

Rencontrer pour soigner: la place du travail de rue en addictologie

Dr^e TIPHAINE ROBOT^a, JULIANA SANTOS CRUZ^b, VINCENT ARTISON^c, Dr MAXIME MELLINA^d et Dr YASSER KHAZAAL^e

Rev Med Suisse 2025; 21: 1170-4 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.921.47182

Le travail de rue est apparu comme une réponse essentielle pour atteindre les populations marginalisées et lever les barrières à l'accès aux soins. Dans le domaine de la médecine des addictions, cette approche a été repensée pour répondre aux vulnérabilités entremêlées et aux besoins complexes des personnes en situation de marginalisation et de consommation de drogues. Dans ce contexte, une intervention efficace est possible grâce à une collaboration étroite entre les acteurs de la santé, du social et de la sécurité, ainsi qu'à une intégration complète du soutien par les pairs. Cela ouvre la voie à des collaborations importantes et innovantes entre ces acteurs, permettant d'adapter les politiques et services en addictologie aux réalités du terrain.

Meeting to heal: the role of street work in addiction medicine

Outreach has emerged as an essential response to reach marginalised populations and remove barriers to health care. In the field of addiction medicine, this approach has been rethought to address the intertwined vulnerabilities and complex needs of people experiencing marginalisation and drug use. In this context, effective outreach is possible within a strong collaboration between health, social and security actors, and by fully integrating peer support, opening up important and innovative collaborations between these actors to adapt addiction policies and services to the realities on the ground.

ADAPTER LA POLITIQUE DES ADDICTIONS AUX RÉALITÉS DU TERRAIN

La politique suisse des addictions, fondée sur les quatre piliers (prévention, thérapie, réduction des risques et répression), est une référence internationale.¹ Elle permet d'offrir des soins aux personnes concernées et de réduire les dommages sanitaires et sociaux.² En cohérence avec cette politique des services de réduction des risques ou de traitement, des services sociaux et des intervenants policiers et judiciaires ont été déployés. Ces offres se sont développées, le plus souvent en silo, offrant peu d'intégrations des services, ou de manière assez étroite et personnes-dépendantes.³ Cette organisation en silo du modèle de mise en œuvre de la politique des quatre piliers atteint aujourd'hui certaines limites.

^aService d'addictologie, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bInfirmière, Service d'addictologie, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^cFondation ABS, RdR - Travail de rue, Chemin du Calvaire 19, 1005 Lausanne, ^dGroupement romand d'études des addictions, Rue Saint-Pierre 3, 1003 Lausanne, ^eService de médecine des addictions, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, 1011 Lausanne
tiphaïne.robot@hug.ch | juliana.santosacruz@hug.ch | m.mellina@grea.ch
vincent.artison@gmx.ch | yasser.khazaal@chuv.ch

De nouvelles problématiques dans le domaine des addictions

Les inégalités socioéconomiques se creusent, notamment depuis la crise du Covid-19, et l'exclusion sociale des populations marginalisées s'aggrave.⁴ Par ailleurs, les modes de consommation évoluent, notamment avec l'essor du crack en milieu urbain, rendant l'accès aux soins encore plus complexe.⁵ L'Agence européenne pour les drogues et les addictions (EUDA) souligne une évolution marquante depuis la pandémie de Covid-19: une plus grande disponibilité des drogues, des stimulants moins chers et plus présents sur le marché.⁶ Cette tendance se traduit localement, comme à Genève ou à Coire, par une visibilité accrue de certaines consommations, notamment celle du crack. Les substances à l'origine des troubles dans l'espace public ne sont plus les mêmes qu'il y a quelques années et changent la manière d'aborder l'aide aux usagers.

Dans le même temps, la précarisation croissante des usagers tend à déplacer les consommations dans la rue et à les rendre plus visibles. Elle aggrave également les problèmes liés à ces usages, en augmentant les comorbidités psychiatriques et en détériorant l'état de santé global des personnes concernées. La recherche estime que 50 à 75% des usagers en traitement en addictologie souffrent d'un trouble de santé mentale à vie.⁷ Cette interdépendance entre précarité et santé mentale renforce l'urgence d'une prise en charge adaptée.

