



RAISONS DE SANTE 372 – LAUSANNE

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique
Secteur Evaluation et expertise en santé publique (CEESAN)

Les personnes en situation d'addiction et de grande précarité : comment favoriser l'accès et la continuité des soins ?

Sanda Samitca, Julie Chevallereau, Jérôme Debons, Sophie Stadelmann

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

Unil.

Raisons de santé 372

Le Centre universitaire de médecine générale et santé publique Unisanté regroupe, depuis le 1er janvier 2019, les compétences de la Polyclinique médicale universitaire, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, de l'Institut universitaire romand de santé au travail et de Promotion Santé Vaud. Il a pour missions :

- les prestations de la première ligne de soins (en particulier l'accès aux soins et l'orientation au sein du système de santé) ;
- les prestations en lien avec les populations vulnérables ou à besoins particuliers ;
- les interventions de promotion de la santé et de prévention (I et II) ;
- les expertises et recherches sur l'organisation et le financement des systèmes de santé ;
- les activités de recherche, d'évaluation et d'enseignement universitaire en médecine générale et communautaire, en santé publique et en santé au travail.

Dans le cadre de cette dernière mission, Unisanté publie les résultats de travaux de recherche scientifique financés par des fonds de soutien à la recherche et des mandats de service en lien avec la santé publique. Il établit à cet égard différents types de rapports, au nombre desquels ceux de **la collection « Raisons de santé »** qui s'adressent autant à la communauté scientifique qu'à un public averti, mais sans connaissances scientifiques fines des thèmes abordés. Les mandats de service sont réalisés pour le compte d'administrations fédérales ou cantonales, ou encore d'instances non gouvernementales (associations, fondations, etc.) œuvrant dans le domaine de la santé et/ou du social.

Étude financée par :

Direction générale de la santé du Canton de Vaud

Citation suggérée :

Samitca S, Chevallereau J, Debons J, Stadelmann S. Les personnes en situation d'addiction et de grande précarité : comment favoriser l'accès et la continuité des soins ? Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2026 (Raisons de santé 372).

<https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/372>

Remerciements :

Nous remercions très chaleureusement l'ensemble des professionnel-les que nous avons rencontré-es dans le cadre de cette étude, à Lausanne, à Genève ainsi qu'à Bâle, pour avoir accepté de se prêter au jeu de l'entretien et partagé avec nous leurs points de vue.

Nos remerciements vont également à toutes les personnes que nous avons sollicitées et avec lesquelles nous avons eu des échanges plus informels, mais tout aussi précieux pour nourrir notre réflexion et enrichir ce travail.

Relecture et contrôle de l'édition :

Aurélien Baud

Date d'édition :

Février 2026

Table des matières

Résumé	5
1 Introduction	7
2 Périmètre et objectifs de l'étude.....	9
3 Questions de recherche	10
4 Méthodologie.....	11
5 Données analysées.....	12
6 Résultats	13
6.1 Situation actuelle à Lausanne	13
6.1.1 Précarisation des consommateur·ices de cocaïne inhalée (<i>crack</i>)	13
6.1.2 Fonctionnement et limites du dispositif existant	14
6.1.3 De la gestion de crise à l'institutionnalisation d'un nouveau dispositif	18
6.1.4 Enjeux et défis des interventions sanitaires communautaires hors murs	27
6.1.5 Au-delà de « l'aller-vers » : conditions d'hébergement et dynamique occupationnelle	33
7 Eclairages avec d'autres expériences cantonales : Genève et Bâle Ville.....	38
8 Réponses aux questions de recherche	40
8.1 Quels dispositifs sont mis en œuvre pour orienter, soutenir et accompagner les consommateur·ices en situation de grande précarité vers les soins ?	40
8.2 Quelles sont les barrières et les leviers pour l'accès aux soins des personnes en situation d'addiction et de grande précarité ?	42
8.3 Quels sont les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la continuité des soins ?	46
9 Conclusion.....	48
10 Références.....	50
11 Annexes	52
11.1 Entretiens réalisés	52
11.2 Description des dispositifs existants dans le canton de Genève	53
11.2.1 Réduction des risques	54
11.2.2 Accès aux soins	55
11.2.3 Hébergement	56
11.3 Description des dispositifs existants dans le canton de Bâle-Ville	58
11.3.1 Réduction des risques	59
11.3.2 Accès aux soins	60
11.3.3 Accueil et soutien en journée	60
11.3.4 Hébergement	61

Liste des tableaux

Tableau 1	Monitoring des prestations de l'USIC	26
Tableau 2	Liste des entretiens réalisés	52
Tableau 3	Détails des mesures mises en œuvre à Genève	54

Liste des figures

Figure 1	Dispositifs spécifiques et généralistes à Lausanne pouvant être sollicités par les consommateur·ices de stupéfiants	17
Figure 2	Modes d'entrée dans les soins des consommateur·ices selon le monitoring de l'USIC (en date du 01.09.25)	27
Figure 3	Analyse SWOT du déploiement de prestations sanitaires hors murs de l'USIC	45

Résumé

Dans un contexte marqué par la crise du crack et la nécessité d'adapter le dispositif addiction, la Direction générale de la santé (DGS) du canton de Vaud a souhaité disposer d'un état des lieux précis des initiatives existantes, en particulier des formes de collaboration entre les prestations de réduction des risques et les soins spécialisés destinés aux publics en situation de grande précarité.

L'étude descriptive prospective menée à Lausanne (Région « Centre ») examine la prise en charge socio-sanitaire des situations addictologiques complexes cumulant addictions, vulnérabilités sociales et comorbidités. Elle analyse également la coordination des différentes offres du réseau. Les bonnes pratiques identifiées pourront être mobilisées pour la mise en œuvre de dispositifs similaires ailleurs dans le canton, notamment à Yverdon-les-Bains (région « Nord ») ou à Vevey (région « Est »).

Une approche qualitative a été privilégiée afin de faire ressortir l'expérience et le point de vue des professionnel·les impliqué·es sur le terrain. Douze entretiens ont été réalisés au printemps 2025 auprès d'acteurs du réseau lausannois, complétés par quelques entretiens ciblés menés à Genève et à Bâle.

L'analyse porte sur l'organisation, les pratiques et les collaborations interprofessionnelles entre le bas-seuil et les services ambulatoires spécialisés.

Le rapport met en évidence les principaux défis liés à la prise en charge de ces situations complexes.

Il présente également les transformations engagées par le Service de Médecine des Addictions du CHUV qui ont conduit à la création de l'Unité de soins intensifs et communautaires (USIC) en 2025. Rassemblant des compétences médicales, infirmières et sociales, l'USIC vise à améliorer l'accessibilité et la continuité des soins pour les personnes les plus éloignées des dispositifs traditionnels.

Le développement d'interventions communautaires de proximité a débuté en 2023 avec la « filière Riponne » - désormais rattachée à l'USIC - qui a permis de déployer des interventions de terrain et de proposer des entrées rapides dans les soins. Les maraudes hebdomadaires menées par une infirmière spécialisée en psychiatrie et addictologie jouent un rôle central pour l'évaluation directe des besoins, l'initiation d'un suivi adapté et la réintégration dans le dispositif des personnes en rupture de soins.

Depuis juillet 2025, une permanence médicale hebdomadaire est également proposée dans les espaces de consommation sécurisés de la Fondation ABS à Lausanne. Ces consultations gratuites et accessibles à toutes et tous les consommateur·ices contribuent à améliorer l'accès aux soins, à réduire le recours aux urgences et à favoriser une prise en charge précoce et adaptée.

L'approche de « l'aller vers », recommandée par la Société suisse de médecine de l'addiction en réponse à la problématique du crack, repose sur une logique d'intervention proactive visant à réduire les obstacles à l'accès aux soins pour les personnes en situation complexe. Elle suppose une reconfiguration des pratiques professionnelles en faveur d'un accompagnement global, flexible et ajusté aux besoins des consommateur-ices. Sa mise en œuvre requiert une vision partagée des collaborations et une reconnaissance mutuelle des rôles au sein du réseau, afin d'assurer la cohérence et l'efficacité du dispositif.

L'étude met en évidence à la fois les facteurs facilitant le déploiement des interventions sanitaires en rue dans un dispositif coordonné et les obstacles qui persistent. L'un des principaux enjeux consiste à établir des passerelles durables entre la réduction des risques et les soins spécialisés puis vers des solutions résidentielles, afin d'éviter les ruptures de suivi qui alimentent le cycle rue–rechute–hospitalisation.

L'enjeu central est de permettre à chaque acteur-ice de s'inscrire dans un écosystème en transformation, orienté vers un objectif commun : soutenir la stabilisation et le rétablissement des consommateur-ices.

1 Introduction

La consommation de cocaïne inhalée (*crack*), a augmenté ces dernières années, entraînant des conséquences rapides et souvent délétères sur les conditions de vie¹⁻³ des personnes concernées. Parallèlement, les professionnel·les de terrain signalent depuis plusieurs années une aggravation de la précarité parmi ces consommateur·ices, constat corroboré par les récentes analyses du profil des utilisateur·ices des centres à bas-seuil (CABS) du canton de Vaud (PAPU)³. Ces évolutions soulèvent aujourd'hui des enjeux importants en matière de prise en charge d'une population souvent en situation de grande précarité et en lien avec la gestion de l'espace public.

Ces situations qui combinent plusieurs facteurs de vulnérabilité présentent un haut degré de complexité en matière de prise en charge socio-sanitaire. Aux troubles liés à l'addiction et aux problèmes de santé physique s'ajoutent fréquemment des comorbidités psychiatriques, ainsi que des difficultés sociales (précarité financière, absence de logement, isolement, etc.). Les personnes concernées sont confrontées à des obstacles répétés et à une forte stigmatisation. De plus, elles peuvent se montrer réticentes à solliciter de l'aide ou à s'engager dans un processus de soins.

Le dispositif de prise en charge des addictions dans le canton de Vaud s'est développé depuis les années 90 et comprend un large éventail d'institutions et de structures qui font de la réduction des risques ou proposent des prises en soins et des suivis dans le domaine des addictions⁴⁻⁶. La question aujourd'hui est de savoir comment les institutions et structures existantes ou en développement parviennent à répondre aux besoins de situations particulièrement complexes rencontrées sur le terrain.

Les études récentes sur la consommation de cocaïne inhalée (*crack*) menées à Genève et à Lausanne^{1, 2} indiquent que les dispositifs bas-seuil sont en première ligne pour répondre à ces situations complexes, mais disposent de ressources limitées pour y faire face – et a fortiori pour proposer des suivis intensifs permettant de « raccrocher » les personnes aux soins. Au-delà des mesures visant à couvrir les besoins fondamentaux immédiats (repos, sécurité, alimentation), ces travaux soulignent l'importance de développer des approches « d'aller vers » (*outreach*) qui consistent à aller à la rencontre des personnes dans l'espace public plutôt que d'attendre qu'elles viennent à une consultation. Il s'agit également d'impliquer les équipes soignantes au sein des dispositifs bas-seuil et de renforcer la collaboration entre les différents secteurs concernés (bas-seuil, services ambulatoires spécialisés, services sociaux)⁷.

A Genève par exemple, des maraudes^a regroupant du personnel soignant, des bénévoles et des intervenant·es sociaux·les ont été instaurées en 2023 pour répondre à ces besoins. A cette même période à Lausanne, le Service de médecine des addictions (SMA) du CHUV mène une réflexion pour répondre aux besoins des consommateur·ices et amener les soins dans la rue. Encouragée par l'Office du médecin cantonal (OMC), cette initiative se concrétise par la sortie d'un·e infirmier·ère du SMA en rue et la création de la « filière Riponne », permettant une prise en charge sanitaire

^a Des maraudes sont des tournées en rue organisées par des associations ou aussi des professionnelles des HUG pour aller à la rencontre des personnes sans domicile fixe qui ont besoin d'aide.

facilitée, plus rapide et mieux coordonnée en réponse à une situation de crise dans le Centre-ville de Lausanne. Ces approches sont également recommandées par la Société suisse de médecine des addictions (SSAM)⁸⁻¹⁰.

Dans la perspective d'adapter le dispositif addiction pour répondre de manière plus efficiente à la crise du crack, la Direction générale de la santé (DGS) souhaite un état des lieux de ce qui s'est développé - et qui pourrait être renforcé ou implémenté dans d'autres contextes - en termes de collaborations notamment entre les offres de réduction des risques et celles des soins en addictologie pour cette population en situation de grande précarité. Tant les initiatives du SMA depuis la crise de 2023, que les expériences genevoises et les recommandations de la SSAM dans le contexte des tables rondes de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sur le crack et la cocaïne constituent le point de départ de ces réflexions.

Dans le but d'identifier ce qui fonctionne, le Secteur Evaluation et expertise en santé publique (CEESAN) a proposé de réaliser une étude descriptive (prospective) sur la problématique de la prise en charge socio-sanitaire des situations addictologiques complexes et l'articulation des différentes prestations du réseau addictologie pour répondre à ces situations.

2 Périmètre et objectifs de l'étude

L'étude porte sur Lausanne (la région « Centre ») qui concentre un grand nombre de structures qui recouvrent les quatre piliers de la politique suisse en matière de drogues (prévention, traitement, réduction des risques et régulation) et un grand nombre de situations à gérer du point de vue addictologique^{4,5}. Cette étude vise à décrire les prestations actuellement en développement pour répondre aux besoins des personnes confrontées à une addiction associée à d'autres facteurs de grande vulnérabilité (logement, finances, etc.), que nous désignons par « situations complexes ». Elle a pour but d'identifier et de comprendre les leviers favorisant l'accès aux soins, d'une part et, d'autre part, la continuité des prises en charge pour cette population. Comme les besoins sont multiples, l'étude ne se limite pas à l'examen d'un seul service ou secteur, mais cherche à rendre compte de l'ensemble de la « chaîne de soins » des différentes structures et institutions impliquées, ainsi que des prestations proposées.

Une attention particulière est portée sur les aspects de prise en charge, d'organisation et de collaboration entre les professionnel·les du réseau, en particulier les professionnel·les impliqué·es au niveau du secteur bas-seuil et des services ambulatoires spécialisés en addictologie. Autrement dit, nous nous intéressons à **la manière dont les professionnel·les de terrain interviennent pour orienter et accompagner les personnes en situation de grande vulnérabilité et pour favoriser leur engagement dans une prise en charge à court, moyen et long terme**. Les défis et enjeux soulevés par ces prises en charge de situations complexes sont présentés dans le rapport.

Afin de compléter cette réflexion, les cantons de Genève et de Bâle-Ville, qui ont déjà engagé une réflexion et mis en œuvre des interventions similaires, ont été retenus à titre de comparaison. Leurs expériences alimentent ainsi la réflexion pour penser le dispositif en cours de développement à Lausanne.

Le présent rapport a pour objectif de fournir une information utile aux autorités concernées dans leur réflexion sur l'adaptation et le déploiement du dispositif de lutte contre les addictions qui réponde aux critères d'urgence et de prise en charge communautaire. Ainsi, les bonnes pratiques ou leviers identifiés pourront servir ensuite à la mise en œuvre de prestations ou dispositifs similaires ailleurs dans le canton, notamment à Yverdon-les-Bains (région « Nord ») ou à Vevey (région « Est »), tout en tenant compte des spécificités régionales ou locales.

3 Questions de recherche

La question de recherche qui sert de fil rouge à cette étude est la suivante :

Comment fonctionnent et s'articulent avec le reste du dispositif de prise en charge des addictions les interventions mises en œuvre (ou en cours d'élaboration) pour favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins de personnes en situation d'addiction et de grande précarité ?

Cette question générale se décline en plusieurs sous-questions :

1. Quels sont les dispositifs mis en œuvre pour orienter, soutenir et accompagner dans les soins des personnes consommatrices de substances et vivant en situation de grande précarité ?
 - Quelles sont les prestations proposées pour permettre l'accès aux soins ?
 - Quels sont les services impliqués ? Quels sont les liens existants entre les services à bas-seuil d'accès et les soins spécialisés (ambulatoires et hospitaliers) ?
 - Qui sont les professionnel·les impliqué·es et quels sont leurs rôles respectifs ?
 - Comment collaborent les différent·es professionnel·les et services impliqués ?
2. Quelles sont les barrières, respectivement, les leviers identifiés en termes d'accès aux soins pour les personnes en situation d'addiction et de grande précarité ?
 - Quels sont les enjeux associés en termes d'organisation et de coordination ?
3. Quels sont les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la continuité des soins (bas-seuil, traitement, voire accès à du résidentiel) ?
 - Quelles compétences professionnelles doivent être réunies sur le terrain ?
 - Quels outils et quelles démarches organisationnelles sont nécessaires pour assurer la coordination et la collaboration interinstitutionnelle et interprofessionnelle ?

4 Méthodologie

Dans une perspective exploratoire et compréhensive, une approche méthodologique qualitative a été privilégiée, afin de mettre en lumière l'expérience et le point de vue des professionnel·les impliqué·es^{11, 12}. L'étude comporte deux volets complémentaires :

- Des entretiens avec les professionnel·les du réseau à Lausanne.

Un·e ou plusieurs professionnel·les des principales structures intervenant dans la chaîne de prise en soins ont été rencontré·es dans le cadre d'un entretien.

Les structures concernées sont :

- Le SMA du CHUV,
 - L'Equipe de rue de la Fondation ABS,
 - L'Equipe de rue Rel'Aids de la Fondation du Relais,
 - La Fondation du Levant.
- Une recherche documentaire (rapports d'activité, informations présentes sur les sites internet officiels, etc.), et des entretiens avec des professionnel·les clés dans les cantons de Genève et de Bâle-Ville.

Pour le canton de Genève, deux entretiens ont été réalisés avec :

- le directeur de l'Association Première ligne, qui nous a renseigné sur les nouvelles mesures pour les consommateur·ices de cocaïne inhalée (*crack*).
- la médecin responsable du Projet Réponse Urgente Engagée (RUE), qui nous a renseigné sur le modèle d'intervention de rue mis en place depuis 2023.

Pour le canton de Bâle-Ville, un entretien a été conduit avec la responsable du Secteur Addiction du Département de la santé. Cet entretien a apporté des informations générales sur les dispositifs et mesures mises en œuvre dans le canton de Bâle-Ville.

5 Données analysées

Dans le cadre de cette étude, 12 entretiens ont été menés avec les professionnel·les de terrain (Lausanne et hors Lausanne^b) entre le 23 mars et le 06 juin 2025. Une fois retranscrits, les entretiens ont fait l'objet d'une démarche de codage à l'aide du logiciel d'analyse qualitative MAXQDA 2022^{13, 14}.

Pour les retranscriptions, nous avons eu recours au logiciel de transcription sécurisé Corv^c qui nous a fourni une première version brute de chaque entretien. Cette version a ensuite été relue et complétée sur la base de l'enregistrement.

Le matériau documentaire récolté, ainsi que les entretiens avec les personnes ressources hors canton de Vaud, ont fait l'objet de synthèses.

Afin d'enrichir ce rapport et de tenir compte du caractère évolutif des prestations présentées, les données issues des entretiens (réalisés au printemps 2025) ont été complétées par d'autres sources, notamment des rapports existants et des présentations réalisées lors de rencontres entre acteur·ices de terrain.

Les entretiens, réalisés entre la fin du printemps et le début de l'été, ont permis de recueillir le point de vue des professionnel·les concernant un dispositif en cours d'implémentation, observé dans ses premières étapes. Ce rapport présente les mesures déployées et les ajustements récemment intégrés dans sa mise en œuvre. Toutefois, compte tenu du caractère évolutif du dispositif et du décalage temporel inhérent à la collecte de données, celles-ci ne permettent pas, à ce stade, d'évaluer les effets induits par ces changements.

^b Il s'agit de deux entretiens à Genève et d'un entretien à Bâle.

^c Outil sécurisé accessible depuis le réseau de l'UNIL.

6 Résultats

6.1 Situation actuelle à Lausanne

6.1.1 Précarisation des consommateur·ices de cocaïne inhalée (*crack*)

Depuis 2022, on assiste à la croissance de la consommation de cocaïne inhalée (*crack*) dans le canton de Vaud. Cette évolution s'explique notamment par la transformation de l'offre. En effet, la cocaïne en poudre hydrochlorée (cocaïne HCl ou cocaïne « en poudre ») est très disponible à bas prix. Cette évolution s'est accompagnée d'un changement dans les modes de consommation. L'inhalation est devenue le principal mode de consommation de la cocaïne dans le canton de Vaud, bien qu'une proportion non négligeable de personnes continue à s'injecter cette substance.

