

Hospices cantonaux
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires
Lausanne

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

EPIDEMIOLOGIE DE LA TOXICOMANIE
DANS LE CANTON DE VAUD ET
EVALUATION DES NOUVEAUX PROJETS
FINANCES PAR LE CANTON DE VAUD

Deuxième phase d'évaluation 1998-2000

*Thérèse Huissoud, Patrick Morency, Sanda Samitca,
Fabienne Benninghoff, Rachel Geense,
Valérie Dupertuis-dit-Neveu, Jean-Pierre Gervasoni,
Françoise Dubois-Arber*

Etude financée par : Le canton de Vaud, Département de l'intérieur et de la santé publique, selon décision du Conseil d'Etat du 11 décembre 1996

Citation suggérée : Huissoud T, Morency P, Samitca S, Benninghoff F, Geense R, Dupertuis-dit-Neveu V, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud : deuxième phase d'évaluation 1998-2000. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2001 (Raisons de Santé, 63).

Groupe de pilotage : Madame N. Christinet,
Madame le Dr I. Gothuey,
Monsieur A. Féret,
Monsieur le Dr J. Martin,
Monsieur F. Perrinjaquet,
Monsieur le Dr E. Rivier,
Monsieur E. Toriel (Président)

Remerciements : A toutes les institutions qui ont participé à l'évaluation et au groupe d'experts qui nous a accompagné et aidé dans notre réflexion sur l'évaluation du travail socio-éducatif

Bulletin de commande en dernière page

TABLE DES MATIERES

Préambule	3
1 Résumé du rapport	5
1.1 Introduction	5
Objectifs retenus et questions d'évaluation de la phase II	5
Méthode et instruments utilisés dans la phase II	6
Structures évaluées et instruments appliqués au cours de la phase II	6
1.2 Conclusions	7
Augmenter la prise en charge et la rétention des consommateurs de drogues	7
Améliorer la diversité et la qualité de la prise en charge	8
Améliorer l'insertion et la santé des consommateurs	9
Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants	9
Renforcer les activités de prévention primaire et secondaire	10
1.3 Recommandations	10
1.4 Bilan épidémiologique	14
2 Introduction	15
2.1 Objectifs retenus et questions d'évaluation de la phase II	15
2.2 Méthode et instruments utilisés dans la phase II	16
2.3 Structures évaluées et instruments appliqués au cours de la phase II	17
Méthodologie d'évaluation pour les centres d'accueil et de traitement	18
Méthodologie d'évaluation pour les projets de travail de proximité	18
Méthodologie d'évaluation pour les autres projets	19
3 Evaluation des centres de traitement ambulatoire	25
3.1 Centre St-Martin (CSM) : Centre d'accueil, d'orientation et de traitement ambulatoire pour toxicomanes à Lausanne	25
Historique et objectifs	25
Méthodes d'évaluation	26
Fréquentation de la structure	26
Profil des usagers lors de leur admission	28
Activités de la structure	30
Types de prise en charge	31
Collaborations et issue de la prise en charge	32
Evolution de l'insertion et de la consommation chez les usagers toujours en traitement au CSM à deux ans	35
Organisation interne et changements	36
Gestion	40
3.2 Conclusions	41
3.3 Enjeux et recommandations	42
3.4 Unité ambulatoire spécialisée pour toxicodépendants (UAS) : (Chablais, Pays-d'Enhaut, Riviera, Lavaux)	43
Historique et objectifs	43
Méthodes d'évaluation	44
Fréquentation de la structure de l'UAS	45
Profil des usagers lors de leur admission	46
Activités de la structure et types de prise en charge	48
Collaborations et issue de la prise en charge	50
Evolution de l'insertion et de la consommation chez les usagers toujours en traitement à l'UAS à un an	52
Organisation interne	52
Gestion	54
3.5 Conclusions	55
3.6 Enjeux et recommandations	55
3.7 Conclusions générales concernant le CSM et l'UAS	56

4	Evaluation des centres d'accueil	57
4.1	Entrée de secours (EdS) : Centre d'accueil pour la région Morges - Aubonne	57
	Historique et objectifs	57
	Méthodes d'évaluation	58
	Fréquentation de la structure EdS	58
	Profil des usagers au début de l'accompagnement	59
	Activités de la structure	62
	Accompagnement dans le cadre du travail socio-éducatif	64
	Collaboration et issue de l'accompagnement	65
	Evolution de l'insertion et de la consommation chez les usagers	66
	Organisation interne et changements	66
	Gestion	67
4.2	Conclusions	68
4.3	Enjeux et recommandations	69
4.4	Zone Bleue (ZB) : Centre d'accueil et de prévention pour toxicomanes à Yverdon	69
	Historique et objectifs	70
	Méthodes d'évaluation	71
	Fréquentation de Zone Bleue	71
	Profil des usagers au début de l'accompagnement	72
	Activités de la structure	75
	Accompagnement dans le cadre du travail socio-éducatif	77
	Collaboration et issue de l'accompagnement	79
	Evolution de l'insertion et de la consommation chez les usagers	79
	Organisation interne	80
	Gestion	80
4.5	Conclusions	81
4.6	Enjeux et recommandations	82
4.7	Conclusion générale concernant les deux structures d'accueil ZB et EdS	84
5	Centre de traitement résidentiel	85
5.1	Unité de sevrage : La Calypso	85
	Historique et objectifs	85
	Méthode d'évaluation	85
	Fréquentation de la structure	86
	Admissions	87
	Profil de la clientèle :	87
	Collaborations et issue du sevrage	90
	Organisation interne	91
5.2	Conclusions	92
5.3	Enjeux et recommandations	92
6	Travail de proximité	95
6.1	Travail de proximité	95
6.2	Travail éducatif de proximité de la Riviera (ACT)	96
	Historique et objectifs	96
	Organisation interne et changements	97
	Méthodes d'évaluation	99
	Activités et nature du travail de proximité	99
	Fréquence des contacts	100
	Profil de la clientèle	101
	Gestion	101
6.3	Conclusions	101
6.4	Enjeux et recommandations	102
6.5	Travail éducatif de proximité Morges-Aubonne (PMA)	103
	Historique et objectifs	103
	Organisation interne et changements	103
	Méthodes d'évaluation	105
	Activités et nature du travail de proximité	105
	Gestion	108
6.6	Conclusions	108
6.7	Enjeux et recommandations	109
6.8	Travail éducatif de proximité Aigle/Pays-d'Enhaut (APE)	110
	Historique et objectifs	110

	Organisation interne et changements	110
	Méthodes d'évaluation	112
	Activités et nature du travail de proximité	112
	Gestion	114
6.9	Conclusions	114
6.10	Enjeux et recommandations	114
6.11	Comparaisons des trois projets de travail éducatif de proximité	116
7	Autres projets	117
7.1	Le Parachute	117
	Objectifs et évolution du projet	117
	Les usagers	117
	Les habitants	118
	L'hébergement	118
	Situation à l'issue du séjour	119
	Activités de la structure	119
	Organisation interne	120
	Ressources	121
7.2	Conclusions	121
7.3	Recommandations	122
7.4	Trampoline	123
	Objectifs et évolution du projet	123
	Activités	123
	Profil et fréquentation des usagers	123
7.5	Conclusions	124
7.6	La Mallette	126
	Objectifs et évolution du projet	126
	Activités	126
	Interventions	126
7.7	Conclusion	127
7.8	JV Vaud	128
	Objectifs et évolution du projet	128
	Activités de la structure	128
7.9	Conclusions	129
7.10	Fleur de Pavé : structure d'accueil pour femmes prostituées	130
	Introduction et objectifs	130
	Méthodes d'évaluation	130
	Résultats	131
	Profil de la clientèle et comportements en rapport avec le VIH	131
	Synthèse des résultats des thèmes abordés	132
	Résultats du monitoring	133
7.11	Conclusions tirées du rapport d'évaluation du bus FdP	134
7.12	Conclusions actuelles	136
8	Les autres recherches	137
8.1	Contribution exploratoire à l'évaluation du travail socio-éducatif	137
	Introduction	137
	Objectifs	138
	Méthode	138
	Déroulement	139
	Documenter les différents aspects d'une prise en charge socio-éducative	139
	Classification des prestations socio-éducatives	139
	Validation par les équipes des structures	141
	Poursuite de la réflexion avec le groupe d'experts	141
	L'évaluation du travail socio-éducatif : possibilités et limites	142
8.2	Conclusions - Recommandations	144
8.3	Exploration de la faisabilité d'une étude "capture-recapture" pour estimer le nombre de consommateurs de drogues dans le canton	145
	Introduction	145
	Ce qui a été fait	145
	Limites et obstacles	146
	Appréciation de la faisabilité d'une telle étude	146
	Utilité éventuelle et solutions alternatives	146

8.4	Conclusions	147
8.5	Recommandations	147
9	Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud	149
9.1	Introduction	149
9.2	Consommation de drogues illégales	150
	Consommation de drogues illégales chez les adolescents de 15 ans	150
	Evolution de la consommation de drogues illégales dans la population âgée de 17 à 45 ans	152
9.3	Indicateurs de décès	153
9.4	Indicateurs de répression	155
9.5	Indicateurs de traitement	159
	Traitements de substitution (fichier Méthadone)	159
	Traitements résidentiels (FOS)	166
	OPALE, la statistique des institutions psychiatriques vaudoises	168
9.6	Indicateurs de réduction des risques	173
	Enquête nationale des centres à bas seuil UEPP 1993, 1996, 2000	173
	Données sur le nombre de seringues mises à disposition dans le canton de Vaud	179
	Monitoring national de la distribution de seringues dans les centres à bas seuil	180
	Données sur le VIH et les hépatites pour la Suisse et le canton de Vaud	185
9.7	Les consommateurs de drogue dans le système carcéral vaudois	189
9.8	Conclusions à partir des indicateurs épidémiologiques	191
	Introduction	191
	Résumé des principaux indicateurs	192
	Estimation du nombre des consommateurs	194
	Gravité des problèmes liés à la toxicomanie	195
10	Conclusions globales et recommandations	199
10.1	Conclusions	199
	Augmenter la prise en charge et la rétention des consommateurs de drogues	199
	Améliorer la diversité et la qualité de la prise en charge	200
	Améliorer l'insertion et la santé des consommateurs	200
	Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants	201
	Renforcer les activités de prévention primaire et secondaire	202
10.2	Recommandations	202
11	Bibliographie générale	205
12	Listes des tableaux et des figures	207
	Liste des tableaux	207
	Liste des figures	207
13	Annexes	209
13.1	Annexe au chapitre 1	211
	Monitoring des centres d'accueil et de traitement et des projets de travail de proximité	211
	Réunion de suivis	212
	Etude de dossiers et suivi des patients des centres d'accueil et de traitement	212
	Etude de clientèle	213
	Travail socio-éducatif	214
	Estimation du nombre de consommateurs de drogues par la méthode "capture-recapture"	214
13.2	Annexe au chapitre 5 : évaluation des centres de traitement résidentiel	217
13.3	Annexe au chapitre 7 : théorie d'action de l'Association Fleur de pavé	219
13.4	Annexe au chapitre 8 : les autres recherches	221
13.5	Annexe au chapitre 9 : données épidémiologiques complémentaires	223

PREAMBULE

Depuis maintenant 4 ans, le Conseil d'Etat a chargé l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) d'un **mandat d'évaluation** qui se décompose en **trois tâches principales** :

- 1 Mettre en place de manière progressive l'évaluation des divers projets soutenus par le Conseil d'Etat en utilisant **diverses approches d'évaluation** en fonction de l'évolution de ceux-ci.
- 2 Répondre aux **questions d'évaluation spécifiques** qui se posent pour chacun des nouveaux projets financés par le Conseil d'Etat de façon à avoir une vue d'ensemble sur leur devenir et à guider les intervenants et la Commission dans leurs réflexions et leurs actions.
- 3 Répondre aux questions qui concernent **l'évolution de l'ensemble de la situation de la toxicomanie dans le canton**. Ceci est réalisé par un suivi épidémiologique des principaux indicateurs de la taille et de la gravité du problème de la toxicomanie dans le canton.

Le suivi de ce travail d'évaluation a été assuré par un groupe de pilotage émanant de la Commission de prévention et de lutte contre la toxicomanie. Différents problèmes rencontrés ont pu ainsi être discutés au sein de ce groupe.

Ce **rapport** présente les travaux réalisés durant la deuxième phase d'évaluation 1998 - 2000 du projet et comprend :

- une description des méthodes utilisées,
- les résultats, conclusions et recommandations émanant de l'évaluation externe de certains projets (les centres d'accueil et de traitement, les projets de travail de proximité),
- les résultats d'évaluation interne des autres projets,
- une analyse secondaire des données existantes concernant l'épidémiologie de la toxicomanie pertinentes pour le canton.

Le **résumé** présente, en plus d'une courte introduction, les éléments actuels de réponses aux questions d'évaluation relatives aux cinq objectifs globaux, ainsi qu'une série de recommandations générales. Il est complété par un tableau récapitulatif qui présente les différentes structures soumises à l'évaluation et les outils méthodologiques utilisés.

1 RESUME DU RAPPORT

1.1 INTRODUCTION

Depuis maintenant 4 ans, le Conseil d'Etat a chargé l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) d'un **mandat d'évaluation** qui se décompose en **trois tâches principales** :

- 1 Mettre en place de manière progressive l'évaluation des divers projets soutenus par le Conseil d'Etat en utilisant **diverses approches d'évaluation**.
- 2 Répondre aux **questions d'évaluation spécifiques** qui se posent pour chacun des nouveaux projets financés par le Conseil d'Etat de façon à avoir une vue d'ensemble sur leur devenir et à guider les intervenants et la Commission dans leurs réflexions et leurs actions.
- 3 Répondre aux questions qui concernent **l'évolution de l'ensemble de la situation de la toxicomanie dans le canton**. Ceci est réalisé par un suivi épidémiologique des principaux indicateurs de la taille et de la gravité du problème de la toxicomanie dans le canton.

Ce mandat d'évaluation comporte différentes phases. La première, qui a fait l'objet d'un rapport produit fin 1998, analysait principalement les étapes de la mise en œuvre des nouvelles structures - partiellement ou totalement financées par le canton depuis 1996 - avec les éléments facilitateurs et les difficultés rencontrés. Une première évaluation de la fréquentation de ces structures et du profil de leur clientèle était également dressée.

Le présent rapport rend compte de la deuxième phase d'évaluation et analyse :

- les évolutions qui sont intervenues dans les structures du point de vue : des objectifs poursuivis, de l'organisation interne, de l'offre de prestations, de la clientèle ;
- l'évolution de la situation épidémiologique.

De plus, un travail exploratoire a été mené sur la définition, le contenu et les possibilités d'évaluation du travail socio-éducatif et une enquête auprès de la clientèle de l'ensemble des structures à bas seuil (SBS) du canton de Vaud a été conduite (en parallèle à une enquête sur l'ensemble de la Suisse).

Une troisième phase d'évaluation, encore à définir, devrait permettre d'englober également des structures bénéficiant depuis plus longtemps de subventions cantonales de manière à pouvoir apprécier l'ensemble du dispositif cantonal de prise en charge de personnes toxicodépendantes dans le canton. L'évaluation de l'aspect socio-éducatif de la prise en charge devrait encore être approfondi.

1.1.1 Objectifs retenus et questions d'évaluation de la phase II

Les questions d'évaluation s'articulent toujours autour de cinq objectifs :

- augmenter la prise en charge et la rétention des consommateurs de drogues,
- améliorer la diversité et la qualité de la prise en charge,
- améliorer la santé et l'insertion socio-professionnelle des consommateurs,
- contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants,
- renforcer les activités de prévention primaire et secondaire.

Pour chacun d'entre eux, des questions d'évaluation ont été formulées, qui prennent en compte les aspects descriptifs et d'évolution de tendances.

1.1.2 Méthode et instruments utilisés dans la phase II

L'évaluation des **structures** s'appuie principalement sur **trois types d'instruments**, combinés différemment selon les structures :

- un relevé des activités, effectué par les équipes (en continu ou sur des périodes définies de l'année), ou une analyse secondaire des statistiques de routine (OPALE ou statistiques internes) quand elles existent ;
- des réunions de suivi avec les équipes. Ces réunions sont l'occasion de recueillir une information de nature qualitative sur l'avancement des projets, les éventuels problèmes rencontrés, les réorientations, les nouveaux développements, etc. Elles permettent aussi un retour d'information aux équipes sur l'avancement de l'évaluation et d'éventuels résultats intermédiaires. Dans certaines structures, ces réunions de groupe sont complétées par des interviews individuels ;
- un suivi de dossiers d'usagers admis consécutivement pendant une période donnée. Un relevé de certaines données contenues dans le dossier (principalement caractéristiques socio-démographiques du patient, type et mode ainsi que la durée de consommation, problèmes associés, type de prise en charge, issue de la prise en charge, événements intercurrents) est fait tous les 6 à 12 mois sur une période de 1 à 2 ans. Les instruments de relevé sont anonymisés et, dans certaines structures, ce sont les intervenants qui effectuent le relevé.

Pour répondre à une demande spécifique d'évaluation du travail socio-éducatif dans les structures à bas seuil d'accès et d'exigence, plus difficile à approcher que le traitement médical pour lequel l'offre de prestations est mieux définie, une étude exploratoire sur la nature et le contenu de ce travail a été menée avec les intervenants des structures concernées et un groupe d'experts. Elle donne des pistes pour une évaluation future.

L'évolution de la situation épidémiologique de la toxicomanie dans le canton a été appréciée par l'analyse secondaire de plusieurs sources de données. Pour cette raison, ce sont surtout des tendances qui sont décrites; parfois une situation non tranchée donne lieu à l'esquisse de plusieurs hypothèses.

Il avait été prévu d'utiliser de plus une méthode de capture-recapture combinant plusieurs statistiques. L'étape exploratoire qui a été menée a conclu à la non pertinence de poursuivre les efforts dans ce sens.

1.1.3 Structures évaluées et instruments appliqués au cours de la phase II

Parmi l'ensemble des structures bénéficiant de subventions du Conseil d'Etat, 13 projets bénéficiant de subventions depuis 1996 ont été évalués par l'IUMSP au cours de la phase II. Il s'agit :

- des quatre centres d'accueil et de traitement : Lausanne (Centre St-Martin), Montreux-Riviera (Unité ambulatoire de soins, UAS), Yverdon (Zone bleue) et Morges (Entrée de Secours),
- de l'Unité de sevrage de la Calypso,
- des trois projets de travail de proximité : Riviera (Action communautaire toxicomanie, ACT), Aigle/Pays-d'Enhaut, Morges-Aubonne,
- quatre autres projets ont fait l'objet d'une évaluation interne : le Parachute, Trampoline, la Mallette et JV, Voilà-Vaud. Pour le bus Fleur de Pavé, le rapport d'évaluation de 1999 a été partiellement mis à jour et résumé.

Le Tableau 2.3-3 récapitule pour chaque projet les outils d'évaluation appliqués.

1.2 CONCLUSIONS

Les conclusions sont regroupées en fonction des objectifs généraux du Conseil d'Etat vaudois.

1.2.1 Augmenter la prise en charge et la rétention des consommateurs de drogues

■ Avec l'ouverture des nouvelles structures, on a obtenu une grande augmentation de la capacité de traitement par les nouvelles institutions publiques (CSM, UAS, Calypso) sans qu'on trouve de signes de diminution de prise en charge de la part des médecins installés. Par exemple, pour les traitements de méthadone on observe :

- ■ Une augmentation du nombre de médecins prenant en charge des patients sous méthadone dans tous les secteurs géographiques.
- ■ Une augmentation de la proportion de patients sous méthadone suivis par des médecins ayant moins de 10 patients.
- ■ Il y a donc une meilleure répartition de la prise en charge. Si "décharge" il y a de la part des médecins installés, elle est plutôt qualitative avec une augmentation des activités de conseil de la part des grands centres, des prises en charge conjointes ou temporaires dans les cas difficiles, ce qui correspond au but recherché.

■ Les capacités d'accueil et l'orientation ont aussi augmenté, ce qui a sans doute contribué à cette meilleure répartition des charges : c'est dans les régions où de nouvelles capacités d'accueil se sont développées que le phénomène est le plus visible. La couverture cantonale en possibilités de prise en charge s'est donc améliorée : même les zones plus excentrées (région de Nyon, Chablais, Broye) font appel aux structures existantes avoisinantes.

■ Actuellement, on ne peut parler de lacune criante dans l'offre en traitement du point de vue quantitatif, mais la vigilance reste de mise : il est possible que dans des situations de surcharge, des restrictions d'accès conduisent à des demandes de traitement non satisfaites. Dans certaines régions éloignées du canton il n'est pas sûr que la demande d'une prise en charge "locale" (sans déplacement dans les grands centres) puisse être satisfaite. Certains domaines de l'offre semblent moins bien fournis : lieux pour de courts séjours en cas de "crise", par exemple.

■ En ce qui concerne la capacité de rétention en traitement : il faut la considérer en rapport avec le réseau de prise en charge. En effet, dans les premiers mois d'existence du CSM comme de l'UAS, la capacité de rétention dans la structure était bonne mais ce n'était pas forcément le but ultime recherché. Actuellement on constate que c'est moins la rétention dans une structure voire dans un type de traitement qui a augmenté que la rétention dans le réseau (être en contact avec une structure de traitement ou d'accueil). De plus, les contacts, la coopération et la coordination entre intervenants ont augmenté (par exemple, la coordination entre la prison et les services extérieurs, ou celle entre le sevrage et les institutions ambulatoires ou résidentielles).

■ Il semble (mais ce doit encore être vérifié) que les interruptions de traitements deviennent plus courtes (augmentation de l'intensité du traitement) et que ceci devrait aboutir à sortir plus rapidement les toxicomanes du cycle de la dépendance (raccourcissement de la longueur totale du parcours de dépendance avec ses cycles traitements-échecs-reprise).

■ La plupart des (nouvelles) structures fonctionnent aux limites de leur capacité : il y a une tension entre volonté d'offrir une prise en charge globale dans une même structure, nécessité de déléguer tout ou partie de la prise en charge à l'extérieur et difficulté réelle et persistante d'orienter rapidement les usagers. A cela s'ajoute la nécessité de ménager des ressources pour continuer à accueillir de nouveaux usagers.

■ Les processus d'orientation sont souvent mal documentés. On ne peut se prononcer sur la qualité de l'orientation des différentes structures, en particulier s'il s'agit d'une orientation "passive" (on indique à l'utilisateur d'autres ressources à disposition) ou "active" (on s'assure que l'utilisateur est effectivement pris en charge ailleurs et que la mise en route du suivi fonctionne). Cette question est particulièrement importante dans les situations (par exemple CSM) où une structure définit des règles d'accès préférentiel pour les usagers ou procède à une orientation précoce, avant qu'un lien durable ait été établi avec l'utilisateur.

1.2.2 Améliorer la diversité et la qualité de la prise en charge

- La diversité des prises en charge, dans l'accueil comme dans le traitement, a augmenté. Par ailleurs, l'Unité de sevrage (La Calypso) remplit sa vocation cantonale.
- Dans la plupart des nouvelles structures il y a eu une réflexion sur la répartition des tâches entre les diverses professions et expertises représentées pour améliorer l'adéquation de l'offre aux besoins des usagers. Il s'est notamment développé une dynamique de réflexion sur le travail socio-éducatif, sur les limites entre accueil et prise en charge, sur les limites entre ce qui est entrepris par une structure et ce qui peut être délégué aux partenaires extérieurs, qui doit être poursuivie.
- La multiplication des contacts (colloques, conférences), des offres d'information et de formation (PPMT, contacts avec l'AVMCT, etc.) au sein du réseau des intervenants contribue aussi certainement à l'augmentation de la qualité de la prise en charge et du suivi ainsi qu'à une certaine standardisation des traitements (méthadone, notamment).
- Les activités de réduction des risques par la distribution de seringues ont connu un bon essor ces dernières années.
- L'accès au traitement et à la réduction des risques en prison est assuré. Une augmentation des prestations dans ce domaine est encore nécessaire.
- L'évaluation des structures de réhabilitation résidentielles ne faisait pas partie de cette évaluation. En revanche, les données de la statistique des traitements résidentiels (FOS) ont été exploitées pour le bilan épidémiologique. Cependant, une institution privée, non subventionnée par le canton, hébergeant principalement des consommateurs de drogue, soit Narconon, ne participe pas à la statistique FOS.