Dans ce contexte, l'approche de l'«aller-vers» (outreach) devient essentielle pour garantir un accompagnement efficace des personnes les plus éloignées du système de soins. «L'aller-vers» ne remplace pas les prestations déjà mises en place dans le cadre de la Stratégie addiction de la Confédération³ appliquant les quatre piliers, mais les complète en adaptant les pratiques aux réalités actuelles. Le modèle présenté ici propose une intégration cohérente de l'«aller-vers» dans une collaboration décloisonnée entre les acteurs des quatre piliers. Cet article l'examine à travers une expérience de mise en œuvre locale.

FAIRE ÉVOLUER L'ALLER-VERS EN SUISSE La genèse de l'aller-vers en Suisse

L'aller-vers trouve ses origines en France après la Seconde Guerre mondiale, dans un contexte de reconstruction sociale et d'essor de l'État providence. D'abord centré sur la «prévention spécialisée», il vise les personnes en grande précarité, notamment les jeunes en rupture et les personnes en situation de prostitution.⁸

En Suisse, cette approche émerge à la fin des années 1960, principalement auprès des personnes souffrant d'addictions.⁹ Portée par des initiatives privées dans les années 1970 (Carrefour-Rue, Le Clodo, Contact, Release), elle s'élargit progressivement aux problématiques familiales, scolaires et de logement.¹⁰ «L'aller-vers» devient un levier pour atteindre les populations marginalisées, établir un lien de confiance et proposer un accompagnement sans condition préalable.

Les années 1980 marquent un tournant avec l'essor de la consommation de drogues dans l'espace public et l'apparition de scènes ouvertes, notamment à Zurich, Berne et Genève.¹¹ Ces lieux de consommation visibles, rassemblant des usagers dans des conditions de grande précarité sanitaire et sociale, exposent les limites des politiques répressives. La saturation des services d'urgences et la propagation du VIH/Sida conduisent à l'expérimentation de nouvelles réponses. À Zurich, le Platzspitz, surnommée le «parc de l'aiguille», devient emblématique du phénomène, rassemblant jusqu'à 3 000 consommateurs quotidiens avant sa fermeture en 1992. Son évacuation entraîne un déplacement de la scène vers le Letten, jusqu'à sa fermeture en 1995. Ces crises successives accélèrent l'adoption de la politique des quatre piliers, officialisée en 1995.¹

L'aller-vers s'inscrit alors pleinement dans cette évolution. Il devient un outil clé de la réduction des risques, avec la distribution de matériel stérile, l'information sur les dangers des substances et l'orientation vers des structures de soins. Ce modèle se consolide dans les années 2000 et 2010 avec la rédaction d'une charte des travailleurs sociaux hors murs (TSHM) et l'établissement d'un référentiel romand.¹²

Les enjeux contemporains de l'aller-vers

Face aux défis posés par ces nouvelles consommations en milieu urbain, la question des professionnels à mobiliser dans le cadre de l'aller-vers est un enjeu central. L'aller-vers en addictologie est crucial face à la stigmatisation et à la méfiance des personnes concernées envers les institutions, perçues comme éloignées de leurs réalités.¹³ Les dispositifs traditionnels, souvent inaccessibles en raison de barrières administratives et organisationnelles, excluent les plus précaires. L'aller-vers pallie ces limites en allant directement vers les usagers (rue, squats, lieux de consommation), facilitant l'accès aux soins et rétablissant un lien de confiance.^{14,15} Les principaux enjeux sont détaillés dans le **tableau 1**.

DYNAMIQUES DE PRÉCARISATION: CONSTRUIRE UNE ÉQUIPE DE TERRAIN COHÉRENTE

Ce phénomène s'inscrit dans une dynamique d'addition des vulnérabilités,⁹ où plusieurs facteurs de précarité ou de marginalisation, tels que l'addiction, la pauvreté, la migration ou le travail du sexe, s'entremêlent et se renforcent mutuellement. Cette interaction crée une spirale de fragilisation, rendant d'autant plus complexe l'accès aux soins, à la protection sociale et aux dispositifs d'insertion. Le concept met ainsi en lumière la nature cumulative des difficultés sociales, économiques, sanitaires et structurelles, appelant à une réponse coordonnée et multidimensionnelle.