Contrairement à certains cantons, comme Genève, la cocaïne basée, prête pour l'inhalation, n'est pas directement accessible sur le marché vaudois (à l'exception de la Ville d'Yverdon-les-Bains). Les consommateur·ices achètent donc la cocaïne HCl, facilement accessible, puis la transforment en *crack* par un procédé parfois appelé « basage » dans le langage courant^{d1, 15}.

La cocaïne inhalée (*crack*) a des effets psychoactifs rapides, engendrant un besoin immédiat de consommer à nouveau. Cette consommation compulsive, qualifiée par certain·es professionnel·les interrogé·es d'« effrénée », peut entraîner une rupture avec les besoins fondamentaux des personnes comme boire, manger et dormir, ainsi qu'avec la réalité. Cette rupture provoque alors de nombreux effets délétères sur la santé physique (déshydratation, malnutrition, lésions dues à des chutes, etc.) et psychique (irritabilité, dépression, hétéro-agressivité, symptômes psychotiques, etc.) :

« Alors le crack, [...] Donc il y a cette demi-vie très courte. Ça monte très vite, ça redescend très vite, ce qui fait que le patient est dans l'instant présent, dans l'immédiateté. C'est difficile d'avoir une temporalité avant-après et ça crée une certaine tension, une certaine irritabilité, avec parfois des passages à l'acte hétéro-agressif en fait. Et ça c'est quand même assez particulier au crack. Le crack provoque aussi des symptômes psychotiques quand il est fumé. Donc la cocaïne fumée, en fonction des études, c'est entre 60 et 80% des consommateurs qui ont des symptômes psychotiques. Alors ça va de la petite voix [...] jusqu'à l'hallucination, la persécution très importante. »
(Chef de clinique en psychiatrie, SMA)

Cette consommation de substances s'inscrit par ailleurs fréquemment dans des parcours de vie particulièrement difficiles, où elle apparaît comme une réponse à des épisodes traumatiques, comme l'ont souligné plusieurs de nos interlocuteur·ices :

^d Ce procédé est le suivant : la cocaïne HCl (en poudre) est mélangée à une base (bicarbonate ou ammoniacale (plus rare)), puis chauffée ; une pellicule apparaît alors à la surface et forme des petits cristaux en refroidissant. Ces cristaux ou « cailloux de *crack* » sont ensuite fumés à l'aide d'une pipe.

« La substance, elle n'est pas là par hasard, si elle est arrivée c'est quand même pour équilibrer une souffrance très, très importante. » (Chef de clinique en psychiatrie, SMA)

Une partie de ces consommateur-ices présente également des troubles psychiatriques. Selon les professionnel·les interrogé·es, cette situation reflète des problématiques sociétales actuelles de santé mentale, vécues encore plus fortement par cette population. Santé mentale, consommation de substances et précarité sont de fait souvent étroitement imbriquées :

« C'est quelque chose [la santé mentale] qu'on voit peu parce qu'on n'arrive pas à comprendre à quel point elle est aussi liée à des mécanismes sociétaux et à quel point elle est liée aussi à la question de la précarité. Parce qu'il y a des liens entre la maltraitance et la précarité, et du coup il y a des liens entre la maltraitance et la santé mentale. Et après, il y a des liens entre ça et la consommation. On a de la peine à le remettre dans un contexte aussi. » (Directeur, Association Première ligne)

Le constat d'une précarisation croissante des personnes consommatrices de *crack*, déjà mis en évidence par plusieurs études antérieures^{1, 3, 16, 17}, est confirmé par les entretiens réalisés dans le cadre de la présente recherche. Les consommateur-ices tendent à négliger leurs besoins fondamentaux, à abandonner leurs traitements ou encore à délaissé leurs obligations administratives (pour celles et ceux qui en avaient encore). Ainsi, une proportion significative d'entre elles et eux se trouve, ou finit par se retrouver, dans une situation de grande précarité, et notamment sans logement, souvent associée à des difficultés d'accès aux services socio-sanitaires. Certaines personnes n'ont pas accès aux prestations sociales en Suisse et/ou ne disposent pas d'une assurance maladie, ce qui complique encore plus l'organisation d'une prise en charge adaptée à des besoins multiples et interdépendants.

Ces situations, marquées par la combinaison d'une consommation incontrôlée, de troubles somatiques et psychiques et d'une grande précarité, révèlent les limites du dispositif actuel de réduction des risques et de traitement. La prise en charge addictologique de cette population marginalisée, souvent en rupture avec les services, est particulièrement complexe.

6.1.2 Fonctionnement et limites du dispositif existant

Depuis les années 1990, des prestations de réduction des risques et de traitement ont été mises en œuvre en Suisse, notamment à Lausanne, pour les personnes consommatrices de substances psychoactives (essentiellement l'héroïne). Ces dispositifs incluent l'accès à du matériel d'injection stérile, à des lieux d'accueil, à des prestations d'aide à la survie, d'orientation et d'accompagnement dans le réseau, à des activités ou petits jobs^e, ainsi qu'à des solutions d'hébergement (Figure 1)¹⁸.

Ce dispositif regroupe des structures généralistes, qui s'adressent à tout public en situation de précarité, et des structures spécifiques ciblant les consommateur-ices. Certaines se sont spécialisées dans un type de service (par exemple l'offre de petits jobs), tandis que d'autres adoptent une approche plus globale. C'est le cas de la Fondation ABS qui propose de la remise de matériel stérile, des prestations d'aide à la survie (repas, douches, lessives), des espaces de

^e Par « petit job », on parle d'activités de diverses natures ayant pour but principal d'occuper les personnes consommatrices, mais ayant aussi l'avantage de leur offrir une rémunération symbolique (Fr. 5.50 à 20.-, selon la durée et le type d'activité menée).

consommation sécurisés (depuis 2018), ainsi qu'une intervention de réduction des risques (RdR) en rue (depuis 2021). Elle offre également des soins de base/bobologie, une orientation vers des services spécialisés et des petits jobs.

La prise en charge ambulatoire des addictions est assurée quant à elle par des médecins en cabinet, principalement des généralistes et des psychiatres spécialisé-es, ainsi que par des services ambulatoires spécialisés rattachés à des unités médicales de traitement des addictions liés au CHUV. Le Service de médecine des addictions (SMA) propose notamment des traitements agonistes opioïdes (TAO)^f, des soins somatiques généraux et non spécialisés, des soins psychiatriques psychothérapeutiques intégrés, de l'orientation vers des soins spécialisés, des prestations de liaison en milieu hospitalier et dans la communauté, ainsi que des évaluations de la situation en lien avec le dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (DCISA^g). Le secteur ambulatoire spécialisé intervient également auprès des réseaux professionnels, notamment par le développement de dispositifs de *case management* pour les situations complexes.

La consommation de *crack* met aujourd'hui à l'épreuve ces dispositifs sociaux et sanitaires conçus distinctement et dans un contexte différent, principalement orienté vers les consommateur-ices d'opiacés par injection, au moment de l'épidémie de VIH/Sida. À Lausanne, bien que l'offre en matière d'addiction soit conséquente et couvre les quatre piliers de la politique suisse en matière d'addictions, elle ne répond pas pleinement aux besoins et caractéristiques d'une population qui tend à sortir des traitements et à fréquenter les structures existantes de manière irrégulière. La précarisation croissante de cette population consommatrice impose de repenser et d'adapter les prestations afin de répondre aux besoins individuels souvent très complexes des consommateur-ices. Sur le plan sanitaire, l'absence de traitements spécifiques permettant de réduire la consommation de cocaïne nécessite de renforcer d'autres approches pour offrir une prise en charge globale, intégrant les dimensions de santé somatique et psychique, ainsi que sociales.

Malgré l'existence de prestations de soins, les consommateur-ices se heurtent fréquemment à des dispositifs difficilement accessibles, peu disponibles et donc peu adaptés à leur réalité. La capacité à répondre rapidement aux demandes exprimées d'entrée en soins a été identifiée comme une limite du dispositif actuel⁴. Celle-ci est particulièrement problématique dans le contexte de la consommation de *crack* où l'immédiateté et la continuité sont importantes. Pour répondre à ces enjeux, une approche coordonnée impliquant plusieurs professionnel-les est nécessaire, afin de proposer un suivi individualisé de type « *case management* ».

L'approche de *case management*, développée dès les années 1980, vise à répondre aux besoins multiples des patient-es et à pallier les insuffisances de coordination et de continuité des soins observées dans certains contextes¹⁹. En proposant une prise en charge globale et en renforçant la continuité des prestations autour des patient-es, le *case management* favorise la rétention en traitement^{20, 21}. Dans sa forme la plus aboutie, des équipes pluridisciplinaires interviennent directement dans la communauté avec un haut degré de coordination et de suivi, selon le modèle

^f Les TAO pour traitements agonistes opioïdes consistent à administrer de façon contrôlée un médicament agissant comme agoniste des récepteurs opioïdes (par exemple, méthadone ou buprénorphine), afin de substituer les opioïdes illicites et stabiliser la dépendance, réduisant ainsi les risques sanitaires et sociaux associés à la consommation.

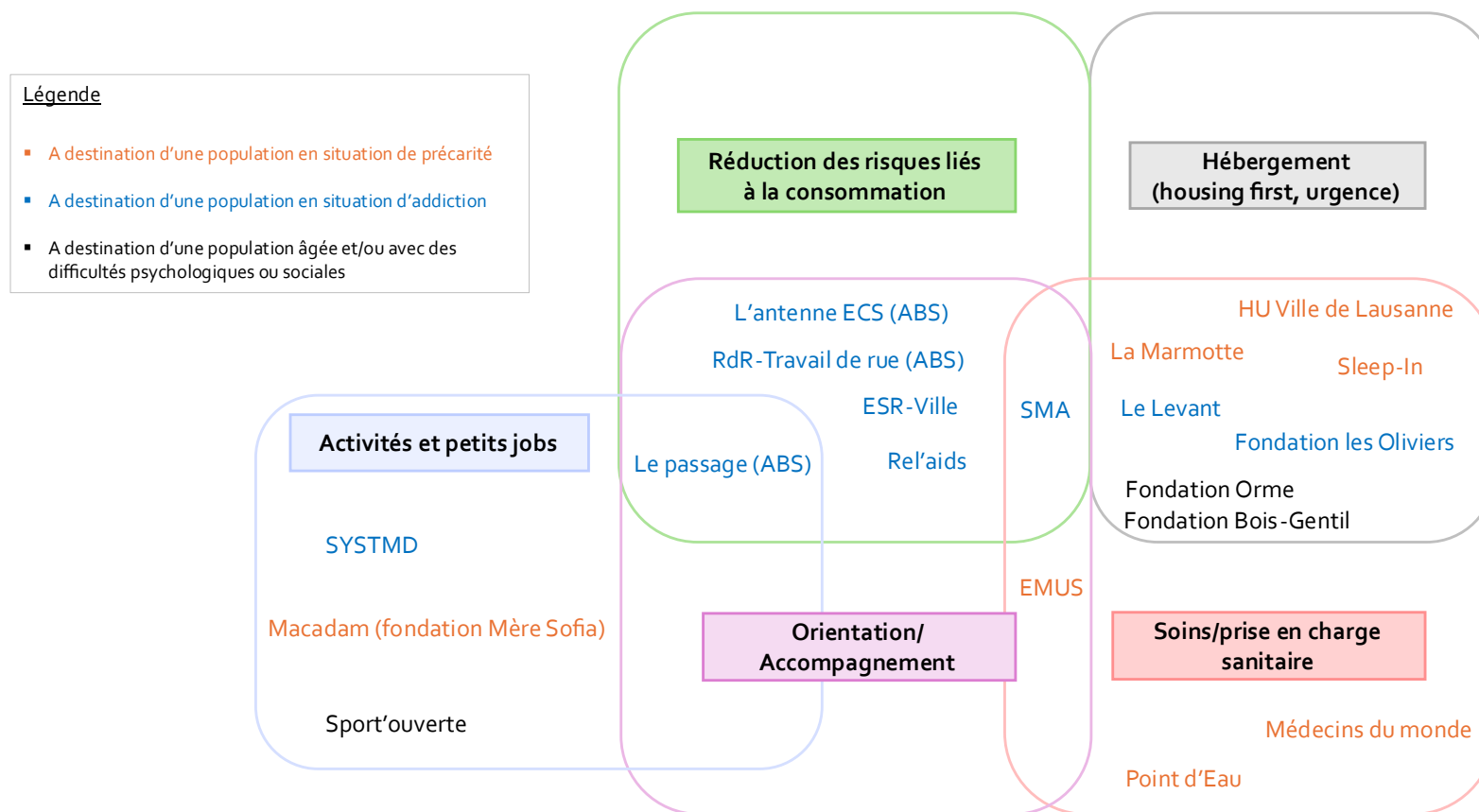
^g Le DCISA (Dispositif Cantonal Vaudois d'Indication et de Suivi en Addictologie) est un dispositif qui évalue et oriente les personnes souffrant d'addiction (alcool et/ou autres drogues) vers l'établissement le plus approprié à leurs besoins, lors d'une demande de séjour résidentiel.

« intensif » ou *Assertive Community Treatment* (ACT^{22, 23}). Ce type d'intervention a été réalisé à Lausanne auprès des consommateur·ices de stupéfiants en 2014²⁴ sous l'appellation « soins intensifs dans le milieu ». Elle a fait l'objet d'un article dans lequel les auteur·ices soulignent la pertinence de cette approche pour les personnes en situation « d'impasse dans leur parcours de soins ». Cette intervention, envisagée comme un « complément nécessaire » pour certaines situations bien définies, plutôt que comme une alternative aux soins de premiers recours et aux services spécialisés²⁴ apparaît dans le contexte actuel également pertinente.

En outre, pour éviter la perte de contact avec le réseau de prise en charge, les études récentes et les actions publiques recommandent de privilégier une approche « d'aller-vers » (*outreach* /interventions de terrain) plutôt que d'attendre que les personnes se présentent dans les services. Cette stratégie, largement documentée dans la littérature^{22, 25-28} implique que la réponse à l'augmentation des consommateur·ices de cocaïne inhalée, qui repose principalement sur les dispositifs bas-seuil, soit renforcée/complétée par des interventions sanitaires dans le milieu.

Les mesures mises en œuvre à Genève dès 2022 s'inscrivent dans cette approche « d'aller vers » et visent à développer une coordination renforcée entre le bas-seuil et les soins^{2, 29, 30}. Dès 2023, le Service de médecine des addictions du CHUV instaure progressivement des mesures similaires à Lausanne.

Figure 1 Dispositifs spécifiques et généralistes à Lausanne pouvant être sollicités par les consommateur·ices de stupéfiants



6.1.3 De la gestion de crise à l'institutionnalisation d'un nouveau dispositif

Durant l'été 2023, la problématique de la consommation visible de cocaïne base par inhalation et des consommations dans l'espace public a pris de l'ampleur à Lausanne. L'occupation des WC de la Place de la Riponne par des personnes consommant du *crack* a probablement contribué au déplacement des consommateur·ices qui consommaient auparavant par injection, les rendant désormais visibles dans l'espace public³¹. Cette évolution faisait craindre le développement d'une « scène ouverte »^h au centre-ville.

En raison des enjeux de santé publique générés par cette situation, le Conseil d'Etat a demandé à la Ville de Lausanne de mettre en œuvre des mesures renforcées. Cela s'est traduit par la mise en place d'une veille socio-sanitaire, avec la création d'une cellule de criseⁱ, devenue cellule de coordination, réunissant des responsables de l'ensemble des services et institutions concernées sur un rythme hebdomadaire. Sont représentés aujourd'hui dans ce groupe le Service de l'inclusion et des actions sociales de proximité (SISP) de la Ville de Lausanne, la Fondation ABS, l'association SYSTMD, Rel'Aids, les agent·es d'accueil et de sécurité (AAS), le secrétariat générale Sécurité et Economie, l'Office du médecin cantonal (OMC), le Service de médecine des addictions (SMA) du CHUV et la Police. Cette cellule de coordination est une instance stratégique qui a pour mission de fournir des informations pratiques et de proposer des réponses adaptées aux situations problématiques complexes, y compris des situations individuelles. Pour coordonner les actions des différent·es partenaires, il lui revient de clarifier le rôle de chaque acteur·ice afin de favoriser la confiance mutuelle et le travail en réseau.

En complément des réunions de la cellule de coordination, un colloque opérationnel interinstitutionnel (les points-rencontre du mardi) regroupant les intervenant·es de terrain a été instauré à partir de janvier 2024. Des représentant·es de la Fondation ABS, de l'Equipe sociale de rue de la Ville (ESR-Ville), de la Police, de l'Espace de la Grenette et l'infirmier·ère de rue du SMA sont présent·es. Ces « points rencontre du mardi » sont un espace d'échanges où sont abordées des situations complexes rencontrées dans l'espace public. Le but est d'y réfléchir collectivement pour y apporter des solutions adaptées. En première partie de ces rencontres, des informations et des observations sont échangées (ambiance en rue, matériel, comportements dérangeants, etc.) en présence de l'ensemble des partenaires ; en deuxième partie, l'infirmier·ère de rue du SMA et la Fondation ABS discutent de cas spécifiques et abordent des questions cliniques.

Toujours en été 2023, parallèlement à l'instauration de la cellule de crise et face au constat qu'une partie des consommateur·ices se trouvait dans la rue et/ou ne se rendait plus au SMA pour suivre leur traitement, l'Office du médecin cantonal a encouragé le SMA à sortir de ses murs et à aller directement à la rencontre des personnes présentes dans l'espace public. L'objectif était de faciliter l'accès aux prestations sanitaires pour cette population particulièrement marginalisée.

^h Les tensions augmentent autour de la consommation de drogues à ciel ouvert, RTS, [Les tensions augmentent autour de la consommation de drogues à ciel ouvert - rts.ch - Suisse](https://www.rts.ch/fr/actualites/suisse/les-tensions-augmentent-autour-de-la-consommation-de-drogues-a-ciel-ouvert)

ⁱⁱ La « Cellule de crise » s'appelle désormais « Cellule de coordination » et poursuit son travail de de coordination et de communication entre les acteur·ices des différentes prestations avec une volonté de trouver des solutions concrètes.

^j Le Service de la petite enfance (Espace de la Grenette) n'a participé que quelques mois aux réunions, lors de la mise en œuvre de la Cellule de crise.

Ainsi, une nouvelle prestation sanitaire hors murs est venue compléter les interventions sociales et de réduction des risques (RdR) des équipes déjà présentes en rue, que ce soit celle de Rel'Aids, l'équipe de rue de la Fondation ABS ou l'ESR Ville de Lausanne dès l'automne 2023.

Déploiement progressif de prestations sanitaires hors murs

Interventions ponctuelles à la Riponne : les premiers pas

Pour répondre à la situation de crise, des interventions en rue régulières d'un·e infirmier·ère du SMA sous l'appellation « filière Riponne » débutent fin 2023. Ces sorties répondent à la volonté de créer une passerelle entre les dispositifs bas-seuil, la réduction des risques et l'accès aux soins. Elles sont assurées, au départ, par une seule personne de l'équipe infirmière du SMA, identifiée alors comme « l'infirmier hors mur ». Dans ce contexte de crise, cette présence ciblée a été perçue positivement par les partenaires déjà actif·ves en rue. Les intervenant·es du dispositif bas-seuil ont ainsi bénéficié d'un numéro d'accès direct à une personne clairement identifiée, qu'elles-ils pouvaient solliciter pour une intervention directe en rue ou pour obtenir un rendez-vous au SMA dans un délai rapide.

En complément, le SMA a identifié des intervenant·es au sein du service intra-muros disponibles pour accueillir les personnes qui leur sont adressées par le réseau ou par l'infirmier·ère en rue, dans des délais courts. Il s'agissait en outre de s'assurer que la réponse offerte serait adaptée aux besoins des consommateur·ices. La liste de ces intervenant·es a été distribuée dès l'automne 2023 à l'ensemble des professionnel·les présent·es en rue (Fondation ABS, Rel'Aids, SYSTMD, ESR-Ville). Le but était de faciliter l'accès aux services ambulatoires pour les professionnel·les de terrain qui orientent ou accompagnent des consommateur·ices. Cette liste sera prochainement remplacée par un flyer en cours d'élaboration, afin d'améliorer la diffusion de l'information.

Le déploiement de ces deux mesures constitue la première étape d'une série de changements organisationnels au sein du SMA, sous-tendus par la volonté de renforcer la coordination entre les acteur·ices sociaux·ales et sanitaires, d'améliorer l'accès aux soins pour les publics concernés, et de renforcer l'intégration des piliers traitements et réduction des risques.

