabis et ses actes préparatoires. Le ./.

principe de l'opportunité, dans une acceptation plus large que celle ancrée dans la loi en vigueur, s'applique à la consommation et aux actes préparatoires pour tous les autres stupéfiants.

- Tolérer la culture du chanvre ainsi que la fabrication et le commerce de produits du chanvre à certaines conditions, une solution analogue au principe de l'opportunité au sens néerlandais. Il incomberait au Conseil fédéral de fixer ces conditions dans une ordonnance (par ex. limites d'âges, quantité maximum, interdiction de la publicité, etc.) et de déterminer les circonstances dans lesquelles il serait possible de renoncer à une poursuite pénale
- Maintien de l'interdiction de la culture du chanvre-drogue, de la fabrication et du commerce des produits du chanvre à des fins de consommation de stupéfiants. Toutefois le Conseil fédéral facilite la lutte contre ces activités au moyen d'une ordonnance, qui donne aux autorités compétentes des instruments plus efficaces (autorisation pour la culture du chanvre considéré comme stupéfiant, annonce des cultures de chanvre à des fins industrielles).

Rapport de la sous-commission "Drogue" de la Commission fédérale des stupéfiants

Aspects de la situation et de la politique en matière de drogue en Suisse, 1989

Principales conclusions et recommandations

1. L'échec des politiques répressives est constaté. Le rapport n'y oppose pas une politique libérale au sens de permissive, mais plaide en faveur d'une *politique de réduction des risques*. Cela signifie que la prévention et l'aide doivent viser une qualité de vie optimale pour chacun, bien que ce but ne soit pas atteignable dans l'absolu. On précise qu'il ne doit en aucun cas donner lieu à des mesures dont l'effet serait d'augmenter la consommation de drogue.
1. La toxicomanie doit être abordée en termes de *mode de comportement*. Il en découle que :
 - La pénalisation n'est pas la réponse adéquate à la consommation abusive de drogue, bien que l'on relève une absence de consensus social sur une possible légalisation;
 - Une approche différenciant les modèles de consommation est préférable à une distinction entre drogues dures et drogues douces, considérée par les spécialistes comme non fondée;
 - Il importe de créer des conditions optimales pour les mesures thérapeutiques, en prenant en compte l'épidémie du sida et le fait que l'abstinence, qui reste un but, ne peut pas toujours être obtenue;
 - Il faut distinguer la criminalité induite par la consommation de drogue des autres formes de criminalité.

Les instruments qui s'imposent sont les suivants :

- Dépénalisation de la consommation de toutes les drogues, ainsi que de la possession et de l'acquisition de petites quantités destinées à l'usage personnel. Cette recommandation vise à faciliter la prévention des problèmes liés à la toxicomanie et l'aide aux toxicomanes.
- Atténuation des peines pour les délinquants-toxicomanes et extension de la possibilité de passer d'un régime pénal à un traitement médico-social, afin d'améliorer les conditions de prise en charge thérapeutique.
- En rapport avec la diffusion du VIH et du sida, multiplication et diversification des possibilités de traitement ambulatoire et en institution, ayant pour objectif l'abstinence. Création de services à bas seuil. Information, distribution de seringues et intensification de la formation.
- Renforcement de la lutte contre le trafic illicite de drogue, par une aggravation de la répression.
- Prescription de drogues de substitution (principalement de méthadone) conçue comme un pis-aller, face à des moyens thérapeutiques ou préventifs s'avérant parfois inadaptés et inefficaces.

Ordonnance 21.10.1992

Pour une politique de la "troisième voie"

Propositions du PDC, PRD et PSS

1. Amélioration de la prévention par des mesures comprenant l'identification des individus menacés de dépendance et le traitement précoce des consommateurs débutants de stupéfiants.
2. Amélioration de l'offre thérapeutique.
3. Traitement médical des personnes sérieusement dépendantes de drogues (comprenant la prescription médicale de différents médicaments, y compris l'héroïne si médicalement indiquée) et mesures pour assurer la survie des personnes dépendantes.
4. Impunité de la consommation, de l'acquisition et la détention de petites quantités de drogue destinées à la consommation personnelle.
5. Mesures plus efficaces pour combattre la criminalité liée à la drogue.
6. Cohérence des politiques en matière de drogue de la Confédération, des cantons et des communes.