TABLEAU 1		Enjeux et défis de l'approche «aller-vers» en addictologie de rue
Enjeux actuels de «l'aller-vers»	Analyse	
Complexification des problématiques	Les situations de précarité sont de plus en plus complexes et impliquent des problématiques multiples qui s'entremêlent. L'approche d'«aller-vers» doit s'adapter à cette complexité en proposant des interventions globales et individualisées	
Barrières d'accès aux services	Les personnes les plus vulnérables rencontrent souvent des obstacles lorsqu'elles tentent d'accéder aux services sociaux classiques. L'«aller-vers» permet de dépasser ces barrières en allant directement à la rencontre des personnes	
Non-recours aux droits	L'aller-vers permet de lutter contre le phénomène de non-recours aux droits, qui touche de nombreuses personnes en situation de précarité. Ces démarches visent à réinterroger les fondements du travail social et à adapter les modalités de délivrance des aides pour mieux atteindre les personnes	
Nécessité d'une relation de confiance	Pour atteindre les personnes les plus isolées, il est indispensable de construire une relation de confiance. L'«aller-vers» permet de créer un lien avec une ressource identifiée, sans jugement, en partant de la situation présente de la personne	
Stigmatisation et éloignement	La stigmatisation des comportements addictifs éloigne les personnes en difficulté des services d'aide. Elles ont tendance à se cacher et à éviter l'autorité, perçue comme maltraitante et menaçante. Il est donc essentiel d'aller vers ces populations, souvent invisibles et inaudibles, pour les atteindre	

Pour répondre aux besoins complexes des personnes avec des pratiques d'addictions en rue, la constitution d'une équipe pluridisciplinaire s'impose. Dans cette optique, et en cohérence avec l'approche des quatre piliers, dont les limites ont été mises en évidence précédemment, l'alliance entre les secteurs de la santé, du social et du sécuritaire est une nécessité.

L'approche classique en addictologie, fondée sur des modèles standardisés, peine à s'ajuster aux nouvelles substances et aux réalités de terrain. Face à ces limites, l'aller-vers s'est structuré à partir des constats issus des maraudes. Il répond aux enjeux prioritaires: accès aux soins, réduction de la méfiance institutionnelle, prise en charge de la grande précarité et adaptation aux modes de consommation. Cette dynamique a conduit à la création d'équipes pluridisciplinaires (soignants, travailleurs sociaux, pairs aidants, acteurs sécuritaires).

L'exemple de Genève

Malgré les différences de missions et les limites inhérentes à ces trois domaines, une équipe intégrant ces acteurs a été mise sur pied à Genève. Elle souligne la nécessité de repenser l'accompagnement des personnes en grande précarité à travers un travail collectif réticulaire, plaçant la coopération interprofessionnelle au premier plan.¹⁶

Sur le terrain, cette collaboration traduit par une prise en charge proactive et décloisonnée, avec des maraudes médico-sociales offrant soins primaires, matériel de réduction des risques et accompagnement social. Cette approche permet également d'identifier rapidement les complications

médicales liées aux consommations et d'orienter les patients vers les structures adaptées.

La collaboration avec la police dans les maraudes: enjeux et perspectives

La présence des forces de l'ordre dans les interventions de rue suscite souvent des controverses, notamment en raison des tensions historiques entre personnes consommatrices de drogues et police. Cependant, certaines expériences récentes, comme les maraudes conjointes à Genève, démontrent que cette collaboration peut être bénéfique lorsqu'elle repose sur des principes de réduction des risques et de respect des droits des usagers. Ce partenariat soignant-police, organisé de manière inédite en Suisse romande, repose sur une approche pragmatique visant à 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.

Dans le cadre du programme RUE (Réponse Urgente et Engagée) du Service d'addictologie des HUG, des policiers municipaux ont été sensibilisés aux réalités de la consommation de crack et formés aux stratégies de réduction des risques. Cette formation a permis d'améliorer leur compréhension des vulnérabilités des publics cibles et de modifier leurs pratiques d'intervention. Plutôt que d'adopter une posture répressive, ces agents jouent un rôle de médiateurs en facilitant l'orientation vers les dispositifs de soins et en garantissant un cadre sécurisant pour les maraudes.