Maraudes dans l'espace public : objectifs et enjeux

Ce qui a débuté comme une réponse ponctuelle à une situation de crise, avec quelques sorties en rue par du personnel infirmier dédié du SMA, s'est progressivement structuré et intensifié pour aboutir à la formalisation du poste d'infirmier·ère de rue et à la mise en place de maraudes^k régulières, chaque jeudi après-midi depuis le printemps 2024. Ces maraudes sont réalisées par un·e infirmier·ère spécialisée en psychiatrie et en addictologie, seul·e ou en binôme avec d'autres acteur·ices du terrain (ESR-Ville, équipe de rue de la Fondation ABS ou Rel'Aids), selon les situations rencontrées ou les intervenant·es présent·es en rue. Elles couvrent l'ensemble de la ville, en ciblant les espaces où vont les personnes à rencontrer (par ex. les espaces publics, la Fondation ABS). Elles permettent ainsi d'aller directement au contact des consommateur·ices.

^k Selon la définition du Larousse, une maraude est un parcours effectué par des associations ou des mouvements citoyens dans les rues de grandes villes pour porter assistance aux personnes qui y vivent. C'est le terme est consacré pour désigner les actions menées auprès des personnes vivant dans la rue pour leur apporter une aide directe.

Lors de ces sorties, l'objectif est d'évaluer directement les besoins des consommateur·ices, d'initier un suivi adapté et de réintégrer dans le dispositif des personnes en rupture de soins.

Les maraudes offrent à l'infirmier·ère la possibilité d'adapter la prise en charge aux besoins des personnes rencontrées. Ces interactions en rue constituent un moment clé pour instaurer une relation de confiance. Après l'analyse des besoins exprimés ou observés, l'infirmier·ère propose une orientation vers une prise en charge appropriée, qui dépasse le cadre des services hospitaliers ambulatoires. Selon la situation et les préférences de la personne, une orientation vers un·e médecin installé·e dans un cabinet privé peut être privilégiée.

La sélection des lieux et des personnes à rencontrer s'effectue en partie lors des points-rencontre du mardi, mais peut également être spontanée, en fonction des besoins observés ou des sollicitations des partenaires le jour même.

L'infirmier·ère peut également accompagner les consommateur·ices vers des lieux identifiés comme pertinents. De plus, lorsque cela s'avère nécessaire, des démarches administratives sont initiées directement en rue. L'infirmier·ère complète ainsi régulièrement avec des consommateur·ices les questionnaires requis pour l'accès aux soins ou à d'autres dispositifs d'aide tels que le DCISA. Cette intervention dans le milieu permet de dépasser certains obstacles comme les rendez-vous manqués et de rencontrer la personne sur un rythme plus soutenu pour faire avancer le dossier. En rue cependant aucun traitement TAO n'est remis.

L'intervention en rue s'adresse à la fois aux consommateur·ices et aux intervenant·es du réseau ; elle vise à intervenir rapidement dans des périodes charnières, soit pour gérer des situations où tout est à construire, soit dans des situations qui se sont péjorées. Les intervenant·es apprécient de pouvoir s'adresser à une personne de référence et obtenir des réponses rapides.

Ces maraudes se distinguent des prestations intra-muros par leur mobilité (aller à la rencontre des personnes dans leur environnement), leur flexibilité et adaptabilité, rendue possible grâce à la disponibilité de l'infirmier·ère et des collègues à l'interne du service (adapter les réponses aux besoins spécifiques), et leur intensité (agir immédiatement lorsque la situation l'exige) sur un temps court :

« Avec cette partie justement où il faut aller vers... ou avoir cette partie mobile très importante, parce que ces gens qui sont dans cette situation : donner une carte avec un rendez-vous et une heure, ça ne va pas le faire. Donc c'est soit aller vers, soit l'équipe l'a amené en haut. Il faut énormément de flexibilité. » (Infirmière de rue, SMA)

Le temps de travail de l'infirmier·ère en rue reste ainsi volontairement partiellement planifié, afin de préserver sa capacité d'adaptation aux demandes du terrain :

« Parce qu'il y a toujours cette notion du temps. Mon temps n'est pas leur temps. Jamais. Et puis du coup, quand il y a une ouverture là, il y a une demande. » (Infirmière de rue, SMA)

Cette nouvelle filière a pour objectif de soutenir le réseau et d'accompagner les personnes en respectant leurs choix, en explorant avec elles l'intérêt d'accéder à un traitement lorsque cela est pertinent.

La plupart des bénéficiaires de ces maraudes présentent des diagnostics psychiatriques concomitants avec une dimension d'instabilité, de précarité et parfois d'exposition à des risques de violence à gérer. L'objectif est d'intervenir rapidement et de manière intensive à des moments charnières d'instabilité, dans une continuité et une alliance suffisante pour créer une zone de transition appropriée, sans s'inscrire dans une logique de suivi à long terme puisque ces suivis sont généralement de six mois :

« Notre objectif c'est vraiment de tout donner à un moment donné. Quand il y a une période d'instabilité majeure [soit] pour quelqu'un qui est déjà suivi, donc on se rajoute, et puis dès que c'est stable, on ressort ; soit quelqu'un qui n'a rien, donc tout est à construire. [...] Donc notre objectif ce n'est pas, notre mission en tout cas, ce n'est pas d'avoir une cohorte avec des patients qui restent. » (Infirmière de rue, SMA)

« Notre rôle, c'est toujours de passer le relais puisqu'on est un suivi, une unité de suivi temporaire le temps qu'il y a une crise, le temps qu'il y a un projet à développer, qu'il y a besoin de mobilité, de flexibilité. Mais l'objectif c'est que dès que la situation ... se stabilise un peu, que le patient va mieux, qu'il est déjà accroché, c'est au cours des 6 mois. » (Infirmière de rue, SMA)

L'organisation des maraudes a évolué avec le développement de maraudes en binômes (infirmier-ère de rue et autres membres du SMA) selon un tournus planifié.

Permanences médicales dans les espaces de consommation sécurisés (ECS) : objectifs et enjeux

Parmi les lieux visités lors des maraudes infirmières du SMA, les locaux de la Fondation ABS au Vallon (Le Passage et l'ECS) et l'Antenne ECS-Riponne ont rapidement été identifiés comme des points stratégiques pour entrer en contact avec des consommateur-ices particulièrement marginalisé-es. Dans le prolongement de l'approche « aller vers » mise en œuvre en rue, une réflexion a été engagée pour instaurer une prestation sanitaire formalisée à la Fondation ABS, tant au Vallon qu'à l'Antenne ECS-Riponne. Contrairement à l'espace de consommation du Quai 9 à Genève, qui dispose d'une permanence médicale^l depuis son ouverture, la Fondation ABS proposait jusqu'alors uniquement des soins de plaies/bobologie^m, sans présence médicale régulièreⁿ. Ces constats ont conduit à l'instauration d'une permanence médicale hebdomadaire, gérée par le SMA, afin de faciliter l'accès aux soins et à une prise en charge des problèmes de santé plus importants des consommateur-ices.

La mise en place de ces permanences s'est déroulée progressivement, en collaboration et avec le soutien de la Fondation ABS, afin de garantir l'adhésion de ses équipes et de faciliter l'accès aux personnes concernées. Depuis juillet 2025, une équipe composée d'un-e infirmier-ère et d'un-e médecin psychiatre assure une présence chaque mercredi matin pendant deux heures, d'abord uniquement à l'Antenne ECS-Riponne puis, à partir du mois d'octobre 2025, également au Vallon, en alternance. Cette permanence vise à offrir un accès simplifié à des soins médicaux et

^l Un-e médecin des HUG est présent-e sur place une matinée par semaine et reçoit les consommateur-ices en consultation.

^m Dans le langage courant ce terme renvoie à la prise en charge de petites blessures ou d'affections bénignes.

ⁿ La Fondation ABS a bénéficié pendant une période d'un-e médecin référent qui pouvait être contacté-e en cas de besoin, mais sans présence régulière au Passage.

psychiatriques de proximité, sans recours immédiat aux structures hospitalières, tout en favorisant une prise en charge globale adaptée aux réalités des personnes consommatrices. L'objectif est de proposer un accès direct à un-e médecin pour simplifier l'entrée dans des filières socio-sanitaires adaptées aux besoins de chacun-e, répondre aux demandes des personnes concernées, construire avec elles un rapport collaboratif et éviter le recours aux urgences pour des motifs non pertinents.

Ces permanences sont gratuites, accessibles à toutes et tous les consommateur-ices et le travail se fait avec les pseudos des consommateur-ices tant qu'un dossier n'est pas ouvert administrativement au SMA.

Lors de ces permanences, l'équipe soignante du SMA effectue une anamnèse complète et propose, si nécessaire, des soins immédiats simples, et/ou de l'orientation. Lorsqu'une prescription médicale est requise, un dossier est ouvert au SMA, afin d'assurer le suivi des soins. Les patient-es du SMA ne sont pas prioritaires lors de ces permanences et sont réorienté-es vers le SMA. A la fin de la permanence, l'équipe du SMA a du temps pour accompagner les consommateur-ices qui en ont besoin vers les urgences ou des structures de soins.

Un protocole d'intervention en cours d'élaboration établit le cadre de collaboration entre l'équipe de la Fondation ABS et celle du SMA.

Cette organisation, fondée sur une répartition entre le Vallon et l'Antenne ECS-Riponne, est amenée à évoluer, en fonction des ressources (tant en personnel que financières) disponibles pour cette nouvelle prestation.

L'Unité de soins intensifs et communautaires (USIC)

Le déploiement d'interventions hors murs - maraudes et permanences aux ECS - s'inscrivent dans une dynamique plus large de réorganisation du SMA, qui a conduit en février 2025 à la création d'une nouvelle unité : l'Unité de Soins intensifs et communautaires (USIC). Cette unité regroupe des missions préexistantes, notamment celles de l'ancienne équipe de liaison et de mobilité en addictologie (ELMA), et intègre progressivement les nouvelles prestations hors murs.

Pluridisciplinaire, l'unité rassemble une équipe infirmière, une équipe sociale, les ressources médicales somatiques et psychiatriques de la « filière Riponne », ainsi qu'un secrétariat, toutes désormais intégrées dans un cadre d'intervention redéfini.

Grâce à cette pluridisciplinarité et à la complémentarité des expertises, l'équipe de l'USIC peut offrir une prise en charge globale, intégrant les dimensions biologiques, psychologiques et sociales (approche biopsychosociale). Face à des situations particulièrement complexes, les professionnel·les peuvent aussi avoir un rôle de *case manager*, en coordonnant simultanément réponses sanitaires et sociales : « à partir du moment où ça requiert une autre coordination, où il y a tout plein de choses à faire » et pour lesquelles « il peut après tout faire de A à Z, indépendamment s'il est infirmier ou s'il est assistant social » (Infirmière de rue, SMA). Les situations les plus lourdes peuvent bénéficier d'un double *case management* associant un-e infirmier-ère et un-e assistant-e social-e, afin d'assurer un suivi individualisé et cohérent.

Les prestations proposées par l'USIC s'adressent à une population en grandes difficultés, pour laquelle l'accès aux soins et à l'offre ambulatoire traditionnelle est inadapté :

« Nos critères d'admission pour l'USIC, ça peut être soit quelqu'un qui est dans les autres unités, donc déjà suivi, mais qui vit une période de grande instabilité, qui vit une période de crise, [soit] que l'équipe qui le suit de base, qui a la responsabilité médicale, n'arrive pas spécialement à les voir. Il y a un décrochage, et puis que... le cadre tel quel n'est plus suffisant. Et du coup l'USIC de par cette mobilité, flexibilité et possibilité de voir la personne une, deux, trois fois dans la semaine s'il le faut, peut se rajouter à la prise en charge de base. » (Infirmière de rue, SMA)

Les réflexions menées au sein du SMA et qui ont abouti à la création de l'USIC, traduisent une volonté affirmée d'ajuster l'offre aux besoins identifiés sur le terrain. Dans cette dynamique, la flexibilité, l'interdisciplinarité, la mobilité, la disponibilité et l'articulation avec les ressources de la communauté apparaissent comme des leviers importants. L'USIC joue ainsi un rôle de catalyseur et de facilitateur, fluidifiant les interactions et soutenant les adaptations du dispositif qui sont nécessaires, en mobilisant et en s'appuyant sur les ressources activables. Elle implique pour cela le bas-seuil et les soins hospitaliers, tout en restant attentive à ne pas compromettre l'équilibre global.

Cette unité s'est développée en réponse à la situation de consommation de crack et aux changements de comportement des consommateur-ices. Des outils de suivi de ses activités ont été mis en place d'entente avec l'OMC afin de documenter le nombre de personnes accompagnées et leur profil, ainsi que la nature des prises en charge proposées. Ces éléments permettront d'ajuster le dispositif aux transformations du contexte socio-sanitaire.

Les prises en charge hospitalières de courte durée

La réorganisation de l'offre ambulatoire du SMA, avec la filière Riponne (les maraudes et les permanences aux ECS) et la création de l'USIC, a entraîné par ricochet une réflexion sur l'organisation hospitalière. Ce questionnement s'est imposé face à la surcharge des urgences souvent utilisées comme porte d'entrée à l'hôpital par des personnes consommatrices. Or, le fonctionnement des urgences implique *« un tri, de l'attente, de la stigmatisation et de l'incompréhension »* (Médecin, SMA) qui accentuent les difficultés rencontrées par ces patient-es. Dans ce contexte, il est apparu central de trouver des solutions permettant à la fois de désengorger les urgences et d'offrir une prise en charge adaptée à des situations complexes, concernant des personnes épuisées par une consommation intensive, qui ne nécessitent pas pour autant de soins somatiques spécialisés, ni de plateau technique. Ces prestations hospitalières permettent de répondre à des besoins médico-psycho-sociaux spécifiques durant des séjours hospitaliers brefs. Ces prestations, difficiles à mettre en place en rue, en ambulatoire ou aux urgences, deviennent possibles dans un setting hospitalier adapté.

Une réflexion a été engagée sur la coordination entre les prestations ambulatoires qu'elles soient extra et intra-muros et les soins hospitaliers. L'USIC a également travaillé avec les médecins cadres des urgences du CHUV afin de définir une procédure d'évaluation impliquant les trieur-euses et l'Equipe mobile de vulnérabilités et de médecine sociale (EmvS) d'Unisanté. Cette démarche vise à

limiter le recours systématique aux urgences en proposant, lorsque cela est pertinent, une hospitalisation courte à l'Unité hospitalière de médecine des addictions (UHMA).

Ces hospitalisations de courte durée ont plusieurs finalités. Elles permettent selon les besoins de faire des évaluations psychiatriques et somatiques, d'initier des traitements adaptés médicamenteux ou non, de proposer un travail addictologique avec une approche motivationnelle. Ces hospitalisations offrent aussi une mise à distance de la consommation, la possibilité de retrouver un rythme de vie et d'être accompagné·es dans des démarches administratives en vue notamment d'un séjour dans un établissement socio-éducatif (ESE) ou en établissement psychosocial médicalisé (EPSM).

Pour renforcer l'interface entre l'hôpital et le travail de rue, l'USIC s'appuie sur un chef de clinique psychiatre hospitalier (10% de son temps) intégré à l'USIC, chargé de favoriser le développement de prises en charge hospitalières adaptées (sur le modèle de la filière Riponne). Cette interface joue un rôle stratégique en établissant également des liens entre l'USIC et l'Unité hospitalière de médecine des addictions (UHMA), où une filière de soins spécifique a été créée pour répondre aux besoins des consommateur·ices de *crack*.

Le milieu hospitalier, peu habitué à accueillir des consommateur·ices de *crack*, bénéficie ainsi de l'appui de l'USIC qu'il peut solliciter en cas de besoin. Inversement, l'USIC peut mobiliser des relais hospitaliers lorsque la personne ne correspond pas au parcours classique, mais nécessite quand même une mise à l'abri et un environnement permettant des traitements spécifiques.

Ces hospitalisations s'adressent à des personnes présentant une instabilité clinique et sociale, des difficultés d'accessibilité aux soins liées à la pluralité des morbidités, une ambivalence et une faible adhésion au cadre (respect des rendez-vous, ponctualité, troubles du comportement), ainsi qu'une précarité sociale et administrative (absence de logement, de téléphone, d'assurance maladie, de nationalité suisse ou de permis de séjour valide). Pour ces différentes raisons, une fréquence, une adaptabilité et une coordination de soins élevées sont nécessaires. Ces hospitalisations courtes permettent ainsi un travail sur des objectifs ciblés et précis.

L'admission se fait sur une base volontaire et programmée, toujours précédée d'une évaluation par l'USIC. Les séjours se font en semaine, avec une sortie le vendredi, sans transfert prévu vers d'autres unités hospitalières classiques.

En facilitant l'accueil des personnes en situation de grande précarité dans le cadre d'hospitalisations courtes, ces séjours permettent, selon nos interlocuteur·ices, de répondre aux besoins immédiats liés à l'addiction à la cocaïne inhalée (*crack*), en offrant une mise à l'abri propice au repos et à l'alimentation, ainsi qu'à la mise en œuvre de prestations médico-psycho-sociales adaptées :

« Elle [la patiente] a trouvé un certain bénéfice à cette hospitalisation. Ça, je trouve que c'est très, très positif. Le premier bénéfice est clair, chez cette population, je pense que c'est avoir un toit et avoir à manger finalement. Et ça change aussi le paradigme de l'hospitalisation, parce qu'habituellement on ne va pas à l'hôpital pour avoir un toit et pour manger. Donc il y a ces questions aussi là qu'il faut qu'on réfléchisse. En tout cas ça, c'est peut-être un point d'accroche pour entrer dans le soin. » (Chef de clinique en psychiatrie, SMA)

Pour ces populations, l'accès à un toit, à des repas et à un environnement sécurisé au sein de l'hôpital constitue souvent une porte d'entrée facilitant l'établissement d'un partenariat, l'instauration d'une relation de confiance et la prise en charge de leurs besoins médico-psycho-sociaux. Cette situation met en évidence le recours par l'hôpital à certaines de ses fonctions sociales — notamment la couverture transitoire de besoins fondamentaux non pris en charge ailleurs — comme levier d'accès à des publics en situation de grande précarité, fréquemment en rupture de repères et de confiance.

Cette fonction assumée permet, durant une brève période de stabilité et de sécurité, de mobiliser dans des conditions optimales des prestations médico-socio-sanitaires adaptées aux besoins de chaque personne. Ces interventions s'inscrivent dans une logique de transition clinique et peuvent être réitérées lorsque la situation l'exige. Ancrés dans une perspective de renforcement de la réponse communautaire et de complémentarité avec les dispositifs de l'USIC, ces séjours courts contribuent à accroître la flexibilité du système.

La dimension sociale de la prise en charge — incluant le logement, l'alimentation et la sécurité du lieu de vie — devrait pouvoir s'appuyer sur des relais situés en dehors du milieu hospitalier. Si le recours à l'hôpital constitue une porte d'entrée cohérente avec les missions de soins du dispositif, l'ampleur des besoins sociaux observés invite néanmoins à identifier et développer des alternatives et relais sociaux spécifiquement dédiés à cette partie de la réponse. L'hôpital, par la brièveté des séjours et ses spécificités médicales, ne pouvant être le lieu pertinent au long cours pour répondre aux problématiques sociales rencontrées par cette population.

Ces hospitalisations temporaires peuvent constituer une opportunité dans certaines situations pour initier un suivi médical et envisager une prise en charge plus globale, comparativement au cadre ambulatoire où les personnes peuvent être encore sous l'effet des substances. L'interdiction de consommer des substances psychoactives, qui prévaut dans l'espace hospitalier, représente toutefois un enjeu pour les équipes soignantes³². Bien que justifiée par des impératifs de sécurité et de santé publique, cette contrainte confronte les professionnel·les à des situations complexes susceptibles de compromettre la continuité des soins. En effet, pour les consommateur·ices de *crack*, l'impossibilité de consommer peut générer des tensions, voire un refus de soins, rendant le maintien dans le dispositif thérapeutique particulièrement difficile. Cette réalité conduit certain·es professionnel·les à envisager la création d'un espace de consommation sécurisé à proximité de la cité hospitalière ou du site de Cery par exemple et/ou à accompagner, quand cela est possible, les personnes hospitalisées vers l'espace de consommation sécurisé pendant leur séjour.

Cette réflexion interroge la manière dont la consommation de substances est prise en compte dans le cadre hospitalier, en s'écartant d'une approche exclusivement centrée sur l'abstinence — un objectif qui peut s'avérer irréaliste ou non souhaité par certain·es patient·es. Il apparaît nécessaire dans certains cas, comme celui de consommation du *crack*, d'envisager des alternatives permettant de concilier la réduction des risques avec la continuité des soins. Une telle approche vise à garantir autant que possible la sécurité des personnes tout en respectant leurs choix, ouvrant ainsi la voie à des pratiques plus pragmatiques et inclusives.