Thèses de la SSPS

1. Nécessité de nouvelles stratégies et définition d'une "troisième voie" entre politique restrictive et libéralisation.
2. Amélioration des connaissances et évaluation des mesures.
3. Les problèmes de drogue ne doivent pas être banalisés.
4. Dépénalisation de la consommation, de l'acquisition et de la possession de quantités de drogue destinées à l'usage personnel.
5. Répression du trafic et du crime organisé.
6. Application du principe d'opportunité à la poursuite du petit trafic.
7. Définition du statut du cannabis et d'autres drogues analogues.
8. Donner une véritable priorité à la prévention.
9. Offre diversifiée de traitements et de possibilités de réinsertion sociale.
10. Assistance, accompagnement et réduction des risques pendant la phase de consommation.
11. Prescription contrôlée de drogue dans le cadre d'une prise en charge médico-sociale.
12. Coopération interdisciplinaire et intersectorielle.
13. Coopération entre Confédération, cantons, communes et institutions privées.
14. Promotion d'une information objective.

Répartition des substances prescrites pendant les essais PROVE¹¹⁷¹¹⁸

	% des jours de consommation	Nombre de remises par jour	Doses journalières (mg)
Héroïne i.v. , seule ou combinée	78.3	2.8	471.3
Héroïne i.v. , seule	58.3	2.9	489.9
Héroïne fumée , seule ou combinée	10.8	2.2	992.4
Héroïne fumée seule	3.0	3.8	1855.7
Morphine i.v. , seule ou combinée	1.4	3.0	442.2
Morphine i.v. , seule	1.0	3.1	448.7
Morphine p.o. ¹¹⁹ , seule ou combinée	4.2	1.5	371.9
Morphine p.o. , seule	1.0	2.1	613.2
Méthadone i.v. , seule ou combinée	2.1	1.0	86.6
Méthadone i.v. , seule	2.0	1.0	86.9
Méthadone p.o. , seule ou combinée	24.3	1.0	56.6
Méthadone p.o. , seule	4.6	1.0	92.5

Aspects pharmaceutiques des différentes substances

La morphine est tirée de l'opium, lait du fruit pas mûr du pavot somnifère. Elle fait partie de la classe des opiacés. L'héroïne est obtenue à partir de la morphine par une opération de synthèse, la diacétylation. La méthadone, en revanche, est produite par un procédé purement synthétique. Comme la morphine, elle appartient à la classe des analgésiques narcotiques, raison pour laquelle elle est utilisée normalement pour combattre les fortes douleurs. L'héroïne fait aussi partie de cette classe de substances, mais, actuellement, il n'y a qu'en Grande-Bretagne qu'elle est utilisée comme analgésique.

/..

¹¹¹⁷ UCHTENAGEN A., Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport de synthèse, p. 24

²¹¹⁸ Les chiffres indiqués se réfèrent à un échantillon de 960 personnes, pour une consommation étalée sur un total de 403'402 jours

³¹¹⁹ Par voie orale

La méthadone est utilisée depuis de nombreuses années sous forme orale (et, depuis peu, aussi la morphine et d'autres substances comme la buprénorphine) comme produit de substitution pour le traitement des toxicomanes. Grâce à sa long demi-vie, elle agit plus longtemps que l'héroïne ou la morphine, et il suffit d'une prise par jour pour éviter les symptômes de manque. Prise par voie orale, elle ne provoque pas de "flash", contrairement à l'héroïne administrée par voie intraveineuse, mais elle rend fortement dépendant, le sevrage durant même plus longtemps que celui de l'héroïne.

Bénéfices politico-économiques dans le domaine de la délinquance¹²⁰

	Coûts par année avant l'entrée	Coûts pendant la première année de traitement	Total des bénéfices	Bénéfices par participant et par jour
Coûts liés aux victimes (n=183)				
Vol dans des automates	8'260	2'360	5'900	00.9
Effraction dans des industries	508'400	295'200	213'200	3.19
Pillage et vol à l'arrachée	126	42	84	0.00
Effraction dans des lieux d'habitation	98'400	16'400	82'000	1.23
Lésions corporelles avec menace	672	1'404	-732	-0.01
Lésions corporelles	524	524	0	0.00
Délits dénoncés (n=183)				
Enquête/recherche (n=183)	2'792'592	1'157'904	1'634'688	24.47
Jours en détention préventive (n=206)	666'825	65'875	600'950	7.99
Procédure judiciaire (n=177)	448'514	118'080	330'484	5.12
Jours d'emprisonnement (n=177)	2'440'284	502'341	1'937'943	30.00
Total des bénéfices			4'804'517	72.08