1.2.3 Améliorer l'insertion et la santé des consommateurs

- Les consommateurs qui sont pris en charge dans les structures diminuent leur consommation de produits (nombre de produits consommés, fréquence de consommation) et consomment moins par injection. Leur insertion sociale s'améliore, surtout en termes de logement, de contacts sociaux. L'emploi reste un problème majeur pour tous et en particulier pour des toxicomanes ayant connu une longue période de désinsertion sociale.
- Dans les structures à bas seuil, une grande partie des consommateurs de drogues sont en traitement de méthadone ; ces consommateurs ne représentent cependant qu'une partie des patients sous méthadone, ceux qui sont le moins bien stabilisés.
- Le "paysage" de la consommation de drogues est en train de changer. On a observé ces dernières années :
 - une diminution de la consommation de drogues par injection,
 - une augmentation de la consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne; on trouve par ailleurs une consommation de cocaïne chez une part non négligeable de personnes en traitement de méthadone,
 - l'apparition d'autres produits (et d'autres types de consommateurs),
 - une fréquente multiconsommation de drogues (consommation de plusieurs produits : stupéfiants, somnifères, analgésiques, alcool, etc.).
- Même si on a noté une diminution de l'exposition aux risques infectieux chez les consommateurs de drogues (diminution du partage de seringues, utilisation de préservatifs), le niveau atteint est encore insuffisant, en particulier si l'on considère que les virus des hépatites B et C se transmettent plus facilement que le VIH. Ainsi, il faut encore davantage sensibiliser les personnes qui s'injectent aux risques qu'ils encourent en partageant d'autres éléments que la seringue et l'aiguille dans la préparation de l'injection (eau, cuillère, filtres, etc.).

Il s'avère que le problème des hépatites est très important, qu'il reste sous-estimé et qu'il va poser des problèmes de santé considérables chez les toxicomanes dans les années à venir.

1.2.4 Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants

■ L'examen des profils de clientèle des différentes structures montre que celles-ci ont été capables d'attirer en traitement des toxicomanes au long cours, dans des situations précaires quel que soit leur âge.

■ Cependant, les nouveaux consommateurs d'héroïne et les moins de 20 ans apparaissent peu dans les structures.

Plusieurs éléments peuvent être avancés pour l'expliquer :

- une réelle diminution de l'entrée dans la consommation d'héroïne,
- une diminution des pratiques d'injection avec une dégradation moins rapide de l'état de santé et de l'insertion sociale qui amènerait un délai dans la demande de traitement,
- une augmentation de la consommation d'autres produits, cocaïne, nouvelles drogues avec un style de vie, un parcours de dépendance complètement différents qui font que les structures ne représentent pas une offre adéquate,
- les consommateurs sont encore en pleine lune de miel avec les substances et la consommation n'est pas vécue comme problématique.

1.2.5 Renforcer les activités de prévention primaire et secondaire

■ Les projets de prévention primaire financés par le Conseil d'Etat dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie ne représentent qu'une partie des activités qui vont dans ce sens. Ils ont par ailleurs maintenu ou augmenté leurs activités ces dernières années. Il faut rappeler que la prévention primaire de la dépendance est souvent non spécifique en ce sens qu'elle recouvre des activités qui n'ont pas de lien direct avec la consommation, les produits, etc.

■ En ce qui concerne les trois projets de travail de rue : on observe peu de convergence et de collaboration entre eux. En effet, ils poursuivent des objectifs différents et touchent des populations distinctes (jeunes et population générale dans le cadre de la prévention primaire principalement pour Aigle/Pays-d'Enhaut, jeunes à risques de décrochage ou en difficulté pour PMA, jeunes engagés dans un processus de consommation et de dépendance pour ACT). Les collaborations instituées avec la "chaîne thérapeutique" ne sont une réalité - et une véritable nécessité - que pour ACT.

■ On manque d'informations sur les jeunes engagés dans un processus de consommation ou de dépendance, particulièrement ceux qui consomment de "nouvelles drogues". Ils apparaissent très peu dans les centres d'accueil évalués. On connaît mal leurs points de contacts avec le système socio-sanitaire (il faudrait savoir où et comment s'exprime la demande) ou le système de répression.

■ Les activités de prévention secondaire précoce (auprès de jeunes en difficultés ou en situation d'expérimentation de produits) sont encore peu coordonnées là où elles existent (principalement dans les villes), et insuffisamment développées ailleurs.

■ Après une phase d'expansion du dispositif cantonal de prise en charge dans le domaine de la toxicomanie, la période qui s'ouvre semble devoir être une période de consolidation des structures.

■ Dans la mesure où on peut estimer qu'il n'y a pas une augmentation du nombre de consommateurs de drogues dures "classiques" (héroïne), il semble que les problèmes actuels de capacité de l'offre en traitement / prise en charge peuvent se résoudre :

- ■ par une augmentation du nombre de patients suivis par des médecins installés en pratique privée : le réservoir de médecins ayant des patients en traitement de méthadone est grand et une augmentation, même minime, du nombre de patients suivis par médecin peut avoir un impact important sur le nombre total de personnes traitées ;
- ■ par une organisation du partenariat entre centres de traitement et d'accueil et médecins installés qui fasse encore plus appel au soutien des praticiens par les institutions (prises en charge conjointes, possibilités de décharge temporaire pour les patients en crise ou qui posent des problèmes complexes, soutien psychosocial accru, etc.). Ce partenariat entre institutions spécialisées et médecins installés est particulièrement important lorsqu'il existe une co-morbidité psychiatrique ou une désinsertion sociale graves ;
- ■ dans le cas de l'accueil / orientation / suivi social, par un ajustement des rôles entre les centres et le dispositif régional existant.

■ Il s'agit de maintenir le concept de prise en charge globale en intégrant le fait qu'elle peut être le résultat de l'activité de plusieurs intervenants qui travailleraient en collaboration à l'intérieur des centres et dans le réseau extérieur.

■ Les autorités cantonales devraient soutenir certaines nouvelles structures dans leurs démarches auprès des communes pour l'obtention d'un soutien financier régulier, voire accru. En effet, la recherche de fonds et de subventionnements demande du temps et de l'énergie aux directions des structures, ce qui pourrait empiéter sur leurs tâches de soutien et d'aide aux toxicomanes.

■ Certaines lacunes dans le dispositif existant ont été relevées :

- ■ offre de possibilités de sevrage partiel,
- ■ courts séjours en cas de crise,
- ■ lieux de transition entre sevrage et système résidentiel,
- ■ traitements de substitution en milieu résidentiel.

Il convient de réfléchir à l'opportunité d'amener des éléments de solutions à ces différents manques.

■ Il serait souhaitable, afin d'alimenter la réflexion sur les modalités de collaboration, de documenter les expériences de collaborations et les soutiens offerts par les structures aux autres intervenants (médecins, services généralistes par exemple).

■ Il faut investiguer le phénomène des nouvelles consommations sous plusieurs angles :

- ■ nature des substances,
- ■ profil des nouveaux consommateurs (où ils se trouvent, où l'on peut entrer en contact avec eux, auprès de qui ils expriment une demande d'aide),
- ■ structures les mieux à même de prendre en charge cette clientèle,
- ■ traitements qui peuvent être proposés.

Il est possible que les nouvelles structures créées ne soient pas adéquates pour la prise en charge de ces nouveaux consommateurs, en particulier il est possible qu'il ne soit pas sou-

haitable de mêler des populations très différentes par leur âge, le type et la durée de leur dépendance et de leur insertion sociale. Une large concertation entre les différents intervenants, associant les chercheurs¹, pourrait donner des premières pistes, tant de recherche que de coordination ou d'intervention.

■ En ce qui concerne les formes de consommation plus classiques, il faut réfléchir à des stratégies qui permettraient de capter plus rapidement les consommateurs pour les faire entrer dans la chaîne thérapeutique. Dans ce sens, si des institutions définissent des critères de priorité pour la prise en charge urgente, le fait d'avoir une durée de consommation courte et de n'avoir jamais été en traitement devrait figurer parmi ceux-ci.

■ Il faut renforcer la prévention secondaire précoce, qui s'adresse aux "personnes à risques"² et qui, souvent, sont déjà des consommateurs occasionnels de drogues ou qui fréquentent ce milieu, et augmenter les contacts entre les différents intervenants dans ce domaine.

■ Il faut renforcer encore les activités de réduction des risques infectieux VIH et hépatites, en particulier en attirant l'attention des consommateurs sur les risques liés au partage du matériel lors de la préparation de l'injection, mais aussi à l'activité sexuelle. Les professionnels moins concernés par la toxicomanie doivent également être sensibilisés à ces risques.

■ Il faut renforcer la prise en charge du problème des hépatites : augmentation de la couverture de vaccination contre l'hépatite B, détection et suivi/traitement des patients avec hépatite C chronique.

■ Les systèmes d'information sur la toxicomanie sont très précieux car ils peuvent être utilisés : pour aider à apprécier l'évolution de l'épidémiologie de la toxicomanie, pour contribuer à l'évaluation des structures ou à des fins de recherche et d'évaluation cliniques. Ils peuvent encore être améliorés :

■ ■ FOS : compléter la couverture du canton en obtenant une participation à la statistique de tous les centres de traitement résidentiels accueillant des toxicomanes (essentiellement Narconon); par ailleurs FOS doit être utilisé dans la mise au point d'un système d'évaluation de chacun de ces centres ;

■ ■ statistique méthadone : assurer des ressources suffisantes pour l'implantation et la maintenance de la nouvelle statistique (y compris le transfert des informations recueillies dans l'ancien système).

■ Il serait souhaitable d'analyser plus systématiquement les données récoltées de routine (y compris les données du système de répression) et de fournir un retour d'information à ceux qui les récoltent.

¹ Incluant les centres de traitement et d'accueil, les foyers, maisons de jeunes et d'autres structures pour les jeunes en difficulté, le SUPEA, l'UMSA, les travailleurs de proximité, etc. et les institutions de recherche (ISPA, IUMSP, etc.).

² Les personnes "à risques" peuvent être définies comme les personnes cumulant un certain nombre de difficultés regroupant des facteurs individuels, familiaux ou sociaux (problèmes scolaires, affiliation à des pairs déviants, absence de supervision parentale par exemple).

Tableau 1.3-1 Projets soumis à l'évaluation externe et outils appliqués

Nom du projet	Suivi de dossiers	Monitoring	Réunion de suivi	Travail socio-éducatif	Statistiques	Etude Clientèle
Centre St-Martin	• 2 cohortes de 100 patients débuté oct 96 débuté oct 97	non	2 à 3 par an	Oui, thème exploré : suivi et soutien	OPALE	Oui
Unité ambulatoire spécialisée de la Riviera (Fondation de Nant)	• 2 cohortes de 50 patients débuté mars 98 débuté mars 99	Non	2 à 3 par an	Non	Statistiques internes	Oui
Centre d'accueil et de prévention (Yverdon)	• 2 cohortes de 20 patients débuté oct 98 débuté oct 99	Oui au min. Chaque année au dernier trimestre	2 à 3 par an	Oui, thèmes explorés : accueil suivi et soutien orientation		Oui
Centre d'accueil de Morges-Aubonne	• 2 cohortes de 20 patients débuté oct 98 débuté oct 99	Oui au min. Chaque année au dernier trimestre	2 à 3 par an	Oui, thèmes explorés : accueil suivi et soutien orientation		Oui
Unité de sevrage	• Non	Non	2 à 3 par an	Non	OPALE Statistiques internes	Non
Travail de proximité (Aigle/Pays-d'Enhaut)		Oui au min. chaque année au dernier trimestre	2 à 3 par an	Non		Non
Travail éducatif de proximité (Morges-Aubonne)		Oui au min. chaque année au dernier trimestre	2 à 3 par an	Non		Non
Travail éducatif de proximité (ACT, Riviera)		Oui au min. chaque année au dernier trimestre	2 à 3 par an	Oui, thèmes explorés : travail de proximité		Oui

1.4 BILAN EPIDEMIOLOGIQUE

■ On ne connaît pas le nombre précis de personnes toxicomanes dans le canton mais il n'y a pas d'évidence que le nombre de consommateurs d'héroïne ait augmenté au cours des

trois ou quatre dernières années. Au contraire, il semble que la majorité des personnes dépendantes aux opiacés dans le canton ont débuté leur toxicomanie entre 1989 et 1993. Par contre, ce nombre est sans doute un peu plus élevé que l'estimation des 2 500 consommateurs de drogues gravements dépendants faite en 1993.

■ Les profils de consommation changent. Il est difficile d'en estimer l'importance dans la population générale mais la consommation de cocaïne et la polytoxicomanie ont sûrement augmenté au cours des dernières années. L'apparition de nouvelles substances ou de nouveaux modes de consommation rend encore plus difficile l'estimation du nombre total de personnes dépendantes.

■ Pour l'information sur la gravité des problèmes liés à la toxicomanie, l'image est beaucoup plus contrastée et doit être considérée par domaine.

■ En ce qui concerne la gravité de la consommation, on note l'évolution suivante :

■ ■ de manière générale, diminution de la consommation par injection,

■ ■ mais augmentation de la polytoxicomanie avec la montée en importance de la consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne,

■ ■ apparition de nouveaux produits et profils de consommation, pour lesquels peu d'informations sont disponibles.

■ En ce qui concerne la santé, plusieurs indicateurs montrent une amélioration et permettent d'envisager une diminution de la gravité, exception faite des hépatites :

■ ■ stabilisation des décès par overdose,

■ ■ stabilisation des nouveaux cas de VIH associés à l'injection de drogues,

■ ■ augmentation du nombre de personnes en traitement ou en contact avec un centre d'accueil susceptible de prodiguer des soins,

■ ■ stabilisation des prises de risque liées à l'injection ; cependant, les taux de partage de seringues et du matériel servant à l'injection restent élevés,

■ ■ nombre important de consommateurs infectés par l'hépatite C.

■ Les indicateurs d'intégration sociale dans le domaine du logement et du travail sont plus stables malgré une augmentation de l'intervention des institutions spécialisées dans l'aide aux toxicomanes. Toutefois, les conditions d'hébergement sont meilleures. Reste la problématique du travail ; ceci est certainement attribuable aux difficultés d'intégration accrues que rencontrent les consommateurs dépendants dans le cadre professionnel.

2 INTRODUCTION

Le Conseil d'Etat a décidé en 1996 de soutenir un ensemble de projets venant renforcer le dispositif de prévention et de prise en charge de la toxicomanie dans le canton de Vaud ; parallèlement l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) a été mandatée pour évaluer ces nouveaux projets.

Ce mandat d'évaluation comporte différentes phases. La première, qui a fait l'objet du rapport produit fin 1998, analysait principalement les étapes de la mise en œuvre des nouvelles structures, les éléments facilitateurs ainsi que les obstacles et difficultés rencontrées. Une première évaluation de la fréquentation et du profil de la clientèle de ces structures était également dressé. Le présent rapport rend compte de la deuxième phase d'évaluation et retrace les évolutions et changements qui sont intervenus dans les structures tant du point de vue de l'offre de prestations, que de la clientèle ou encore de l'organisation interne et des objectifs poursuivis. Pour combler en partie des lacunes du rapport précédent, le chapitre concernant l'épidémiologie de la toxicomanie comprend des données sur la clientèle des centres de traitement résidentiel de la toxicomanie dans le canton de Vaud (FOS³). De plus, un travail exploratoire a été mené sur la définition et le contenu du travail socio-éducatif et son évaluation potentielle et une enquête auprès de la clientèle de l'ensemble des structures à bas seuil du canton de Vaud a été mise sur pied. Une troisième étape, encore à définir, devrait permettre d'englober également des structures bénéficiant depuis plus longtemps de subventions du Conseil d'Etat de manière à pouvoir mieux apprécier l'ensemble du dispositif de prise en charge de personnes toxicodépendantes dans le canton de Vaud. L'aspect socio-éducatif de la prise en charge devrait également continuer à être investigué.

Le présent rapport contient dans sa première partie une redéfinition de certaines questions d'évaluation, ainsi que la méthodologie et les outils développés pour y répondre. Par rapport à la table des matières du rapport précédent, nous avons choisi dans cette version de distinguer les quatre centres d'accueil et de traitement selon leur mission principale. Ainsi, le chapitre 3 présente les évaluations des centres de traitement ambulatoire et le chapitre 4 celles des centres d'accueil à bas seuil. Le chapitre 5 est consacré à l'unité de sevrage. Le chapitre 6 porte sur l'évaluation des projets de travail de proximité et le chapitre 7 sur les autres projets pour lesquels seule une évaluation interne a eu lieu ; y figure également une synthèse du rapport d'évaluation du Bus Fleur de Pavé. Le chapitre 8 fait le point sur l'état d'avancement des projets d'évaluation du travail socio-éducatif d'une part et, d'autre part, sur le projet de décompte des personnes toxicomanes du canton. Le chapitre 9 reprend les principaux indicateurs du suivi épidémiologique et présente les résultats de l'enquête menée auprès des personnes toxicomanes du canton. Enfin, le chapitre 10 contient des conclusions et recommandations tirées du bilan de l'évaluation de l'ensemble de ces projets sur 4 ans.

2.1 OBJECTIFS RETENUS ET QUESTIONS D'ÉVALUATION DE LA PHASE II

Pour la phase II de l'évaluation 1998-2000, la Commission cantonale de prévention et de lutte contre la toxicomanie a légèrement revu le jeu de questions d'évaluation qui s'articulent toujours autour des cinq objectifs :

- augmenter la prise en charge et la rétention des consommateurs de drogues,
- améliorer la diversité et la qualité de la prise en charge,
- améliorer la santé et l'insertion socio-professionnelle des consommateurs,
- contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants,
- renforcer les activités de prévention primaire et secondaire.

Pour chacun de ces objectifs, des questions d'évaluation ont été formulées (cf. Tableau 2.3-1, résumant les objectifs, questions d'évaluation et méthodes proposées pour y répondre). Les principales modifications apportées à ces questions par rapport à la première phase sont présentées ici.

³ FOS : Forschungsverbund stationäre Suchttherapie.

En premier lieu, afin de clarifier l'ensemble du processus d'évaluation, il a été retenu pour chaque objectif un jeu de questions d'évaluation de type descriptif et un jeu de questions d'évaluation de type mesures de tendances. L'évaluation porte ainsi par exemple à la fois sur le profil de la clientèle d'une structure et sur son évolution (changements dans le profil de la nouvelle clientèle, année après année, mais aussi évolution du profil des usagers au cours de leur suivi).

La deuxième modification, amenée par l'introduction d'une distinction entre l'accompagnement socio-éducatif et les traitements, vise à préciser la nature de la prise en charge ainsi que les modalités de son évaluation. Par ailleurs, les données disponibles actuellement ainsi que les outils d'évaluation ne sont pas de même nature pour ces deux domaines d'intervention.

Enfin, la notion de chaîne thérapeutique a également été discutée et la préférence donnée à la notion de réseau au sens large, plus adaptée à la réalité du monde de la toxicomanie. Pour cette raison, la notion de chaîne thérapeutique a été remplacée par celle de dispositif régional de prise en charge (équivalent à la notion de réseau) et celle de processus thérapeutiques et socio-éducatifs qui permet de souligner la dimension non linéaire de la prise en charge.

2.2 METHODE ET INSTRUMENTS UTILISES DANS LA PHASE II

Comme dans la phase I de l'évaluation, l'évaluation des **structures** s'appuie principalement sur **trois types d'instruments**, combinés différemment selon les structures :

- un relevé des activités effectué par les équipes (en continu ou sur des périodes définies de l'année), ou une analyse secondaire des statistiques de routine (OPALE ou statistiques internes) quand elles existent ;
- des réunions de suivi avec les équipes. Ces réunions sont l'occasion de recueillir une information de nature qualitative sur l'avancement des projets, les éventuels problèmes rencontrés, les réorientations, les nouveaux développements, etc. Elles permettent aussi un retour d'information aux équipes sur l'avancement de l'évaluation et d'éventuels résultats intermédiaires. Dans certaines structures, ces réunions de groupe sont complétées par des interviews individuels ;
- un suivi de dossiers d'usagers admis consécutivement pendant une période donnée. Un relevé de certaines données contenues dans le dossier (principalement caractéristiques socio-démographiques du patient, type et mode ainsi que la durée de consommation, problèmes associés, type de prise en charge, issue de la prise en charge, événements intercurrents) est fait tous les 6 à 12 mois sur une période de 1 à 2 ans. Les instruments de relevé sont anonymisés et, dans certaines structures, ce sont les intervenants qui effectuent le relevé.

Pour répondre à une demande spécifique d'évaluation du travail socio-éducatif dans les structures à bas seuil d'accès et d'exigence, plus difficile à approcher que le traitement médical pour lequel l'offre de prestations est mieux définie, une étude exploratoire sur la nature et le contenu de ce travail a été menée avec les intervenants des structures concernées et un groupe d'experts. Elle donne des pistes pour une évaluation future.

L'évolution de la situation épidémiologique de la toxicomanie dans le canton a été appréciée par l'analyse secondaire de plusieurs sources de données qui sont présentées au chapitre 8.4 :

Nom de la statistique ou de l'enquête	Années utilisées ou disponibles	Couverture	Détenteur des données
Enquête OMS : écoliers de 15 ans en 9 ^e année scolaire	1998	Suisse	ISPA
Enquête pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse : 17-45 ans	1987-1997	Suisse	IUMSP
Statistique des décès liés à la drogue	1987-1999	Suisse / Vaud	OFSP

Nom de la statistique ou de l'enquête	Années utilisées ou disponibles	Couverture	Détenteur des données
Statistiques de la répression : dénonciations pour infraction à la Lstup	1995-1999 (CH=1987)	Suisse / Vaud	OFFP
Statistique des traitements de méthadone	1985-1999	Vaud	Santé publique
Statistique nationale des traitements résidentiels	1998-1999	Vaud	FOS
Statistique des institutions psychiatriques OPALE	1996-1999	Vaud	DUPA
Enquête nationale des centres à bas seuil	1993, 1996, 2000	Suisse / Vaud	IUMSP
Statistique de remise de matériel d'injection	1996-1999	Suisse / Vaud	IUMSP
Système de surveillance maladies transmissibles : VIH et hépatites	1985-1999 VIH (CH 1986) 1996-1999 hépatite	Suisse / Vaud	OFSP

Pour chaque indicateur, un résumé des données principales figure en début de sous-chapitre.

Il avait été prévu d'utiliser de plus une méthode de capture-recapture combinant plusieurs statistiques. L'étape exploratoire qui a été menée a conclu à la non pertinence de poursuivre les efforts dans ce sens.

2.3 STRUCTURES EVALUEES ET INSTRUMENTS APPLIQUES AU COURS DE LA PHASE II

Parmi l'ensemble des structures bénéficiant de subventions du Conseil d'Etat, 13 projets bénéficiant de subventions depuis 1996 ont été évalués par l'IUMSP au cours de la phase II. Par rapport à la première phase d'évaluation, deux structures ont été intégrées dans l'évaluation. Il s'agit de l'Unité ambulatoire spécialisée (UAS), ouverte en mars 1998 et de l'Unité cantonale de sevrage (La Calypso), ouverte en février 1998. Par ailleurs, un de ces projets, le Programme résidentiel pour adolescents non volontaires, a fermé ses portes en 1998 faute de demandes et n'apparaît donc plus dans ce rapport.

Pour la majorité des structures, une évaluation externe a été mise sur pied ; pour 4 projets toutefois, le rapport se base sur une évaluation interne fournie par les équipes.

Le Tableau 2.3-2 présente les différents projets soumis à l'évaluation et le Tableau 2.3-3 récapitule pour chaque projet les outils d'évaluation appliqués.

Une présentation plus détaillée des instruments, de leurs avantages et inconvénients figure en annexe 13.1, page 211.

2.3.1 Méthodologie d'évaluation pour les centres d'accueil et de traitement⁴

Les quatre centres d'accueil et de traitement de Lausanne (Centre St-Martin), Montreux-Riviera (UAS), Yverdon (Zone bleue) et Morges (Entrée de Secours) ainsi que l'Unité de sevrage de la Calypso font partie des projets pour lesquels une évaluation externe a été développée. Pour l'ensemble de ces projets, l'évaluation porte sur les questions qui découlent des objectifs généraux :

- Augmenter la capacité de prise en charge.