Des enjeux similaires se posent dans le cadre des prises en charge résidentielles et de l'approche du rétablissement. Cette dernière désigne un processus centré sur la personne, visant à mobiliser

ses ressources pour améliorer sa qualité de vie et favoriser son insertion. L'USIC joue ici un rôle clé en facilitant non seulement l'entrée à l'hôpital, mais aussi la sortie grâce à la constitution d'un réseau ou d'un projet. La nécessité de renforcer les échanges entre l'USIC et l'unité hospitalière s'est concrétisée par des colloques communs.

Enfin, la question de la sortie d'hôpital demeure centrale. L'intervention en rue répond à des situations d'urgence et peut conduire à une hospitalisation, mais qu'advient-il ensuite ? Sans perspective de continuité des soins, le risque est que la personne retourne à la rue, exposée aux mêmes difficultés, jusqu'à une nouvelle hospitalisation. Cette problématique souligne la nécessité d'avoir des solutions structurelles pour éviter que les efforts déployés en amont ne soient perdus faute de relais adaptés.

Cette filière « Riponne hospitalière » s'inscrit dans la perspective d'un « *modèle de soins hospitalier adapté à la problématique du crack* », destinée à des patient-es en situation de précarité, dont certain-es vivent en rue car « *ça [la problématique du crack] ne se prend pas vraiment en charge comme les problématiques addicto habituelles* » (Chef de clinique en psychiatrie, SMA).

Ces séjours de courte durée soulèvent également des enjeux de financement.

La prochaine étape consiste à avoir des indicateurs permettant de confirmer l'identification de l'USIC comme ressource de référence.

Statistiques des interventions de l'USIC

Le déploiement des différentes prestations de l'USIC (maraudes, permanences médicales et hospitalisations courtes) s'est accompagné d'un monitoring, présenté dans le Tableau 1.

Tableau 1 **Monitoring des prestations de l'USIC**

Dispositif	Début du monitoring*	Période de monitoring	Nombre de prises en charge/consultations (Données au 01.09.25)
Maraudes	12.06.25	3.5 mois	14
Permanences médicales	01.08.25	1 mois	25
Hospitalisations courtes	01.02.25	7 mois	10

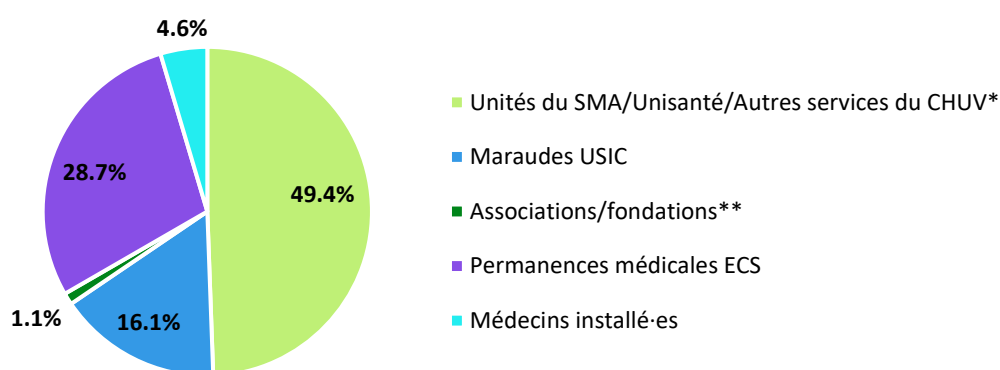
*Pour la permanence médicale et les hospitalisations courtes, la date de monitoring correspond au début de la prestation.

Ces premiers résultats montrent l'adhésion tant des usagers que des partenaires impliqués. 25 consultations ont ainsi été réalisées dans le cadre des permanences médicales à la Fondation ABS, donnant lieu à 6 orientations hospitalières, 7 réinsertions dans des prises en charge déjà ouvertes, et 9 soins de plaies complexes effectués sur place.

Le suivi statistique des prestations de l'USIC permet également d'identifier l'origine des demandes adressées à l'USIC (Figure 2). La majorité des demandes de prise en charge pour des consommateur-ices provient des unités du Service de médecine des addictions (SMA), d'Unisanté

ou d'autres services du CHUV (49%). Près d'un tiers (29%) des prises en charge sont réalisées lors des permanences médicales dans les espaces de consommation sécurisés (ECS) de la Fondation ABS et 16% via les maraudes menées sur le terrain par l'USIC. Ces demandes peuvent être suivies d'une prise en charge dans le cadre de l'USIC ou être orientées dans le réseau (ex. DCISA, CAP, Départ, Foyer, orientations DCISA, etc.).

Figure 2 Modes d'entrée dans les soins des consommateur-ices selon le monitoring de l'USIC (en date du 01.09.25)



*Unités du SMA : Unité Bilan Investigation et Orientation ; Unité traitements agonistes ; Unité des thérapies individuelles et groupales ; Unité hospitalière de médecine des addictions. Sont également inclus ici : l'Unité de Soins aux Migrants (USMi) d'Unisanté et d'autres services du CHUV.

**Associations/fondations : Fondation Rel'Aids.

6.1.4 Enjeux et défis des interventions sanitaires communautaires hors murs

Les interventions médicales dans l'espace public ne constituent pas en soi une innovation. Des initiatives communautaires ont déjà été expérimentées, principalement dans le champ de la psychiatrie plutôt que dans celui des addictions. **Toutefois, ces pratiques restent rares et ne représentent pas la norme. Leur mise en œuvre nécessite une articulation avec les dispositifs existants et soulève des enjeux en termes de redéfinition des frontières institutionnelles, de cadres d'intervention, de partage d'informations entre différentes équipes et de continuité des soins.**

Apprendre à « aller vers » : un changement de posture

L'approche de « l'aller-vers », se justifie dans le contexte actuel du fait de la difficulté à atteindre les consommateur-ices de *crack* par les voies classiques. Mais, contrairement au secteur social, habitué aux approches hors murs, le domaine médical repose généralement sur une logique de prise en charge initiée par une demande du/de la patient-e au sein d'une institution. Sortir du cadre hospitalier pour aller vers des patient-es potentiel-les sans demande de soins explicitement formulée constitue ainsi une rupture avec les pratiques habituelles :

« C'est pas quelque chose qui se fait comme ça, loin de là. Déjà de base, parce qu'on est soignants, donc on est habitués à que les gens viennent ici ou ils viennent vers nous avec une demande. [...] Les gens, ils arrivent ici parce qu'ils ont un besoin. Moi, j'étais formatée là-dedans. Les gens venaient à moi. Donc déjà, moi, en tant que telle, je dois apprendre à aller vers, parce qu'on ne m'a pas demandé. L'utilisateur, il ne m'a pas demandé que j'aille vers lui et que je lui demande comment il va, comment est sa vie, est-ce qu'il a besoin de quelque chose. » (Infirmière de rue, SMA)

Ce changement de posture entraîne des répercussions pour le service ambulatoire et hospitalier du SMA et plus largement pour l'ensemble du dispositif addiction. Initialement, cette démarche a suscité des réactions de méfiance, voire d'incompréhension au sein de l'équipe qui restait dans le service. Puis, progressivement, les récits des maraudes ont éveillé curiosité et intérêt.

Aujourd'hui, sortir et intervenir en rue apparaît comme une pratique qui fait sens et que toute l'équipe est amenée à expérimenter, afin d'avoir une meilleure perception et compréhension de la réalité en rue.

Se connaître et collaborer : entre continuité et adaptation

La mise en œuvre de cette prestation hors murs, initiée dans l'urgence, a été accueillie favorablement par les professionnel·les de terrain parce qu'elle répondait à un besoin identifié. Cette acceptation s'explique également en partie par l'existence de collaborations antérieures entre le SMA, en tant que service de soins, et les acteur·ices de terrain de la Fondation ABS, dans le cadre des activités intra-muros du SMA. Ces liens préexistants avec la Fondation ABS mais aussi avec d'autres partenaires comme l'Association de pair·es -aidant·es SYSTMD, les services sociaux et d'autres intervenant·es de première ligne ont facilité la mise en place des maraudes.

D'autres collaborations plus anciennes impliquant le réseau, notamment entre la Fondation ABS et l'équipe de Rel'Aids, ont également joué un rôle de facilitateur pour l'accueil d'un·e nouvel·le intervenant·e : *« nous on a d'excellentes collaborations c'est-à-dire qu'on sait qu'on... sur des situations en particulier qui vont demander beaucoup plus de temps dans l'accompagnement, le classique, c'est de prendre contact avec le Rel'Aids. »* (Travailleur social, Fondation ABS)

Ces interactions se traduisent par des conseils et le partage de connaissances du terrain qui favorisent une approche cohérente et complémentaire des interventions :

« Donc, nous... on a une bonne collaboration avec eux [ESR-Ville]. On leur a donné plein de petites astuces aussi pour être plus à l'aise parce qu'on les sentait pas très à l'aise, en fait dans le terrain. Donc voilà. Filer des tuyaux, des trucs. On les accompagnait sur des endroits parce qu'ils avaient un peu peur. Enfin donc, on a fait vraiment un rôle d'accompagnement aussi sur cette équipe mais je dois avouer que jusqu'à présent quand on parle ensemble, j'ai l'impression qu'ils sont en train de définir encore un peu la chose. » (Travailleur social, Fondation ABS)

Toutefois, l'arrivée de cette nouvelle intervention en rue ne se limite pas à une simple extension des pratiques existantes, mais implique un ajustement collectif et la construction progressive de

nouvelles formes de collaboration. Chaque intervenant·e (que ce soit de la Fondation ABS, de Rel'Aids, SYSTMED, ou de l'ESR) a ses propres habitudes et modes d'action. L'intégration d'un·e infirmier·ère dans ce contexte nécessite par conséquent un temps d'adaptation pour clarifier les rôles, instaurer une confiance et éviter des malentendus. Cette étape est cruciale pour permettre une coordination efficace.

Une compréhension claire des missions et des valeurs propres à chaque structure facilite ce processus et favorise une coopération efficace :

« Le défi, c'est de laisser la place à chacun, laisser les missions à chacun, notamment typiquement ABS, la réduction des risques, l'anonymat, l'accueil bas-seuil. Quand les soins vont là-bas, il faut qu'on puisse y aller en mettant les pincettes nécessaires à ce que ça se passe bien, je dirais. » (Responsable d'Unité Sociale, SMA)

L'intervention de l'infirmier·ère en rue repose sur une approche collaborative respectueuse des pratiques existantes, qui ne vise pas à remplacer les prestations ou les professionnel·les déjà présent·es, mais qui s'inscrit dans une logique de complémentarité. Son approche fondée sur le respect des pratiques établies contribue à enrichir le travail collectif et à proposer une prise en charge adaptée. Pour cela, dans un premier temps l'infirmier·ère s'est attaché·e à se faire connaître et reconnaître par les acteur·ices déjà actif·ves sur le terrain. Cette reconnaissance mutuelle constitue un préalable indispensable à la création d'un climat de confiance, nécessaire pour accéder aux publics en situation de grande précarité. Ce lien avec les acteur·ices en place est stratégique. Leur connaissance fine du terrain et des bénéficiaires facilite l'intégration de l'infirmier·ère et donc permet de réaliser, dans une logique de complémentarité et de synergie, des accompagnements de personnes vers une prise en charge socio-sanitaire, que ce soit au SMA ou ailleurs, selon leurs souhaits et leurs besoins.

Flexibilité et ajustement : des leviers pour la collaboration

Les partenaires de terrain relèvent comme positives la réactivité du dispositif USIC et sa capacité à répondre aux besoins exprimés sur le terrain, ce qui contribue à renforcer sa légitimité et son inscription dans le réseau :

« Répondre « oui » à une demande, que ce soit de l'utilisateur ou que ce soit du réseau bas-seuil, pour moi je pense que c'est ça qui est primordial. Parce que (...) si cette carte de flexibilité, rapidité, disponibilité, réactivité, elle n'est pas là, alors le réseau bas-seuil ne va pas appeler. Il ne va pas me faire intervenir. Et c'est pour moi le grand... le grand truc que j'ai senti qui a changé dans la collaboration aussi. » (Infirmière de rue, SMA)

Pour le réseau bas-seuil, la capacité d'adaptation de la filière Riponne constitue un atout important. Le dispositif tant social que sanitaire doit répondre à une diversité de demandes et s'ajuster aux besoins spécifiques de chaque situation.

La flexibilité revendiquée par l'USIC, mise en œuvre dans le cadre des maraudes, se traduit désormais par des rencontres en rue auprès des consommateur·ices, dans un café, ou encore dans un bureau de l'USIC, illustrant une volonté de s'ancrer dans les réalités du terrain.

Les relations informelles sur le terrain et la confiance entre acteur-ices apparaissent aussi comme des leviers centraux pour fluidifier les échanges et favoriser les collaborations. Leur pérennité reste cependant fragile dès lors que ces relations reposent sur des individualités qui peuvent s'arrêter en cas de départ d'un-e intervenant-e :

« Et la différence, par exemple, des fois, et c'est pour ça que c'est chouette de pouvoir compter sur des collègues du Rel'Aids parce que finalement, quand la personne, on a pu faire déjà un petit bout de chemin avec elle, c'est déjà plus facile de la mettre en contact avec le Rel'Aids qu'elle n'a peut-être encore jamais rencontré, cette personne. C'est souvent le cas. » (Travailleur social, Fondation ABS)

S'intégrer dans le réseau pour atteindre le public

Entrer sur le terrain ne se limite pas à occuper l'espace public, mais constitue un processus d'intégration dans un réseau déjà structuré auprès d'un public cible. Cette intégration s'est construite progressivement en s'appuyant sur les liens existants entre certain-es professionnel-les.

Ces relations constituent un des principaux leviers pour approcher les personnes consommatrices en rue. La qualité des liens est donc déterminante pour établir une relation de confiance. Comme les intervenant-es présent-es depuis longtemps ont tissé des relations solides avec ce public, l'équipe de l'USIC a pu s'appuyer sur ces connaissances pour approcher les personnes consommatrices en rue, ce qui a facilité l'accès aux publics les plus marginalisés. Le développement d'interactions entre la filière d'urgence et le réseau actif en rue (SYSTMD, Fondation ABS, ESR-Ville, etc.) a dès lors été une priorité :

« SYSTMD, ça a été une super ressource parce que quand j'ai commencé, j'étais seule. J'étais seule à faire ces tournées donc l'équipe, voilà-. Les équipes sont dans la rue, elles ont leur job et puis leur façon de faire et puis moi j'arrive. Je connais pas grand-chose. Je connais rien (...) .» (Infirmière de rue, SMA)

L'appui des acteur-ices établi-es, notamment l'Association de paires SYSTMD, a permis à l'infirmier-ère de rencontrer des personnes particulièrement marginalisées lors des animations organisées dans l'espace public. De même, la collaboration avec l'ESR-Ville et l'équipe de rue de la Fondation ABS a renforcé la légitimité des nouvelles initiatives et facilité l'accès aux consommateur-ices :

« Alors, si je veux faire mon job, et quand je dis faire mon job, c'est ouvrir pour l'utilisateur, que j'aimerais bien qu'il devienne un patient, que j'aimerais bien qu'il ait accès à des prestations. Si je veux arriver là, il faut que je collabore avec... il faut que la collaboration, elle soit avec la meilleure synergie possible. » (Infirmière de rue, SMA)

Légitimité et posture professionnelle : un enjeu sensible

L'identité hospitalière portée par l'infirmier-ère en rue peut soulever des tensions spécifiques. Le port d'un badge du CHUV en est une illustration. Pour certain-es consommateur-ices, ce badge inspire confiance, en renvoyant à une institution reconnue, pour d'autres au contraire, ce même

rattachement institutionnel qu'elles-ils préfèrent éviter provoque de la méfiance. Après concertations et des échanges avec des collègues du projet RUE à Genève qui ont adopté le badge, l'équipe du SMA a également opté pour le port d'un badge. L'expérience confirme que le badge facilite l'accès et crédibilise le rôle de l'infirmier-ère « *ça s'est joué à deux niveaux : moi, je me sens mieux, donc je me sens plus ancrée. Et puis les gens, ben tu travailles au CHUV. Tu fais quoi ? T'es infirmière ? Regarde. Ça a tout changé. C'était encore un autre pas de... de l'amélioration dans l'histoire* » (Infirmière de rue, SMA).

Cependant, être présent-e en rue expose également les professionnel·les des soins à des réalités propres à ce contexte. Il peut s'agir aussi bien d'être témoin d'épisodes de consommation, de vente de traitements prescrits par le SMA, ou de comportements que le-la consommateur·ice préfère garder invisibles. Ces situations brouillent parfois la frontière entre accompagnement clinique et réalité de terrain, créant des zones de tension qui nécessitent d'ajuster sa posture :

« Ce qui est un super enjeu, ce n'est pas que connaître, c'est me connaître, certains, mais l'enjeu de traitement, il y a passablement de détournement de traitement. Donc bien évidemment que si je suis en bas [en rue], autant je peux avoir des gens qui « ah ouais Carla, qu'est-ce que tu fais ici ? », autant je peux avoir énormément de méfiance. J'ai eu énormément de méfiance ... et du coup, [c'est] très compliqué. » (Infirmière de rue, SMA)

Des espaces pour structurer la collaboration

La présence en rue constitue une première étape pour initier la collaboration avec les partenaires du réseau, mais elle ne suffit pas à elle seule. Pour transformer cette proximité en dynamique collaborative, des temps d'échanges plus formalisés sont nécessaires.

Le colloque opérationnel interinstitutionnel (points-rencontre du mardi) (voir Chapitre 6.1.3) joue ce rôle. Il permet aux équipes de terrain de partager leurs observations et constats afin d'orienter les maraudes du jeudi, ainsi que les interventions des autres équipes. Ces rencontres contribuent à clarifier les rôles, à ajuster les pratiques et à structurer les échanges, renforçant ainsi la cohésion entre les partenaires.

Au-delà de ces moments, la coordination repose sur des outils et des pratiques qui restent à consolider. L'arrivée en rue concomitante de la filière Riponne et de l'ESR-Ville de Lausanne dès l'été 2023 met en évidence la nécessité d'une articulation fine des activités pour s'assurer de la complémentarité des interventions. De même, les permanences aux ECS requièrent des échanges réguliers avec la Fondation ABS, afin de maintenir une intervention cohérente et concertée :

« Ce qu'on doit continuer de travailler, c'est la bonne collaboration, puis les pointages réguliers avec nos partenaires, notamment ABS, là, en l'occurrence, vu qu'on va deux fois par semaine maintenant chez eux, donc ça c'est hyper important. » (Responsable d'Unité Sociale, SMA)

D'un « aller vers » à un « aller vers ensemble »

Sur le terrain, des maraudes en binômes combinant plusieurs équipes s'organisent de manière spontanée, selon les lieux à visiter ou selon les intervenant-es disponibles. Parallèlement, le projet de binômes composés de membres de l'USIC et organisés de façon formelle et planifiée est en cours d'implémentation. Cette articulation entre spontanéité et organisation permet de s'adapter aux réalités mouvantes du terrain.

Les relations de confiance et les collaborations construites entre les intervenant-es de rue du secteur social et sanitaire transforment « l'aller vers » en un « aller vers ensemble ». Cette dynamique est pertinente pour répondre à la complexité des situations rencontrées et à l'étendue des lieux à visiter : « *Je suis allée avec l'équipe d'ABS le jeudi à Sébeillon. Il m'est déjà arrivé aussi de faire la tournée avec l'équipe de travailleurs sociaux de la Ville* » (Infirmière de rue, SMA).

Cultures professionnelles : convergences et tensions

La rencontre entre acteur-ices du social et des soins révèle des différences de cultures professionnelles. Le travail social de rue valorise des principes tels que le respect de l'anonymat, la réduction des risques, l'accès universel aux prestations. Du côté sanitaire, le partage d'informations avec le consentement de la personne, dans les limites de ce qui est nécessaire pour respecter le secret médical, est considéré comme légitime et nécessaire pour assurer une prise en charge coordonnée, notamment dans une logique de *case management*. Ces divergences peuvent compliquer le développement d'interventions communes, notamment lorsque le partage d'informations est une condition préalable à l'action. Elles soulignent la nécessité de développer des mécanismes de coopération respectueux des valeurs et contraintes propres à chacun-e, afin de pouvoir apporter une réponse acceptable et pertinente aux besoins des personnes concernées :

« La philosophie, elle est différente. Et cette culture aussi underground, anonymité, confidentialité, accueil inconditionnel ou presque, et puis que du coup ... c'était tout un jeu. On m'a déjà dit que ça ne se dit pas en français mais je trouve que c'est quand même la meilleure expression pour dire ça : un jeu de ceintures, la hanche quand on danse. C'est tout un jeu de ceintures pour pouvoir avancer tout en ne froissant pas, tout en respectant la mission, et le travail de tout un chacun. » (Infirmière de rue, SMA)

Enfin, la rue reste principalement associée à l'action des intervenant-es sociaux-ales, tandis que les soins continus sont perçus comme relevant de l'hôpital. **La conception de la RdR varie également : pour le dispositif bas-seuil à Lausanne, la RdR semble constituer une finalité en soi, ancrée dans une logique de survie ;** alors que pour le SMA et les professionnel·les de la santé, elle s'inscrit dans une approche intégrée, de type biopsychosociale, orientée vers le rétablissement.