¹²⁰ UCHTENHAGEN A. (dir.), *Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport de synthèse*, p. 117

Bénéfices politico-économiques dans le domaine de la santé¹²¹

Diagnostics	Coûts de traitement		Bénéfices
	1 ^{er} mois	13 ^{ème} mois	
Episodes dépressifs	32'896	2'741	30'155
Impétigo contagieux	1'915	957	957
Plegmon	10'443	1'044	9'399
Abcès	31'389	13'951	17'438
Gastrites	1'700	0	1'700
Nausées/vomissements	857	245	612
Crises d'épilepsie	11'370	1'624	9'746
Intoxication par stupéfiants	4'304	1'435	2'870
Total	94'875	21'998	72'878
Par participant et par jour	22.27	5.16	17.11

¹²¹ UCHTENHAGEN A. (dir.), Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport de synthèse, p. 119

**Arrêté fédéral urgent
du 9 octobre 1998**

**Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne
8 mars 1999**

Arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne
Votation du 13 juin 1999

Canton	% Oui
Zurich*	63%
Berne*	53%
Lucerne*	55%
Uri	51%
Schwytz	49%
Obwald	53%
Nidwald	51%
Glaris	47%
Zoug*	63%
Fribourg	45%
Soleure*	57%
Bâle-ville*	69%
Bâle-campagne	65%
Schaffhouse	54%
Apenzell Rhodes-Extérieur	50%
Appenzell Rhodes-Intérieur	46%
Saint Gall*	52%
Grisons	57%
Argovie	53%
Thurgovie	50%
Tessin	51%
Vaud	43%
Valais	35%
Neuchâtel	42%
Genève*	59%
Jura	49%
Suisse	54%

* Cantons qui ont participé au projet PROVE.

10 raisons pour lesquelles l'arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne doit être soumis au vote du peuple

Bibliographie

ARSEVER S., "Poussée à voter sur la prescription d'héroïne, la Suisse continue d'embarrasser l'ONU", Le Temps, le 27 mai 1999.

ARSEVER S., "Prescription d'héroïne : oui urbain et alémanique, frilosité romande", Le Temps, le 27 mai 1999.

ATS, "Référendum contre", Journal du Jura, le 29 janvier 1999.

ATS, "Prescrizioni di eroina, in Ticino non servono", Corriere del Ticino, le 1er juin 1999.

ATS, "Les essais de traitement à l'héroïne sont un succès, estiment les auteurs du rapport final", Journal de Genève, le 11 juillet 1997.

BAIERLÉ J.-L., CASSIS I., "Politique de la drogue : 14 thèses pour une troisième voie", Société suisse pour la politique de la santé, n°45, 1995, pp 89.

BALLANTI D., "La somministrazione di stupefacenti non può essere considerata una cura", Corriere del Ticino, le 9 juin 1999.

BENNINGHOFF F., DEVOS T., DUBOIS-ARBER F., GERVASONI J.-P., PACCAUD F., SPENCER B.; Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse 1990-1996, version abrégée; Lausanne; IUMSP, décembre 1996, pp. 66.

BERGMAN M., MARQUIS L., WISLER D., "Analyse des votations fédérales du 28 septembre 1997", VOX, n°62, Berne/Genève, Décembre 1997, pp 20 - 37.

BOGGIO Y., CATTACIN S., CESONI M.-L., LUCAS B., Apprendre à gérer : la politique suisse en matière de drogue, Genève, Editions Médecine et Hygiène, 1997, pp 105.

BOLLIGER L., "Sans distribuer d'héroïne, Vaud voit chuter le nombre de surdoses", 24 Heures, le 18 janvier 2000.

BONNARD C., JATON M. (Prés.), Rapport du groupe de travail de coordination en matière de drogue, Lausanne, le 14 juin 1994.

BROERS B., MINO A., "L'approche communautaire en abus de substances", Médecine & Hygiène, Genève, le 29 septembre 1999, pp. 1817-1820.

BÜTSCHI D., CATTACIN S., "L'Etat incitateur: nouvelles pratiques de la subsidiarité dans le système de bien-être suisse", Annuaire suisse de science politique, 1993, pp. 143-162.