En tant qu'acteurs de terrain et de première ligne, les policiers municipaux disposent d'une connaissance approfondie des dynamiques locales, des profils des consommateurs et des évolutions des pratiques de consommation. Leur présence permet non seulement d'assurer la sécurité des équipes et des usagers, mais aussi de faciliter l'identification des situations à risque, de détecter les urgences médicales et d'orienter plus efficacement les consommateurs vers les dispositifs de soins et d'accompagnement adaptés. Cette coopération favorise ainsi une prise en charge plus cohérente et humaine des personnes en situation de grande précarité.

Les résultats préliminaires suggèrent que cette approche facilite l'accès aux soins pour certains usagers, qui n'auraient autrement pas sollicité d'aide. Les objectifs de l'approche d'aller-vers adoptée par la police municipale sont synthétisés dans le **tableau 2**.

L'expertise du terrain: le rôle central des travailleurs sociaux en milieu urbain

En première ligne des réalités sociales, les TSHM jouent un rôle clé dans l'accès aux soins, la prévention et la médiation entre différents acteurs de la ville. Leur approche repose sur des principes fondamentaux: libre adhésion, anonymat et absence de mandat nominatif.¹² Leur mission ne consiste ni à imposer ni à normaliser un comportement, mais à tisser des liens et faciliter l'accès aux dispositifs sociaux et sanitaires.

TABLEAU 2		Missions du travail intersectoriel en addictologie de rue
Fonction	Mission dans l'aller-vers	
Santé (médecins, infirmiers, pairs praticiens en santé mentale)	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter un premier accès aux soins somatiques ou psychiatriques directement sur site 	
Social (travailleurs sociaux hors-murs, assistants sociaux)	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le maintien de la création du lien social (médiation des différences) • Accès aux aides institutionnelles • Accompagnement dans l'accès aux droits et aux aides sociales • Soutien dans les démarches administratives et la réinsertion socioprofessionnelle 	
Sécuritaire (police municipale)	<ul style="list-style-type: none"> • Apaiser les tensions et améliorer la cohabitation dans l'espace public • Favoriser une approche non répressive et adaptée aux réalités des usagers • Orienter les consommateurs en grande précarité vers les services de soins et d'accompagnement 	

En interagissant avec des publics variés, – consommateurs, riverains, travailleurs sociaux, soignants, commerçants et forces de l'ordre, ils occupent une position intermédiaire délicate. Naviguer entre des attentes contradictoires, où le besoin de tranquillité des riverains s'oppose à la nécessité d'un espace sûr pour les usagers, exige une fine connaissance du terrain et une capacité de médiation permanente.

Malgré son rôle crucial, le travail de rue reste sous-estimé et insuffisamment structuré.¹⁷ Si ces premières initiatives en Suisse étaient centrées sur la consommation de drogue dans l'espace public, elles ont progressivement évolué vers l'action socioéducative et culturelle, notamment auprès des jeunes, reposant sur des leviers puissants d'émancipation sociale, référence adulte, accès aux soins, réinsertion, qui ont démontré leur efficacité pour prévenir les escalades de précarité et d'exclusion.¹⁸

Le manque de formation, d'évaluation, de recherche et de professionnalisation autour du travail social hors murs empêche sa pleine reconnaissance et son intégration dans les politiques publiques. Aujourd'hui encore, les formations académiques et professionnelles peinent à intégrer les savoirs issus de décennies de pratiques en travail de rue. Pourtant, face aux réalités sociales actuelles et aux défis qu'elles imposent, reconnaître et renforcer ces approches apparaît comme un enjeu majeur pour une société plus inclusive. Les fonctions et missions du travail intersectoriel sont recensées dans le **tableau 2**.