Il s'agit, pour chacune des structures, de comptabiliser le nombre et la nature des contacts, de mesurer la prise en charge et de tenir ainsi une statistique de l'évolution de la clientèle, de ses demandes et des réponses que peuvent apporter les différents projets.

- Améliorer la santé des toxicomanes (réduction des risques) et leur insertion sociale (logement, travail, diminution de la délinquance, meilleure utilisation du réseau d'aide existant).

L'utilisation d'indicateurs socio-démographiques et de la consommation de drogues recueillis de routine dans les statistiques de traitement ou à travers le suivi de dossiers permet de mesurer l'évolution de certaines caractéristiques des usagers des centres.

- Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants (cet objectif reste sous-jacent sans être formulé directement).

Cet objectif ne peut être traité que globalement par l'analyse de la situation épidémiologique et dépasse le cadre de l'évaluation des nouvelles structures.

En plus de ces données quantitatives, des réunions de suivi ont permis de récolter des éléments quant à la mise en œuvre du projet. Par ailleurs, les centres ayant développé une prise en charge socio-éducative, ont participé activement à la réflexion sur la nature du travail socio-éducatif.

2.3.2 Méthodologie d'évaluation pour les projets de travail de proximité

Les trois projets de travail de proximité s'inscrivent dans l'objectif global du renforcement des actions de prévention primaire et secondaire. Ils ont également fait l'objet d'une évaluation par l'UEPP qui repose sur un monitoring minimum des activités des équipes (nombre de contact, nature et lieu du contact, type de personnes rencontrées) de manière à mesurer l'apport de ces structures dans le réseau de prise en charge.

Pour essayer de mieux définir le contenu du travail de proximité, les trois projets ont participé à la réflexion sur la nature du travail de proximité.

En plus de ces données, des réunions de suivi ont permis de relever les problèmes rencontrés par chacun des projets, les événements marquants qui ont pu faciliter le développement de leurs activités ainsi que les actions entamées dans le but de sensibiliser la population de leur région aux problèmes liés à la toxicomanie. Enfin, l'évaluation se base sur les rapports d'activité annuels rédigés par chaque projet.

Le projet de travail de proximité de ACT, Riviera a d'autre part participé à la recherche Clientèle en raison de son caractère spécifique.

2.3.3 Méthodologie d'évaluation pour les autres projets

Pour les quatre autres projets (le Parachute, Trampoline, la Mallette et JV, Voilà-Vaud), nous avons principalement utilisé les rapports d'activités annuels, ainsi que divers documents mis à disposition par les responsables des projets. De plus, des échanges d'information ont eu lieu quand cela était nécessaire pour compléter l'information requise pour l'évaluation.

⁴ Les centres de traitement, l'Unité de sevrage ainsi que pour les centres d'accueil à bas seuil.

Tableau 2.3-1 Objectifs, questions d'évaluation et outils développés

Objectifs	Questions d'évaluation	Suivi de dossiers	Monitoring	Réunion de suivi	Travail socio-éducatif	Statistiques	Etude Clientèle
I Augmenter la prise en charge et la rétention des consommateurs de drogues	• Quelle est l'offre en aide socio-éducative et en traitement des nouvelles structures ?	■	■		■	■	
	• Quel est le profil de la clientèle des nouvelles structures ?	■				■	■
	• Quelle est la capacité de rétention en traitement ou dans une prise en charge socio-éducative, dans les nouvelles structures ?	■				■	
	• Quelle est la demande en aide socio-éducative et en traitement ?	■	■		■		
	• Comment évolue l'offre en aide socio-éducative et en traitement des nouvelles structures ?	■	■		■	■	
	• Comment évolue le profil de la clientèle des nouvelles structures ?	■				■	
	• Comment évolue la capacité de rétention des traitements à la méthadone dans les nouvelles structures ?	■				■	
	• Comment évolue la demande d'aide socio-éducative et de traitement dans les nouvelles structures ?	■	■				
II Améliorer la diversité et la qualité de la prise en charge	• Est-ce que les processus thérapeutiques et socio-éducatifs fonctionnent ?	■		■		■	
	• Comment le dispositif régional de prise en charge est-il constitué ?			■			
	• Existe-t-il des lacunes dans l'offre ?	■		■			
	• Est-ce que la qualité de l'aide socio-éducative et des traitements s'améliore?						
III Améliorer la santé et l'insertion socioprof. des consommateurs	• Quelle est la situation socioprofessionnelle des consommateurs de drogues ?	■				■	■
	• Quelle est l'état de santé des consommateurs de drogues ?	■					■
	• Que consomment-ils, comment et à quelle fréquence ? Est-ce que l'état de santé des consommateurs s'améliore ?	■				■	■
	• Est-ce que l'insertion socioprofessionnelle des consommateurs de drogues s'améliore ?	■					
	• Comment évolue la consommation des usagers des nouvelles structures	■					
	• Est-ce que la délinquance et les problèmes qui lui sont associés diminuent?					■	■
IV Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants	• Quel est l'estimation précise du nombre de consommateurs de drogues dépendants ?					■	
	• Quelle est l'évolution des indicateurs indirects du nombre de consommateurs ?					■	
V Renforcer les activités de prévention primaire et secondaire	• Quelle est l'évolution de la pertinence des nouveaux projets de travail de proximité par rapport à la prévention secondaire ?		■	■			
	• Quelle est la couverture en prévention en milieu scolaire ?			■			

Tableau 2.3-2 Présentation des projets soumis à l'évaluation

Nom du projet	Contenu résumé	Date début	Durée probable	Coût d'exploitation / participation du canton*	Statistiques	Evaluation
Centre St-Martin	• Centre d'accueil et de traitement ambulatoire	ouvert fin sept 96	long terme	1'450'000 / 1'450'000	Méthadone / Opale statistiques produites par le centre	Evaluation externe par UEPP
Unité ambulatoire spécialisée de la Riviera (Fondation de Nant)	• Centre d'accueil, orientation et traitement	mars 1998	long terme	803'000 / 455'000	Méthadone / Opale programme informatique spécifique	Evaluation externe par UEPP
Centre d'accueil et de prévention (Yverdon)	• Lieu d'information, de conseil et d'orientation thérapeutique ouvert 5 jours sur 7	avril 1997	long terme	636'000 / 400'000		Evaluation externe par UEPP
Centre d'accueil de Morges-Aubonne	• Centre d'accueil, orientation et soutien	mai 1997	long terme	528'000 / 400'000		Evaluation externe par UEPP
Unité de sevrage	• Unité de sevrage (10 lits) pour sevrages classiques et ultra-courts	février 1998	long terme	1'450'000 / 1'450'000	OPALE	Evaluation externe par UEPP
Travail de proximité (Aigle/Pays-d'Enhaut)	• Travail de rue par 2 travailleurs sociaux de proximité, centré sur les jeunes	avril 1997	long terme	296'000 / 157'000		Evaluation externe par UEPP
Travail éducatif de proximité (Morges-Aubonne)	• Travail social de proximité, centré sur les jeunes à risques	novembre 1996	long terme	100'000 / 100'000		Evaluation externe par UEPP
Travail éducatif de proximité (Riviera)	• Action communautaire et socio-éducative (toxicomanes et jeunes à risque)	début 1997	long terme	500'000 / 146'000		Evaluation externe par UEPP
Parachute	• Lieu d'accueil et de conseil aux jeunes marginalisés	1997	long terme	540'000 / 360'000		Evaluation interne
Trampoline	• Acitivité de l'AVPCD en créant des relations durables entre entreprises publics et privées pour faciliter le placement de personnes en fin de TTT à la méthadone	continue en 97	long terme	75'000 / 20'000		Evaluation interne
Projet Voilà-Vaud	• Reprise du projet "Voilà" dans le canton de Vaud	début 1997	long terme	58'000 / 14'000		Evaluation interne
La Mallette	• Projet de prévention primaire de type éducatif pour adolescents de 12 à 18 ans	suivi en 1997	long terme	80'000 / 80'000		Evaluation interne

* en 1999

Tableau 2.3-3 Projets soumis à l'évaluation externe et outils appliqués

Nom du projet	Suivi de dossiers	Monitoring	Réunion de suivi	Travail socio-éducatif	Statistiques	Etude Clientèle
Centre St-Martin	• 2 cohortes de 100 patients débuté oct 96 débuté oct 97	non	2 à 3 par an	Oui, thème exploré : suivi et soutien	OPALE	Oui
Unité ambulatoire spécialisée de la Riviera (Fondation de Nant)	• 2 cohortes de 50 patients débuté mars 98 débuté mars 99	Non	2 à 3 par an	Non	Statistiques internes	Oui
Centre d'accueil et de prévention (Yverdon)	• 2 cohortes de 20 patients débuté oct 98 débuté oct 99	Oui au min. chaque année au dernier trimestre	2 à 3 par an	Oui, thèmes explorés : accueil suivi et soutien orientation		Oui
Centre d'accueil de Morges-Aubonne	• 2 cohortes de 20 patients débuté oct 98 débuté oct 99	Oui au min. chaque année au dernier trimestre	2 à 3 par an	Oui, thèmes explorés : accueil suivi et soutien orientation		Oui
Unité de sevrage	• Non	Non	2 à 3 par an	Non	OPALE Statistiques internes	Non
Travail de proximité (Aigle/Pays-d'Enhaut)		Oui au min. chaque année au dernier trimestre	2 à 3 par an	Non		Non
Travail éducatif de proximité (Morges-Aubonne)		Oui au min. chaque année au dernier trimestre	2 à 3 par an	Non		Non
Travail éducatif de proximité (ACT, Riviera)		Oui au min. chaque année au dernier trimestre	2 à 3 par an	Oui, thèmes explorés : travail de proximité		Oui

3 EVALUATION DES CENTRES DE TRAITEMENT AMBULATOIRE⁵

3.1 CENTRE ST-MARTIN (CSM) : CENTRE D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET DE TRAITEMENT AMBULATOIRE POUR TOXICOMANES A LAUSANNE

3.1.1 Historique et objectifs

Le Centre St Martin, rattaché administrativement au Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA)⁶, a ouvert ses portes à fin septembre 1996. Devant combler un manque dans le dispositif de prise en charge des personnes toxico-dépendantes les plus démunies, aux besoins desquelles les structures existantes tant médicales que sociales ne répondaient pas entièrement, le Centre St-Martin a eu à cœur dès le départ de travailler de façon complémentaire avec les autres structures du dispositif existant.

Son objectif général était d'être une porte d'entrée dans le réseau des différentes structures de prise en charge à seuil d'exigence plus élevé et de favoriser l'accès à un processus d'aide et de thérapie en développant des réponses adaptées à la demande des personnes toxicomanes. Le centre entendait également jouer un rôle moteur dans la collaboration, les échanges et la formation des différents acteurs impliqués dans le réseau de prise en charge. Plus précisément, le CSM poursuit trois grands objectifs :

- 1 accueillir et orienter les patients toxicodépendants,
- 2 assurer le suivi et le maintien en traitement de certains patients,
- 3 contribuer à la formation, l'enseignement et la recherche dans le domaine des dépendances.

Le centre a été voulu comme une structure accessible aux personnes toxicomanes les plus précarisées, à ceux qui échappent à toute aide. Pour satisfaire sa première mission, le Centre St-Martin a mis sur pied une permanence quotidienne (tous les après-midi de 14h à 16h) assurée par un intervenant de l'équipe socio-médicale et qui permet d'accueillir deux nouveaux usagers par jour et de faire une première évaluation de leur situation. Par ailleurs, l'équipe administrative assure le contact au desk, la prise de rendez-vous et le téléphone. Ainsi, malgré la forte affluence à laquelle le CSM a du faire face, il a su conserver une disponibilité pour continuer à accueillir de nouveaux cas.

La deuxième mission du centre est une prise en charge médico-psycho-sociale des patients présentant une situation d'urgence, incluant les cas les plus difficiles. L'équipe du centre a été composée de manière à pouvoir offrir aux patients des compétences interdisciplinaires regroupées sous un même toit.

Le CSM fonctionne aussi comme une plaque tournante entre la rue et les partenaires du réseau socio-sanitaire. Il a développé son rôle de 'courroie de transmission' notamment dans le domaine socio-éducatif entre les différents seuils existants; le bas-seuil avec les travailleurs sociaux du Relais d'une part et, de l'autre, le haut seuil avec les structures résidentielles comme le Levant. Parallèlement, le centre assure un soutien et un rôle de référent auprès des médecins et des institutions prenant en charge des personnes toxicodépendantes, par exemple en prenant le relais d'un traitement en période de crise ainsi que par les activités de consilium.

⁵ Par rapport à la table des matières du rapport précédent, nous avons choisi dans cette version de distinguer les quatre centres d'accueil et de traitement selon leur mission principale. C'est pourquoi, le chapitre 3 présente les évaluations des centres de traitement ambulatoire et le chapitre 4 celles des centres d'accueil à bas seuil.

⁶ Sur la plan fonctionnel le CSM et La Calypso forment l'unité de toxicodépendance qui, avec l'unité d'alcoologie rattachée au Département Universitaire de Médecine et Santé Communautaire (DUMSC), constituent la Division d'abus de substances (DAS), rattachée au Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA).

La mission de recherche et d'enseignement poursuivie par le centre vise entre autres à développer les compétences du réseau et des intervenants extérieurs. Toutefois les aspects de formation, d'enseignement et de recherche n'ont pas fait l'objet d'une évaluation par l'IUMSP.

Dans le rapport d'évaluation précédent, il était fait état d'une limitation de l'accès aux traitements aux seuls cas urgents en raison de la surcharge. On relevait aussi des problèmes de communication interne ainsi que des risques de dispersion des forces pour faire face aux différentes missions du centre. Enfin, la tenue des dossiers n'était pas satisfaisante.

3.1.2 Méthodes d'évaluation

Les données récoltées par la statistique OPALE⁷ fournissent certaines informations utiles pour estimer la fréquentation du centre.

Après avoir eu lieu pour une première cohorte de 100 usagers entrés en 1996, l'étude sur dossier du devenir à court terme des patients pris en charge par le CSM a été reconduite sur une nouvelle cohorte de 100 usagers admis au centre entre fin 1997 - début de 1998. Ce suivi de dossier sur deux cohortes de 100 patients sur 24 mois (1996 - 1998 pour la première cohorte et 1997 - 1999 pour la 2ème cohorte) a permis de dégager les grandes tendances du devenir (1997-1999) de la population en question : mise en évidence de trajectoires typiques, mouvements entre le CSM et d'autres structures de la chaîne thérapeutique, etc.

Des réunions de suivi avec l'équipe ont continué à avoir lieu régulièrement. Pour compléter ces réunions, des entretiens individuels ont été réalisés avec presque tous les collaborateurs du CSM (personnel social, médical somatique et psychiatrique, infirmier, psychologue et administratif) au printemps 2000. Durant ces entretiens, leur perception du fonctionnement du CSM a été abordée (l'organisation interne, l'interdisciplinarité, la collaboration, les éventuelles difficultés rencontrées, etc).

3.1.3 Fréquentation de la structure

L'analyse de la fréquentation du CSM repose sur le fichier des données OPALE. Au cours de l'année 1999, 524 personnes différentes ont bénéficié d'au moins une prestation au CSM (545 en 1998 ; 503 en 1997 ; 251 en 1996)⁸. Pour certains de ces 524 patients, il s'agit de la poursuite d'un suivi entamé au cours d'une année précédente. Pour d'autres par contre, leur dossier a été ouvert au cours de 1999; parmi ceux-ci, on trouve d'une part des personnes consultant pour la première fois au CSM et, d'autre part, des personnes pour lesquelles il s'agit d'une réouverture de dossier. Les données actuellement à disposition à l'UEPP ne permettent pas de quantifier exactement la part des ces différentes populations. L'examen de l'ensemble des dossiers ouverts en novembre 1999, en vue de la constitution d'une éventuelle troisième cohorte de suivi de dossiers a toutefois permis d'estimer que pour la moitié d'entre eux, il s'agissait d'une réouverture.

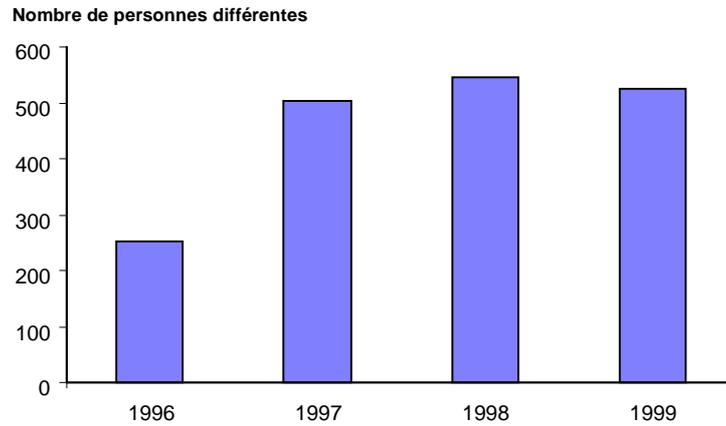
La durée des suivis au CSM est extrêmement variable. Elle peut être estimée par le nombre de jours entre la date d'admission et la date de fermeture du dossier, ce qui peut toutefois conduire à surestimer la durée réelle des suivis. En effet, les dossiers sont parfois fermés longtemps après le dernier contact avec un patient pour lequel un retour était attendu ou espéré. Ainsi, pour 102⁹ des 305 dossiers fermés en 1999, il n'y avait aucune prestation enregistrée dans OPALE.

⁷ OPALE regroupe les statistiques des institutions psychiatriques vaudoises à l'exception de l'Est du Canton.

⁸ Lors de la définition du projet du Centre Saint-Martin, la cible consistait à prendre en charge entre 300 et 400 personnes toxicomanes en 4 ans.

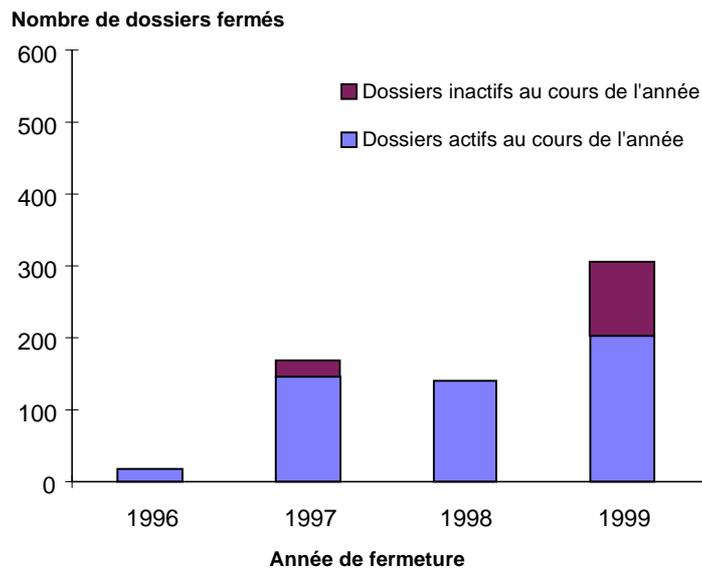
⁹ Cette section décrit les admissions, ou ouvertures de dossiers, et les fins de traitement, ou fermetures de dossier. Toutefois, les données disponibles pour la rédaction de ce rapport ne permettent pas d'estimer le nombre de personnes en traitement à un moment précis. Pour cela, il faudrait plutôt utiliser les dates de contacts avec les intervenants (disponibles dans OPALE) plutôt que la date de fermeture administrative du dossier. De plus, pour déterminer le nombre de personnes suivies à un moment précis, il faudrait tenir compte des différentes modalités d'intervention et de suivi présentes au CSM.

Figure 3.1-1 Nombre de personnes différentes ayant bénéficié d'une prestation au CSM au cours de l'année*, 1996-1999



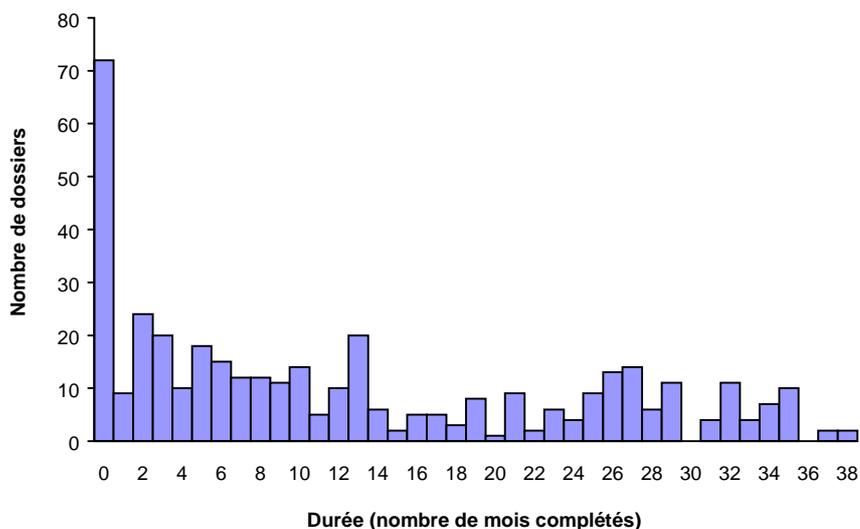
* Il est à noter que ce graphique inclut des personnes dont le dossier n'a été ouvert que durant quelques jours (voir texte).

Figure 3.1-2 CSM : nombre de dossiers fermés*, selon l'année de fermeture, 1996-1999



* L'information sur les dossiers inactifs fermés en 1998 n'était pas disponible au moment de la rédaction du rapport.

Figure 3.1-3 CSM : durée estimée des suivis terminés en 1999, selon la date de fermeture des dossiers



Pour les personnes dont le dossier a été fermé en 1999, la durée du suivi varie d'une journée à 38 mois. Pour 45 d'entre elles, le dossier n'a été ouvert que durant sept jours ou moins, dont 28 pendant une seule journée. Par contre, la durée estimée du suivi a été supérieure à une année pour plus du tiers ($106/297=36\%$) des personnes.

3.1.4 Profil des usagers lors de leur admission

Les données socio-démographiques des patients qui sont présentées ici proviennent de la statistique OPALE qui regroupe l'ensemble des patients pris en charge au CSM. Par contre, les données sur la consommation sont tirées des résultats du suivi de dossiers des deux cohortes de 100 personnes. La première cohorte avait été constituée en automne 1996 et a déjà fait l'objet d'une analyse dans le rapport d'évaluation précédent. La deuxième cohorte est formée des 100 patients qui se sont présentés au CSM entre octobre 1997 et février 1998. Ces différentes données concernent le patient au moment de son admission au CSM. Elles permettent ainsi de mesurer les différences pouvant exister dans la clientèle année après année.

Depuis l'ouverture du CSM, les femmes constituent chaque année environ un tiers de la clientèle. L'âge moyen des personnes admises en 1999 est de 30,2 ans ce qui représente un important vieillissement depuis l'ouverture du centre (27,9 ans en 1996).

Parmi les usagers arrivés au CSM en 1999, 26 usagers (12%) sont sans domicile fixe (11 usagers soit 5 % en 1998). 147 usagers (69%) étaient sans travail, 16 % avaient un travail régulier, 3% avaient un travail occasionnel et 5% étaient en formation. 10% des usagers bénéficiaient d'une rente AI. Ces résultats ne sont pas très différents des années précédentes.

La consommation actuelle de drogues dures¹⁰ (DD) concernait 79 % des nouveaux usagers de la cohorte de 1997 (93% en 1996). La consommation d'héroïne et de cocaïne concernait 27 usagers sur 79 consommateurs de DD en 1997 (34 en 1996)¹¹. 57 usagers consommaient quotidiennement, pour 14 la consommation était

¹⁰ Héroïne et/ou cocaïne.

¹¹ Dans les données OPALE concernant les admissions en 1999, plus de 95% des suivis au CSM concernaient un problème de dépendance aux opiacés et/ou à la cocaïne. Bien que le nombre de suivis où la cocaïne est impliquée soit assez important, peu de personnes ayant seulement un problème de toxicomanie à la cocaïne

occasionnelle. 34 usagers déclaraient au moment de leur entrée au CSM s'injecter leur drogue. Toutefois, ils sont 47% à s'être injecté au cours de leur vie et environ 5% des usagers a fait un séjour en prison.