Les différences de cultures professionnelles et de missions entre les interventions « bas-seuil » et les dispositifs de prise en charge ambulatoire spécialisée peuvent constituer un obstacle à la collaboration. Elles se manifestent notamment par des divergences dans la compréhension des rôles respectifs et des finalités poursuivies. Ce décalage rend possible une collaboration, mais sans pour autant garantir l'existence d'une compréhension commune de l'objectif central, à savoir l'accompagnement vers la stabilisation de la situation de la personne. Ces divergences peuvent

également générer des tensions ou des incohérences dans les pratiques, compromettant ainsi l'efficacité des interventions mises en œuvre. Dans ce contexte, la rencontre entre les équipes et l'évolution des représentations des personnes concernées devraient contribuer à renforcer des modèles fondés sur une réponse intégrée aux besoins, et à favoriser des formes de collaboration à la hauteur des défis partagés.

6.1.5 Au-delà de « l'aller-vers » : conditions d'hébergement et dynamique occupationnelle

Les prestations hors murs de l'USIC répondent à l'urgence dans un cadre communautaire, mais une question demeure : comment assurer la continuité de la prise en charge afin d'améliorer durablement ces situations complexes ? L'enjeu est d'éviter le cercle vicieux qui mène du retour à la rue à la rechute, puis à une nouvelle hospitalisation. Il s'agit de développer des passerelles modulables, flexibles et le plus intégrées possible entre la réduction des risques et les soins, ainsi qu'avec des solutions résidentielles ou des solutions d'hébergement orientées vers le rétablissement.

Les professionnel·les rencontrés insistent sur la nécessité d'aborder les problématiques de précarité sociale et de penser la prise en charge dans sa globalité. Cela inclut notamment l'accès à un hébergement et la possibilité de participer à des activités ou à des petits jobs. Ces dimensions sont particulièrement critiques pour une population souvent confrontée au sans-abrisme et à l'absence d'activité professionnelle, ce qui accentue leur vulnérabilité, le sentiment de non-inclusion sociale, les processus de stigmatisation et d'auto-stigmatisation et complique la mise en place de réponses adaptées :

« Parce que si on se concentre sur les traitements, sur toutes les questions liées aux addictions, mais qu'on ne prend pas en compte ça [enjeux liés à la précarité sociale], on ne va pas y arriver. » (Directeur, Association Première ligne)

Ces prestations sont nécessaires pour favoriser l'insertion et rompre avec la logique d'urgence permanente de consommer, probablement amplifiée dans le contexte de précarité. Cette prise en charge plus globale se heurte toutefois à des obstacles structurels et organisationnels, liés à un manque de places disponibles, à des critères d'accès restrictifs, ou encore à des ressources limitées. Ces contraintes rendent d'autant plus indispensable une collaboration étroite entre les différents acteur·ices du réseau pour imaginer des solutions adaptées et réalistes.

L'accès à un hébergement

D'après les professionnel·les rencontrés, un passage direct du bas-seuil vers le résidentiel reste une situation qui se présente rarement. Pourtant, la possibilité de se reposer et d'accéder à un hébergement est considérée comme centrale pour rompre avec les « mécanismes d'errance » (Responsable Hébergement, Le Levant). L'hébergement apporte une forme de stabilité indispensable au bon déroulement d'un suivi médical et à la reconstruction progressive d'un projet de vie :

« Parce que les gens ne vont pas s'en souvenir [du rendez-vous], vont prioriser d'aller faire la manche plutôt que d'aller au rendez-vous. Ils vont oublier le rendez-vous parce que quand on est à la rue, on n'a pas non plus d'agenda. On a un téléphone qu'on perd. On a la carte de visite avec le rendez-vous qu'on a perdu aussi. » (Directeur, Association Première ligne).

L'accès à un hébergement constitue ainsi un axe central, voire prioritaire pour les professionnel·les rencontré·es. Pour plusieurs d'entre elles et eux, cette étape précède même la mise en place d'un traitement ou d'un suivi médical :

« Une des grosses influences c'est vraiment de pouvoir être hébergé et puis d'avoir un premier contact avec une personne soignante. » (Directeur, Association Première ligne)

« L'idée c'est vraiment [de] t'écarter, d'avoir des moments où tu puisses... te sentir bien sans conso pour pouvoir renforcer ses moments sans conso. Donc pour nous justement la question du logement, elle est..., très, très importante, c'est un des axes sans doute. » (Médecin, SMA)

Dans le canton de Vaud, trois types de structures proposent une prise en charge résidentielle pour les personnes en situation d'addiction : les établissements socio-éducatifs de l'addiction (ESE-addiction), les établissements psychosociaux médicalisés avec une mission de réduction des risques et d'engagement dans le suivi (EPSM-RdR) et les hébergements du programme *Housing first*, proposés par la Fondation du Levant ou la Fondation de l'Orme entre autres³³.

L'orientation vers un ESE-addiction passe par le DCISA, sur la base d'une évaluation de la situation et des objectifs de la personne, en tenant compte des spécificités et disponibilités de chaque structure. Les ESE représentent une étape transitoire, centrée sur la stabilisation et le développement des compétences sociales et relationnelles de la personne, avec pour objectif une consommation contrôlée, voire l'abstinence, et le rétablissement. Les EPSM s'inscrivent dans une logique de réduction des risques et de rétablissement, favorisant l'autodétermination et l'autonomie des bénéficiaires par un accompagnement pluridisciplinaire orienté vers leurs objectifs individuels. Les EPSM ainsi que le programme *Housing first* répondent ainsi davantage aux situations d'urgence des personnes confrontées à une grande précarité.

Cependant, face à la croissance de la demande et la complexité des besoins d'une population en situation d'addiction et de grande précarité, ces offres d'hébergement ne parviennent pas à répondre à la demande. Certaines structures restent difficilement accessibles pour des personnes fortement marginalisées, parfois en rupture avec les services institutionnels. Les contraintes administratives, telle que l'obligation d'une évaluation par un·e professionnel·le et le fait de devoir compléter un questionnaire comme exigé dans le cadre du DCISA^o, constituent des freins supplémentaires :

« Des gens qui sont suivis par ABS, il n'y en a quasiment jamais qui arrivent jusqu'en résidentiel, parce que la marche est trop haute, je veux dire. Alors pour les ESE, il y a le

^o Bien que dans des situations d'urgence cette étape puisse être différée, cette option semble peu utilisée/mal connue des professionnel·les.

DCISA, le Dispositif Cantonal [d'Indication et de] Suivis en Addiction, qui fait quand même qu'il faut, enfin subir deux entretiens, faire un gros questionnaire pour l'ASI [Addiction severity index^P], et du coup c'est difficile vraiment d'accéder.» (Responsable Hébergement, Le Levant)

À cela s'ajoutent des critères restrictifs liés à la consommation, au permis de séjour ou encore à la détention d'une assurance maladie, qui compliquent l'obtention d'une place. Les freins liés à la consommation active sont particulièrement marqués avec la consommation de cocaïne inhalée (*crack*), qui occupe souvent une place importante dans la vie quotidienne de ces personnes. Pour certaines structures d'accueil, cette réalité constitue un obstacle de taille, car elles n'autorisent pas la consommation sur place, ce qui exclut une partie des personnes les plus vulnérables : « *Souvent il y a cette conception dans les lieux, pour accéder à des lieux addiction, spécialisés addiction, il faut avoir un objectif [en lien avec son addiction]* » (Responsable Hébergement, Le Levant). Or, toutes n'ont pas pour objectif de contrôler leur consommation, ce qui complique l'admission dans des structures imposant l'abstinence ou des règles strictes :

« Si on attaque ça frontalement, tout de suite, ça va peut-être les effrayer, alors qu'il faut peut-être régler d'autres choses, comme le logement, comme les questions (...) de lien avec la famille, de médication, de problématiques somatiques, santé physique et autres, et puis c'est peut-être par là qu'il faut créer du lien, les accrocher dans le soin avant de se dire, oh focalisation sur le produit et la consommation. » (Responsable Hébergement, Le Levant)

Le manque chronique de logements dans le canton de Vaud, et plus particulièrement dans la région de Lausanne, complique encore le déploiement d'une offre d'hébergement adaptée. La disponibilité limitée des places accentue ces difficultés, notamment pour répondre à des situations sociales d'urgence. Bien que certaines structures proposent des hébergements de courte durée, dans une logique d'urgence, la question de la stabilisation à long terme se pose. L'enjeu est donc de développer une offre résidentielle plus pérenne permettant un maintien à domicile et qui soit inscrite dans une prise en charge globale, afin de répondre à la nécessité d'assurer une continuité des soins.

Un autre enjeu important concerne l'accès aux structures résidentielles au moment de la sortie d'une hospitalisation. **Plusieurs professionnel·les évoquent comme piste la mise à disposition de quelques places réservées, accessibles rapidement et sans passer systématiquement par le dispositif DCISA.** Cette solution permettrait notamment d'éviter les ruptures dans le parcours et de répondre à l'urgence immédiate lors de ces transitions. Ensuite, un accompagnement socio-éducatif ou résidentiel adapté (par exemple, suivi par un·e éducateur·ice, soutien dans la gestion administrative) offrirait à ces personnes la possibilité d'aller plus loin si elles le souhaitent, en construisant progressivement un projet de rétablissement.

^P L'ASI est un outil d'évaluation de la gravité d'une situation de consommation au moyen d'un entretien structuré utilisé par les psychiatres et addictologues. Celui-ci permet d'estimer les besoins en termes de traitement.

Face à ces limites de disponibilité et aux difficultés d'accès, l'hôpital se retrouve parfois à jouer le rôle de lieu de repos dans le cadre des prises en charge hospitalières, comme cela a été mentionné plus tôt (voir Chapitre 6.1.3) :

« Niveau logement... il faut que ce soit dans le long terme, c'est-à-dire vraiment avec de l'hospitalisation sevrage, post-cure, donc un peu un entre-deux, ou bien avec des soins. Moins médicalisé, mais des soins et des projets. Redonner, redonner du sens à la vie, traiter la pathologie sous-jacente. Et puis là, après, pouvoir construire quelque chose. Mais prendre un de la Riponne et le mettre dans un logement, c'est juste un squat à crack. » (Médecin, SMA)

Enfin, considérer cette population comme homogène serait une erreur. La diversité des trajectoires impose une offre plurielle, réactive et inclusive, capable de s'adapter à des situations individuelles complexes. C'est également le cas pour le projet résidentiel qui doit pouvoir être adapté aux situations ; pas toutes et tous sont éligibles pour le *Housing first*, pour certaines personnes un hébergement collectif peut être envisagé, pour d'autres ce n'est pas pertinent.

L'accès à des activités et/ou des petits jobs

Si le logement constitue un élément déterminant d'une prise en charge socio-sanitaire globale, nos interlocuteur·ices soulignent également **l'importance pour ces personnes fortement marginalisées d'accéder à des projets concrets (activités, petits jobs)**.

Dans une approche visant à promouvoir l'autonomie des consommateur·ices, la dimension de participation sociale et d'occupation est également importante. La mise en place d'activités ou de petits jobs constitue non seulement une possibilité de marquer une « pause » dans la consommation, mais également un levier pour initier un changement, se reconnecter à soi et à son environnement, et accéder — dans des conditions respectueuses de la dignité — à des ressources essentielles. Ces initiatives poursuivent un double objectif, d'une part renforcer les liens sociaux et, d'autre part fournir un but ou une motivation, à travers une occupation valorisante. Ces activités permettent aux personnes de s'extraire de leur environnement de consommation et contribuent ainsi à réduire les consommations dans l'espace public :

« En revanche, d'avoir des prestations qui viennent un peu biaiser l'ennui et permettre aussi de boire un petit café, de faire, voilà, toutes ces activités-là. SYSTMD, en l'état, disons, la structure comme elle est en l'état, je pense que là, oui, ça fait du sens. Mais plus loin sur des modèles de ce qu'on appelle vraiment de travail, travailler avec les pairs... Voilà il faudrait vraiment qu'on nous donne un mandat typiquement [à] la fondation ABS pour insuffler quelque chose de ce genre-là. » (Travailleur social, Fondation ABS)

Malgré les dispositifs existants, l'offre reste insuffisante et doit être renforcée pour répondre aux besoins d'une population en quête de stabilité et de perspectives : *« La question [...] de l'occupationnel ou, enfin tout ce qui est occupation ou travail, c'est très loin. Je pense que c'est deux axes [avec le logement] sur lesquels on devrait travailler » (Responsable Hébergement, Le Levant).*

Plusieurs structures – telles que la Fondation Mère Sofia via sa prestation Macadam, l'association SYSTMMD et la Fondation ABS (Figure 1) – proposent des activités et des petits jobs, notamment des tâches de rangement, de nettoyage ou de ramassage de déchets. Ces initiatives s'inscrivent dans une logique d'insertion sociale et de valorisation des participant·es. Elles sont généralement très appréciées des bénéficiaires ; en plus d'apporter un revenu modeste, elles contribuent à créer un sentiment d'utilité et favorisent le lien social³¹. Cependant, le nombre limité de ces petits jobs, ainsi que certaines conditions d'accès, constituent des freins qui restreignent leur disponibilité pour une partie des consommateur·ices³¹. Ces obstacles réduisent l'impact potentiel de ces dispositifs, pourtant nécessaires pour offrir des perspectives et renforcer la stabilité.

Des acteur·ices de terrain soulignent également le manque de lieu de socialisation proche de la Place de la Riponne pour cette population. Celui-ci pourrait prendre la forme d'un « *café social communautaire* » qui offrirait la possibilité de se reposer et de manger. Pour la Fondation ABS, si l'Antenne ECS-Riponne pouvait offrir des collations ce serait déjà une première étape.

7 Eclairages avec d'autres expériences cantonales : Genève et Bâle Ville

Les expériences menées dans les cantons de Genève et de Bâle-Ville offrent des éléments pour nourrir la réflexion sur les réponses à apporter à l'augmentation de la consommation de cocaïne inhalée (*crack*) dans l'espace public. Ces exemples permettent d'identifier les défis rencontrés et les solutions mises en œuvre dans ces contextes, tout en tenant compte des spécificités territoriales. Ces enseignements pourraient ainsi orienter le canton de Vaud dans l'adaptation de son propre dispositif, en s'inspirant des pistes développées ailleurs tout en les ajustant aux réalités locales.

Cas d'étude : le canton de Genève

Depuis 2023, Genève a renforcé ses dispositifs de réduction des risques et d'accès aux soins dans le cadre du Plan d'action *crack* adopté par le Conseil d'État. Cette stratégie repose sur trois axes principaux :

1. Accès aux soins et médecine de rue

Le Quai 9 : espace d'accueil et de consommation à moindres risques, avec permanence médicale et infirmière (consultations, dépistages HIV/VHB/VHC, soins de base).

Le Dispositif RUE (Réponse Urgente Engagée) : équipe mobile du CAAP Arve⁹ pour aller au contact des personnes éloignées des structures.

Résultats :

- 57% des personnes rencontrées ont réduit ou cessé leur consommation.
- Taux de rétention dans les soins : 61%.
- Inclusion des pair-es aidant-es : rôle clé pour établir la confiance et favoriser l'accès aux soins.

2. Prise en compte de la précarité sociale

Intervention dans divers lieux : distribution alimentaire, hébergements d'urgence, clubs

de travailleur·euses du sexe, cages d'escaliers.

Dispositif ouvert aux personnes sans statut légal, garantissant une approche éthique et inclusive.

Importance du travail en réseau : coopération avec les associations et la Police de proximité.

Suggestion : rôle dédié de coordination pour renforcer les liens interinstitutionnels.

3. Hébergement et stabilisation

Complémentarité des offres :

- *Sleep-in* (urgence),
- Passage/CausE et *Housing first* (solutions durables).

Impact : amélioration de la santé et réduction de la consommation chez les personnes hébergées (taux d'occupation : 91%).

Facteurs clés de réussite

Adaptabilité au terrain et posture d'humilité.

Formation des professionnel·les (médecins, Police, curateur·ices) pour sensibiliser aux enjeux de l'addiction et de la précarité.

Inclusion de l'addictologie dans la formation initiale et continue des secteurs santé et social.

⁹ Service d'addictologie des HUG

Cas d'étude : le canton de Bâle

Depuis 2023, Bâle a développé une approche combinant médecine de rue, équipes sociales et logement, en réponse à l'augmentation de la consommation de cocaïne (*crack*) dans l'espace public.

1. Accès aux soins

Salle de consommation à moindre risque (SCMR) : deux sites proposent des consultations médicales assurées par les Cliniques psychiatriques universitaires (Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, UPK), spécialisées en addictologie.

Dispositif de médecine de rue (depuis novembre 2024) : binôme médecin-infirmier-ière et travailleur-euse social-e pour orienter vers les soins. Évaluation en cours en vue d'une pérennisation.

Limite : accès aux SCMR réservé aux personnes suisses ou titulaires d'un permis de séjour, excluant une partie des consommateur-ices.

2. Soutien social en rue

Équipes sociales de rue :

- MIR (médiateur-ices dans l'espace public) et Diakonische Kirche : présent-es autour des SCMR,

spécialisé-es en addiction, assurant de la médiation et une orientation vers les soins ou les pharmacies.

- Schwarzer Peter : public élargi (personnes sans-abri, sans emploi, précarisées), intervention en espace public et semi-public (bars, salons de jeux), avec un focus sur la santé mentale.

3. Hébergement et logement

Hébergement d'urgence : ~100 lits, mais aucune structure adaptée aux besoins spécifiques des consommateur-ices de stupéfiants.

Housing first : 22 appartements en 2025, mais déploiement limité en lien avec les contraintes immobilières.

Projet *Housing first Plus* (en étude) : modèle intermédiaire entre logement protégé et *Housing first*, avec présence sociale et sécuritaire sur site (inspiré de Zurich).

Facteurs clés et défis

Coordination entre acteur-ices sociaux-ales et sanitaires est prioritaire.

Besoin d'inclusion des personnes sans statut légal pour une approche éthique.

Freins structurels (immobilier, financement) pour développer des solutions de logement adaptées.

8 Réponses aux questions de recherche

Au cours des dernières années, la consommation de cocaïne inhalée (*crack*) a connu une augmentation significative, devenant un enjeu majeur de santé publique, à Lausanne comme dans d'autres villes suisses et européennes. Ses effets délétères sur la santé physique et psychique des consommateur·ices s'accompagnent d'une précarisation de leur situation. Cette évolution confronte les institutions et les professionnel·les à de nouveaux défis, liés à des besoins multiples et complexes. Dans ce contexte, les dispositifs de prise en charge existants sont appelés à être repensés et à s'adapter pour répondre à ces nouvelles problématiques. Ce rapport porte précisément sur ces évolutions et leurs implications pour l'ensemble du dispositif existant.

Dans ce chapitre, nous reprenons les questions de recherche qui ont orienté cette étude en nous appuyant sur les résultats et analyses présentées dans le chapitre précédent (Chapitre 6).

8.1 Quels dispositifs sont mis en œuvre pour orienter, soutenir et accompagner les consommateur·ices en situation de grande précarité vers les soins ?

Depuis les années 1990, la politique des « quatre piliers » – prévention, traitement, réduction des risques (RdR) et régulation – a constitué un cadre structurant pour la prise en charge des consommations de substances. Cette approche s'est avérée particulièrement efficace dans un contexte marqué par l'épidémie de VIH/Sida, alors que la consommation d'opiacés par injection était prévalente. Aujourd'hui, l'évolution des pratiques et des profils de consommation, notamment l'augmentation de la consommation de cocaïne inhalée (*crack*) et sa visibilité accrue dans l'espace public a révélé les limites de ce dispositif qui imposent de repenser ces stratégies³⁴.