LES ÉVOLUTIONS DANS LES SOINS À LA SUITE DU TRAVAIL DE RUE

Accès aux soins des consommateurs précaires: dispositifs et premiers résultats. Depuis novembre 2023, les Hôpitaux universitaires de Genève ont déployé l'équipe RUE, une unité médicale de maraude, visant à améliorer l'accès aux soins des consommateurs en grande précarité. Le **tableau 3** résume les principaux éléments de l'initiative RUE, notamment ses objectifs, sa méthodologie, ainsi que les premiers résultats observés en termes d'intégration des patients dans un parcours de soins et d'impact sur leur consommation.

TABLEAU 3

Résumé de l'initiative RUE et de ses premiers résultats

Thème	Information clés
Date de mise en place	Novembre 2023
Initiative	Équipe RUE des HUG (Réponse Urgente et Engagée)
Objectif	Améliorer l'accès aux soins des consommateurs précaires
Méthode	Maraude avec une équipe mixte (soignants, travailleurs sociaux, pairs aidants, policiers municipaux)
Résultats	Intégration de 181 consommateurs dans un parcours de soins (76% d'hommes, 24% de femmes)
Prise en charge	Suivi personnalisé: accompagnement social, soins somatiques et psychiatriques, indépendamment du statut assécurologique
Problématiques identifiées	<ul style="list-style-type: none"> • 86,9% des patients présentent des comorbidités psychiatriques • 46% nécessitent un rendez-vous avec un médecin interniste • 73% sont sans domicile fixe
Traitements existants	Absence de substitution spécifique au crack, mais certains bénéficient d'un traitement agoniste des opiacés si dépendance aux opiacés
Résultats sur la consommation une fois le suivi par l'équipe RUE débuté	<ul style="list-style-type: none"> • 61% de taux de rétention dans les soins • 57% des patients ont réduit ou cessé leur consommation
Facteurs de succès	Prise en charge holistique favorisant la stabilisation et la confiance, facilitant un suivi à long terme

CONCLUSION

Renforcer l'aller-vers dans la politique des quatre piliers: une évolution nécessaire

L'intégration de l'approche «aller-vers» dans les stratégies d'intervention en addictologie constitue une réponse essentielle aux nouvelles formes de précarité et aux difficultés d'accès aux soins des usagers de substances. Si la politique des quatre piliers demeure un cadre pertinent, elle nécessite aujourd'hui des adaptations pour répondre aux crises contemporaines et aux nouvelles formes de précarité. En renforçant la coopération entre professionnels de santé, travailleurs

sociaux et forces de l'ordre, cette approche permet d'adapter les dispositifs existant aux réalités du terrain tout en intégrant les principes de réduction des risques.

L'expérience genevoise du programme RUE illustre les bénéfices d'un modèle pluridisciplinaire alliant soins de proximité, médiation sociale et sécurisation des espaces publics. Toutefois, pour améliorer son efficacité, sa reproductibilité et sa pérennité, cette approche nécessite des investissements accrus en formation, en recherche clinique et dans l'élaboration et l'évaluation des modèles d'implémentation de ces pratiques. Une reconnaissance institutionnelle plus forte du travail de rue, ainsi qu'une évaluation rigoureuse des impacts des dispositifs déployés, apparaissent comme des conditions essentielles pour inscrire durablement cette dynamique dans les politiques publiques de santé, d'équité en santé et d'inclusion sociale.

Conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Renforcer les dispositifs mobiles: le déploiement d'équipes pluridisciplinaires de rue permet d'atteindre des publics très éloignés des soins classiques et de construire un lien thérapeutique durable.
- Favoriser une approche décloisonnée: la collaboration intersectorielle (santé, social, sécurité) est essentielle pour répondre à la complexité des situations rencontrées en addictologie de rue.
- Reconnaître et structurer le travail hors murs: une reconnaissance institutionnelle du travail de rue, ainsi qu'un investissement en recherche et en évaluation, sont indispensables pour pérenniser ce modèle.
- Intégrer les forces de l'ordre dans une approche de réduction des risques: une collaboration structurée avec la police municipale favorise l'orientation des usagers dans les soins.