45% des usagers avaient un médecin traitant au moment de leur entrée au CSM et 90% avaient déjà essayé au moins un traitement de substitution ou un sevrage antérieurement.

Tableau 3.1-1 CSM : profil des usagers au moment de l'ouverture du dossier, 1996-1999, données OPALE

	1996		1997		1998		1999	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs*	248		281		226		212	
Nb femmes	81	(33%)	95	(34%)	73	(32%)	69	(33%)
Age								
min-max	16-50		15-52		16-63		16-68	
Age moyen	27.9		28.3		29.6		30.2	
Age médian	27.0		27.0		29.0		30.0	
15 à 20 ans	22	(9%)	25	(9%)	22	(10%)	14	(7%)
21 à 25 ans	79	(32%)	89	(32%)	49	(22%)	51	(24%)
26 à 30 ans	70	(28%)	70	(25%)	57	(25%)	49	(23%)
31 ans et plus	77	(31%)	96	(34%)	98	(43%)	97	(46%)
Domicile**								
Sans domicile fixe	***19	20	20	(7%)	11	(5%)	26	(12%)
Fixe privé	72	77	244	(87%)	192	(85%)	175	(83%)
Institution	2	2	7	(2%)	15	(7%)	4	(2%)
Travail***								
Sans travail	77	79	172	(61%)	151	(67%)	147	(69%)
Régulier	13	13	51	(18%)	33	(15%)	33	(16%)
Occasionnel	7	7	13	(5%)	11	(5%)	7	(3%)
En formation	ND		15	(5%)	10	(4%)	10	(5%)
Autres/NSP	ND		30	(11%)	21	(9%)	15	(7%)
Assurance invalidité (AI)								
Bénéficiaires de l'AI			23	(8%)	23	(10%)	20	(10%)

* Une personne suivie pendant plusieurs années n'est comptabilisée que pour l'année de l'admission. Par contre, une personne ayant été "admise" à plus d'une reprise, sur deux années différentes, est comptée au cours des deux années.

** Les ouvertures de dossiers en 1996 comprennent environ 70 personnes qui étaient suivies auparavant par le Dr. Bertschy

*** Les résultats de 1996 sont tirés du suivi de dossiers de la première cohorte et sont inclus dans ce tableau à titre d'indication.

sont suivis au CSM. La problématique de cocaïne figure le plus souvent comme diagnostic secondaire, la toxicomanie aux opiacés restant, même chez les cocaïnomanes, le diagnostic principal le plus fréquent. Les personnes consommant les deux substances formaient cependant au moins les 22 % de la clientèle du CSM en 1999 selon OPALE.

Tableau 3.1-2 CSM : profil des usagers et consommation lors de l'entrée, 1996-1997 (données du suivi de dossiers)

	1996		1997	
	n	%	n	%
Effectifs				
Consommation actuelle	100		100	
Drogues dures	93	93	79	79
dont : héroïne seule	57		50	
cocaïne seule	2		2	
héroïne et cocaïne	34		27	
Drogues douces seules	4	4	7	7
non consommation	3	3	10	10
missing	0	0	4	4
Produit				
héroïne	91	91	77	77
cocaïne	36	36	29	29
benzodiazépine	26	26	21	21
cannabis	40	40	20	20
alcool	13	13	13	13
Nb de produits consommés				
1 produit	34	34	39	39
2 produits	33	33	30	30
3 produits et plus	30	30	17	17
Fréquence de consommation DD				
Quotidienne	83	83	57	57
Occasionnelle	6	6	14	14
Mode de consommation DD				
Injection	41	41	34	34
Autres indicateurs				
Age début de consommation DD	20.3		21.5	
Durée de consommation DD	7.0		6.5	
Injection (durant la vie)	49	49	47	47
Prison	25	25	18	18
Prostitution	5	5	5	5

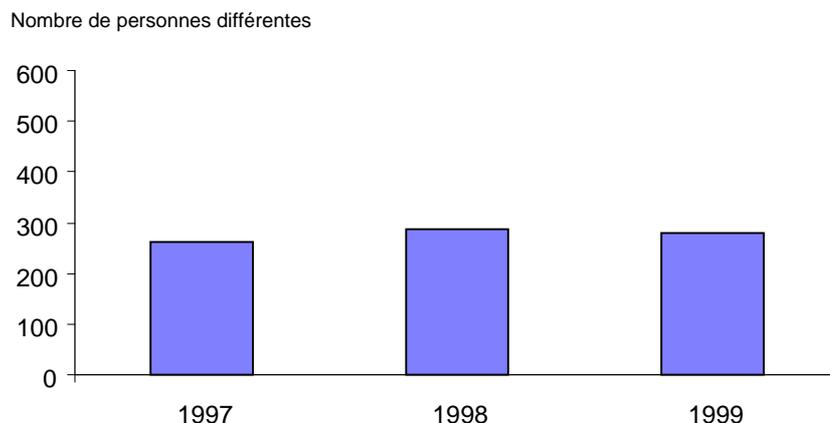
3.1.5 Activités de la structure

■ Prise en charge médicale

En 1999 les traitements les plus fréquents sont le traitement de substitution (283) et le sevrage (80), suivis par le traitement psycho-social (23), l'intervention de liaison (22), la consultation thérapeutique et l'investigation dynamique (22), le consilium (22), le suivi post-sevrage (18) et l'intervention de crise (13). La répartition des traitements offerts est plus ou moins similaire en 1998 (290 traitements de substitution et 105 sevrages).

Ainsi, à l'exception de 1996, première année d'ouverture, il y a eu chaque année plus de 250 personnes différentes suivant un traitement de substitution à un moment ou un autre au cours de l'année.

Figure 3.1-4 CSM : nombre de personnes différentes ayant bénéficié d'un traitement de substitution au CSM, selon l'année, 1997-1999*



* L'information n'était pas disponible pour 1996.

Tableau 3.1-3 CSM : dispensation de la méthadone, 1998-1999

Année	Nombre de suivis	Nombre de personnes différentes	Nombre total de "Forfaits" méthadone*
1998	272	271	6510
1999	245	241	5090

* Un forfait correspond à une semaine de dispensation, incluant l'acte infirmier.

** Une personne suivie au cours des deux années est comptabilisée pour chaque année de suivi.

Pour une partie de la clientèle, la dispensation de méthadone, et l'acte infirmier qui l'accompagne, sont offerts dans les locaux du CSM. Depuis 1998, pour simplifier la rémunération, un "forfait méthadone" a été établi et correspond à la dispensation de la substance, incluant l'acte infirmier, pendant une semaine. En 1999, 241 personnes différentes se sont procuré au moins une fois la méthadone au CSM, dont 4 personnes au cours de deux suivis différents (total de 245 suivis impliquant une dispensation en 1999). La durée de cette dispensation est par contre extrêmement variable selon les usagers. La diminution observée de 'forfaits' méthadone en 1999 était visée par l'équipe, notamment dans la perspective du développement des collaborations avec les pharmacies.

■ **Prise en charge socio-éducative**

L'équipe socio-éducative du CSM a dès le départ été confrontée à la nécessité de défendre l'idée d'une prise en charge socio-éducative face à la prise en charge médicale et de la définir. Elle a participé à la réflexion sur la nature du travail socio-éducatif auprès de personnes toxicodépendantes, via des exercices de brainstorming. Pour cette équipe, le suivi éducatif et thérapeutique consiste essentiellement à travailler les mécanismes globaux de la dépendance. A partir de là, un projet de vie pourra être élaboré et des objectifs pourront être fixés et évalués périodiquement. Le suivi social correspond pour l'équipe du CSM au savoir-faire et comporte donc les aspects "techniques" liés à la réinsertion (logement, dettes, etc.). Il découle d'un travail préalable sur le savoir-être, mais surtout d'un travail autour de la consommation. Le poids porté sur la continuité du projet de vie implique, notamment lors de l'orientation d'un usager vers d'autres in-

tervenants du dispositif socio-sanitaire, de soutenir les projets de l'utilisateur, d'expliquer et de défendre le trajet déjà parcouru. L'équipe sert dès lors de caution et de "mémoire" de la trajectoire de l'utilisateur. Un travail important est fait pour impliquer ou réimpliquer les autres acteurs du social en redonnant du sens à leur intervention. Ces aspects qui consistent à être garants d'une certaine continuité face et avec le réseau ont été une découverte d'un nouveau rôle par rapport aux objectifs de départ.

- PPMT¹²

Le centre a également repris l'activité de PPMT et est devenu le centre de référence en la matière. Si la fréquentation reste relativement stable et inchangée depuis l'époque des débuts, on peut relever un roulement important parmi les médecins qui participent à cette formation. Cette activité est très prenante pour le médecin-cadre responsable du fait des nombreux déplacements que nécessite le suivi des sept groupes régionaux. On peut relever dans le domaine une augmentation des offres de formation, soit dans le cadre de la division des abus de substances, soit à travers la PMU, qui multiplie les occasions de contact entre médecins généralistes et les médecins du CSM.

3.1.6 Types de prise en charge

Le centre propose aux patients différentes possibilités de prises en charge : traitement de substitution, sevrage, suivi psychosocial ou psychiatrique, soins somatiques ou encore participation à des groupes thérapeutiques. Les résultats ci-après sont tirés de l'étude du suivi de dossiers qui montre que le plus souvent la prise en charge regroupe plusieurs de ces modalités.

- 1^{ère} Cohorte

Parmi les 100 patients de la première cohorte, 68 personnes ont commencé un traitement de substitution accompagné pour 58 d'entre eux d'une prise en charge psycho-sociale. Onze usagers ont commencé un sevrage, parmi lesquels 9 étaient aussi suivis au niveau psycho-social. Sept personnes enfin ont bénéficié uniquement d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique qui peut être un traitement psychiatrique de soutien, une consultation thérapeutique et une investigation dynamique ou encore un suivi post sevrage (il est rare de trouver dans les dossiers la nature exacte de ce suivi). Pour 14 usagers, la prise en charge n'était pas clairement définie (données manquantes, réadressé à un médecin traitant, personne domiciliée dans un autre canton, etc.).

- 2^{ème} Cohorte

En ce qui concerne la deuxième cohorte, 36 personnes bénéficiaient d'un traitement de substitution et d'une prise en charge psycho-sociale parallèle. 14 personnes suivaient un programme de sevrage accompagné d'un suivi psycho-social. Trente-sept personnes bénéficiaient uniquement d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique (voir ci-dessus). Cinq personnes n'ont pas été considérées comme faisant partie des cas urgents et leur dossier a été fermé sans qu'une prise en charge n'ait été mise sur pied. Pour 6 autres, il s'est agi d'une intervention très ponctuelle (consilium, investigation psychiatrique, fermeture quasi immédiate sur un commun accord, autres). Enfin quelques dossiers étaient incomplets.

La principale raison de ces modifications importantes des prises en charge offertes, notamment la diminution du nombre d'usagers mis sous cure de méthadone, réside dans l'instauration de critères d'urgence¹³ pour définir les patients pouvant accéder à ce traitement¹⁴.

¹² Programme de perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicomanie, auparavant donné par le Dr Bertschy à Cery avant son départ.

¹³ Ces derniers sont les suivants : adolescents, femmes enceintes, personnes sortant de prison ou d'hôpitaux, comorbidités psychiatriques et somatiques.

¹⁴ Cf. 3.1.9.

3.1.7 Collaborations et issue de la prise en charge

Les données qui suivent sont tirées de l'analyse des deux cohortes de 100 patients débutées en automne 96 et en automne 97 et suivies sur deux ans.

■ Issue de la prise en charge après deux ans de suivi (1ère et 2ème cohorte)

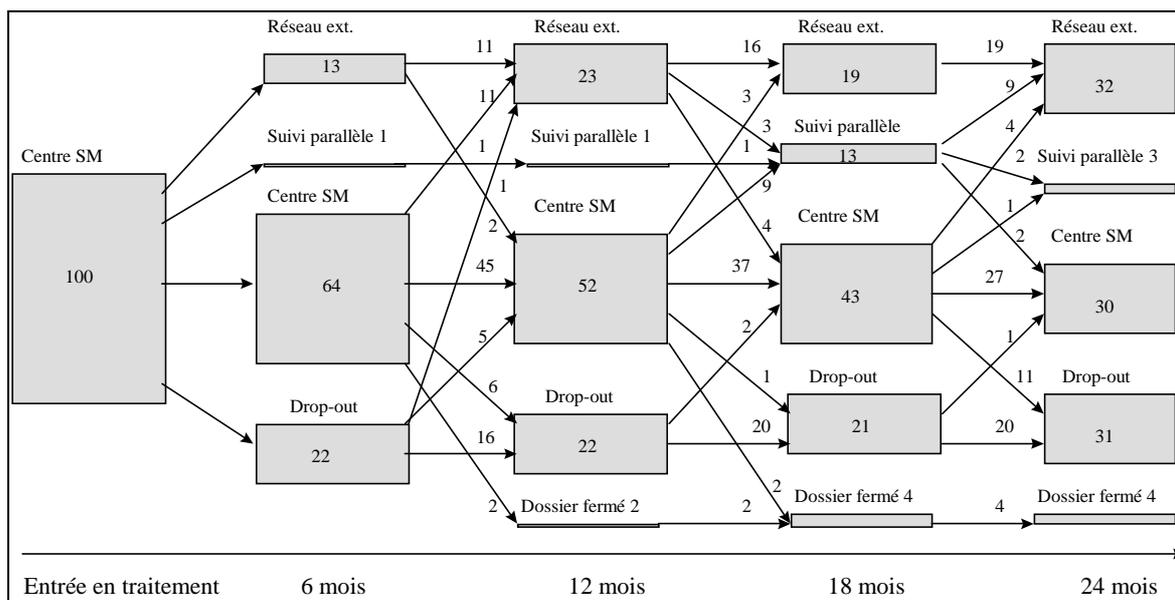
Sur les 100 dossiers constitutifs de la 1ère cohorte, après 6 mois de prise en charge, 64 personnes (sur les 100 dossiers examinés) sont toujours suivies au CSM, 1 personne est suivie conjointement au CSM et à l'extérieur, 13 ont été adressées ailleurs¹⁵ et 22 sont en situation de drop out (DO)¹⁶ (Figure 3.1-5).

Après un an, le nombre de personnes orientées vers l'extérieur a augmenté à 23 (23%), mais le nombre de personnes en situation de drop out est resté stable. Enfin, à deux ans, 30 personnes bénéficient toujours d'une prise en charge au CSM, 32 ont été adressées au réseau extérieur et 3 ont un suivi conjoint. A deux ans, un tiers des personnes est en situation de drop out. Par ailleurs, quatre dossiers ont été fermés (2 sevrages terminés, un décès, un déménagement).

Quelques mouvements de retour ont également été observés. Il s'agit de personnes qui reviennent pour être suivies au CSM après avoir été adressées à l'extérieur ou après avoir été en situation de drop out.

Les principales raisons de ces mouvements de retour sont des tensions avec la prise en charge extérieure ou des demandes, de la part de médecins installés, d'une prise en charge partagée.

Figure 3.1-5 CSM : issue de la prise en charge de la première cohorte, 1996-1998



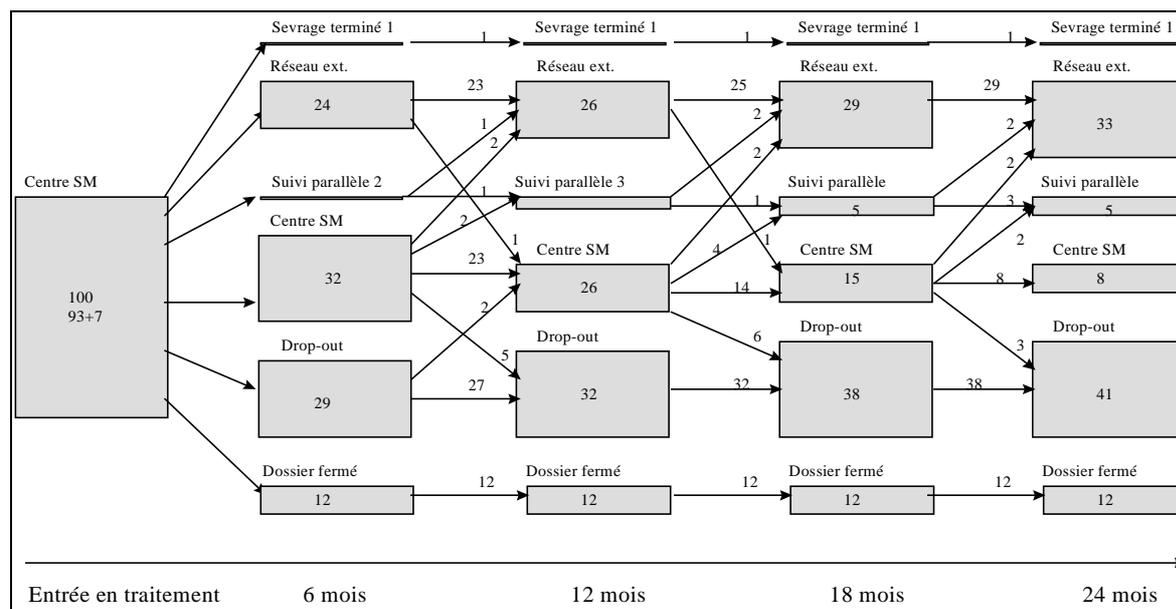
Sur les 100 dossiers constitutifs de la 2ème cohorte, 32 personnes sont toujours suivies au centre au bout de 6 mois, 24 ont été adressées ailleurs, deux personnes sont suivies parallèlement, 29 sont en situa-

¹⁵ Il est parfois difficile d'établir si les personnes adressées ailleurs sont encore, partiellement, suivies par le CSM.

¹⁶ La définition retenue pour les DO dans cette étude est "l'absence d'informations dans le dossier de suivi durant une période de plus de deux mois". Les personnes pour lesquelles une information apparaît par la suite sont réintroduites dans la catégorie des personnes encore suivies.

tion de drop out et 12 dossiers ont déjà été fermés¹⁷. Les dossiers, repris au bout d'une année, montrent que les personnes orientées vers l'extérieur sont toujours au nombre de 26 et constituent ainsi un quart de l'échantillon de départ. Les personnes en situation de drop out ont augmenté et forment 32% de l'échantillon à un an. Enfin, 26 personnes restent toujours suivies par le centre auxquelles on peut rajouter les 3 personnes suivies parallèlement. Les dossiers fermés n'ont pas été réouverts et sont restés au nombre de 12. Au terme de deux ans de suivi, les personnes adressées ailleurs ont encore légèrement augmenté formant un tiers de l'échantillon de départ, le centre suit encore 13 usagers dont 5 en suivi parallèle. Enfin les DO sont au nombre de 41 (**Figure 3.1-6**).

Figure 3.1-6 CSM : issue de la prise en charge de la deuxième cohorte, 1997-1999



Le graphique montre également quelques mouvements de retour, soit de personnes qui après avoir été adressées à l'extérieur reviennent pour être suivies au CSM (1 personne), soit d'usagers en situation de drop out au bout de 6 mois qui ont, par la suite, réintégré le centre (2 personnes).

■ Personnes adressées ailleurs (1ère et 2ème cohorte)

Parmi les personnes adressées ailleurs ou suivies parallèlement environ un tiers a été adressé à des médecins privés, soit immédiatement, soit après avoir été stabilisées par une cure de méthadone débutée au centre¹⁸. Une dizaine de patients de chaque cohorte ont été adressés à une institution pour suivre un sevrage ou pour un séjour résidentiel post-sevrage.

■ Drop out (DO)

Un nombre relativement important d'usagers interrompt la prise en charge assez rapidement. Bien que l'on observe des cas de retour parmi les personnes ayant été considérées DO, il faut relever que la majorité des personnes en situation de DO à un an ne donnera plus aucune nouvelle durant l'année qui suivra.

¹⁷ Les raisons de la fermeture des dossiers sont les suivantes : 5 cas n'ont pas été jugés urgents et les dossiers fermés (sans trace d'orientation ailleurs), 4 interventions étaient ponctuelles (consilium, expertise psychiatrique, intervention de liaison), un décès, un sevrage terminé, un commun accord.

¹⁸ On observe également dans la statistique OPALE que parmi l'ensemble des personnes adressées ailleurs en 1998, un tiers a été adressé à des médecins généralistes.

Le nombre de DO à 24 mois pourrait être légèrement surestimé car il peut s'agir d'un retard dans l'introduction des données dans les dossiers.

Les DO sont, au moment de leur admission, en moyenne, légèrement plus âgés que ceux qui restent en traitement et ont une durée de consommation légèrement plus longue. Aucune différence notable n'est cependant relevée au niveau de l'insertion sociale (pour le travail ou le logement).

Dans la première cohorte, on observait en proportion davantage de DO parmi les personnes qui ont commencé un sevrage (7/11 = 64%) que parmi les personnes qui ont bénéficié d'un traitement à la méthadone (14/68=21%). D'autre part, les personnes qui n'ont eu qu'une évaluation ou une prise en charge uniquement psychologique ou peu définie au départ sont aussi plus nombreuses à ne plus revenir au centre. Parmi les usagers de la deuxième cohorte, 50 ne bénéficiaient ni d'une cure de méthadone ni d'un sevrage. Au bout de 6 mois, 25 d'entre eux étaient en situation de DO. Il est difficile cependant de dire, sur la base de la documentation figurant dans ces dossiers, s'il s'agit véritablement de DO ou d'interventions limitées dans le temps.

■ Personnes toujours suivies

Nous avons voulu vérifier si les personnes toujours suivies au bout de 2 ans présentaient des caractéristiques particulières par rapport aux personnes en situation de drop out ou aux personnes qui ont pu être orientées vers l'extérieur.

Les usagers toujours suivis au centre après deux ans¹⁹ ne présentaient pas, au moment de leur admission au CSM, un profil très différent. Les quelques écarts que l'on peut relever concernent l'âge, le sexe et la polytoxicomanie.

En effet, les femmes sont plus nombreuses à être toujours suivies au CSM à 2 ans ; les usagers les plus jeunes sont plus facilement adressés ailleurs, surtout pour les moins de 20 ans qui forment 16 % des personnes qui ont trouvé une place dans le réseau extérieur. Ceci se traduit par un âge moyen de 26 ans chez les usagers adressés ailleurs, de 28 ans pour les personnes toujours suivies et de 29 ans pour les personnes en situation de drop out.

Enfin, une dépendance à plusieurs produits, et notamment la présence de l'alcool en plus de drogues dures, est non seulement un facteur associé au drop out, mais également un élément qui semble intervenir dans la difficulté à atteindre une abstinence, ainsi qu'à pouvoir être orienté à l'extérieur du CSM.

3.1.8 Evolution de l'insertion et de la consommation chez les usagers toujours en traitement au CSM à deux ans

■ Evolution de l'insertion des patients à 2 ans (première cohorte)

Les résultats de ce chapitre sont tirés des dossiers des usagers de la première cohorte qui étaient toujours suivis à deux ans, soit 30 usagers. Pour la deuxième cohorte, le faible nombre de patients toujours suivis après une année (15), en plus des données manquantes dans les dossiers, rendent les résultats de l'analyse trop incertains.

Du point de vue de l'insertion professionnelle, la situation des usagers varie beaucoup au cours des deux ans de suivi. Si durant la première année on note une diminution importante des personnes sans travail (23 à 7 sur 30 patients toujours suivis), au terme de deux ans, les usagers sont de nouveau 18 à n'avoir pas de travail occasionnel ou régulier. Du point de vue du logement, la situation s'améliore légèrement et deux usagers se trouvaient sans domicile fixe contre 6 au moment de l'admission au centre.