BÜTSCHI D., CATTACIN S., Le modèle suisse du bien-être, Lausanne, Réalités sociales, 1994, pp 237 - 269.

CATTACIN S., LUCAS B., VETTER S., Modèles de politique en matière de drogue. Une comparaison de six réalités européennes, Paris, L'Harmattan, 1995, pp 213 - 236.

CATTACIN S., LUCAS B., "Politique en matière de drogue : une analyse relationnelle". Déviance et société, Genève, Editions Médecine et Hygiène, Vol.23, No 2, 1999, pp149 - 164.

CHENAUX J.-Ph., La suisse stupéfiée, Lausanne, L'Age d'Homme, 1997, pp 79.

CHENAUX J.-Ph., La drogue et l'Etat dealer, Lausanne, Etudes et Enquêtes n°21, mai 1995, pp 280.

Conseil d'Etat du canton du Tessin, Réponse au Département fédéral de l'Intérieur au sujet de la consultation sur l'Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes, Bellinzone, le 27 avril 1992.

Conseil d'Etat du canton du Tessin, Réponse à l'Office fédéral de la santé publique au sujet de l'adhésion du canton au projet PROVE, Bellinzone, le 25 novembre 1994.

Conseil d'Etat du canton du Tessin, Réponse au Département fédéral de l'Intérieur au sujet de la consultation sur le Rapport de la Commission Schild, Bellinzone, le 9 juillet 1996.

Conseil d'Etat du canton de Vaud, Réponse à la simple question Lise Peters sur la prescription médicale d'héroïne, Lausanne, le 2 décembre 1999.

Conseil d'Etat du canton de Vaud, Réponse au Département fédéral de l'Intérieur concernant le projet d'arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne, Lausanne, le 14 janvier 1998.

Conseil fédéral, Message relatif aux initiatives populaires "Jeunesse sans drogue" et "Pour une politique raisonnable en matière de drogue" (initiative Droleg) du 19 juin 1995, pp 58.

Conseil fédéral, Message relatif à un arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne du 18 février 1998, Feuille fédérale, No 14, 14 avril 1998, pp 1321 - 1344.

DAFFLON B., "Comment organiser la performance des politiques publiques : présentation d'un concept nouveau", Politique et management public, Vol. 17, n°2, Paris, juin 1999, pp 105 - 121.

DELLEY D., "Le dire et le faire. Sur les modalités et les limites de l'action étatique", Annuaire suisse de science politique, no 33, 1993, pp 23 - 37.

DELLEY J.-D. (éd.), "Quand l'esprit d'entreprise vient à l'Etat. Pour une réforme du service public", Domaine Public, septembre 1994, pp 47.

Département fédéral de l'Intérieur, Rapport sur les résultats de la conférence du 15 janvier 1998 relative à l'arrêté fédéral urgent sur la prescription médicale d'héroïne, Berne, janvier 1998, pp 5.

EISNER M., "Déterminants de la politique suisse en matière de drogue. L'exemple du programme de prescription d'héroïne", Déviance et société, Genève, Editions Médecine et Hygiène, Vol.23, No 2, 1999, pp 189 - 204.

GENTILE P., "Intégration des acteurs non-étatiques dans les politiques sociales : quel jeu, quelles limites pour les villes suisses ?", Revue suisse de science politique, Vol. 3, 1997, pp 71 - 102.

OGUTZWILLER F., JEANNERET O., Médecine sociale et préventive. Santé publique, Berne, Ed. Hans Huber, 1996, pp 502.

HUFTY M. (dir.), La pensée comptable. Etat, néolibéralisme, nouvelle gestion publique, Paris PUF, 1998, pp 256.

KISSLING-NÄF I., CATTACIN S., "Agir étatique subsidiaire dans les sociétés modernes", Revue suisse de science politique, Vol.3, 1997, pp 17 - 33

KNÖPFEL P., VARONE F., "Mesurer la performance publique : méfions-nous des terribles simplificateurs", Politiques et management public, Vol. 17, n°2, Paris, juin 1999, pp 123 - 145.

KOPP P., L'économie de la drogue, Paris, La Découverte & Syros, 1997, pp 125.

KÜBLER D., L'Etat face à la toxicomanie. Action publique et contrat social, Travaux de science politique. Nouvelle série, no 8, Université de Lausanne, 1993, pp 118.