L'enjeu est d'atteindre les consommateur·ices de *crack*, souvent en situation de grande précarité, et de lever les obstacles liés à l'accès aux soins. **Les dispositifs à bas-seuil d'accès, centrés sur la réduction des risques, jouent un rôle central auprès de ces publics. Toutefois, la dimension sanitaire doit également être considérée, d'autant plus qu'une partie des consommateur·ices interrompent leur suivi ou restent en dehors des traitements disponibles.**

Face à ce constat, plusieurs villes ont expérimenté des approches différentes, notamment en inversant la logique de prise en charge traditionnelle et en amenant les soins vers les personnes, plutôt que l'inverse. C'est également ce que le SMA a entrepris à Lausanne en mettant en place dès l'été 2023 une filière d'accès rapide aux soins, dite « filière Riponne » en référence à la place où se retrouvaient majoritairement ces consommateur·ices marginalisé·es.

Concrètement, des sorties régulières en rue d'un·e membre de l'équipe infirmière du SMA complètent des équipes sociales déjà présentes sur le terrain. Cette présence en rue offre un accès facilité aux soins somatiques et psychiatriques pour les personnes accompagnées par un·e intervenant·e du dispositif bas-seuil.

Ces mesures, instaurées en réponse à une situation d'urgence, se sont progressivement étoffées avec le développement de prestations hors murs pérennes, sous la forme de maraudes hebdomadaires, puis par l'intégration de permanences médicales dans les deux ECS de la Fondation ABS à Lausanne. Ces interventions s'inscrivent dans le cadre de changements organisationnels internes au SMA qui ont abouti à la création de l'Unité de soins intensifs communautaires (USIC) en février 2025.

Le déploiement de ces prestations repose sur des synergies renforcées entre professionnel·les de santé et acteur·ices du bas-seuil. **L'objectif est de compléter l'offre de réduction des risques en allant au contact des consommateur·ices dans le cadre d'une démarche d'entrée ou de maintien dans les soins.** Les interventions en rue du SMA se distinguent par leur haut degré de flexibilité et de réactivité, nécessaires pour s'adapter aux situations de forte instabilité des consommateur·ices.

Cette approche constitue le pendant extra-muros de l'offre ambulatoire intra-muros du SMA, en adaptant les modalités d'intervention aux réalités du terrain et aux besoins spécifiques des personnes rencontrées. Lors des rencontres en rue, l'infirmier·ère identifie des besoins de santé, propose une prise en charge au SMA ou ailleurs, selon le souhait de la personne. Elle ou il peut également initier des démarches administratives en complétant les questionnaires nécessaires à l'accès aux soins ou à d'autres dispositifs d'aide.

Dans cette perspective, la réorganisation entreprise par le SMA avec la création de l'USIC est une étape importante pour offrir des modalités d'accès flexibles et adaptées aux besoins des consommateur·ices en situation de grande précarité. L'USIC propose un suivi intensif de première ligne, sur une période limitée (6 mois[†]) et soutient les intervenant·es tant à l'extérieur qu'au sein de l'hôpital. Son action en rue répond à la nécessité de services de proximité ancrés dans la communauté.

La mise en place de la « filière Riponne » avec le développement des maraudes et des permanences médicales à l'Antenne ECS-Riponne puis à l'ECS du Vallon, s'est accompagnée de nouveaux outils qui ont contribué à consolider l'articulation entre le bas-seuil et les soins : la mise à disposition d'une liste de contacts de professionnel·les du SMA pour faciliter l'orientation des consommateur·ices et réduire le délai d'attente, un colloque opérationnel interinstitutionnel hebdomadaires avec les intervenant·es de terrain (Points rencontre du mardi) pour coordonner les maraudes et les interventions des autres acteur·ices de rue (ESR-Ville, Fondation ABS, Police), ainsi que des échanges informels permettant d'ajuster les interventions selon l'évolution de la situation dans l'espace public. Ces ajustements ont des effets positifs significatifs sur l'ensemble de la chaîne de prise en charge, influençant à la fois l'organisation des dispositifs ambulatoires addictologiques et les pratiques hospitalières.

Le secteur hospitalier s'est mobilisé avec l'USIC pour réfléchir à des solutions immédiates, telles que des unités de répit ou des hospitalisations de courte durée, tout en anticipant la question de l'après-hospitalisation qui reste un enjeu prioritaire. Le modèle de prise en charge hospitalière de courte durée (48h-72h) développé dans ce cadre vise à répondre aux situations de forte instabilité et à initier un suivi. Cependant, la brièveté de ces prises en charge souligne l'importance de relais adaptés et interroge la capacité du système à instaurer un accompagnement durable. **Plus**

[†] Les six mois permettent une activité orientée sur la transition de crise mais la durée peut être adaptée si besoin.

largement, elle questionne le rôle de l'hôpital face à des problématiques complexes, notamment de consommation de cocaïne inhalée (*crack*), associée à une grande précarité. Une réponse strictement sanitaire apparaît toutefois insuffisante pour prévenir le retour à la rue et la reprise d'une consommation non maîtrisée. Une approche intégrée socio-sanitaire et de réduction des risques paraît nécessaire.

En interne, la coordination entre les services spécialisés du SMA et les services hospitaliers du CHUV repose sur une communication régulière, assurée par des ressources dédiées qui se trouvent à l'interface et qui s'incarnent notamment lors d'un colloque hebdomadaire. L'intervention hors murs du SMA dépasse la logique d'une consultation ambulatoire. Elle vise à proposer une prise en charge adaptée à des situations complexes, mêlant problématiques sociales et sanitaires, dans le cadre d'un dispositif ambulatoire et hospitalier flexible en constante évolution.

Ces reconfigurations visent à garantir une continuité des soins, concevoir des approches globales et co-construire des solutions adaptées aux trajectoires complexes des patient·es.

8.2 Quelles sont les barrières et les leviers pour l'accès aux soins des personnes en situation d'addiction et de grande précarité ?

L'analyse des entretiens met en évidence des obstacles significatifs dans la mise en œuvre des interventions sanitaires en rue, mais également des leviers qui favorisent leur déploiement et leur intégration dans un dispositif global et coordonné. Ces éléments renvoient à des enjeux importants en termes d'organisation et de coordination des prestations.

Des obstacles à surmonter

Le premier défi concerne la reconnaissance et la légitimité de l'infirmier·ère en rue, tant par les partenaires institutionnel·les que par les consommateur·ices, afin d'être perçu·e comme une porte d'entrée vers les soins. Cette visibilité est une priorité pour garantir l'impact de cette intervention sur le terrain.

La coordination entre les acteur·ices de terrain constitue un autre point sensible. **L'articulation entre les structures bas-seuil et les dispositifs de soins reste fragile, se limitant souvent à des ajustements ponctuels. Les divergences de valeurs et de pratiques, notamment autour de la gestion de l'anonymat ou des modalités « d'aller-vers », peuvent compliquer la coopération interinstitutionnelle et freiner la mise en place d'une approche cohérente.**

A cela s'ajoute le fait qu'il n'existe pas de traitement pour la consommation de cocaïne inhalée (*crack*), ce qui restreint les options de prise en charge et nécessite une adaptation des pratiques.

Enfin, l'accès à des solutions d'hébergement, présenté comme crucial pour stabiliser la situation et initier un suivi, est entravé par des délais d'attente importants, un parc locatif limité, des contraintes administratives liées au statut de résidence ou à l'assurance maladie, ainsi que par

des restrictions liées à des enjeux d'abstinence. Ces obstacles accentuent les ruptures de parcours et fragilisent la continuité des soins.

Et des leviers pour les dépasser

Malgré ces défis, plusieurs facteurs facilitateurs peuvent être relevés.

L'identification de l'intervenant-e par le port d'un badge et d'un gilet estampillés CHUV, s'est révélée pertinente pour légitimer sa présence en rue, à l'image des pratiques du projet RUE des HUG à Genève. Toutefois, il convient de trouver l'équilibre permettant que cette visibilité ne soit pas perçue comme une posture institutionnelle trop marquée, susceptible de produire l'effet inverse.

L'apprentissage de « l'aller-vers » dans le cadre des soins constitue un levier important qui doit encore se diffuser. L'USIC envisage ainsi des maraudes en binôme, associant l'ensemble de l'équipe, et plus largement les intervenant-es du SMA, afin de développer une compréhension et une expérience communes des réalités du terrain et de ses enjeux.

Cette approche d'« aller vers » sanitaire complète les prestations existantes essentiellement de réduction des risques et de bas-seuil. Elle soulève toutefois des défis de coordination avec les autres acteur-ices présent-es dans l'espace public, y compris les forces de l'ordre, bien que ces dernières soient peu mentionnées par nos interlocuteur-ices dans le cadre de cette étude. La Police municipale est toutefois présente et participe aux échanges d'information entre intervenant-es de terrain lors des « points rencontre » du mardi à Lausanne. Ces rencontres régulières permettent notamment des échanges d'informations sur les lieux de regroupement ou de consommation et facilitent parfois l'accès à des personnes en difficulté.

De plus, l'exemple de Genève a permis de montrer que les maraudes conjointes avec la Police contribuent à sensibiliser les forces de l'ordre, en tant qu'acteur-ices de première ligne, aux problématiques spécifiques liées à la consommation de cocaïne inhalée (*crack*) et aux stratégies de réduction des risques. Ces collaborations permettent également d'anticiper les situations de crise et d'améliorer la coordination du dispositif.

La cheffe de projet de l'équipe RUE à Genève relève que la coopération interprofessionnelle entre les secteurs de la santé, du social et du sécuritaire a pour objectif de proposer « une prise en charge proactive et décloisonnée » à destination des consommateur-ices²⁹. Selon elle, l'enjeu est de « favoriser une compréhension mutuelle des réalités du terrain selon le prisme de chaque profession, et à promouvoir une prise en charge plus holistique et mieux adaptée aux besoins des personnes confrontées aux consommations, y compris leurs besoins de confiance et de sécurité »²⁹.

Or, pour que cette coordination élargie soit possible et efficace, une clarification des missions et des valeurs professionnelles de chaque institution est nécessaire, afin d'éviter les divergences liées aux approches (gestion de l'anonymat, modalités d'« aller-vers », accompagnement des consommateur-ices). Ceci appelle un travail collectif sur les valeurs et les positionnements.

Dans cette dynamique, l'implication des pair-es aidant-es joue également un rôle déterminant de facilitateur. A Genève encore, quatre d'entre elles et eux participent activement aux démarches en rue, renforçant la crédibilité et la confiance des consommateur-ices, contribuant à l'efficacité des

démarches d'« aller vers ». A Lausanne également deux projets sont en cours au CHUV, l'un est une collaboration entre le SMA et l'Association de pair-es SYSTMD qui porte sur les modèles de pair-aidance pour les personnes en rupture sociale et consommatrices de substances³⁵. L'autre porte sur l'intégration de pairs-aidant-es dans un projet d'accompagnement de la transition de l'hôpital vers la communauté.

Face aux défis que représentent l'abandon des soins et la grande précarité, le SMA a réorganisé son fonctionnement afin de garantir une prise en charge centrée sur l'initiation d'un suivi. Cette réorganisation repose sur des prestations hors murs, favorisant une entrée directe dans les soins depuis le terrain, et limitant le recours à des hospitalisations d'urgence souvent inadaptées aux besoins spécifiques des consommateur-ices et coûteuses. Cette mise à l'abri constitue un moment stratégique pour engager une prise en charge et un suivi médical au sein de l'UHMA. L'articulation entre les dispositifs extra-muros et intra-muros du SMA apparaît ainsi déterminante pour assurer l'accès et la continuité des soins auprès d'une population par ailleurs difficile à stabiliser.

L'expérience de la « filière Riponne » puis de l'USIC montrent l'importance d'une organisation agile, capable de répondre rapidement à des besoins multiples et changeants. La réactivité et la flexibilité des professionnel·les, constituent des caractéristiques indispensables pour adapter les pratiques aux réalités du terrain.

Ces constats mettent en lumière des enjeux organisationnels. La clarification des missions et des valeurs professionnelles est indispensable pour prévenir les tensions entre acteur-ices et garantir une coopération efficace. Par ailleurs, la construction d'un réseau coordonné et décloisonné, fondé sur des partenariats intersectoriels et une articulation renforcée entre dispositifs extra-muros et intra-muros, est requise pour assurer la continuité des parcours et offrir une prise en charge globale, intégrant les dimensions sanitaires, sociales et sécuritaires.

En définitive, l'accès aux soins pour les personnes en situation d'addiction et de grande précarité repose sur la capacité des dispositifs à dépasser les obstacles identifiés en mobilisant des leviers tels que la visibilité des intervenant-es, l'approche proactive d'« aller-vers », la coopération interprofessionnelle et l'implication des pair-es aidant-es. Ces dynamiques exigent une organisation flexible et une coordination renforcée afin de proposer une prise en charge holistique, adaptée aux besoins complexes de cette population.

Pour illustrer ces enjeux et les points de tension potentiels, nous proposons une analyse SWOT (*Strengths, weaknesses, opportunities and threats*), qui met en évidence les forces, faiblesses, opportunités et menaces du dispositif (Figure 3). Comme ce dispositif est encore en cours d'implémentation, son fonctionnement et les enjeux qui l'accompagnent sont appelés à évoluer.

Figure 3 Analyse SWOT du déploiement de prestations sanitaires hors murs de l'USIC

<p style="text-align: center;">FORCES IDENTIFIEES</p> <p><u>Concernant les objectifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Proposer une offre de soins adaptée aux besoins des consommateur-ices de cocaïne inhalée (<i>crack</i>) en situation de grande précarité. • Alternative à l'offre traditionnelle ambulatoire : mobile, rapide et accessible. • Démarche d'aller vers pour faciliter l'accès aux soins à une population difficile à atteindre. <p><u>Concernant la mise en œuvre du dispositif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réflexion et mesures prises pour permettre une bonne articulation de l'offre avec les autres services et acteur-ices de terrain du réseau de prise en charge des addictions. 	<p style="text-align: center;">POTENTIELLES FAIBLESSES</p> <p><u>Concernant le dispositif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité : les heures de présence sont-elles suffisantes et adaptées ? • Pertinence : l'offre de soins proposée répond-elle aux besoins de la population cible ? <p><u>Concernant l'information :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Visibilité : la population cible et les acteur-ices de terrain et institutionnel-les identifient-elles et ils bien ces nouvelles prestations ? <p><u>Concernant l'articulation des dispositifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence interne : l'articulation et le fonctionnement entre les services du SMA sont-ils suffisamment définis ? • Cohérence externe : l'articulation et le fonctionnement avec les autres prestations et structures sont-ils suffisamment définis ?
<p style="text-align: center;">OPPORTUNITES IDENTIFIEES</p> <p><u>Concernant les collaborations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositif en cours de développement qui offre l'opportunité de mettre en place de nouvelles formes de collaboration ainsi que l'intégration des personnes concernées et de la paire-aidance. • Bénéficiaire du réseau, de l'expérience et des interconnaissances développées par les intervenant-es du terrain. <p><u>Concernant le soutien politique et financier :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance politique de la nécessité d'intervenir sur cet enjeu de santé publique. • Soutien financier public pour mettre en place ces prestations. 	<p style="text-align: center;">POTENTIELLES MENACES</p> <p><u>Concernant les consommateur-ices :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Représentation négative par la population cible du milieu médical et des professionnel-les de santé. • Enjeu de loyauté et de légitimité pour la population cible envers les autres acteur-ices de terrain. <p><u>Concernant les autres acteur-ices du terrain :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Défiance par rapport à la posture institutionnelle vis-à-vis des autres acteur-ices de terrain. <p><u>Concernant le dispositif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enjeu de pérennité du dispositif selon les financements alloués et les ressources humaines disponibles.

8.3 Quels sont les éléments nécessaires à la mise en œuvre de la continuité des soins ?

L'approche d'« aller vers » développée par l'USIC est une étape nécessaire pour atteindre une population marginalisée, difficile d'accès et en situation de forte instabilité. Cette approche permet de renouer un contact avec les soins, mais reste insuffisante pour envisager une continuité des soins. Celle-ci doit s'inscrire dans une prise en charge intégrée et durable, articulant interventions sanitaires, sociales et occupationnelles.

Cette logique **suppose de dépasser la seule réduction des risques** qui n'est pas une fin en soi, pour viser le rétablissement^s et retrouver une forme d'autonomie pour les personnes. Ceci implique une réorganisation globale du dispositif, tant ambulatoire qu'hospitalier comme mentionné au point 8.1.

Pour initier un processus de rétablissement, réduire les hospitalisations répétées et instaurer un suivi durable, il est nécessaire de proposer un accompagnement global, **incluant le volet résidentiel et celui de l'inclusion sociale et de l'occupation**. Parvenir à cette stabilisation requiert du temps et une coordination avec diverses prestations, dans une logique de *case management*, qui sous-tend les interventions de l'USIC ; elle dépasse la seule prise en charge sanitaire pour agir sur l'ensemble de la situation des consommateur·ices. Toutefois, cet accompagnement se heurte à des obstacles liés à la disponibilité des ressources, aux conditions d'accès et à des contraintes structurelles.

L'accès au logement est identifié par plusieurs professionnel·les comme une dimension déterminante pour améliorer la santé globale et favoriser la continuité des soins. Toutefois, l'offre actuelle en termes d'hébergement reste limitée et peu adaptée aux besoins spécifiques associés à la consommation de cocaïne inhalée (*crack*). Les délais d'accès sont longs et des freins administratifs (statut de résidence, statut asséculo-logique), ainsi que des restrictions liées à la consommation compliquent aussi souvent l'accès. De ce fait, lorsqu'il y a une demande, il n'y a souvent pas de place disponible et encore moins dans un bref délai. De plus, quand les personnes ayant bénéficié d'une prise en charge résidentielle sortent de leur hébergement, elles ne bénéficient pas toujours d'un accompagnement pour réaliser cette transition.

Cette absence de dispositifs de transition et de solutions d'hébergement adaptées fragilise la continuité des soins et favorise le retour à la rue.

Face à ce manque de structures adaptées, plusieurs acteur·ices insistent sur la nécessité de renforcer l'offre de solutions de type *Housing first* qui propose un logement stable sans condition préalable (abstinence ou suivi thérapeutique) et de les inscrire dans des projets de rétablissement à long terme, comme L'Adresse^t de l'Association Première ligne à Genève. Le manque d'offres

^s Le concept de rétablissement, issu du champ de la santé mentale et désormais appliqué aux addictions, désigne un processus centré sur la personne, visant l'amélioration de la qualité de vie et l'insertion sociale, malgré la persistance éventuelle des troubles.

^t L'Adresse – *housing first* est une prestation de l'Association Première ligne, qui repose sur le principe clé d'offrir un logement stable, sans exiger d'abstinence ni de traitement préalable, contrairement aux approches traditionnelles qui conditionnent l'accès au logement à des critères stricts.

ciblées et adaptées pour certains sous-groupes, notamment les femmes consommatrices qui sont exposées à des violences multiples, est également relevé par les professionnel·les interrogé·es.

Au-delà de l'hébergement, l'axe occupationnel et la création d'espaces communautaires constituent des dimensions clés pour soutenir la motivation et la socialisation, favorisant aussi l'engagement des personnes en situation d'addiction dans un processus de rétablissement.

Bien que des activités et des petits jobs soient proposés par certaines structures, leur disponibilité reste insuffisante malgré les retours d'évaluation qui ont montré la plus-value de ces activités en termes de motivation et de socialisation¹. Le développement d'espaces communautaires comme un café social et d'activités culturelles ou sportives sont avancés comme des pistes pour recréer du lien social et de la motivation pour s'engager dans un processus de rétablissement.

L'implication des pair-es-aidant-es, déjà expérimentée dans certains cantons y compris dans le canton de Vaud, illustre l'intérêt d'une approche participative et inclusive. Dans le canton de Genève, les pair-es-aidant-es jouent notamment un rôle central dans l'axe occupationnel. Leur présence et leur implication pour organiser et accompagner ces activités en font une ressource précieuse. Il apparaît ici que la continuité des soins ne peut reposer uniquement sur une réponse médicale. Elle nécessite une approche intégrée, combinant un accompagnement global, des solutions d'hébergement et occupationnelles, afin d'améliorer durablement la situation globale des consommateur·ices.

9 Conclusion

La dégradation récente de la situation socio-sanitaire des consommateur-ices de cocaïne inhalée (*crack*) met en évidence le caractère hautement problématique de cette substance ainsi que les limites du dispositif de prise en charge socio-sanitaire. Les réponses centrées exclusivement sur la réduction des risques, bien qu'indispensables, ne suffisent pas pour assurer l'entrée et/ou le maintien dans une prise en charge face aux effets cumulés du produit et de la précarité. Et ceci d'autant plus qu'il n'existe actuellement pas de traitement disponible pour le *crack*. Il devient dès lors nécessaire de repenser en profondeur les modalités de prise en charge et de concevoir des parcours intégrés en mesure d'articuler des réponses sociales et sanitaires, afin d'améliorer durablement la santé globale des consommateur-ices en situation de grande précarité.