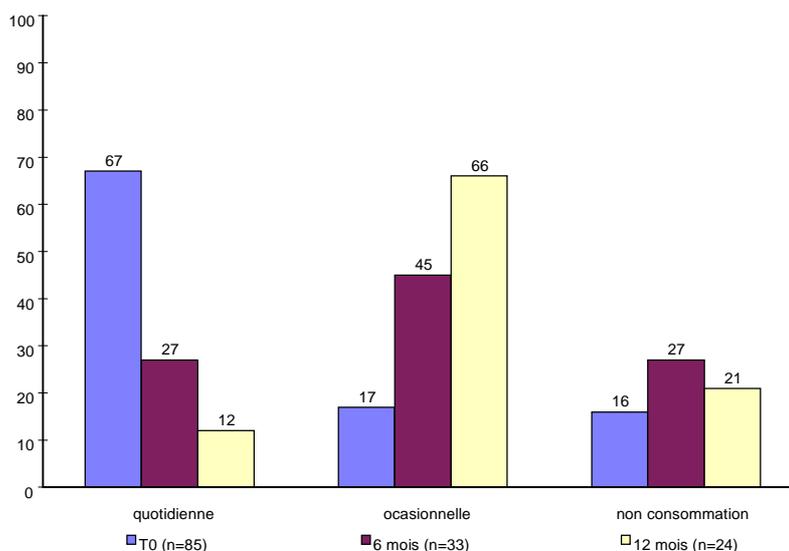
■ Evolution de la consommation des patients à 6 mois et une année

Parmi les 65 patients de la première cohorte toujours suivis par le CSM au bout de 6 mois, on observe une diminution de la fréquence de consommation de drogues dures²⁰ : la consommation quotidienne qui

¹⁹ Seuls les usagers de la première cohorte constituaient un échantillon suffisamment important de personnes toujours suivies pour cette analyse.

concernait 90% des usagers au moment de leur admission passe à 26% après 6 mois pour les patients toujours suivis. Corollairement, la consommation occasionnelle augmente et concerne 52% des usagers au bout de 6 mois. Enfin, 10 usagers disent ne pas consommer de drogues dures à 6 mois. Ces tendances se poursuivent et, après une année, la consommation quotidienne de drogues dures ne concerne plus que 23% des usagers, la consommation occasionnelle est le fait de 42% des usagers et 35% disent ne plus consommer.

Figure 3.1-7 Evolution de la fréquence de consommation de drogues dures (%), étude des dossiers de suivi, 2^{ème} cohorte, 1997-1998



Parmi les 32 patients de la deuxième cohorte toujours suivis par le Centre St. Martin au bout de 6 mois, on observe une diminution de la fréquence de consommation de drogues dures : la consommation quotidienne qui concernait 65% des usagers au moment de l'admission (n=25) passe à 32% pour les patients toujours suivis à 6 mois. La consommation occasionnelle par conséquent augmente et concerne 40% des usagers au bout de 6 mois. Enfin, 7 usagers disent ne pas consommer de drogues dures à 6 mois. Ces tendances se poursuivent et après une année, la consommation quotidienne de drogues dures ne concerne plus que 12% des usagers, la consommation occasionnelle est le fait de 62% des usagers et 5 usagers disent ne plus consommer. La première cohorte avait connu la même évolution positive.

Au bout d'un an, les usagers (n=24) consommant encore des drogues consomment principalement de l'héroïne (16 usagers), de la cocaïne (8 usagers), les benzodiazépines (2) et le cannabis (1).

3.1.9 Organisation interne et changements

Pour cette partie les informations proviennent d'une part de divers documents internes²¹ et, d'autre part, d'entretiens réalisés au printemps 2000 avec tous les intervenants de l'équipe du CSM. Afin de mieux comprendre l'organisation interne du CSM et son fonctionnement, ces entretiens portaient sur les rôles communs et spécifiques aux différentes disciplines, les aspects de référence et de co-référence ainsi que sur la communication interne.

²⁰ Héroïne ou cocaïne.

²¹ Vademecum, actes des journées extra-muros, ...

■ Admission et orientation

Dès son ouverture à la fin de septembre 1996, le CSM a été confronté à un afflux important de demandes. La plupart des contacts débouchaient sur une prise en charge, et un nombre élevé de cures de méthadone ont été initiées. Les collaborateurs ont rapidement dû suivre de nombreux cas (environ 25 patients par référent). Cette demande massive a constitué une forte pression pour le centre, s'accompagnant du risque de "burnout" et de dégradation de la qualité des prestations.

Pour gérer cette forte demande, différentes mesures ont alors été mises en place par l'équipe : introduction de trois entretiens préalables à l'entrée en traitement, liste d'attente, critères d'urgence. Ces critères, encore en vigueur, permettent de limiter les nouvelles prises en charge aux cas d'urgence (femmes enceintes, sorties d'hôpitaux et de prison, adolescents à risque et comorbidités somatiques et psychiatriques). Si toute personne qui se présente au Centre St-Martin peut obtenir un premier rendez-vous, un suivi à moyen ou long terme ne sera proposé qu'aux personnes répondant aux critères d'urgence. Les autres patients seront orientés dans le réseau après une évaluation primaire consistant, au cours de trois entretiens, à évaluer la situation de la personne sur cinq dimensions (somatique, psychiatrique, psychologique, le contexte de la demande et les ressources disponibles). Dans cette optique, le fait de donner de l'information sur d'autres structures ou une liste de médecins prescripteurs pourrait être considéré comme une orientation a minima, mais ne saurait toutefois être comparé à un travail d'orientation consistant à transmettre un patient à un autre intervenant du dispositif, que ce soit sous la forme d'une lettre d'accompagnement, d'une assistance à la recherche d'un foyer post-cure ou encore lorsqu'un patient dans une situation stabilisée est adressé à un médecin traitant en vue d'un suivi.

Les modalités d'orientation après cette première évaluation, ainsi que la documentation des cas non-urgents restent à analyser plus précisément.

L'introduction des critères d'urgence a eu pour conséquence que la prise en charge de certaines personnes ne se fait pas au CSM, ce qui ne résout donc pas le problème de l'insertion dans le réseau socio-sanitaire et du suivi pour ces personnes.

L'application des critères d'urgence et surtout le refus d'entrer en matière face aux demandes d'utilisateurs dont la situation n'est pas considérée comme suffisamment 'urgente' a posé un certain nombre de problèmes d'éthique à l'équipe, qui a par la suite mis en place des discussions cliniques dans le cadre des colloques d'équipe, pour statuer de manière collective sur le "degré d'urgence" de chaque nouveau cas.

■ Référence et rôles respectifs des intervenants

Dans les modalités de prise en charge des patients deux grands axes sont à distinguer. D'une part ce qui relève de l'accueil, de l'investigation et de l'orientation et, d'autre part, le suivi.

La mission d'accueil, d'orientation et d'investigation repose principalement sur une grille de lecture qui permet à tout intervenant de faire pour chaque patient un bilan sur cinq dimensions : somatique, psychiatrique, psychologique, contexte de la demande ainsi que ressources disponibles. Sur la base de cet outil d'investigation, commun à l'ensemble des intervenants, les spécificités des différentes disciplines pourront s'exprimer lors de la discussion et prise de décision en équipe lors du colloque général.

Quant au suivi, sous-tendu de manière générale par une visée de retour dans la communauté, il comprend trois grands volets, le premier davantage biomédical avec les aspects somatiques et de médecine interne, ainsi que les médications, le deuxième psychothérapeutique et enfin le volet socio-éducatif, avec une approche centrée sur la personne et un travail sur les valeurs. L'intervention psychothérapeutique se décline sur différents niveaux. Un tronc commun d'accompagnement non-spécifique permet d'offrir à tous les patients, quelle que soit la formation de sa personne de référence, une prise en charge psychosociale basée sur le lien et la relation; par la suite des approches psychothérapeutiques plus spécifiques (hypnose, thérapie cognitivo-comportementale, systémique) peuvent également être proposées. Quant aux prises en charge psychothérapeutiques classiques, suite à un bilan du groupe d'indication à la psychothérapie²², elles sont dans la mesure du possible déléguées à l'extérieur.

²² Suite à un accord passé en juillet 1999 entre les Hospices Cantonaux, le Centre St.Martin et l'APsyVA (Association des Psychologues Vaudois concernés par les Addictions) le groupe d'indication à la psychothérapie a été constitué. Les psychologues du CSM participent à ce groupe qui est animé par le médecin-cadre du CSM

Alors qu'au départ l'accent a été mis surtout sur la polyvalence des intervenants et la faible spécification des rôles, on observe actuellement un changement d'orientation dans le sens d'un besoin de précision et de définition des spécificités de chacun. Ce changement d'orientation vise la valorisation de l'ensemble des prestations offertes et d'une utilisation meilleure des diverses compétences et professions existantes.

Il faut rappeler à cet égard la particularité du cahier des charges des collaborateurs du Centre St-Martin, défini selon deux axes, celui de la polyvalence addictologique et celui des spécialisations professionnelles. La "polyvalence addictologique" fait référence à la prise en charge de type médico-psychosocial que tout intervenant, quelle que soit sa profession, est en mesure d'assurer²³. A cette base commune, de 'généraliste' en toxicomanie, s'ajoutent les spécificités de chaque profession ainsi que les spécialisations individuelles de chacun au sein d'une même discipline²⁴. La principale difficulté réside dans la mise en relation de ces différentes spécificités avec les besoins particuliers de chaque usager.

Toute personne en traitement au Centre St-Martin est suivie par un référent qui est responsable du traitement²³ et assure également les liens avec le réseau. Actuellement, deux stratégies sont en vigueur pour l'attribution du référent. Lors de l'ouverture du CSM, c'était la personne assurant la permanence au moment du premier contact qui devenait le référent du patient. L'accent était mis sur la pratique de généraliste - tout intervenant peut être référent - l'important étant la polyvalence addictologique. Par ailleurs, cela permet de maintenir le lien d'attachement créé lors du premier contact, dont l'importance est soulignée par certains intervenants. Ce modèle n'est cependant plus toujours appliqué puisqu'il y a actuellement une nouvelle tendance consistant à attribuer le référent au moment du colloque du lundi, suite à une discussion et une décision d'équipe. Les situations sont ainsi systématiquement discutées en fonction des critères d'urgence, et la décision est ensuite prise de garder le patient au CSM ou de l'orienter ailleurs dans le réseau. Si le patient est gardé au CSM la responsabilité de la référence sera discutée et donnée à un des intervenants qui ne sera pas nécessairement la personne qui a vu le patient la 1ère fois mais, idéalement, l'intervenant le plus apte à gérer la prise en charge du patient. Dans ce modèle on reconnaît que la prise en charge peut nécessiter l'intervention spécifique d'une discipline ou d'une approche et c'est davantage l'adéquation de l'offre de prestations aux besoins évalués lors du premier entretien qui est visée. Par ailleurs, les aspects motivationnels des intervenants sont également pris en compte dans l'attribution du référent.

Il n'est actuellement pas possible de connaître la proportion des usagers pour lesquels le référent a été choisi selon le deuxième modèle, qui doit toutefois être limité dans la réalité, par la disponibilité des intervenants.

Dans le cadre du suivi, l'appui d'un co-référent peut être sollicité par exemple pour pallier au problème d'un éventuel décalage entre spécificités du référent et besoins de l'utilisateur²⁵. Si au départ l'idée était celle d'un suivi conjoint garant d'une prise en charge multidisciplinaire, cette forme de collaboration n'est cependant pas la plus fréquente et reste relativement peu développée et peu 'organisée'. D'après les entretiens avec les intervenants on peut observer que le terme de co-référence recouvre en fait des situations multiples : demandes d'information ou d'un avis complémentaire, interventions ponctuelles ou à plus ou moins long terme, suivi conjoint que les intervenants mettent sur pied, le plus souvent en fonction des liens personnels qui existent entre eux.

■ Communication interne

L'équipe du Centre St-Martin s'est mise en place progressivement. Multidisciplinaire, elle compte aujourd'hui plus de vingt personnes à des taux d'activité différents, incluant les médecins assistants et des stagiaires. Outre le secrétariat, les intervenants se répartissent dans les services suivants : service infirmier,

et qui a pour tâche de déléguer à des psychologues installés en privé des psychothérapies de patients toxicodépendants.

²³ Il faut toutefois préciser que pour les aspects médico-psychiatriques une supervision est assurée par un médecin-cadre.

²⁴ Ces spécialisations prennent des formes différentes que ce soit des approches spécifiques (corporelles, cognitivo-comportementale, l'hypnose, ...), ou l'attribution de fonctions spécifiques (ex. la liaison avec le CHUV/ les prisons; le groupe sport, le groupe mère, ...).

²⁵ La situation de chaque usager varie aussi dans le temps et un problème peut apparaître au cours de la prise en charge qui demande une intervention spécifique (par exemple une grossesse chez une patiente).

service médical somatique et psychiatrique, service psychologique et service socio-éducatif. La taille de l'équipe a augmenté de façon importante et cette situation entraîne d'importants besoins en termes de communication et d'échanges d'informations.

La communication et la mise en commun d'informations constituent un aspect important du fonctionnement d'une équipe multidisciplinaire telle que celle du CSM. Elles se font lors de différentes occasions, que ce soit le colloque général du lundi, les colloques internes hebdomadaires infirmiers et sociaux ou les supervisions individuelles pour lesquelles ont opté les médecins et psychologues, en raison notamment de la petite taille de leurs équipes, mais aussi sous forme d'échanges informels qui apparaissent comme un vecteur d'informations 'à part entière', sans oublier le colloque des cadres.

Le colloque général multidisciplinaire existe depuis le début, mais depuis 1998²⁶ il a pris une orientation clinique affirmée. A cette occasion sont discutés en équipe les nouveaux cas et les demandes de prise en charge au Centre St-Martin. La priorité donnée aux discussions de cas constitue un changement de taille, dont la conséquence est une amélioration du travail quotidien, une plus grande cohérence dans le travail d'équipe ainsi que dans la définition d'une ligne d'intervention.

Une réflexion relative à l'amélioration de l'utilisation des complémentarités professionnelles a été amorcée.

■ Contacts avec les intervenants extérieurs

En plus de la collaboration instaurée directement autour du cas de certains patients dans le travail d'orientation, les contacts avec le reste du dispositif socio-sanitaire recouvrent deux aspects : l'activité de consilium ainsi qu'une réflexion autour du travail en réseau et de la place de chaque intervenant.

En introduisant les critères d'urgence, le CSM devenait un centre de traitement uniquement pour les patients les plus démunis physiquement et psychologiquement; il reste néanmoins à la disposition des autres intervenants - médecins installés, institutions, ... - pour des interventions de consilium. Le centre offre ainsi un soutien aux praticiens prenant en charge des patients toxicodépendants.

Le CSM travaille d'autre part avec un certain nombre de collaborateurs/partenaires réguliers en vue d'améliorer et de renforcer le travail en réseau et la coordination des interventions, par l'échange d'informations et la formation. Ces démarches ont surtout porté leurs fruits auprès des pharmaciens (pour la distribution de la méthadone) et dans une certaine mesure avec les médecins, par l'entremise de l'Association Vaudoise des Médecins Concernés par la Toxicodépendance (AVMCT)²⁷.

Des modalités de collaboration avec l'Association des Psychologues Vaudois concernés par les Addictions (APsyVA) ont également été développées.

Enfin, ces collaborations concernent aussi un ensemble de centres et institutions comme la Fondation du Levant, le Relais, la Fondation des Oliviers, etc. Plusieurs réunions d'échange ont eu lieu avec ces différentes structures pour préciser les places et rôles respectifs dans le dispositif de prise en charge, l'objectif étant toujours de définir des complémentarités.

Le CSM entretient des liens avec Le Passage²⁸ à travers l'activité du médecin cadre somaticien qui est présent dans les deux structures. Par ailleurs, une partie de la clientèle du CSM fréquente aussi le Passage pour sa fonction de 'lieu d'accueil' à bas-seuil.

■ La dispensation de méthadone

Dans le cadre du dispositif de prise en charge des patients, un des aspects importants est la salle de traitements et de dispensation de la méthadone. Reconnue comme un lieu central, symbolique, source d'informations importantes mais aussi de multiples tensions, la salle de traitements a fait l'objet de diffé-

²⁶ Ce changement est intervenu suite à une demande émanant de l'équipe lors de la journée extra-muros (mai 1998).

²⁷ L'Association vaudoise de médecins concernés par la toxicodépendance (AVMCT) a été constituée en janvier 1995 dans le but de faire progresser les soins médicaux dans le domaine de la toxicomanie. A la fin de 1997 elle comptait 88 membres et 113 membres en septembre 2000.

²⁸ Le Passage ouvert en mai 1999 est une structure d'accueil à bas seuil d'accès.

rents aménagements depuis l'ouverture du Centre. Le service infirmier est garant et responsable du fonctionnement de la salle, mais tous les collaborateurs y ont accès et sont habilités à dispenser la méthadone aux patients dont ils sont référent, en dehors des heures d'ouverture du local²⁹. Chaque référent a également la responsabilité de suivre le traitement de ses patients et d'indiquer les consignes de traitement sur le cardex. La dispensation de méthadone est un moment important de la journée, reconnu comme une source potentielle d'informations qui reste cependant peu exploitée et peu exploitable dans sa forme actuelle. La principale difficulté évoquée par les intervenants est le manque de temps à disposition pour chaque patient, compte tenu de l'affluence et de la présence d'une seule, voire de deux, personnes au moment de la dispensation des traitements. On peut relever toutefois, qu'un travail de réflexion est actuellement en cours.

■ Recherche et formation

Un des mandats du Centre St-Martin est d'être un lieu de référence ; à cet égard il développe différentes activités de formation (accueil de stagiaires de toute profession, PPMT³⁰ et formation continue des médecins de la PMU), d'enseignement (plusieurs cours dans le cadre de la Division d'abus de substances, du GREAT, de l'AVMCT³¹) et de recherche (biochimie, psychométrie, pharmacothérapie, etc.).

■ Tenue des dossiers

Les dossiers de patients devraient au minimum permettre l'archivage des données pour un usage ultérieur, et la transmission effective des informations entre les intervenants. Actuellement, et ceci malgré certains efforts de l'équipe ainsi que l'établissement d'une feuille de données "de base" à saisir, la situation reste insatisfaisante pour une partie des dossiers. Par exemple, certains intervenants conservent à l'extérieur du dossier du patient les informations sur le suivi ou n'inscrivent que sporadiquement des notes au dossier.

3.1.10 Gestion

L'équipe du CSM est depuis son ouverture pluridisciplinaire et composée de médecins, d'infirmiers, de psychologues, d'éducateurs spécialisés et d'assistants sociaux. Un poste supplémentaire d'assistant social a pu être créé en 1998 suite à son financement par la COREL.

Tableau 3.1-4 CSM : postes disponibles, 1997-1999

Centre St Martin	1997	1998	1999
	Taux	Taux	Taux
Médecin cadre	80%	80%	80%
Chef de clinique	180%	180%	180%
Médecin assistant	100%	150%	150%
Psychologue	60%	60%	60%
Service social	270%	370%	370%
Service infirmier	310%	420%	460%
Total médico-social	1000%	1260%	1300%

²⁹ Les dispensations de médicaments et de méthadone ont lieu entre 12h et 14h et entre 17h et 19h la semaine et de 10h à 11h le samedi.

³⁰ PPMT : Programme de perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicomanie.

³¹ GREAT : Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies; AVMCT : L'Association vaudoise de médecins concernés par la toxicodépendance.

Centre St Martin	1997	1998	1999
	Taux	Taux	Taux
Secrétariat	180%	200%	200%
Employés d'exploitation	50%	50%	50%
Total non médico-social	230%	250%	250%
	1230%	1510%	1550%
Total général	2230%	2770%	2850%

3.2 CONCLUSIONS

■ Après plusieurs années d'existence, le CSM occupe une place centrale dans le dispositif vaudois de prise en charge des consommateurs de drogues.

■ Le **volume de sa clientèle** est très important avec plus de 500 patients reçus chaque année depuis 1997. Ce volume a pu être stabilisé par différentes mesures : règles d'urgence pour l'entrée en traitement, redistribution plus rapide dans le réseau, etc. La durée de la prise en charge est d'ailleurs très variable avec 15% de dossiers fermés dans un délai de 7 jours et 30% encore ouverts après un an.

■ Le CSM a montré une **capacité d'attraction diversifiée**, comprenant des consommateurs récents, des consommateurs de plus longue durée n'ayant jamais été en traitement et des consommateurs ayant connu des échecs thérapeutiques répétés.

■ Le **profil de la clientèle** montre toutefois la prédominance de toxicodépendants fortement désinsérés, ayant une longue carrière de dépendance, souvent à plusieurs produits. L'âge moyen de la clientèle est en augmentation.

■ Le CSM, avec son équipe multidisciplinaire, offre une palette fournie d'interventions, au premier plan desquelles on trouve des traitements de substitution et des sevrages. Tous ces traitements sont offerts dans une perspective bio-psychosociale, avec la possibilité d'un "dosage" des diverses composantes selon la personne.

■ Depuis 1998, l'instauration du colloque clinique pour toutes les nouvelles admissions a amélioré l'utilisation des compétences propres à chaque intervenant ou à une catégorie d'intervenants et vise l'adéquation des traitements aux besoins spécifiques des individus.

■ On observe des évolutions positives chez les usagers :

- ■ nette diminution de la fréquence de consommation de drogues dures chez les personnes suivies régulièrement au CSM, même s'il existe un problème de consommation parallèle aux traitements de méthadone,
- ■ amélioration de l'insertion sociale (logement et travail), mais qui reste problématique.

■ Le CSM a bien développé la collaboration avec les partenaires du réseau et multiplié les contacts notamment par le biais de la formation et du soutien offerts.

■ La redistribution des patients vers le réseau extérieur (médecins praticiens, pharmacies, etc.) reste cependant difficile. La réorientation dans le réseau des patients entrés en 1997 a été plus rapide qu'en 1996, mais pas plus importante après deux ans (environ un tiers des patients). Les interruptions de prise en charge ont été importantes : entre 30 et 40% (suivi sur 2 ans des dossiers).

■ La qualité de la documentation de la clientèle et des prestations offertes est encore insuffisante malgré l'introduction d'une fiche de saisie de données de base devant figurer dans chaque dossier. En particulier, le suivi des cas et la réorientation ne sont pas suffisamment détaillés dans les dossiers.

■ Relativement à l'organisation interne la principale difficulté à relever concerne les aspects du travail interdisciplinaire; à la fois richesse et source de difficultés. Si on peut relever un certain nombre de démarches et d'améliorations allant dans le sens d'un développement de celui-ci (telles que la dimension clinique donnée aux colloques du lundi, la volonté de mieux définir les spécialisations à travers le projet/la réalisation de charte pour chaque discipline), les collaborations et le recours aux spécialisations des autres intervenants dans une perspective de complémentarité méritent d'être encore encouragés et renforcés.

■ L'évaluation n'a pas abordé les missions de formation et de recherche.

3.3 ENJEUX ET RECOMMANDATIONS

Au terme de 4 ans de fonctionnement, certaines questions restent d'actualité, notamment celle pour le CSM de se situer par rapport à différentes alternatives. Par exemple, quelle part est réservée à l'aide à la survie et quelle est celle que l'on attribue au traitement ? Inscrit-on les prises en charge dans le long ou le court terme, et pour quels types de patients ?

Au vu des difficultés d'orientation des usagers déjà suivis, que répondre et qu'offrir à des personnes qui, tout en ne correspondant pas aux définitions des cas d'urgence, sont souvent des consommateurs de drogues dures, parfois quotidiens et par injection, voire sans travail ... ?

Les enjeux se situent donc avant tout dans le contrôle de l'expansion du centre, dans une précision du rôle et de la place du CSM afin d'éviter une dispersion des forces, une surcharge chronique de la structure. Les tensions entre les capacités d'accueil et de prise en charge du centre et la pression due au nombre de demandes des usagers a induit une nécessaire adaptation des prestations de l'équipe : "file d'attente", tri selon l'urgence des situations, orientation plus rapide. Il semblerait néanmoins judicieux que le centre puisse avoir un suivi minimal des usagers adressés ailleurs surtout si la tendance à une plus forte sollicitation du réseau se maintient et que les orientations s'accélèrent.

■ Le CSM doit assumer ses spécificités dans la prise en charge, qui découlent de ses capacités de prise en charge globale et très spécialisée :

- cas lourds et complexes (psychiatriques et désinsertion sociale),
- les consommateurs n'ayant encore jamais été en traitement doivent être considérés comme des cas "urgents", de même que les jeunes de moins de 25 ans; une attention particulière doit leur être portée en vue d'une orientation optimale, tant sociale que médicale par la suite,
- consilium/débrouillage de cas avant une orientation ou réorientation rapide vers l'extérieur.