1 **Savary JF, Hallam C, Bewley-Taylor D. The Swiss Four pillars policy: an evolution from local experimentation to federal law [En ligne]. Disponible sur: www.beckleyfoundation.org/wp-content/uploads/2016/04/paper_18.pdf
 2 Khan R, Khazaal Y, Thorens G, Zullino D, Uchtenhagen A. Understanding Swiss drug policy change and the introduction of heroin maintenance treatment. *Eur Addict Res.* 2014;20(4):200-7.
 3 Office fédéral de la santé publique. Stratégie nationale Addictions [En ligne]. (Cité le 13 février 2025). Disponible sur: www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html
 4 Office fédéral de la statistique. Pauvreté [En ligne]. (Cité le 13 février

2025). Disponible sur: www.bfs.admin.ch/content/bfs/fr/home/statistiques/situation-economique-sociale-population/bien-etre-pauvrete/pauvrete-privations/pauvrete.html
 5 Robet T, Santos-Cruz J, Zullino D, et al. Enjeux cliniques et de santé publique de la consommation de crack. *Rev Med Suisse.* 2025 Feb 5;21(904):226-30.
 6 *European Union Drug Agency. Rapport européen sur les drogues 2024: Tendances et évolutions [En ligne]. (Cité le 27 février 2025). Disponible sur: www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_fr
 7 Al Kurdi C. Les troubles neurocognitifs induits par une substance: un enjeu pour les cliniciens et pour la santé publique [En ligne]. Groupement romand

d'étude des addictions. 2022. Disponible sur: https://grea.ch/wp-content/uploads/2024/07/7_2-Les-troubles-neurocognitifs-induits-par-une-substance-une-enjeu-pour-les-cliniciens-et-pour-la-sante-publique_Al-Kurdi_Addictions_2022.pdf
 8 **Parisise J, Porte E. Les démarches d'«aller vers» dans le travail social: une mise en perspective. *Cahiers de l'action.* 2022 Déc 12;59(2):9-16.
 9 **Lévy-Vroelant C, Joubert M, Reinprecht C. Partie I. Vulnérabilités en contexte. In: *Agir sur les vulnérabilités sociales.* Paris: Presses universitaires de Vincennes, 2015; p. 17-100.
 10 Fridez E. L'intervention socio-éducative hors murs [En ligne]. Disponible sur: <https://relier.relais.ch/wp-content/uploads/2022/07/FridezE.pdf>

11 Bänzinger PP, Herzig M, Koller C, Savary JF, Zobel F. La Suisse et les drogues [En ligne]. Neuchâtel: Alphil, 2024. (Cité le 25 février 2025). Disponible sur: www.aphil.com/livres/1404-la-suisse-et-les-drogues.html
 12 Brodeur C. Charte du travail social «hors-murs» [En ligne]. Disponible sur: www.grea.ch/sites/default/files/charte-charta_definitive.pdf
 13 Fong C, Mateu-Gelabert P, Ciervo C, et al. Medical provider stigma experienced by people who use drugs (MPS-PWUD): Development and validation of a scale among people who currently inject drugs in New York City. *Drug Alcohol Depend.* 2021 Apr 1;221:108589.
 14 Doede M. Advancing effective street outreach to people experiencing

unsheltered homelessness: Concepts for public health nursing. Public Health Nurs. 2024 Nov-Dec;41(6):1446-52.

15 *Pinkhover A, Celata K, Baker T, Chatterjee A, Lunze K. Mobile addiction treatment and harm reduction services as tools to address health inequities: a community case study of the Brockton

Neighborhood Health Center mobile unit. Front Public Health. 2024 Jun 18;12:1407522.

16 *Corthay O. Gouverner en réseau et par projet. L'action publique genevoise au prisme des « métiers flous » [En ligne]. Sociograph n° 70. Disponible sur: www.unige.ch/sciences-societe/socio/

application/files/4117/2769/5384/Sociograph_70_OA.pdf

17 Artison V. Le travail social hors murs et les enjeux de sa formalisation. Berne : Peter Lang 2015.

www.peterlang.com/document/1053097
18 Donzelot J. Faire société. La politique de la ville aux États-Unis et en France

[En ligne]. Paris: Seuil, 2003. (Cité le 18 février 2025). Disponible sur: www.seuil.com/ouvrage/faire-societe-jacques-donzelot/9782020573276

* à lire

** à lire absolument