L'approche dite de « l'aller vers » inverse les modalités traditionnelles de soins en proposant une prise en charge proactive adaptée à des situations complexes. Cette approche ne se limite pas à déplacer des prestations hors des structures hospitalières, mais redéfinit la logique d'action en réduisant les barrières d'accès aux soins et en favorisant une prise en charge globale, respectueuse du rythme et des choix des personnes.

Cette évolution suppose une vision partagée des modes de collaboration et une coopération fondée sur la reconnaissance mutuelle des rôles et des compétences, afin de garantir l'efficacité du dispositif. Elle implique un partage d'expériences et d'interconnaissances du réseau et du terrain afin d'intégrer de nouvelles prestations dans un dispositif plus large. L'enjeu majeur est de permettre à chaque intervenant-e de trouver sa place dans un écosystème en transformation, autour d'un objectif commun : **la stabilisation et le rétablissement⁴ des consommateur-ices.**

Pensée pour répondre à des besoins urgents et à des contextes de grande vulnérabilité, cette approche a entraîné des ajustements significatifs dans l'organisation des soins ambulatoires, avec des répercussions sur l'hospitalisation et le recours aux urgences. Elle traduit la nécessité d'un continuum de soins articulant proximité, agilité, accessibilité et prise en charge spécialisée, dans un contexte où les frontières entre ambulatoire et hospitalier se redéfinissent pour mieux répondre aux enjeux sanitaires, sociaux et sécuritaires liés à la consommation de *crack*. Cette transformation dépasse le simple ajustement organisationnel, et interroge les représentations du soin, les modes de coopération et la capacité à reconnaître la diversité des parcours. Elle appelle à inventer des pratiques intégrées, où chaque intervention – médicale, sociale et communautaire – s'inscrit dans une logique de continuité et de rétablissement.

Dans cette logique de rétablissement, le logement, malgré des contraintes structurelles, reste un facteur clé pour sortir d'une situation de précarité et amorcer un processus de suivi dans les soins. De même, les dispositifs occupationnels, en favorisant la création de liens sociaux, contribuent à engager une dynamique de rétablissement auprès des consommateur-ices.

⁴ Le concept de rétablissement, issu du champ de la santé mentale et désormais appliqué aux addictions, désigne un processus centré sur la personne, visant l'amélioration de la qualité de vie et l'insertion sociale, malgré la persistance éventuelle des troubles.

Ainsi, une approche globale est nécessaire pour tendre vers une amélioration de la santé globale des consommateur·ices. Celle-ci repose sur plusieurs leviers d'action (garantir l'accès à des lieux de consommation sécurisés, proposer des solutions d'hébergement et des activités/petits jobs, accompagner dans un suivi sanitaire), tout en veillant à respecter la volonté ainsi que les besoins individuels des consommateur·ices, en proposant des prises en charge intégrées et spécifiquement adaptées à la nature de leurs besoins et à la présence éventuelle de troubles concomitants. Plusieurs facteurs peuvent faciliter le développement de cette approche globale :

- une approche de « l'aller vers » pour proposer une prise en charge auprès des consommateur·ices en situation de grande précarité ;
- une coordination renforcée entre acteur·ices impliqué·es au niveau du terrain et entre les structures/institutions du domaine sanitaire, social, résidentiel ou encore sécuritaire ;
- une perspective commune partagée entre les acteur·ices impliqué·es qui sous-tend les interventions ;
- un appui sur les ressources des pair·es aidant·es ;
- un échange de pratiques et de ressources avec d'autres territoires/villes/cantons qui partagent des problématiques similaires pour s'inscrire dans une approche territoriale plus large.

Plus largement, au regard de la complexité de la problématique du *crack* et de ses conséquences sur la situation socio-sanitaire des consommateur·ices, une réponse qui s'inscrit dans un temps long et qui nécessite un certain engagement politique et des ressources humaines et financières est nécessaire à déployer.

10 Références

- 1 Debons J, Samitca S. Etude qualitative sur la consommation de cocaïne base dans le canton de Vaud (freebase/crack). Lausanne: Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2023. (Raisons de santé 352). Available from: <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/352>
- 2 Egli Anthonioz N, Zobel F. La problématique du crack à Genève - Situation et réponses. Lausanne: Addiction Suisse 2023. (Rapport de recherche N° 153). Available from: <https://www.addictionsuisse.ch/publication/la-problematique-du-crack-a-geneve/>
- 3 Stadelmann S, Samitca S. Pointage annuel du profil des usagères et des usagers (PAPU) des centres d'accueil à bas-seuil : Evolution des principaux indicateurs entre 2017 et 2023. Lausanne: Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et de santé publique, 2024. (Raisons de Santé: Les Essentiels 57).
- 4 Debons J, Samitca S. Structures ambulatoires spécialisées dans les addictions (alcool et stupéfiants). La situation en 2020 dans le canton de Vaud. Lausanne: Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2021. (Raisons de Santé 319). Available from: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_BAD8B87C2DCA.P001/REF
- 5 Debons J, Samitca S. Suivis ambulatoires dans le domaine de l'alcool et des stupéfiants - le rôle des médecins installés. Point de situation dans le canton de Vaud en 2022. Lausanne: Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique. (Raisons de Santé non publié).
- 6 StremLOW J, Eder M, Knecht D, Wyss S. Les bases du pilotage (inter-)cantonal de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. Rapport final. Lucerne: Haute école spécialisée de Lucerne - Travail social, 2023
- 7 Robet T, Santos-Cruz J, Zullino D, De Carvalho Semedo N, Baldo B, Uiuiga R, et al. Enjeux cliniques et de santé publique de la consommation de crack. Rev Med Suisse. 2025(21):226-30.
- 8 Société Suisse de médecine des addictions (SSAM). Traitements des troubles de l'usage de crack et cocaïne. Rapport 2023. Berne: SSAM, 2024
- 9 Comité Société suisse de médecine de l'Addiction (SSAM). Cocaïne: positionnement de la SSAM. Berne, SSAM, 2024
- 10 Office fédéral de la santé Publique (OFSP). Échanges entre cantons, villes et associations spécialisées sur les nouveaux développements concernant la consommation de cocaïne et les opioïdes de synthèse. Rapport de la 3e table ronde organisée par l'Office fédéral de la santé publique. Berne: Office fédéral de la santé publique OFSP. Division Prévention des maladies non transmissibles, 2025
- 11 Ritchie J, Lewis J, editors. Qualitative research practice. A guide for Social Science Students and Researchers. London: Sage; 2006.
- 12 Taylor B, Francis K. Qualitative Research in the Health Sciences, Methodologies, methods and processes. London: Routledge; 2013.
- 13 Bardin L. L'analyse de contenu. Paris: PUF; 1993.
- 14 Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.
- 15 Zobel F, Esseiva P, Samitca S, Udrișard R, Gianola E, Andrani L, et al. MonitorStup – Suivi et analyse du marché des stupéfiants dans le canton de Vaud : le marché de la cocaïne. Lausanne: Addiction Suisse, Ecole des Sciences criminelles UNIL, Unisanté, 2025
- 16 Stadelmann S, Notz G, Samitca S. Pointage annuel du profil des usagères et des usagers (PAPU) des centres d'accueil à bas-seuil : Evolution des principaux indicateurs entre 2017 et 2022. Lausanne: Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et de santé publique, 2023. (Raisons de Santé : Les Essentiels 50).
- 17 Stadelmann S, Samitca S. Pointage annuel du profil des usagères et des usagers (PAPU) des centres d'accueil à bas-seuil : Evolution des principaux indicateurs entre 2017 et 2024. Lausanne: Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2025. (Raisons de Santé : Les Essentiels 61).
- 18 Stadelmann S, Amiguet M, Samitca S. L'offre en matière de réduction des risques liés à la consommation de substances illicites dans le canton de Vaud : un état des lieux. Lausanne: Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2020. (Raisons de santé: Les Essentiels 12). Available from: <http://dx.doi.org/10.16908/rds-essentiels/12>
- 19 Vanderplasschen W, Wolf J, Rapp RC, Broekaert E. Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. J Psychoactive Drugs. 2007;39(1):81-95.

- 20 Rapp RC, Van Den Noortgate W, Broekaert E, Vanderplasschen W. The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: a three-level meta-analysis of outcomes. *J Consult Clin Psychol*. 2014;82(4):605-18.
- 21 Vanderplasschen W, Rapp RC, De Maeyer J, Van Den Noortgate W. A Meta-Analysis of the Efficacy of Case Management for Substance Use Disorders: A Recovery Perspective. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10.
- 22 Penzenstadler L, Soares C, Anci E, Molodynski A, Khazaal Y. Effect of Assertive Community Treatment for Patients with Substance Use Disorder: A Systematic Review. *European Addiction Research*. 2019;25(2):56-67.
- 23 Bond GR, Drake RE. The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry*. 2015;14(2):240-2.
- 24 Morandi S, Benedetta S, Monnat M, Bonsack C. Suivi intensif dans la communauté pour faciliter l'accès aux soins des personnes avec problèmes d'addiction. *Rev Med Suisse*. 2016;12:1149-53.
- 25 Henskens R, Garretsen H, Bongers I, Van Dijk A, Sturmans F. Effectiveness of an Outreach Treatment Program for Inner City Crack Abusers: Compliance, Outcome, and Client Satisfaction. *Substance Use & Misuse*. 2008;43(10):1464-75.
- 26 Appel PW, Ellison AA, Jansky HK, Oldak R. Barriers to Enrollment in Drug Abuse Treatment and Suggestions for Reducing Them: Opinions of Drug Injecting Street Outreach Clients and Other System Stakeholders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2004;30(1):129-53.
- 27 Doede M. Advancing effective street outreach to people experiencing unsheltered homelessness: Concepts for public health nursing. *Public Health Nursing*. 2024;41:1446–52.
- 28 Fédération Addiction, Centre d'étude des mouvements sociaux (Cems). Plan pour la disparition des scènes ouvertes de drogues: Trois années après l'adoption du plan crack, la crise du jardin Eole et de la Porte de la Villette, les propositions formalisées des acteurs du secteur sanitaire et médico-social. Paris: Fédération Addiction et CEMS, 2022 Available from: <https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2022/09/202209-plan-pour-la-disparition-des-scenes-ouvertes.pdf>
- 29 Robet T, Santos-Cruz J, Artison V, Mellina M, Khazaal Y. Rencontrer pour soigner : la place du travail de rue en addictologie. *Revue médicale suisse*. 2025;21:1170-4.
- 30 Robet T. Crise du crack : une approche par la médecine de rue. *Rev Med Suisse*. 2024;20:1512.
- 31 Samitca S, Stadelmann S, Linder A. Evaluation des mesures complémentaires de la Ville de Lausanne à la pérennisation de l'ECS du Vallon - rapport final Lausanne: Unisante - Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2025. (Raisons de santé 368).
- 32 Debons J, Samitca S. La consommation de substances psychoactives (alcool, stupéfiants) dans les établissements hospitaliers et résidentiels. Travail exploratoire. Lausanne, 2024 (Unisanté non publié).
- 33 Stadelmann S, Samitca S. Une description de l'offre résidentielle en matière de prise en charge des addictions à des substances psychoactives dans le canton de Vaud. Lausanne: Unisanté, 2023. (Raisons de santé, Essentiel 52).
- 34 Lhosmot-Marquet M, Champeyrache C, Donnadiou H, Jouanjus E, Khazaal Y, Roux P, et al. Cocaine use in Europe: the need for cross-sectoral collaboration between security, justice, health, and social systems. *Lancet Public Health*. 2026;11:e61-8.
- 35 Paroz S, Hangartner E. Évaluation et développement de la pair-aidance pour les personnes en rupture sociale et consommatrices de substances Lausanne: CHUV et Systmd, 2024 (non publié)
- 36 Bärtschi S. Principes fondamentaux du Housing first. Résultats de la Coordination nationale des offres de Housing first. Berne: Infodrog, Centrale nationale de coordination des addictions, 2023
- 37 Carrasco K. Gouvernance de la politique drogue dans les villes suisses. Lausanne: Unil/IDHEAP (mémoire non publié), 2016 Available from: <https://api.unil.ch/iris/server/api/core/bitstreams/58f529f6-a048-437d-b1a8-a469e5e615a7/content>
- 38 Milenkovic N. Jahresbericht 2024. Suchtpolitik und Monitoring des Suchtbereichs Basel-Stadt. Basel: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2024

11 Annexes

11.1 Entretiens réalisés

Le Tableau 2 fournit les informations concernant les 12 entretiens menés (structure, fonction et secteur professionnel de la personne interrogée, ainsi que la date de l'entretien).

Tableau 2 Liste des entretiens réalisés

Structure	Fonction	Secteur	Date de l'entretien
SMA, CHUV	Infirmière	Soins	07.04.25
	Médecin	Soins	15.04.25
	Chef de clinique en psychiatrie (Cery, secteur hospitalier)	Soins	05.05.25
	Médecin	Soins	05.05.25
	Responsable d'Unité Sociale	Social	26.05.25
Fondation ABS	Travailleur social	Social	15.04.25
Rel'Aids	Travailleuse sociale	Social	06.06.25
Fondation du Levant	Directeur	Résidentiel	24.03.25
	Responsable Hébergement		
	Case managers, programme <i>Housing first</i>	Résidentiel	28.04.25
Association Première ligne, Genève	Directeur	Bas-seuil	01.04.25
HUG, Genève	Médecin liée aux HUG Pont d'Arve et cheffe de projet Projet RUE (Réponse Urgente et Engagée)	Soins	04.04.25
DGS, Bâle-Ville	Cheffe de service Addiction	Addiction	27.05.25

11.2 Description des dispositifs existants dans le canton de Genève

Contexte et dispositifs

En 2021-2022, Genève a connu une importante augmentation de la consommation de *crack*. L'arrivée de trafiquants-fabricants et l'hyper-disponibilité du produit ainsi que son prix très bas ont contribué à cette diffusion. Pour de nombreux·ses consommateur·ices qui souffraient déjà de problématiques d'addiction, la disponibilité de ce produit a contribué à les entraîner dans une consommation compulsive parfois associée à une négligence vis-à-vis de leurs besoins fondamentaux, voire à une précarisation rapide de leur situation de vie².

Face à cette situation préoccupante d'augmentation de la consommation du *crack* à Genève, le Conseil d'Etat genevois a adopté le 4 octobre 2023 un plan d'action^v dans le domaine du *crack*, en pérennisant et renforçant certaines mesures et en mettant en place de nouvelles prestations de réduction des risques. Ces différentes mesures sont portées et menées par une pluralité d'acteur·ices de terrain du domaine associatif et institutionnel (Association Première ligne, Hôpitaux universitaire de Genève (HUG), Armée du Salut, Collectif Cause, etc.).

Les mesures phares de ce plan d'action sont les suivantes :

- Création d'une annexe au local de consommation du Quai 9 dédiée à l'accueil des consommateur·ices de *crack* (pour la consommation et le repos). Cette annexe a ouvert ses portes en juillet 2025^w;
- Augmentation du nombre de postes de travail à l'Association Première Ligne ;
- Renforcement des tournées de rue (maraudes) avec des travailleuses et travailleurs sociaux et médico-soignant·es ;
- Augmentation de la capacité et du confort du *Sleep-in* ainsi que la création de places supplémentaires au Passage ;
- Présence active de la Police cantonale et municipale pour dissuader la consommation dans l'espace public et la lutte contre le trafic de drogues ;
- Création de quatre places spécifiques en foyer pour les enfants de parents souffrant d'addictions.

Les prestations renforcées ou mises en œuvre dans le cadre du plan d'action *crack* sont présentées dans le tableau suivant.

^v Document de référence : « Communiqué hebdomadaire du Conseil d'Etat, Genève, 4 octobre 2023 », site : <https://www.ge.ch/document/communiqu-hebdomadaire-du-conseil-etat-du-4-octobre-2023#extrait-33165>

^w Pour rappel à Genève les consommateur·ices de *crack* n'avaient plus accès à l'espace de consommation du Quai 9 à la suite de situations de violence. Un espace extérieur (cabane) avait été mis à disposition de ces consommateur·ices pendant la période de travaux.

Tableau 3 Détails des mesures mises en œuvre à Genève

Types de mesures		Prestations/offre	Public cible et finalités
Réduction des risques	ECS-crack	<ul style="list-style-type: none"> • 7/7, ouvert en journée • Salle d'inhalation • Salle de repos 	<ul style="list-style-type: none"> • Consommateur-ices • Sécurité et réduction des risques, permettre le repos
Soins et traitements	Médecine de rue/aller vers	<ul style="list-style-type: none"> • Prestations de soins et de RdR en rue • Cohorte de rue • Maraudes • Relais au CAAP Arve* (prestations de soins et traitement gratuites) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consommateur-ices précarisé-es, en rue • Plus de 18 ans, sans-papiers/statut • Réduction des risques et accès aux soins • Gratuité
Hébergement	<i>Sleep-in</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 12 lits • 7/7 • HU-urgence/mise à l'abri immédiate 	<ul style="list-style-type: none"> • Consommateur-ices et précarisé-es • Sécurité, réduction des risques, permettre le repos
	Passage et CausE	<ul style="list-style-type: none"> • 12 lits • 7/7 • HU standard avec suivi • 30 nuits possibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Consommateur-ices précarisé-es mais plus stables/aptés à gérer • Accès à un suivi socio-sanitaire
	<i>Housing first</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 24 appartements d'ici fin 2027 • Possibilité de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Consommateur-ices plus stables/aptés à gérer • Statut régulier en suisse • Vise le rétablissement à long terme

* Centre ambulatoire d'addictologie psychiatrique, Genève

Nous présentons plus en détails :

- le projet d'ouverture de la salle de consommation à moindre risques (SCMR)-*crack* au niveau des mesures de réduction des risques,
- le dispositif d'intervention de médecine de rue,
- les trois prestations d'hébergement s'adressant spécifiquement aux personnes en situation d'addiction et de précarité : le *Sleep-in*, le Passage et le CausE, ainsi que l'offre en logement *Housing-first*.

11.2.1 Réduction des risques

Salle de consommation à moindre risque (SCMR) spécifique pour la consommation de *crack*

L'extension du Quai 9, géré par Première Ligne, sous la forme d'une salle spécifiquement dédiée à l'inhalation de *crack* fait partie du plan *crack* de la Ville de Genève. Cette deuxième salle de consommation qui dispose également d'une salle de repos a ouvert en juillet 2025.

La finalité de cette mesure est de sécuriser la consommation, de la sortir de la rue et de l'encadrer par la présence de professionnel·les sur place. Par ailleurs, les consommateur·ices ont la possibilité de faire une pause dans un local aménagé en salle de repos avec des chaises longues. Cette salle permet aux personnes de dormir en journée dans un lieu davantage sécurisé par rapport à l'espace public.

11.2.2 Accès aux soins

Le dispositif de médecine de rue

Le dispositif de médecine de rue, financé par les HUG via le Service d'addictologie ambulatoire du CAAP Arve, a été créé en parallèle et en complément des mesures du plan *crack*. Il a démarré en novembre 2023 avec l'engagement de la médecin responsable du projet, qui assure la coordination et la gestion d'équipe, la gestion des partenariats avec différents secteurs (Police, travail social bas-seuil, HUG, etc.) et de la communication.

Dans sa forme actuelle, en plus de la médecin responsable, ce dispositif comprend neuf professionnel·les : quatre infirmier·ères, une assistante sociale et trois pair·es-aidant·es/pair·es praticien·nes en santé mentale. Par ailleurs, une demande est en cours pour engager des travailleuses et travailleurs sociaux hors murs et augmenter les ressources dans le domaine social.

Sur le plan opérationnel, le dispositif se décline en des prestations hors murs et des prestations de prise en charge intra-muros au CAAP Arve, assurées par l'équipe du projet RUE.

Les prestations hors murs se déroulent de la manière suivante : en semaine, la matinée est dédiée à des tournées dans les principaux lieux de distribution alimentaire de la ville ; un·e infirmier·ère assure cette prestation, qui inclut des soins de premier secours, l'identification des personnes avec une consommation problématique, la remise de matériel de réduction des risques. Une attention particulière est mise dans la présence régulière afin de créer un premier lien de confiance, notamment vis-à-vis de personnes sans statut légal (migrant·es sans papiers, etc.).

Tous les après-midis de la semaine, deux professionnel·les assurent une présence aux alentours du Quai 9. Ces soignant·es ont pour mission d'approcher directement les consommateur·ices, de créer un premier contact ou de faire du lien, de conseiller en matière de réduction des risques et de distribuer du matériel le cas échéant (pipes à *crack*, matériel stérile, etc.), ainsi que d'informer les personnes concernées sur les offres de soins existantes.