■ L'équipe doit encore développer une certaine "standardisation" de la prise en charge que l'on peut situer à la fois dans un processus plus formel de choix du référent et de la prise en charge ainsi que dans un système commun de tenue du dossier. Il s'agira, en parallèle, de tirer profit des compétences spécifiques des collaborateurs en leur confiant des cas qui correspondent le mieux à leur profil (social, médical somatique, psychiatrique/psychologique) et en favorisant le système des co-références.

■ Le CSM doit augmenter sa capacité de suivi conjoint avec les partenaires extérieurs (essentiellement médecins et pharmaciens, mais aussi services sociaux et psychologues), ce qui devrait faciliter la redistribution des patients vers l'extérieur.

■ La réflexion sur le fonctionnement interne mérite d'être poursuivie, notamment du point de vue de l'organisation de la dispensation de la méthadone et des médicaments, mais également afin de mieux cibler et organiser les activités en fonction des besoins exprimés par l'équipe (organisation de journées extra-muros de réflexion auxquelles participe l'ensemble de l'équipe, sur le modèle des deux journées de 1998 et début 2000).

3.4 UNITE AMBULATOIRE SPECIALISEE POUR TOXICODÉPENDANTS (UAS) : (CHABLAIS, PAYS-D'ENHAUT, RIVIERA, LAVAUX)

3.4.1 Historique et objectifs

L'Unité ambulatoire spécialisée pour toxicodépendants (UAS) a ouvert ses portes en mars 1998 à Montreux et n'a donc pas été englobée dans le rapport d'évaluation précédent. Elle a pour vocation l'accueil, l'orientation et le traitement d'accès facilité pour la population toxicodépendante. Elle poursuit les objectifs suivants :

- 1 l'accueil et le travail de proximité, sous forme d'une collaboration assurée avec un des travailleurs sociaux de l'Association communautaire et toxicomanie (ACT) à l'UAS,
- 2 l'orientation rapide des patients toxicomanes par une évaluation et une réponse multidisciplinaire (permanence assurée à tour de rôle par un membre de l'équipe médico-psychologique-infirmière),
- 3 le suivi et la maintenance en traitement en utilisant les ressources des intervenants de la chaîne thérapeutique, mais également en initiant des traitements de substitution et en offrant des possibilités de sevrage ambulatoire ou hospitalier,
- 4 les suivis sociaux et la coordination sociale avec les services sociaux communaux,
- 5 le soutien du réseau existant par une aide ponctuelle ou plus prolongée et par une participation à des groupes de réflexions et de conseils,
- 6 la prévention secondaire et tertiaire des problèmes physiques sous forme d'une permanence somatique assurée quelques heures par semaine.

La spécificité de l'UAS par rapport à d'autres centres est d'avoir choisi avant même l'ouverture de la structure, de concentrer les ressources à disposition sur la prise en charge et le traitement médico-psychiatrique des personnes toxicodépendantes. Parallèlement, l'équipe en lien avec le réseau existant a discuté et défini des modalités de collaboration pour gérer les autres demandes des usagers et surtout les missions d'accueil et de suivis sociaux ou socio-éducatifs.

3.4.2 Méthodes d'évaluation

Lors du démarrage de l'UAS, il a été convenu de reprendre les outils d'évaluation déjà mis en place les années précédentes auprès des autres structures de traitement en les adaptant légèrement selon les particularités et les souhaits de l'équipe. Il s'agit de :

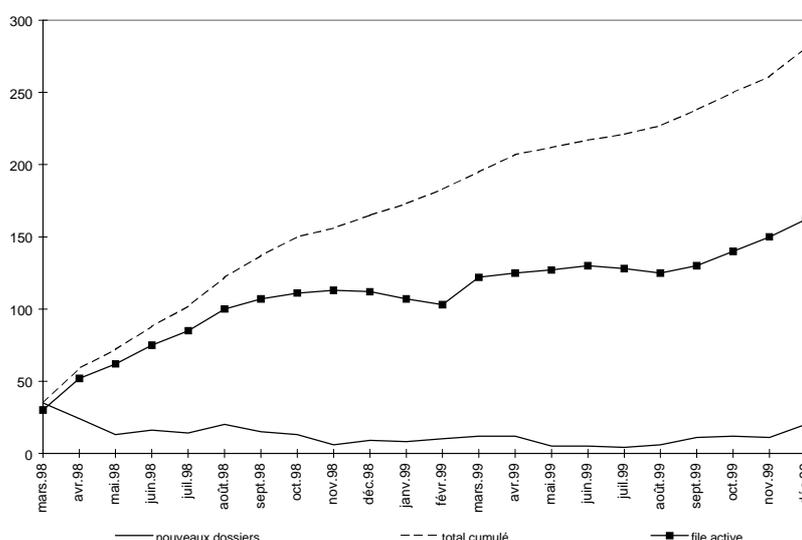
- réunions de suivi deux ou trois fois par année pour l'étude et l'accompagnement de la mise en oeuvre du projet,
- données quantitatives récoltées grâce au programme informatique de l'Unité pour mesurer l'évolution du nombre et de la nature des traitements, ainsi que de quelques caractéristiques de la clientèle,
- analyse du devenir des patients (suivi de cohorte sur dossier : première cohorte de 51 usagers débutée en février 98, deuxième cohorte en janvier 1999).

3.4.3 Fréquentation de la structure de l'UAS

Les données de fréquentation de l'UAS sont tirées du fichier statistique constitué sur la base du fichier d'admission tenu par la structure. Le programme informatique "Junior" prévu au départ pour englober à la fois des données administratives et cliniques sur le patient n'est malheureusement pas encore fonctionnel. Durant l'année 1998 et 1999, des données de base ont été saisies pour l'ensemble des usagers et dès octobre 1999, les responsables ont décidé de rejoindre la statistique OPALE³². Les résultats présentés ici proviennent donc de fichiers différents.

Depuis l'ouverture de l'UAS, 281 dossiers ont été ouverts ; pour 21 d'entre eux, il s'agissait de dossiers ponctuels liés soit à un consilium soit à une intervention de liaison. Pour les autres, il s'agissait d'interventions à moyen ou long terme (évaluations, orientations et prises en charge).

Figure 3.4-1 UAS : évolution du nombre de dossiers ouverts et tendance de la file active, 1998-1999



En moyenne, 10 nouveaux patients se sont présentés chaque mois à l'UAS durant les 6 derniers mois de 1999. De plus, 15 patients ont repris un traitement suite à une rupture (réouverture de dossiers).

Au total, 119 dossiers sur 281, soit 43%, ont été fermés durant la période d'activité de l'UAS. Les motifs de fermeture sont les suivants : 23 traitements terminés, 53 orientations, 15 sans suite (ce qui correspond à une consultation ponctuelle qui n'a débouché sur aucune prise en charge) 26 ruptures ou drop-out et 2 pour cause de décès. L'effort de réorientation a été important dès l'ouverture de la structure et s'est poursuivi par la suite. La file active au 31 décembre 1998 était de 112 dossiers et de 162 une année plus tard.

3.4.4 Profil des usagers lors de leur admission

Les données qui suivent sont tirées du suivi de dossiers soit l'analyse des 51 premiers dossiers ouverts à l'UAS depuis l'ouverture de la structure en février 1998 jusqu'à fin avril 1998 (première cohorte) et des 50 dossiers ouverts entre janvier et juillet 1999³³.

La proportion de femmes parmi la clientèle de l'UAS est de 30% en 1999, d'un âge moyen de 28.1 ans contre 29.6 pour les hommes. L'âge moyen est de 28.8 ans (médiane à 28 ans) avec une proportion d'usagers de moins de 20 ans faible. On note peu de changement au cours des années sur ces deux variables.

³² Statistique des institutions psychiatriques vaudoises.

³³ Par la suite, la participation de l'UAS à la statistique OPALE, permettra de suivre l'ensemble de sa clientèle.

Parmi les usagers de la cohorte de 1999, aucun n'est sans domicile fixe, contre 3 pour celle de 1998. Les usagers sans travail forment 52% de la clientèle (50% en 1998); 28% des usagers ont un travail régulier, 8 % ont un travail occasionnel, enfin, les personnes en formation forment 2% des usagers en 1999. Cette clientèle paraît légèrement mieux insérée que celle du CSM à Lausanne. Elle est également un peu plus jeune en moyenne.

La consommation de drogues dures³⁴ (DD) concernait au moins³⁵ 36 usagers (72%) dans l'échantillon de 1999, au moment de leur entrée dans la structure et 43 usagers (86%) dans l'échantillon de 1998. Les consommateurs de drogues douces uniquement étaient au nombre de 2 (4%) en 1999 et de 4 (8%) en 1998 et les personnes ne consommant aucun produit illicite étaient 4 parmi les échantillons des usagers de 1998 et de 1999. Parmi ces non consommateurs, 4 usagers (8%) de 1999 et 3 (6%) en 1998 étaient déjà en traitement de substitution au moment de leur admission à l'UAS.

La consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne est le fait de 15 personnes (30%) en 1999 (12 soit 24% en 1998) ; 18 personnes (36%) consomment uniquement de l'héroïne et 3 (6%) uniquement de la cocaïne.

Les DD sont consommées quotidiennement par 48% des usagers lors de leur admission en 1999 et par 74% en 1998. 30% des usagers consomment les DD par injection³⁵ (22 % en 1998). Ils sont toutefois 48% à s'être injecté au cours de leur vie (36% en 1998).

L'âge moyen de la première consommation de drogues dures est de 19,5 ans au moment de l'admission à l'UAS et la durée moyenne de consommation est de 8,8 ans en 1999, médiane à 8 ans. Cette mesure reste en partie théorique car les éventuelles interruptions de la consommation ne sont pas prises en compte. Au cours de leur vie, environ un tiers des usagers d'UAS a séjourné en prison.

Tableau 3.4-1 UAS : profil des usagers et consommation à l'entrée 1998-1999

	1998		1999	
	n	%	n	%
Effectifs	51		50	
Nb femmes	16	31	15	30
Age				
Min-max	18-43		20-45	
Age moyen	29.1		28.8	
Age médian	28.0		28.0	
15 à 20 ans	4	7	1	2
21 à 25 ans	15	29	10	20
26 à 30 ans	9	18	24	48
31 ans et plus	23	45	15	30
Domicile				
Sans domicile fixe	3	6	0	0
Fixe privé	45	90	42	84
Institution	1	1	1	2
Données manquantes	2	4	7	14
Travail				
Sans travail	25	50	26	52
Régulier	16	32	14	28
Occasionnel	4	7	4	8

³⁴ Héroïne et/ou cocaïne.

³⁵ Les données manquantes sont relativement nombreuses en ce qui concerne les différents produits consommés et surtout en ce qui concerne le mode de consommation et la fréquence de consommation de drogues dures (voir notes sous le Tableau 3.4-1). Les pourcentages présentés ici sous-estiment probablement en partie le problème de la consommation. Cependant, ces données ont été récoltées durant la première année de fonctionnement du centre et actuellement l'anamnèse de la toxicomanie des patients est plus complète.

	1998		1999	
	n	%	n	%
En scolarité	4	7	1	2
Données manquantes	2	4	5	10
Consommation				
Drogues dures	43	86	36	72
Dont : héroïne seule	31		18	
cocaïne seule	0		3	
héroïne et cocaïne	12		15	
Drogues douces seules	4	7	2	4
Non consommation	4	7	4	8
Données manquantes	0	0	8	16
Produit				
Héroïne	43	86	33	66
Cocaïne	12	24	18	36
Benzodiazépine	6	12	3	6
Cannabis	11	22	16	32
Ecstasy				
Alcool	7	14	5	10
Champignon				
LSD				
Amphétamine				
Méthadone au noir				
Nb de produits consommés				
1 produit	23	46	13	26
2 produits	17	34	21	42
3 produits et plus	6	12	4	8
Fréquence de consommation DD¹				
Quotidienne	36	74	24	48
Occasionnelle	5	10	9	18
Mode de consommation DD²				
Injection	11	22	15	30
Autres indicateurs				
Age DD	20.8		19.5	
Durée DD	8.0		8.8	
Injection (durant la vie) ³	18	36	24	48
Prison ⁴	15	30	16	32
Prostitution ⁵	0	0	1	2

¹ Fréquence de consommation de DD : Les données manquantes sont au nombre de 2 en 1998 et de 11 en 1999.

² Mode de consommation de DD : Les données manquantes sont au nombre de 20 en 1998 et de 22 en 1999.

³ Injection (durant la vie) : Les données manquantes sont au nombre de 7 en 1998 et de 13 en 1999.

⁴ Prison : Les données manquantes sont au nombre de 2 en 1998 et de 13 en 1999.

⁵ Prostitution : Les données manquantes sont au nombre de 3 en 1998 et de 20 en 1999.

Environ un tiers des usagers sont adressés par un médecin généraliste, 30% viennent d'eux-mêmes et 15% des usagers sont adressés par ACT. Dix-huit pour-cent des usagers de 1999 (45% en 1998) suivaient déjà un traitement lors de leur entrée à l'UAS. Il s'agissait soit de patients adressés à l'UAS pour un conseil ou une investigation psychiatrique, soit de patients vivant une situation partiellement conflictuelle avec leur médecin traitant. Le plus souvent ces situations ont donné lieu à un suivi parallèle, par ex. une cure de méthadone administrée par un médecin privé et un suivi psychologique à l'UAS. Parfois toutefois, la prise en charge a été entièrement reprise à l'UAS. Sept usagers (14%) n'avaient encore jamais suivi ni de

traitement de substitution ni de sevrage au moment de leur entrée à l'UAS et les autres avaient déjà eu un traitement mais sans être en traitement au moment de leur admission.

La provenance géographique des usagers en 1998³⁶ est la suivante : 72% viennent de la Riviera, 21% du Chablais, 3% du Pays-d'Enhaut et 4% d'autres régions.

3.4.5 Activités de la structure et types de prise en charge

Sur les 281 dossiers ouverts depuis mars 1998 jusqu'à la fin décembre 1999, 240 cures de méthadone et 17 sevrages ont été démarrés. Pour 68 usagers par contre, seul un suivi psychiatrique, consistant en une consultation polyclinique pour personnes toxicodépendantes, est assuré par l'UAS. Pour certains de ces cas, l'usager suit un traitement de substitution à l'extérieur avec un médecin installé. Pour certains usagers, la prise en charge initiale a été remodelée en fonction de l'évolution de leur situation³⁷. C'est pourquoi, si l'on additionne les cures, les sevrages et les suivis psychiatriques on arrive à un total de 325 prises en charge différentes pour 281 personnes suivies.

Tableau 3.4-2 UAS : types de traitement proposés, 1998-1999

		Total
Dossiers ouverts à l'UAS		281
Total cure méthadone		240
Dont	Cure MTD seule	76
	MTD déléguée	9
	MTD pharmacie	30
	MTD et suivi psychiatrique	22
	MTD et PIP	14
	MTD et suivi infirmier	44
	MTD et approche corporelle	5
	MTD et couple	5
	MTD et famille	32
	MTD et TTT secteur	3
Total sevrage		17
dont	Sevrage seul	10
	Sevrage et suivi inf	5
	Sevrage et PIP	2
Suivis psychiatriques		68

L'équipe de l'UAS a élaboré une diversité de prise en charge en plus du traitement médical de la dépendance adaptée aux situations des patients suivis.

Pour 76 patients, la prise en charge proposée consiste uniquement en la prescription d'une cure de méthadone et vise principalement à maintenir le patient dans le dispositif de soins. Pour d'autres, le traitement de substitution peut s'accompagner d'un suivi psychiatrique (entretiens et médication supplémentaire selon les troubles observés), d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique (PIP, qui peut être faite avec un infirmier, mais le plus souvent avec un psychologue), des approches corporelles telles que des cures PAK, ou encore une thérapie englobant des proches de l'usager.

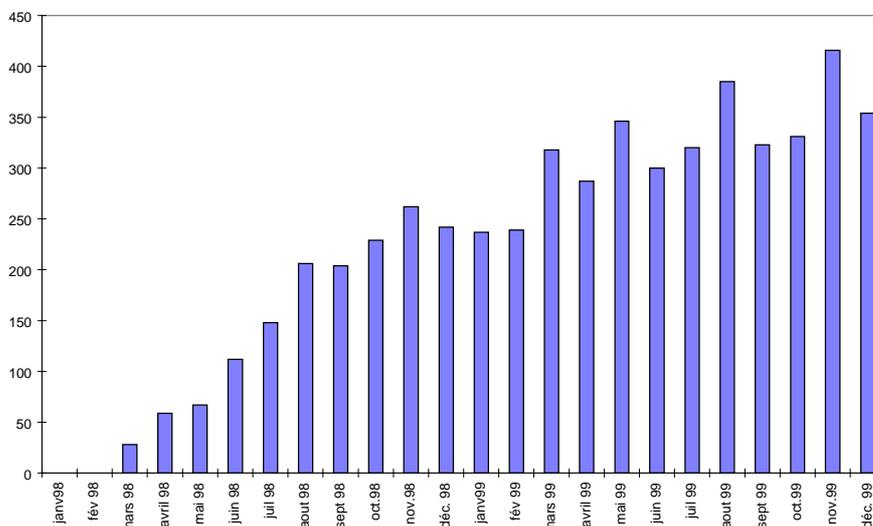
³⁶ Cette donnée provient du fichier statistique de l'UAS qui englobe tous les patients admis en 1998.

³⁷ Dans certaines situations par exemple, une personne entre pour un sevrage puis sa situation se modifie dans le sens d'une cure de méthadone, elle sera alors comptée deux fois.

Parmi les usagers en cure de méthadone au 31 décembre 1999, 107 étaient suivis quotidiennement à l'UAS et venaient y chercher leur traitement ; 30 vont chercher leur méthadone en pharmacie et 9 cures étaient déléguées à l'UAS, c'est à dire que la responsabilité de la cure est gérée par un médecin privé, mais que les patients viennent prendre leur médication à l'UAS.

Le nombre de consultations est en augmentation depuis 1998 et, pour l'ensemble des patients suivis durant 1999 (n=226), le total des consultations effectuées par l'équipe de l'UAS s'élève à 3038³⁸ (2511 en 1998). 32% de ces consultations sont faites par des médecins (seul, à deux ou accompagnés d'un psychologue ou d'un infirmier), 24 % par les psychologues (seul, à deux ou accompagnés d'un infirmier) et 40% par les infirmiers (seul, à deux ou accompagnés d'un psychologue ou d'un deuxième infirmier). Le nombre de forfaits méthadone³⁹ facturés a également augmenté au cours de l'année 1999 et dépassait en moyenne 350 forfaits hebdomadaires par mois durant le dernier trimestre 1999 (total pour 1999 = 3856 forfaits).

Figure 3.4-2 UAS : nombre de forfaits méthadone hebdomadaires facturés par mois, 1998-1999



En plus des activités cliniques, l'UAS participe activement à la formation dans le domaine de la prise en charge de personnes toxicodépendantes dans le cadre de la Fondation de Nant et dans le cadre de la formation des médecins assistants en psychiatrie. L'équipe participe par ailleurs à différents congrès ainsi qu'à la recherche sur le sevrage financée par le Fond National Suisse de la Recherche Scientifique (FNRS).

3.4.6 Collaborations et issue de la prise en charge

L'étude du devenir des usagers à travers leur dossier apporte des éléments de compréhension de la trajectoire des usagers dans le dispositif socio-sanitaire : issue de la prise en charge, orientation, collaboration. Les résultats présentés ici sont tirés du suivi des dossiers des 51 premiers usagers du centre (admission entre mars et juillet 1998).

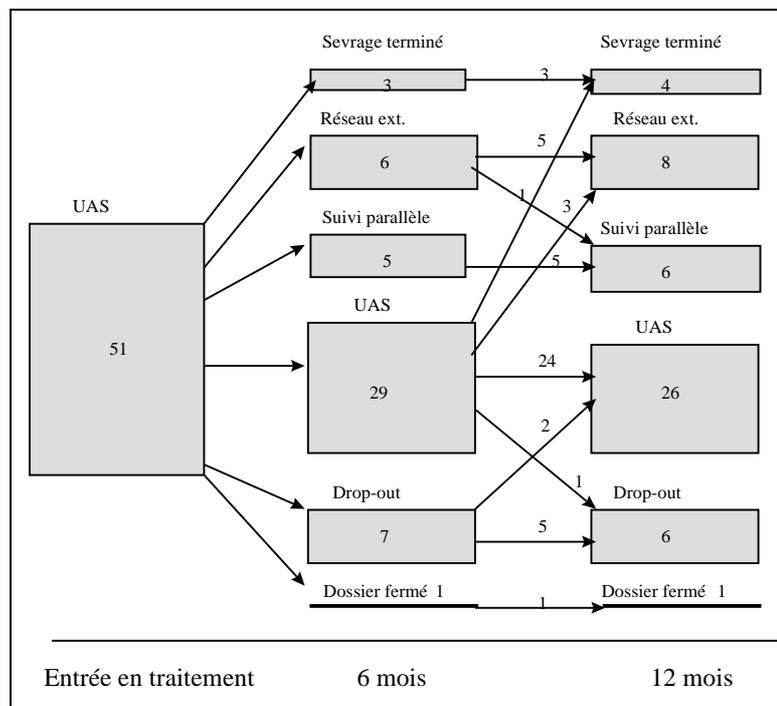
Sur les 51 dossiers examinés, 29 personnes, dont deux personnes sevrées, sont toujours suivies au centre au bout de 6 mois, 5 personnes bénéficient d'un suivi parallèle entre l'UAS et, le plus souvent, un médecin

³⁸ En raison de problèmes informatiques, ce nombre est une estimation calculée sur la base des 194 patients pour lesquels les consultations avaient été relevées, puis extrapolée pour 226 patients.

³⁹ Il s'agit, comme pour le centre St Martin, de forfaits hebdomadaires.

privé. 6 personnes ont été adressées ailleurs⁴⁰ et 7 sont en situation de drop out⁴¹. Enfin, 4 dossiers ont été fermés (3 sevrages terminés et un déménagement). Les dossiers repris au bout d'une année montrent que les personnes orientées vers l'extérieur sont au nombre de 8. Les personnes en situation de drop out ne sont plus que 6. Enfin, 26 personnes restent toujours suivies par le centre et 6 autres sont suivies parallèlement (Figure 3.4-3)⁴².

Figure 3.4-3 Evolution de la prise en charge à 6 mois et une année, étude des dossiers de suivi, 1998-1999



Le graphique montre également quelques mouvements de retour, soit une personne qui après avoir été adressée à l'extérieur revient pour être suivie parallèlement, et deux usagers en situation de drop out au bout de 6 mois qui ont, par la suite, réintégré l'unité. Un dossier supplémentaire a pu être fermé suite à un sevrage terminé.

Les usagers pour lesquels on ne retrouvait pas d'information pendant plus de deux mois dans le dossier ont été considérés comme étant en situation de drop-out, c'est-à-dire en rupture de suivi et de traitement. Au bout des 6 premiers mois, 7 personnes ont été considérées comme DO.

Parmi ces 7 personnes, 2 ont recommencé une prise en charge plus ou moins régulière au centre dans la deuxième phase de 6 mois, cependant qu'une nouvelle personne a rejoint la catégorie des DO (6 personnes à un an). Les personnes en situation de drop out ne se distinguent pas fortement du reste de l'échantillon.

Parmi les personnes adressées ailleurs, 4 patients ont été adressés à un médecin privé et 5 à une institution. Cependant, en terme de collaboration, l'UAS essaie généralement de mettre sur pied un suivi conjoint sur les plans tant médicaux que sociaux.

⁴⁰ Dont une personne adressée au CSM après un sevrage terminé.

⁴¹ Dont une personne après un sevrage terminé.

⁴² Comme la constitution des cohortes suivies à l'UAS a eu lieu entre les mois de mars et de juillet, il n'a pas été possible dans ce rapport d'inclure les résultats à 2 ans de la première cohorte et ceux à un an pour la deuxième cohorte.