OLACHAT R., MARQUIS L., WISLER D., "Analyse des votations fédérales du 29 novembre 1998", VOX, n°65, Berne/Genève, Février 1999, pp 28 - 37.

MALATESTA D., "Le SIDA et les consommateurs de drogue. La prévention à l'épreuve de la ville", Ethnologica Helvetica, 17-18, 1993-1994.

MENY Y., THOENIG J.-C., Politiques publiques, Paris, PUF, 1989, pp 391.

MINO A., Les prescriptions d'opiacés injectables : Histoire - Situation actuelle. Exemple genevois, Thèse de Privat - doctent, Université de Genève, 1999, pp 112.

MINO A., ARSEVER S., J'accuse les mensonges qui tuent les drogués, Paris, Calmann-Lévy, 1996, pp 255.

Office fédéral de la santé publique, La prescription de stupéfiants sous contrôle médical. Recueil d'études et d'expériences, Genève, Editions médecine et hygiène, 1995, pp 328.

Office fédéral de la santé publique, Essais concernant la prescription de stupéfiants sous contrôle médical. Plan global de recherche et conditions d'application, Berne, Version remaniée du 24 mai 1995, pp 28.

Office fédéral de la santé publique, Recherches de l'OFSP en matière de dépendances, 1993 - 1996, Berne, mai 1997, pp 427.

Office fédéral de la santé publique, Politique de la Confédération en matière de drogue: des chiffres et des faits, Edition actualisée, Berne, octobre 1998, pp 36.

Office fédéral de la santé publique, Traitement avec prescription d'héroïne. Argumentaire concernant la votation populaire sur l'arrêté fédéral urgent sur la prescription médicale

d'héroïne (traitement avec prescription médicale d'héroïne) du 13 juin 1999, Berne, avril 1999, pp 15.

Médecins suisses contre la drogue, SIDA Information Suisse (Ed.), Critique internationale des essais suisses de prescription d'héroïne, 1999, pp 51.

PAPADOPOULOS Y., Complexité sociale et politiques publiques, Paris, Montchrestien, 1995, pp 156.

RIME M., "Genève distribue de l'héroïne depuis quatre ans, sans regrets", 24 Heures, le 8 juin 1999.

RUEDIN P.-Ph., Tu ne drogueras pas, Lausanne, L'Age d'Homme, 1997, pp 177.

REL'IER (Association), "Prescription médicale d'héroïne", ZOOM. A propos de toxicomanie en région lausannoise, no.9, septembre 1999.

SANTO V.-M., VERRIER P.-E., Le management public, Que sais-je ?, n° 2724, Paris, PUF, pp 127

STANO I., Analyse d'une politique publique en tant que phénomène de représentation. La politique en matière de drogue au Tessin, Diplôme d'études supérieures en management et analyse des politiques publiques, Université de Genève, Faculté des Sciences économiques et Sociales, mars 1996, pp 125

UCHTENHAGEN A. (dir), Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport de synthèse, Zurich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 1997, pp 162.

UCHTENHAGEN A. (dir), Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport final des mandataires de la recherche. Résumé du rapport de synthèse, Zurich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 1997, pp 12.

ZIMMERMANN E., JEANGROS C., HAUSSER D., ZEUGIN P., "La drogue dans l'opinion publique suisse : perception du problème et des mesures à prendre", Déviance et société, Vol. 15, n°2, pp 157-173.

Actes législatifs

- Loi fédérale sur les stupéfiants, 3 octobre 1951.
- Ordonnance du Conseil fédéral sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes, 21 octobre 1992.
- Arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne, 9 octobre 1998.
- Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne, 8 mars 1999.

Documents divers

- Bulletins des séances du Conseil national et du Conseil des Etats.

- Articles de presse nationaux, principalement : "Le Temps", "24 Heures", "Tribune de Genève", "L'Hebdo", "Journal du Jura", "Neue Zürcher Zeitung", "Corriere del Ticino", "Giornale del Popolo", "La Regione".
- Informations diverses du site Internet de l'Office fédéral de la santé publique.
- Comité référendaire contre l'arrêté fédéral urgent : "10 raisons pour lesquelles l'arrêté fédéral sur la prescription d'héroïne doit être soumis au vote du peuple".
- Etat de Genève, Département de l'action sociale et de la santé. Balises, lettre d'information, n°3, le 2 mars 1998.