De 16 heures à 20 heures, deux soignant·es réalisent des maraudes avec les travailleuses et travailleurs sociaux du Quai 9 et en partenariat avec l'association Maraude Genève. Dans ce cadre, un projet a permis notamment de rencontrer les travailleur·euses du sexe en se rendant dans les clubs, saunas, appartements, salons, etc.

Des maraudes conjointes avec la Police de proximité sont également mises en place. Des cours de sensibilisation au personnel policier ont été réalisés par le service d'addictologie sur le *crack* et la réduction des risques. Des séances de travail en commun pour imaginer divers scénarios ont aussi été réalisées en amont pour mieux anticiper les situations. Les maraudes entre policier·ères et

soignant-es, une première dans ce contexte, ont permis de dépasser certaines appréhensions. Chaque maraude fait l'objet d'un compte rendu permettant d'améliorer la prestation.

Les premiers soins et le bilan immédiat réalisés dans les différents lieux couverts par l'équipe, ainsi que dans le cadre des maraudes, permettent de suivre les personnes là où elles se trouvent, de les identifier et de leur apporter une première aide.

Le deuxième enjeu important pour l'équipe est d'accompagner les consommateur-ices vers le CAAP Arve où elles et ils peuvent bénéficier d'une prise en charge spécifique ; cela peut se faire sur le moment, mais le plus souvent les professionnel·les remettent une carte de visite personnelle à la personne rencontrée pour faciliter son entrée et son identification par le secrétariat de l'unité du CAAP Arve à son arrivée.

Au CAAP Arve, une variété de prestations est proposée : bilan médical, prises de sang, contrôles et dépistages standards, soins de plaie, test addictologique (bandelette urinaire), proposition de mise sous traitement en cas de dépendance aux opioïdes (héroïne), etc. En fonction des situations, un suivi intensif peut être proposé, avec un accompagnement par un-e pair-aidant-e, des rendez-vous médicaux et une prise en charge par l'assistant-e social-e.

Ces prestations sont accessibles aux consommateur-ices présentant une dépendance importante (au *crack* ou à d'autres produits psychotropes), incluant les personnes sans statut légal ou sans assurance présentes en Ville de Genève.

La particularité du dispositif genevois est la place spécifique accordée aux pair-es-aidant-es/pair-es praticien-nes en santé mentale dans le cadre du travail en rue. Ces pair-es-aidant-es consacrent l'entier de leur temps à l'accompagnement des consommateur-ices : elles-ils peuvent suivre les personnes dans le temps, les rappeler, les aider dans des démarches administratives en lien avec le personnel social, les accompagner physiquement à des rendez-vous, les contacter par sms, etc. Dans le cadre de ce dispositif, les pair-es-aidant-es ont également mis sur pied certaines activités réunies sur une plateforme (« Plateforme de réinsertion sociale et sportive ») destinée aux consommateur-ices de *crack*, avec des sorties organisées chaque semaine dans le but de sortir les consommateur-ices du quotidien de la rue et de la consommation (piscine, visites au musée, sortie à cheval, atelier boxe, etc.). Selon notre répondante, ces intervenant-es jouent un rôle déterminant dans la création du lien de confiance et leur plateforme remporte un grand succès auprès des consommateur-ices.

11.2.3 Hébergement

Le *Sleep-in*

Ouvert en février 2023 sur le site du Quai 9, le *Sleep-in* propose 12 lits ouverts 7/7 jours de 20h30 à 7h30. Cet hébergement d'urgence est réservé aux personnes en situation d'addiction de plus de 18 ans et inscrites au Quai 9. Les autres personnes sans-abri ne sont pas admises. Le local de consommation supervisé du Quai 9 est mis à disposition jusqu'à minuit pour la consommation de stimulants (cocaïne notamment) et jusqu'à une heure du matin pour la consommation de

dépresseurs (opiacés). Une supervision est assurée par deux professionnel·les (travailleur·euse social·e ou infirmier·ère) formé·es en addictologie.

Cette offre vise une mise à l'abri immédiate. Il n'y a pas de possibilité d'inscription pour y accéder, tout comme il n'est pas possible de rester d'un jour à l'autre ou de laisser des affaires, ces lits de camps sont montés et démontés chaque jour au Quai 9.

Conçue comme une prestation d'urgence bas-seuil, elle offre aux personnes la possibilité de faire une pause dans leur consommation, de dormir pour rompre le circuit stimulant du *crack*. Le *Sleep-in* assure ainsi la sécurité de ces personnes tout en travaillant à la réduction des risques. L'objectif est de ne pas laisser ces consommateur·ices dehors, de sécuriser leur consommation, mais aussi de les aider à reprendre la main sur leur consommation de *crack*, en apprenant à mieux gérer leur temps de sommeil ou en privilégiant la consommation de produits déprimeurs (et non stimulants comme la cocaïne et le *crack*) en soirée.

Les professionnel·les présent·es assurent un rôle de repérage, de premier bilan socio-sanitaire et d'orientation des personnes dans le réseau.

Le Passage et CausE

Mis en place dans sa forme actuelle^x en janvier 2024, cette prestation prévoit 12 places d'hébergement, dont 9 au sein de l'hébergement d'urgence (HU) Le Passage, géré par l'Armée du salut, et 3 dans le HU La Cour géré par le collectif CausE.

Cette prestation s'inscrit dans une logique de stabilisation des situations. Le public visé sont des consommateur·ices âgé·es de 18 ans et plus, qui se sentent en capacité de gérer leur consommation de *crack*. Les places sont disponibles sur inscription préalable uniquement. Une fois inscrites, les personnes peuvent rester jusqu'à 30 nuits d'affilée. Ces consommateur·ices doivent respecter les règles collectives en vigueur, elles et ils intègrent des chambres doubles partagées avec d'autres personnes en situation de sans-abrisme, où des affaires personnelles peuvent être laissées. Il n'est cependant pas autorisé de consommer sur place et aucun matériel de consommation n'est mis à disposition.

Les personnes qui restent plusieurs jours ou semaines ont la possibilité de bénéficier d'un suivi social et sanitaire. En effet, l'Association Première ligne dédie plusieurs professionnel·les au suivi des personnes inscrites au Passage et au CausE : il s'agit d'1 EPT de travail social, 1 EPT de travail infirmier et 0.15 EPT médical.

Cette prestation est financée par l'Association Première ligne, selon des accords établis entre les directions concernées. Mais l'organisation et la gestion des personnes passe principalement par les équipes en place. La mise en œuvre a nécessité un effort important de formation du personnel des hébergements d'urgence par les professionnel·les de Première ligne. Il s'est agi notamment de sensibiliser le personnel sur les questions d'addiction, de discuter de la sécurité et des adaptations envisageables au niveau des règles et du fonctionnement. Les professionnel·les de Première ligne

^x Des projets pilotes ont été réalisés en 2022 et reconduits en 2023 avant de déboucher sur les 12 places actuelles et temps de travail dédié.

assurent une présence aux colloques d'équipe, tout comme elles et ils interviennent très rapidement si un problème survient. Dans ce cas, un protocole est mis en place, avec des réunions triparties entre la personne concernée et les professionnel·les.

L'offre *Housing-first*

Démarrée en avril 2025, cette prestation vise la mise à disposition de 24 appartements d'ici fin 2027.

Le projet est piloté par le canton (Département de la cohésion sociale et Département de la santé, Hospice général, Office de protection de l'adulte), en partenariat avec l'Hospice général, l'Association Première ligne et l'Association ARGOS^y. Au niveau opérationnel, la mise en œuvre est gérée par ARGOS au niveau de la location des appartements, et par Première ligne au niveau du suivi et de l'accompagnement des personnes logées.

Cette offre s'adresse à des consommateur·ices suisse·s de 18 ans et plus (les personnes avec un passeport étranger ou sans statut légal sont exclues de la mesure), sans exigence d'abstinence à l'entrée dans la mesure. A l'accès à un logement s'ajoute l'accès à une série de prestations socio-sanitaires qui permettent de soutenir ces personnes dans leur projet de rétablissement. Cette mesure vise ainsi une stabilisation des situations à long terme^z. Pour l'instant, deux professionnel·les de Première ligne travaillent sur le projet, mais il est prévu de constituer une équipe d'une dizaine de personnes à l'horizon 2027.

11.3 Description des dispositifs existants dans le canton de Bâle-Ville

Contexte et dispositifs

Depuis les années 1990, le canton de Bâle-Ville a développé une politique concertée en matière de drogues. Le volet de la réduction des risques a été intégré dans la stratégie globale en matière de drogue et les premiers espaces de consommation sécurisée ont été ouverts en 1991 et 1992. Le canton s'est également doté très tôt d'une unité dédiée aux drogues (*Abteilung Koordination Drogenfragen* ; Division de Coordination des questions liées aux drogues) au sein du Département de la santé³⁷. Cette unité appelée aujourd'hui Département Addictions (*Abteilung Sucht*) est responsable de la planification, de la coordination et du pilotage de l'offre d'aide en matière de dépendance pour différents groupes cibles et besoins^{aa}.

^y L'Association ARGOS œuvre pour l'accueil, l'accompagnement et l'insertion des personnes dépendantes ou consommatrices de drogues, tout en luttant contre la stigmatisation et en agissant dans le cadre des quatre piliers de la politique fédérale (prévention, thérapie, réduction des risques, régulation).

^z Le modèle *Housing first* a été imaginé et testé dans les années 1990 à New York pour les personnes sans-abris souffrant de problèmes psychiques sévères. Dans ce modèle, le logement est considéré comme le commencement du soin et non pas l'aboutissement d'un processus de réhabilitation sociale. Les personnes sans-abris y accèdent de manière inconditionnelle et la mesure s'accompagne de différents services de soin ou prestations sociales. Les personnes logées sont soutenues par des professionnel·les dans le respect de leur autodétermination et de leurs choix³⁶.

^{aa} Voir le site de cette unité à l'adresse suivante : <https://www.bs.ch/gd/sucht>

Pour avoir une vue globale de la situation aujourd’hui, nous avons rencontré la responsable de l’Unité Addiction. Nous nous appuyons aussi sur les différents rapports d’activité de cette unité pour décrire le dispositif de prise en charge bâlois.

Un premier constat important à rappeler est que depuis une quinzaine d’années, la consommation de cocaïne a augmenté, jusqu’à supplanter celle de l’héroïne. Un deuxième constat, plus récent, est une augmentation de la consommation de cocaïne inhalée (*crack*) dans l’espace public – principalement sous la forme *freebase*^{bb} – comme dans d’autres villes suisses. Les conséquences de cette hausse sont constatées tant sur les plans socio-sanitaires (dépendance, précarisation et perte de logement, etc.) que sécuritaire (agressivité, troubles du comportement, *littering*, insécurité pour les habitant-es, riverain-es des SCMR, commerçant-es, etc.).

D’autres observations récentes en ville de Bâle montrent par ailleurs que les consommateur-ices de drogues présent-es dans l’espace public se divisent en deux groupes. Le premier, entre 30 et 50 personnes, principalement d’origine suisse chez qui la consommation de cocaïne *freebase* est prévalente. Ces personnes sont le plus souvent connu-es des services de soins et des centres de réduction des risques. Le second groupe, plus nombreux, regroupe des personnes sans statut légal. Il s’agit de migrant-es d’origine européenne ou extra-européenne, ainsi que de personnes en transit sur le territoire suisse. Contrairement au premier groupe, les situations et les besoins de ces personnes sont moins connus. Par ailleurs, il semble que les consommations de produits psychotropes y soient plus diversifiées et moins ciblées sur la cocaïne inhalée.

Aujourd’hui dans le canton de Bâle-Ville, le secteur bas-seuil et de la réduction des risques regroupe plusieurs prestations³⁸ qui s’adressent uniquement aux personnes avec un permis de séjour valable sur le territoire suisse^{cc}. Un-e travailleur-euse social a été engagé-e récemment pour explorer les besoins du deuxième groupe sans statut légal et présent dans l’espace public bâlois. Cette démarche a pour objectif de donner une meilleure compréhension globale des situations notamment sur le plan addictologique.

11.3.1 Réduction des risques

Les salles de consommation à moindre risque (SCMR)

Deux salles de consommation à moindre risque (SCMR) sont disponibles à Bâle : la première dans le quartier Dreispitz, près de la gare suisse et la seconde à Riehenring, près de la gare allemande. Ces SCMR remettent du matériel de réduction des risques, offrent des soins de premiers recours en cas d’urgence (surdoses, crises d’épilepsie, etc.), ainsi que des informations et conseils relatifs à la prophylaxie des infections. Bien qu’axée sur la réduction des risques, l’intervention de ces deux SCMR offre également un accès à des consultations médicales. Cette prestation est assurée

^{bb} Aucun marché du crack (vente du caillou en rue) n’est constaté à ce jour à Bâle, selon les informations récoltées auprès de notre répondante pour cette enquête.

^{cc} Une personne sans statut légal souhaitant accéder à un programme ou bénéficier des prestations d’un ECS doit d’abord passer par une demande d’aide d’urgence et avoir une assurance maladie. Seule une minorité de cas est donc concernée ici.

notamment par des médecins de la Clinique psychiatrique universitaire^{dd}, institution spécialisée dans les traitements ambulatoires et stationnaires des addictions^{ee}.

11.3.2 Accès aux soins

Dispositif de médecine de rue

Ce dispositif est mis en place depuis novembre 2024, à l'initiative des Cliniques psychiatriques universitaires de Bâle (*Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel*, UPK). Un binôme médecin-infirmier-ière de l'UPK est présent dans la ville en journée, accompagné par un-e travailleur-euse social-e ; ils et elles font du travail social avec un focus sur les problématiques de santé puis accompagnent dans la mesure du possible les personnes vers des soins, à l'UPK notamment. Cette prestation a été initiée afin de ramener les personnes en rupture vers des soins. Une évaluation est en cours et la mesure pourra être pérennisée si les résultats sont jugés pertinents. A l'heure actuelle, la mesure semble tenir ses promesses, plusieurs consommateur-ices ont été orientés-es vers des soins et une prise en charge à l'UPK à la suite de l'intervention en rue.

11.3.3 Accueil et soutien en journée

Les prestations d'accueil et de soutien en journée

De nombreuses prestations d'accueil en journée proposent des repas, un soutien social et administratif, etc. C'est le cas de l'Accueil de jour pour sans-abri (*Tageshaus Wallstrasse*), du lieu d'accueil Soup&Chill, de la Soupe populaire, des Points de contact et d'accompagnement social du Glaibasel et Gundeli, ainsi que du lieu d'accueil pour femmes (*FraueOase*).

Les équipes sociales de rue

Des équipes sociales de rue sont également déployées en ville durant la journée ; elles se répartissent en trois pôles : les Médiateur-ices dans l'espace public (*Mittler im Offentlichen Raum*, MIR ; n=5) et l'Eglise diaconale (*Diakonische Kirsche* ; n=3), ainsi que l'association de travail de rue Schwarzer Peter (n=5). Le MIR et le *Diakonische Kirsche* sont des groupes présents dans et aux alentours des SCMR, spécialisés sur la problématique addiction. Ces intervenant-es ne remettent pas de matériel de réduction des risques directement en rue, leur mission étant d'assurer une présence en rue, de faire de la médiation, d'accompagner les personnes qui désirent consommer vers les ECS, des pharmacies, ou vers d'autres prestations du dispositif selon les besoins de chaque situation. Comme le spécifie le rapport d'activité : « *Les médiateurs et médiatrices favorisent le dialogue et sont les premier-ères interlocuteur-ices des riverain-es, des entreprises et des écoles. Ils*

^{dd} Voir le site à l'adresse suivante : <https://www.upk.ch/erwachsene/hilfe-bei/abhaengigkeit-und-sucht/alkohol-cannabis-kokain-medikamente>

^{ee} Signalons que les principales structures de traitement des addictions (ambulatoires et/ou stationnaires) sont Clinique psychiatrique universitaire (Voir le site à l'adresse suivante : <https://www.upk.ch/erwachsene/hilfe-bei/abhaengigkeit-und-sucht/alkohol-cannabis-kokain-medikamente>) et le Centre de médecine de l'addiction (Voir le site à l'adresse suivante : <https://www.therapiezentrumbasel.ch/angebot#ZentrumSuchtmedizin>).

et elles conseillent et informent sur les questions et problèmes spécifiques aux addictions. Dans le cadre de sa mission de régulation, l'équipe de spécialistes contribue à protéger l'espace public autant que possible contre les effets indésirables de la consommation de drogues illégales ».

L'association de travail de rue Schwarzer Peter s'adresse à un public-cible plus large que les consommateur·ices de drogues, qui inclut aussi les personnes sans-emplois de longue durée, les personnes sans domicile fixe ou sans abri et toute personne socialement défavorisée, avec un accent porté notamment sur les problématiques de santé mentale. Son périmètre géographique est plus large également, puisqu'il inclut à la fois l'espace public et l'espace semi public (bars, salons de jeux, etc.). Cette association propose « *des consultations individuelles ou des accompagnements et effectue un triage en fonction des besoins et des possibilités* ».

Une plateforme « Réduction des risques » regroupe ces intervenant·es et permet d'avoir un suivi en temps réel de l'évolution de la situation sur le terrain : « *C'est le grand avantage. On a vraiment ces personnes qui se connaissent, qui travaillent sur le terrain et qui ont ensuite rassemblé leurs observations, qu'elles mettent ensuite à notre disposition, pour ainsi dire. C'est un petit effort qui a un grand impact. Donc un impact, pas maintenant, je pense que cela a une grande influence pour un petit investissement* »^{ff} (Cheffe de service Addiction, Bâle-Ville).

Notons par ailleurs que le MIR s'occupe aussi du groupe « Espace public » qui se réunit plusieurs fois par ans « *afin d'analyser la situation notamment dans les environs des deux SCMR et, si nécessaire, coordonner les mesures. Dans ce gremium sont réunis la Police, les entreprises de sécurité, le service de jardinage de la ville, Suchthilfe Region Basel en tant que responsable des SCMR ainsi que le délégué aux drogues du canton de Bâle-Campagne* ». Tous·tes les membres sont [aussi] des fournisseur·euses de données pour le Bulletin de l'espace public, qui permet le « *monitoring continu de la situation dans l'espace public relative à la consommation de stupéfiants et leurs effets.* » (Rapport d'activités 2024 : 58-59).

11.3.4 Hébergement

Les hébergements d'urgence et l'offre *Housing first*

Le canton de Bâle-Ville dispose d'une centaine de lits en hébergement d'urgence pour les personnes sans-abri (103 selon le Rapport d'activité de 2023 : 68), mais actuellement aucune institution ne dispose de lits adaptés aux besoins et spécificités des consommateur·ices de stupéfiants. Aucune mesure n'est envisagée pour le moment sur ce plan, comme à Genève, notamment pour des questions de coûts.

Globalement, la situation sur le plan du logement est tendue : il manque de place et le marché est saturé. Les personnes qui trouvent un logement ont tendance à y rester. En 2019, un projet pilote soutenu par le Conseil d'Etat pour développer l'offre de logements sociaux et un poste de

^{ff} Version originale de l'entretien: «*Das ist der große Vorteil. Man hat wirklich diese Menschen, die sich kennen, die im Feld arbeiten und dann wirklich ihre Beobachtungen gesammelt, also für uns dann quasi zur Verfügung stellen. Das ist ein kleiner Aufwand mit großer Wirkung. Also Wirkung, nicht jetzt Ich denke, es hat einen großen Einfluss auf eine kleine Investition.*»

coordination pour le logement précaire ont vu le jour (Rapport d'activités 2024 : 20). Dans la foulée, une offre de logement *Housing first* a été constituée.

En 2025, l'offre *Housing first* totalise 22 appartements. Cette prestation devrait se déployer dans les années à venir, mais cette perspective est rendue difficile en raison de la faible disponibilité de nouveaux logements et de la réticence des propriétaires à mettre à disposition leurs biens pour des consommateur·ices en situation de précarité.

Selon notre interlocutrice, le *Housing first* n'est pas vraiment adapté aux consommateur·ices en situation de précarité, car la démarche exige une autonomie qui n'est pas toujours assurée.

Un projet en discussion propose de développer une offre « *Housing first Plus* ». Ce modèle existe déjà à Zurich et est à l'étude à Bâle. Il s'agit d'acquérir des immeubles avec plusieurs appartements indépendants attribués. Ces immeubles sont encadrés par un service de sécurité et un service social minimal sur place. Ce modèle se situe ainsi entre celui de l'appartement protégé et celui du logement de type *Housing first*. Dans l'idéal, il s'agirait de créer entre 30 et 50 logements de ce type.