On voit une augmentation de la collaboration au cours du temps : d'une manière générale, les relations avec la famille ou des proches sont importantes ainsi que celles qui concernent la justice (tuteur, justice, service des automobiles pour retrait du permis et vérification des consommations d'alcool). Enfin l'office de l'AI et le patron sont cités chacun une fois. La collaboration avec ACT apparaît pour 8 usagers. Pour 17 usagers, on ne relevait pas de collaboration avec le réseau extérieur au moment de l'admission. Au bout de 6 mois, pour 7 d'entre eux une ou plusieurs collaborations avaient été mises sur pied.

La collaboration avec des proches de l'usager et avec des membres de la famille est fortement développée à l'UAS. Elle consiste à amener les familles des patients dans le traitement ce qui implique bien sûr que l'usager accepte au préalable de parler et de reconnaître ouvertement sa toxicomanie.

Les différentes personnes impliquées par ces collaborations participent quand cela s'avère utile à des entretiens de bilan et leur avis est le plus souvent pris en considération lors de problèmes ou de changement dans la prise en charge.

3.4.7 Evolution de l'insertion et de la consommation chez les usagers toujours en traitement à l'UAS à un an

■ Evolution de l'insertion des usagers à un an

Sur la base du suivi de dossiers de la première cohorte et du point de vue de l'insertion sociale des patients, on relève une série d'améliorations qui concernent aussi bien le travail que le logement.

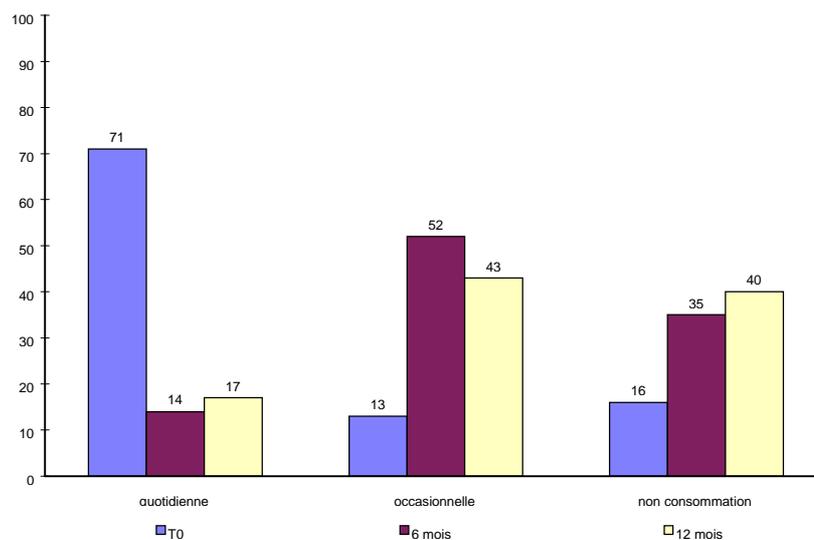
Sur le plan du logement (sur 32 dossiers portant les indications au moment de l'admission et à une année), une personne est sans domicile fixe au bout d'un an. Quant à l'emploi (sur 32 dossiers portant la double indication), on note une augmentation des personnes ayant un travail régulier : 45% à un an contre 29 au moment de l'admission, le pourcentage des personnes ayant un travail occasionnel reste stable et on constate donc une diminution du nombre de personnes sans travail. Les personnes qui suivent une formation professionnelle constituent 13% des usagers à un an.

■ Evolution de la consommation des usagers à un an

Parmi les 32 patients toujours suivis à l'UAS au bout de 6 mois, on observe une diminution de la fréquence de consommation de drogues dures⁴³ : la consommation quotidienne qui concernait 71% des usagers au moment de l'admission passe à 14% à 6 mois pour les patients toujours suivis. La consommation occasionnelle par contre augmente et concerne 52% des usagers au bout de 6 mois. Enfin, 35 % des usagers disent ne pas consommer de drogues dures au bout de 6 mois. Ces tendances se poursuivent et après une année, la consommation quotidienne de drogues dures ne concerne plus que 17% des usagers, la consommation occasionnelle est le fait de 43% des usagers et 40% disent ne plus consommer. Au bout d'un an, les usagers consomment principalement de l'héroïne (14 usagers), de la cocaïne (12 usagers), puis les benzodiazépines (3), le cannabis (2).

⁴³ Héroïne ou cocaïne.

Figure 3.4-4 Evolution de la fréquence de consommation de drogues dures (%), étude des dossiers de suivi, 1998-1999



3.4.8 Organisation interne

L'UAS est ouverte du lundi au vendredi de 9 à 18 h. Les nouveaux cas se présentent soit sur rendez-vous, soit à la permanence assurée tous les jours de 14 à 16 par un duo thérapeutique (médecin/ psychologue et infirmier).

L'UAS a clairement une identité psychiatrique, de par son rattachement au secteur psychiatrique publique de l'Est Vaudois et par l'expérience en majorité psychiatrique des membres qui composent son équipe (souvent des doubles formations pour les infirmiers, par exemple : médecine somatique et psychiatrie ou santé communautaire et psychiatrie). De plus, l'UAS travaille dans une optique psychodynamique en référence au corpus psychanalytique, comme le reste du secteur où elle est intégrée.

L'intérêt de cette articulation en duo permet de garantir d'emblée un suivi continu entre le premier entretien et l'articulation ultérieure du traitement proposé, puisque dans la majorité des cas, les intervenants présents lors du premier entretien vont rester les référents du patient par la suite.

Lors du premier entretien, les différentes dimensions de la problématique présentée par le patient sont évaluées : évaluation de la consommation, anamnèse somatique, psychiatrique, sociale, situation judiciaire et contextuelle. Toutes les nouvelles situations sont discutées dans un colloque bihebdomadaire d'indication, où se décident les possibilités de réorientation, les options thérapeutiques pharmacologiques, les premiers objectifs du traitement et les priorités à donner aux investigations futures si le traitement se poursuit à l'UAS.

Un colloque hebdomadaire ainsi que des moments de synthèse avec le cadre répondant et les référents du patient permettent de réorienter le traitement et de définir des objectifs nouveaux en fonction de l'évolution du patient.

L'équipe infirmière est particulièrement en contact avec les assistants sociaux des centres sociaux régionaux ; il lui revient d'articuler (parfois en urgence) le lien et le fonctionnement en réseau avec les assistants sociaux ou avec les travailleurs de proximité et de participer au débroussaillage de situations administratives complexes. De même, l'équipe infirmière est fortement impliquée dans la prise en charge des patients puisque outre les aspects spécifiques aux soins infirmiers, elle s'occupe des visites d'accompagnements dans les autres structures (par ex. à la maternité), investigate les conditions de vie et propose un accompagnement au quotidien lors de la dispensation de méthadone. Une infirmière (référente SIDA) fait plus spécifiquement le lien avec le médecin-assistant somaticien et s'occupe de programmer les bilans de santé, les tests hépatiques et Sida. Elle a également une activité dans le domaine de la prévention secondaire et tertiaire au sein de l'unité.

L'équipe infirmière gère par ailleurs le local de méthadone, la dispensation du traitement effectuée par l'infirmier référent du patient dans les deux tranches horaires préalablement définies (11h 30-13 h), (16h-18h) ainsi que les tests d'urine. Ces moments sont l'occasion d'échanger autour des consommations annexes, de régler des questions d'adaptation du dosage médicamenteux, d'assurer le pôle psycho-éducatif de la relation, etc.

Les autres thérapeutes (psychologues, psychiatres) sont impliqués dans les entretiens de bilan, dans le travail et la redéfinition régulière de nouveaux objectifs de traitement avec le patient et son référent infirmier. Ils sont également sollicités pour des évaluations et des suivis psychiatriques "type policlinique" pour un collectif de patient en traitement de substitution auprès d'un médecin généraliste. Ils ont une activité de liaison avec le milieu hospitalier somatique et psychiatrique et s'occupent plus spécifiquement d'organiser des entretiens de réseau avec l'entourage, la famille, les autres intervenants, si nécessaire.

Idéalement les suivis internes à l'UAS devraient être réservés aux situations toxicomanes complexes, grevées d'une lourde psychopathologie. D'importantes difficultés de réorientation de situations cliniques stabilisées ont surgi durant le courant de l'année 1998, certainement dues à un phénomène de saturation des médecins généralistes qui avaient assumés difficilement des situations complexes au cours des années précédentes. Un travail d'information a été effectué auprès des médecins généralistes dans le cadre des groupes PPMT⁴⁴, leur permettant de mieux cerner le type d'indication à un traitement UAS et d'autre part un modèle original de "continuité des soins" a été mis en place pour étayer les traitements auprès des généralistes (un des référents de l'UAS participe à des entretiens de bilans réguliers chez le médecin généraliste avec le patient, même si ce dernier n'est plus à l'UAS).

L'UAS, avant même l'ouverture du centre, a entamé des discussions pour établir des modes de collaboration avec le reste du dispositif socio-sanitaire de la région. La spécificité du mode de collaboration mis en place à l'UAS avec les autres membres du réseau réside dans le regroupement sous le même toit des compétences pluridisciplinaires - médico-psychologiques, infirmière, sociale et éducative -. Toutefois les assistants sociaux, s'ils se déplacent volontiers à l'UAS le font dans le cadre de leur mandat CSR⁴⁵, tout comme le volet socio-éducatif est assuré par les collaborateurs de ACT (Vevey). Cette situation, si elle nécessite une collaboration rapprochée et une grande confiance en les partenaires du réseau, s'avère précieuse puisqu'elle offre à l'utilisateur la possibilité de rencontrer chaque intervenant soit dans les locaux de l'UAS, soit dans leur "fief" respectif (ACT à Vevey, le bureau des services sociaux) ; ainsi, par exemple lors d'une rupture de contrat avec l'équipe médicale, l'utilisateur pourra continuer à entretenir des contacts avec ACT à Vevey. Pour les intervenants des différentes équipes cela permet de maintenir plus facilement une forme d'indépendance dans l'orientation de leur travail et dans la définition de leur intervention.

La mise sur pied de ces collaborations, ainsi que les nécessaires discussions et réajustements au cours de suivis ne sont pas sans demander des ressources considérables en temps et en investissement personnel. L'évaluation a cependant peu porté jusqu'à présent sur ces modes de faire. Il conviendra de suivre ces expériences par la suite (cf. notamment avec le projet Rel'ier).

3.4.9 Gestion

En 1999, l'équipe est composée d'un médecin psychiatre responsable de l'unité (80%), d'une équipe médico-psychologique (180%) et d'une équipe infirmière(400%). Les postes supplémentaires créés en 1999, soit un poste à 100% pour l'équipe infirmière et 30% de plus pour le poste de médecin assistant, ont été financés par l'institution sans augmentation du budget de l'UAS par la santé publique.

⁴⁴ PPMT : Programme de perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicomanie.

⁴⁵ CSR : Centre social régional.

Tableau 3.4-3 UAS : Postes disponibles, 1998-1999

		1998 Taux		1999 Taux
Chef de clinique		90%		80%
Médecins assistants		50%		80%
Psychologues		100%		100%
Infirmière ICUS		80%		80%
Infirmiers		220%		320%
Total médico-social	total au 31.12.98	540%	total au 31.12.99	660.0%
.....				
Personnel administratif		100.0%		108.0%
Personnel de maison		35.3%		35.3%
Total non médico-social	total au 31.12.98	135.3%	total au 31.12.99	143.3%
.....				
Total général		675.3%		803.3%

3.5 CONCLUSIONS

■ Depuis son ouverture en mars 1998, l'UAS a vu sa file active de patients augmenter régulièrement. A la fin de 1999, une dizaine de nouveaux patients étaient vus chaque mois et le nombre de dossiers ouverts atteignait presque 300. Les patients proviennent de tout l'est du canton jusqu'au Chablais.

■ Si les médecins et les patients eux-mêmes sont à l'origine de la majorité des admissions, ACT occupe une place importante dans l'orientation des usagers vers l'UAS.

■ La clientèle de l'UAS semble un peu moins désinsérée que celle du CSM et un peu plus jeune; elle présente cependant également un profil de consommation lourde.

■ L'UAS a adopté un modèle de travail en réseau avec les partenaires régionaux, en particulier ACT, mais aussi les médecins installés en pratique privée et les services sociaux régionaux. Les missions et les limites des interventions des différentes équipes intervenantes semblent assez clairement définies.

■ Les cures de méthadone initiées à l'UAS représentent la grande majorité des traitements, associées à d'autres types de prise en charge. La prise en charge est pluridisciplinaire, souvent en tandem (interne à l'UAS).

■ La communication et l'échange d'information dans l'équipe sont bons : toutes les nouvelles situations sont discutées en colloque d'indication (au moment de l'admission) et les réorientations de traitement font aussi l'objet de discussions en colloque.

■ L'évolution des patients en traitement est favorable avec une amélioration de l'insertion sociale et une diminution de la consommation.

■ L'orientation "sociale" (vers ACT, services sociaux communaux) semble plus facile que l'orientation "médicale" (auprès des médecins généralistes), ce qui pose par moment un problème de surcharge à l'équipe. La reprise de patients par le réseau après un an représente un peu moins du tiers des patients (suivi sur dossier 1998-99), les "drop out" (abandons, personnes perdues de vue) environ 10%.

3.6 ENJEUX ET RECOMMANDATIONS

- Au vu de l'augmentation de la file active de ses patients, l'UAS risque de se retrouver en situation de saturation. Un enjeu primordial est donc d'arriver à augmenter le nombre de patients adressés ailleurs, et notamment auprès des médecins généralistes.
- La collaboration avec le travail de proximité de ACT a connu des hauts et des bas au cours de ces deux années. Il serait utile qu'un travail de documentation de ces expériences puisse être fait.

- L'ouverture de ces deux structures représente une importante augmentation (qualitative et quantitative) des capacités de prise en charge. Cela correspondait à un besoin : les deux structures se sont rapidement remplies et connaissent des problèmes de saturation.
- Elles sont organisées selon deux modèles différents (CSM : plutôt centralisé, UAS plutôt en réseau avec une partie des ressources à l'extérieur) qui tous deux fonctionnent.
- Dans les deux cas, on comptait beaucoup sur la réorientation rapide de la prise en charge vers des partenaires extérieurs (en particulier les médecins). Cet objectif doit être conservé mais le réseau n'est peut-être encore pas assez solide pour assurer cette fonction, d'où l'importance du développement des contacts, du soutien et de la formation continue des autres intervenants. Une solution intermédiaire plus souple est en train de voir le jour (prises en charge conjointes, retours temporaires des patients vers les structures dans des situations de crise, de lassitude des partenaires, ou après des interruptions de traitement). Dans cette situation, même si le pool de nouveaux patients est probablement en train de diminuer, ce tournus des patients maintiendra une forte pression sur les structures.
- Dans ce sens, il serait nécessaire d'augmenter la qualité et la systématisation de l'information contenue dans les dossiers (consommation, prises de risques, etc.) et mieux documenter les processus d'orientation, les interruptions et les fins de traitement.
- Il serait particulièrement intéressant - et cela concerne toutes les structures de traitement - d'explorer davantage les suivis et les trajectoires des patients dans le réseau, notamment pour documenter l'intensité et la continuité des prises en charge.

4 EVALUATION DES CENTRES D'ACCUEIL

4.1 ENTREE DE SECOURS (EDS) : CENTRE D'ACCUEIL POUR LA REGION MORGES - AUBONNE

4.1.1 Historique et objectifs

Au moment de son ouverture en 1997, EdS avait pour objectif d'être une structure d'accueil, de soutien et d'orientation pouvant être le pont entre la personne consommant des produits stupéfiants, sa famille, son entourage et les institutions médicales et sociales existantes. Ses buts étaient également de développer le travail en réseau, afin de favoriser des prestations de proximité pour les personnes dépendantes et pour leur famille, et de créer, dans la région de Morges - Aubonne, un lieu d'information et de coordination pour les réseaux médicaux et sociaux concernés par la toxicomanie. Plus précisément, les objectifs du centre étaient :

- 1 l'accueil qui correspond à une phase de discussion, d'entrée en matière plus ou moins informelle,
- 2 le soutien qui s'effectue à partir de la demande ou des besoins de la personne. En général, il s'agit de gérer les situations de crise et d'offrir assez rapidement une réponse aux problèmes qui se posent,
- 3 l'orientation qui consiste à utiliser au maximum les ressources du réseau pour adresser les usagers à d'autres partenaires,
- 4 un aspect important du travail entrepris par EdS vise aussi à mobiliser les partenaires extérieurs, à faire en sorte que chacun joue son rôle, à ce que la complémentarité des différentes composantes du réseau soit optimale.

Le premier rapport d'évaluation confirmait la mise en œuvre de ces missions, tout en mentionnant des liens ténus avec l'équipe de travail de proximité de la région Morges-Aubonne ainsi qu'une relative sous-utilisation des compétences infirmières des membres de l'équipe. La question de la couverture (problématique) de la région et de la provenance des usagers (essentiellement de la région de Morges) avait également été posée.

Par rapport à la situation au moment de l'ouverture du centre et depuis le printemps 1998, l'activité d'accueil du centre a été divisée en deux périodes distinctes. Durant la journée, l'utilisateur ayant une demande précise est accueilli avec ou sans rendez-vous et de manière individuelle. Dès 17 heures et le dimanche, l'accueil devient également informel et collectif.

Actuellement, le soutien offert vise à favoriser l'accès à certaines ressources comme la formation, l'accès au travail, au logement, à débloquer des situations très compliquées et souvent en situation d'impasse (par exemple, concernant les caisses maladies), à limiter les dégâts liés à des problèmes financiers (plan de désendettement) et à redonner à l'utilisateur une certaine autonomie. Le suivi psychologique proposé aux usagers (à ne pas confondre avec un traitement) consiste en moments d'écoute, permet d'élaborer des projets, de dire des moments de fragilité, etc.

L'équipe accorde une grande importance à satisfaire au mieux sa troisième mission à savoir l'orientation. Ainsi, lorsqu'un traitement psychothérapeutique est demandé ou suggéré par l'équipe, elle adressera de préférence l'utilisateur à des intervenants extérieurs. De même, les interventions par rapport à un traitement médical ne sont envisagées qu'à court (voir moyen terme) avant une orientation vers un médecin généraliste ou lors d'interventions de liaison.

Les usagers peuvent par ailleurs profiter des consultations médicales organisées par des médecins dans les locaux du centre.

4.1.2 Méthodes d'évaluation

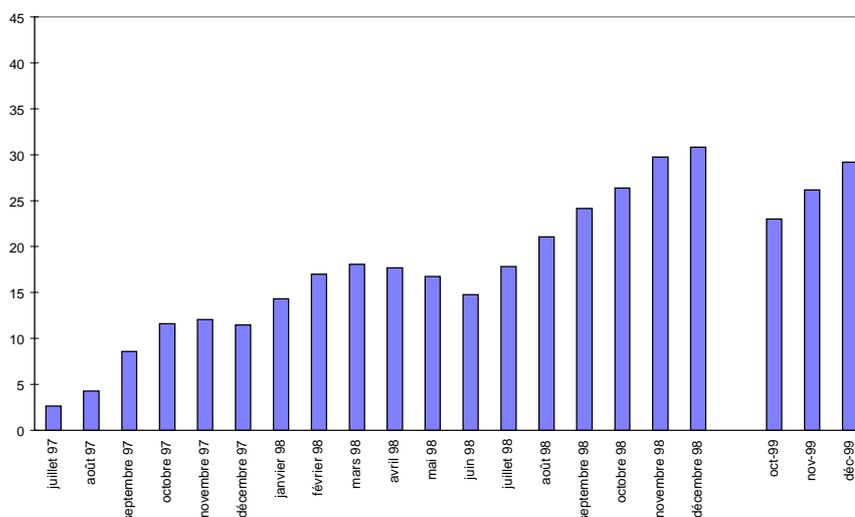
En 1998 et 1999, l'évolution du nombre et de la nature des contacts, ainsi que l'utilisation des prestations offertes par EdS, ont été relevées à l'aide du monitoring déjà mis en place les années précédentes. L'interprétation des données a été faite en considérant les faits ou événements marquants de la vie du centre, tels qu'ils sont restitués par ses collaborateurs lors des réunions de suivi qui ont eu lieu régulièrement avec l'équipe d'Entrée de Secours.

L'outil développé en 1997 pour les premières demandes d'aides et de prises en charge a été complété par le suivi de dossier qui permet de suivre l'évolution des usagers du point de vue de leur consommation et de leur insertion. Ce questionnaire a été utilisé pour un échantillon de 20 usagers entrés à EdS en 1999 et pour 20 autres usagers entrés en automne 1998. Pour ces derniers, un relevé de leur situation a été fait à 6 mois et à une année. Par ailleurs, une démarche pour documenter le travail socio-éducatif a été entreprise. L'essentiel de cette démarche sera présenté dans le chapitre 8.1, page 137, mais différents aspects du travail mis en place par l'équipe d'EdS avec les usagers figurent sous le point "activités" et "accompagnement".

4.1.3 Fréquentation de la structure EdS

L'analyse des données du monitoring fait apparaître entre 1998 et 1999 une stabilisation de la fréquentation du centre. En effet, à la fin de 1999, ce sont toujours entre 20 à 30 personnes qui chaque jour se rendent dans les locaux de EdS (contre une dizaine à la fin de 1997).

Figure 4.1-1 EdS : nombre moyen de personnes par jour d'ouverture⁴⁶, 1997-1999

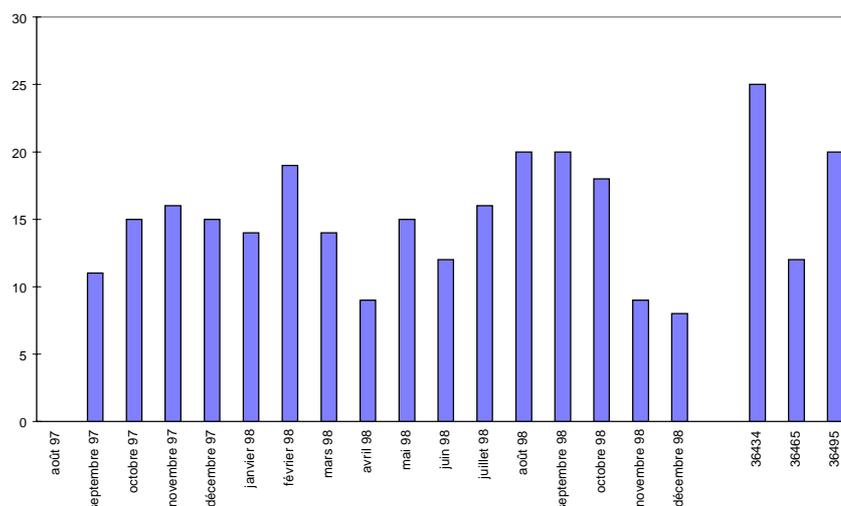


Le nombre de "nouvelles personnes", c'est à dire, de personnes qui viennent consulter à EdS sans être déjà connues par un membre de l'équipe reste cependant élevé : deux ans et demi après l'ouverture du centre, 57 nouvelles personnes sont venues à EdS durant le dernier trimestre de 1999.

Depuis l'ouverture du centre, le nombre d'usagers ayant fréquenté la structure s'élève à un peu plus de 300 usagers ayant formulé une demande auxquels il convient d'ajouter les personnes ayant consulté pour un proche et les usagers qui fréquentent la structure comme lieu d'accueil ou sans demande précise.

⁴⁶ Du lundi au vendredi, à l'exclusion des dimanches durant lesquels la structure n'ouvre que deux heures.

Figure 4.1-2 EdS : nombre de nouvelles personnes par mois, 1997-1999



4.1.4 Profil des usagers au début de l'accompagnement

La principale source de données permettant de dresser le profil de la clientèle de EdS lors de son admission est constituée par les questionnaires de prise en charge des usagers remplis en 1998 et 1999. Ils donnent des informations sur les différences pouvant apparaître d'une année à l'autre dans le profil de la nouvelle clientèle.

Les données de 1999 ont été récoltées sur la base d'un nouveau questionnaire (outil équivalent à celui mis au point avec ZB). De ce fait, la comparaison avec les années précédentes n'est que partiellement possible. Au total, 117 feuilles de prise en charge ont été remplies durant l'année 1999. Parmi celles-ci figurent 21 feuilles qui concernent en premier lieu des demandes émanant de personnes proches de toxicomanes (parents, épouses) qui ont été écartées de l'analyse du profil de la clientèle. Durant l'année 1998, 101 feuilles avaient été remplies pour des personnes consultant pour elles-mêmes et 17 pour des proches de personnes consommatrices de drogues (Tableau 4.1-3). Des éléments du parcours de vie, de la situation du point de vue de la consommation et de l'insertion au moment des premiers contacts ainsi que les prestations demandées à ce moment ont été récoltés. Le bilan sur ces différents points après un an de suivi a été fait pour l'échantillon de 1998⁴⁷.

Le profil des usagers arrivés au centre en automne 1999 donne l'image d'une population composée à 69% d'hommes dont l'âge moyen est sensiblement plus élevé que celui des femmes (32 ans contre 30 ans en 1999, et 30 et 28 ans en 1998). L'âge moyen de cette clientèle est de 31.4 ans (médiane à 30.5 ans). On assiste donc à un vieillissement de la population d'EdS qui avait déjà été remarqué entre 1998 et 1997. Ce vieillissement est principalement lié à une diminution des usagers âgés de 15 à 20 ans et des 20 à 25 ans dont les effectifs sont respectivement de 1% et de 13 % en 1999.

9 usagers sont sans domicile fixe lors de leur premier contact avec EdS en 1999 (5 en 1998). Le nombre de personnes en institution est relativement élevé : 18% en 1999 et en 1998. En ce qui concerne l'insertion socioprofessionnelle, environ 48 % d'usagers sont sans travail.

En ce qui concerne la consommation de drogues, la comparaison annuelle est difficile du fait qu'en 1998 et 1997 l'équipe ne relevait que les "consommations posant problème". Avec la nouvelle grille du ques-

⁴⁷ Rappelons que pour les structures à caractère socio-éducatif, l'introduction d'une forme de suivi des usagers représente une ouverture importante aux demandes des évaluateurs. Les précautions prises pour garantir l'anonymat des usagers (questionnaire rempli par une personne de l'équipe) et les discussions préalables sur l'utilité des différentes questions proposées ont cependant permis aux équipes d'adhérer à la mise en place de cet outil.

tionnaire de 1999, toutes les consommations sont relevées. C'est pourquoi, dans les commentaires qui suivent, seules les données de 1999 sont présentées.

Au moment des premiers contacts avec la structure, la consommation de DD⁴⁸ concernait 73% des usagers en 1999. Environ 7% des usagers arrivant dans la structure ne consommaient que des drogues douces et respectivement 20 % ne consommaient aucune drogue. Parmi ces usagers non consommateurs, 11 étaient déjà en traitement de substitution. Les autres non consommateurs sont venus, pour la plupart, chercher des informations diverses et demander une aide administrative.

La consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne est le fait de 19 usagers dans la nouvelle clientèle de 1999. 49 personnes ne consomment que de l'héroïne et 2 de la cocaïne. En 1999, le pourcentage de personnes polytoxicomanes est plus élevé qu'en 1998 (22% consomment 3 produits ou plus, sans compter la méthadone et les benzodiazépines prescrites). La consommation d'alcool est également fréquemment problématique et concerne 21% des usagers.

Parmi la nouvelle clientèle de 1999, les drogues dures étaient consommées par injection dans 59% des cas et pour 56% des usagers il s'agissait d'une consommation quotidienne. L'âge moyen pour le début de la consommation de drogues dures est de 20.7 ans en 1999 et la durée moyenne de consommation est de 10.9 ans.

En 1999, sur 57 questionnaires portant l'information, 49% d'usagers avaient fait un séjour en prison et 11% avaient une expérience de prostitution.

En 1999, 74% des usagers ont un médecin traitant et 51% sont suivis par un service social. 70% ont déjà suivi un traitement en rapport avec la toxicodépendance mais ont rechuté et 46% sont actuellement en traitement. Il n'y a donc de ce point de vue pas de différences notables par rapport à 1998.

Tableau 4.1-1 EdS : profil des usagers et consommation, 1997-1999

	1997		1998		1999	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs¹	69		101		96	
Nb femmes	23	33	41	41	30	31
Age						
Min-max	17-50		18-46		18-49	
Age moyen	27.0		29.6		31.4	
Age médian	27.0		28.0		30.5	
15 à 20 ans	8	21	9	5	1	1
21 à 25 ans	8	21	19	29	12	13
26 à 30 ans	12	32	19	29	33	35
31 ans et plus	10	26	24	37	48	51
Domicile						
Sans domicile fixe	8	12	5	5	9	9
Fixe privé	53	78	70	77	70	73
Institution	7	10	16	18	17	18
Travail						
Sans travail	45	66	41	49	47	49
Régulier	21	31	32	39	33	34
Occasionnel	2	3	10	12	7	7
En scolarité					2	2
Consommation						
Drogues dures	37	54	67	67	70	73
Dont : héroïne seule	31		61		49	
cocaïne seule	3		3		2	

⁴⁸ Héroïne et/ou cocaïne.

	1997		1998		1999	
	n	%	n	%	n	%
héroïne et cocaïne	3		3		19	
Autres produits	8	12	5	5	7	7
Non consommation	24	24	28	28	19	20
Produit						
Héroïne	34	49	64	63	68	71
Cocaïne	6	9	6	6	21	22
Benzodiazépine	5	7	3	3	20	21
Cannabis	3	4	2	2	10	10
Ecstasy	5	7	1	1	2	2
Alcool ³	5	7	3	3	20	21
Champignon					1	1
LSD						
Amphétamine						
Méthadone au noir	8	12	6	6	6	7
Nb de produits consommés						
1 produit	33	48	61	60	41	43
2 produits	8	12	10	10	15	16
3 produits et plus	4	6	1	1	21	22
Fréquence de consommation DD						
Quotidienne					38	40
Occasionnelle					18	19
Mode de consommation DD						
Injection					29	30
Autres indicateurs						
Age DD					20.7	
Durée DD					10.9	
Injection (durant la vie) ²					36	38
Prison ²					28	29
Prostitution ²					6	6

¹ Les personnes qui consultent pour un proche toxicodépendant (enfants, mari, etc.) ne sont pas incluses

² Pour ces questions, l'équipe ne connaît pas toujours l'information, ainsi le nombre de données manquantes se situe entre 35 et 40%. Les données fournies représentent donc un nombre minimum de personnes touchées par la problématique.

³ Seule la consommation d'alcool posant problème est relevée

4.1.5 Activités de la structure

Les deux volets de l'activité de EdS, à savoir d'une part l'accueil et d'autre part le suivi, l'orientation et la prévention ne peuvent pas être évalués de la même manière. Dans les activités liées à l'accueil, les prestations sont davantage collectives et vont être décrites ici. Elles n'ont cependant pas fait l'objet d'un décompte.

Les activités de la structure relevant d'un accompagnement individuel ont par contre été relevées. Le monitoring nous donne des informations sur l'ensemble des activités de l'équipe pour l'ensemble de la clientèle fréquentant la structure pendant une période donnée, en l'occurrence le dernier trimestre de chaque année.

■ Accueil

Le centre est ouvert du lundi au vendredi de 13h30 à 20 h et le dimanche de 16 à 18h. L'accueil se divise en deux moments : l'accueil informel et l'accueil individualisé.

Les moments d'accueil informel sont limités à 3h par jour de 17 à 20h du lundi au vendredi et au dimanche. C'est un moment durant lequel l'utilisateur peut venir sans avoir de demandes précises. Il peut aussi profiter de certaines prestations : collations, écoute, repas du jeudi soir, discussion-information. Durant cette période, une (ou deux personnes si nécessaire) est (sont) présente(s). Les contacts qui ont lieu dans le cadre de l'accueil sont l'occasion d'amorcer la relation, de saisir la balle au bond pour entreprendre des démarches en donnant de l'information et en motivant la personne à revenir. Pour les premières prises de contacts, cela débouche généralement sur des entretiens de suivi où les différents problèmes de l'utilisateur vont pouvoir être discutés et abordés plus concrètement. En dehors de ces moments, l'espace à disposition n'a pas pour fonction d'être un lieu de vie ou un lieu de repos pour les usagers.

Par la limitation des moments d'accueil informel, l'équipe a choisi de privilégier l'accueil individualisé en lui consacrant davantage de temps mais aussi davantage de ressources en personnel. Les prestations offertes dans le cadre de cet accompagnement individuel sont intégrées du moins partiellement dans le monitoring.

■ Prestations recensées

Le monitoring n'a pas été tenu tout au long de l'année 1999 mais il nous fournit des éléments de comparaison sur les diverses prestations fournies par le centre durant le dernier trimestre de chaque année (Tableau 4.1-2).

Dans l'ensemble, on relève une augmentation des prestations fournies par l'équipe notamment dans les domaines des démarches administratives. De plus, l'équipe a comptabilisé pour la première fois les contacts établis à travers le travail de proximité et les démarches d'accompagnement⁴⁹ à l'extérieur de la structure. Le travail de proximité tel qu'il est actuellement pratiqué à EdS consiste à rencontrer les usagers déjà connus soit chez eux ou dans les cafés. Ceci permet de dépasser le cadre stricte de l'aidant-aidé et de rétablir parfois les liens après une situation de conflits ou de drop out. Ce n'est par contre pas tellement une activité qui permet de rencontrer de nouvelles personnes, si ce n'est éventuellement les relations des usagers qui seraient présentes à ce moment.

La distribution de matériel stérile s'est développée au printemps 2000 suite à une réflexion menée par l'équipe sur le problème de la disponibilité et de la réduction des risques. Jusqu'à présent en effet, des boîtes 'flash' étaient en vente à EdS en dehors des heures d'ouverture des pharmacies. Actuellement, la remise de matériel d'injection stérile est gratuite sous forme d'échange (n+2) dans les locaux d'EdS. L'équipe a le projet d'étendre cette distribution au domicile des usagers lorsque cela est possible (acceptation par l'utilisateur de la visite d'un membre d'EdS).

Tableau 4.1-2 EdS : prestations fournies par mois, 1997- 1999 (source : monitoring)

Mois	Démarches extérieures	Aide administrative	Soin infirmier	Lessive	Contacts travail de proximité	Boîtes flash
Octobre 97	*	10	11	6	*	0
Novembre 97	*	14	13	10	*	0
Décembre 97	*	25	18	3	*	0
Octobre 98	*	54	9	12	*	1
Novembre 98	*	32	8	8	*	19
Décembre 98	*	40	10	14	*	31
Octobre 99	16	76	19	11	11	10
Novembre 99	18	50	19	23	17	17
Décembre 99	23	64	10	22	13	12

* non comptabilisé

⁴⁹ Ces accompagnements sont toujours liés à un rendez-vous ou à un projet particulier.

Ces chiffres qui retracent l'évolution d'une partie de l'activité de Entrée de Secours ne fournissent qu'une vision quantitative du travail produit. Ils seront repris et rendus plus explicites à travers les résultats de l'évaluation qualitative du travail socio-éducatif qui permet de mettre en valeur le contenu des diverses prestations offertes aux usagers.

■ Prestations dans le cadre de la permanence médicale à EdS

Trois médecins assurent des consultations médicales dans les locaux de EdS deux à trois après-midis par semaine, selon un système de tournus. En moyenne, cette présence médicale est de six heures hebdomadaires. Une personne de l'équipe socio-infirmière prend part aux rendez-vous médicaux.

L'activité des médecins dans le cadre de ces consultations consiste essentiellement en un suivi médical des personnes en sevrage ou en traitement de substitution. Les usagers bénéficient à cette occasion d'un bilan de santé. Ils peuvent faire un dépistage du VIH et des hépatites B et C. De plus, la possibilité de se faire vacciner leur est systématiquement offerte. Ils peuvent également demander une consultation pour n'importe quel soin de base pratiqué par un généraliste.

EdS ne répond pas aux demandes de cure dans l'urgence, mais a néanmoins pour principe d'organiser une visite médicale, à laquelle participe un membre de l'équipe, dans un délai de 5 jours maximum depuis la prise de contact. La cure peut commencer dès cette visite. Entre la demande de traitement de l'usager et cette visite médicale, l'équipe d'EdS dresse déjà un premier bilan avec l'usager des éventuelles possibilités de suivre un traitement en dehors de la structure, chez un ancien médecin traitant par ex. Ils discutent aussi des différentes modalités que peut prendre un traitement de substitution. Par la suite, l'équipe socio-infirmière assure, conjointement avec des pharmacies, la distribution de la médication aux personnes suivies médicalement à EdS, mais également pour quelques autres usagers sur demande d'un médecin extérieur.

Au total, 16 cures ont été démarrées à EdS et 8 cures ont été reprises par EdS durant l'année 1999. Durant la même période, EdS a pu, après avoir démarré des cures et avoir stabilisé ainsi certains usagers, adresser 10 usagers en cure de méthadone à des médecins généralistes. Au cours de 1999, EdS a assuré le suivi d'environ 65 patients sous méthadone, ce qui correspond à une file active d'une vingtaine d'usagers par mois⁵⁰. Par ailleurs, 18 personnes en sevrage ont été suivies. Durant le premier semestre 2000, il y a eu une forte augmentation du nombre de personnes en traitement suivies. Les possibilités d'orientation restent difficiles dans la mesure où la plupart des médecins de la région ne semblent pas vouloir augmenter le nombre de leurs patients toxicodépendants.

En 1999, EdS a d'autre part accompagné 17 personnes dans une démarche de sevrage hospitalier et 18 personnes dans la recherche et les démarches pour entrer en institution résidentielle à long terme.

4.1.6 Accompagnement dans le cadre du travail socio-éducatif

L'analyse des données de suivi des 20 usagers de l'échantillon de 1998 montre que l'accompagnement mis en place par l'équipe de EdS suite aux demandes des usagers peut être regroupé en deux catégories. La première regroupe des prestations liées au travail socio-éducatif avec la personne : informations diverses, entretien individuel, aide pour résoudre différents problèmes administratifs, etc. La deuxième catégorie comporte des prestations liées au domaine médical : traitement de la dépendance, consultation des médecins du centre, soins infirmiers ou encore interventions de liaison.

Les demandes les plus importantes lors des premiers contacts avec la structure sont des demandes d'information à la fois sur la structure et sur le réseau existant (Tableau 4.1-3). Le volet sanitaire est également fortement sollicité, avec 14 usagers sur 20 qui viennent (entre autres) pour une demande de traitement de la dépendance. Les aides administratives de toutes sortes sont demandées par environ un quart des usagers. Enfin, le domaine de l'occupationnel fait l'objet de demandes plus fluctuantes. Après 6 mois

⁵⁰ Au 31 décembre 1999, EdS suivait 28 patients sous méthadone dont 20 avaient leur traitement prescrits par les médecins de EdS.

de suivi déjà, on note principalement un développement des soins infirmiers et des entretiens individuels avec un soutien psychologique. Les soins infirmiers recouvrent, outre des prestations de types soins d'abcès et pansements, des prises de sang et la vaccination. Il y a peu de variations entre 6 mois et un an dans les prestations proposées. Pour l'échantillon de 20 usagers arrivés durant le dernier trimestre de 1999 dans la structure, on peut relever une augmentation des demandes d'informations diverses et de la gestion du temps de loisirs.

Tableau 4.1-3 EdS : prestations proposées, 1998-1999 (questionnaire de suivi, deux cohortes)

	1998			1999
	à l'entrée	à 6 mois	à un an	à l'entrée
Effectifs	20	20	20	20
Prestations proposées¹				
Traitement méd. de dépendance	14	14	14	10
Informations diverses	12	16	16	19
Consultation médecins EdS	11	13	13	8
Aide administrative en général	7	13	9	4
Entretiens individuels et soutien psy	4	11	11	5
Intervention de liaison	2	13	13	7
Aide administrative pour du logement	2	4	4	2
Gestion du temps de loisirs	1	9	2	6
Soins infirmiers	0	12	12	0
Suivi post sevrage	0	0	0	0
Entretiens famille	0	3	3	3
Aide administrative pour du travail	0	4	4	3
Gestion financière	0	2	0	0
Autres	1	0	0	7

¹ Plusieurs demandes possibles par usager.

Il ressort de ces chiffres l'importance accordée par l'équipe à la transmission de *savoir-faire* qui doit amener l'usager à pouvoir faire seul certaines démarches administratives (correspondances diverses : assurances, désendettement, déclaration d'impôt, gestion d'un budget, justice, etc.). Cet apprentissage doit également lui permettre de faire des démarches pour trouver un logement. C'est l'occasion également de travailler la motivation dans le domaine professionnel (trouver un emploi, un stage, rédaction d'un CV, d'offres d'emploi, etc.) et de l'inciter à investir dans le domaine des loisirs, du temps libre (organisation du temps libre, etc.).

A travers ce travail sur des problèmes pratiques, l'équipe encourage l'usager à se reprendre en main et tend à favoriser l'autonomie de la personne, quitte à la "bousculer" un peu, pour qu'elle puisse tout au moins partiellement se reprendre en charge.

Fidèle à sa vocation de plaque tournante, l'équipe d'EdS préfère orienter la personne désireuse d'entamer une psychothérapie vers un psychologue plutôt que de prendre en charge elle-même ce traitement. Le travail d'orientation nécessite pour l'équipe une réflexion autour de l'accompagnement : inciter l'usager à faire une démarche, la faire ou ne pas la faire avec lui, la faire pour lui... Autant de possibilités sans qu'une réponse unique puisse être amenée, chaque situation nécessitant une décision propre qui entraînera des conséquences différentes pour l'usager. Ce travail d'orientation n'est pas comptabilisé en soi comme une prestation, car il s'agit davantage pour l'équipe d'une conception de leur travail et de leur rôle et pour toutes les rubriques de prestations énoncées dans le tableau ci-dessus, l'orientation pourrait apparaître.

4.1.7 Collaboration et issue de l'accompagnement

L'étude du devenir des usagers à travers leur dossier apporte des éléments de compréhension de la trajectoire des usagers dans le dispositif socio-sanitaire : issue de l'accompagnement, orientation, collaboration.

On note quelques changements entre 1998 et 1999 quant à la question de savoir qui a orienté la personne vers EdS. En 1999, dans 29% des cas, la personne dépendante est venue suite à sa connaissance personnelle de la structure (1998, 10%), dans 25% des cas, elle a été orientée par des proches ou par la famille, dans 15% par des médecins (21% en 1998) et dans 5% des cas, ce sont les services sociaux qui ont adressé l'utilisateur au centre (20% en 1998).

Pour 7 usagers (sur 20), il n'y a pas eu de collaboration établie avec un autre intervenant du réseau au moment de l'entrée à EdS et en lien avec la première demande. Pour 5 d'entre eux, une ou deux collaborations ont été établies durant les 6 premiers mois, le plus souvent avec un médecin généraliste ou psychiatre.

Parmi les usagers pour lesquels une collaboration a été définie lors des premiers contacts avec EdS, 6 ont été mis en contact avec un médecin, 5 avec une institution et 4 avec une pharmacie. Ces collaborations ont été dans la plupart des cas poursuivies.

La collaboration mise en place avec ces différents partenaires du réseau peut prendre différentes formes, de l'accompagnement au premier rendez-vous à des réunions de bilans. Elle dépend à la fois de la situation de l'utilisateur et des possibilités existantes à un moment donné dans le réseau.

Au terme d'un an de suivi, le bilan que l'on peut dresser est le suivant : sur 20 usagers, 2 sont en situation de drop-out, 6 ont été adressés ailleurs (3 institutions résidentielles, 3 médecins généralistes et /ou psychiatres), 2 usagers sont suivis conjointement par EdS et un intervenant extérieur et 6 sont toujours suivis à EdS. Pour 4 usagers, les dossiers ont été fermés : il s'agissait de deux interventions de liaison arrivées à terme, d'un usager ayant terminé son traitement et pour un usager la raison était peu claire.

11 usagers ont bénéficié d'une cure de méthadone à leur entrée à EdS et 4 autres usagers ont commencé un traitement au cours de l'année. Parmi les 6 usagers toujours suivis par l'équipe à un an, 1 a terminé son traitement, 5 suivent une cure régulièrement, dont 3 ont un suivi psychologique sous forme d'entretiens réguliers. L'équipe a par ailleurs fait un travail de maintien du contact avec 8 autres usagers.

4.1.8 Evolution de l'insertion et de la consommation chez les usagers

Les éléments présentés ici concernent l'évolution du point de vue de la consommation de drogues et de l'insertion socioprofessionnelle de l'échantillon de 20 usagers ayant commencé à fréquenter EdS en automne 1998.

Parmi les 8 usagers qui n'avaient pas de travail fixe lors de leur premier contact avec EdS, un usager a repris une formation au cours de l'année. Pour les usagers ayant un travail régulier ou occasionnel, on note des mouvements importants, certains se retrouvant sans travail ou avec un travail occasionnel alors que les autres ont pu se procurer un travail régulier. L'image qui en ressort est une instabilité professionnelle même lorsque l'utilisateur a un travail qu'il considère comme régulier à un moment donné.

En ce qui concerne le logement, parmi les 3 usagers sans domicile fixe au départ, 2 ont retrouvé un logement privé, et pour un l'information est manquante (intervention de liaison).

En ce qui concerne la consommation de DD, au terme d'un an de suivi 6 usagers consomment encore de l'héroïne (18 à l'entrée) et 4 de la cocaïne (8 à l'entrée). La consommation d'autres produits a également diminué.

Sur 6 usagers qui consommaient quotidiennement des DD, un seul le fait encore après une année de suivi et 5 consomment occasionnellement. Parmi les consommateurs occasionnels au départ, 5 ne consomment plus de DD au bout d'un an de suivi. Une seule personne continue à s'injecter (10 à l'entrée).

4.1.9 Organisation interne et changements

Actuellement, EdS est ouvert du lundi au vendredi de 13h30 à 20h et le dimanche de 16h à 18h. Avec l'augmentation de l'affluence au centre, l'équipe a décidé, au début de 1998, de limiter l'accueil informel et sans demande à la tranche horaire allant de 17h à 20h et le dimanche. Le centre reste durant ces heures un lieu d'accueil convivial où on peut passer un moment, discuter, être écouté. La possibilité est aussi offerte de manger un morceau (petite collation). Cette option permet de dégager des ressources pour répondre de manière individuelle aux demandes des usagers.

Ce choix a également donné à l'équipe la disponibilité pour un travail de proximité auprès des usagers du centre : accompagnement dans les démarches, visites et rencontres dans les lieux qu'ils fréquentent. Le travail de proximité pratiqué avec la "casquette" EdS n'est toutefois pas toujours aisé. Ainsi, selon les intervenants, certaines personnes ne désirent pas être vues en train de discuter avec un membre de l'équipe pour des questions de discrétion.

Actuellement, l'équipe a mis sur pied des mesures de prévention des hépatites B et C et du VIH. Avec les usagers qui ne fréquentent EdS que pour un suivi psychologique et qui ne sont donc pas vus par les médecins du centre, l'équipe essaie toujours d'aborder le problème des hépatites et propose aux usagers de discuter avec leur médecin traitant des possibilités de vaccination.

Le fonctionnement de l'équipe est peu sectorisé et chaque membre participe de manière équivalente aux différentes activités de la structure et aux consultations médicales. Il n'y a ainsi pas non plus de référent défini pour chaque usager, chacun pouvant intervenir. Par contre, il est fréquent que les usagers établissent des liens préférentiels avec l'un ou l'autre des membres de l'équipe.

Le fait que le centre se soit implanté dans une région où le réseau de prise en charge est relativement bien étoffé lui a permis de se positionner assez précisément et de ne pas subir de trop fortes attentes de la part des autres intervenants dans le domaine. Ainsi, EdS n'a pas le sentiment que les médecins se déchargent sur la structure, mais l'équipe est toujours attentive à n'envisager le démarrage d'une cure et la stabilisation d'un usager que dans l'attente d'une orientation extérieure. Ces orientations restent cependant souvent difficiles, même si l'équipe propose aux médecins un accompagnement parallèle des usagers qui pourraient leur être adressés.

Cependant, l'équipe relève qu'il ne suffit pas de remettre une fois les usagers en contact avec leur médecin traitant par exemple lors de l'interruption d'une cure de méthadone, mais que la démarche doit souvent être répétée. L'orientation vers d'autres intervenants dans le domaine de la toxicomanie ne se fait donc pas une fois pour toute et l'équipe est souvent sollicitée pour remettre de "l'huile dans les rouages" entre les personnes dépendantes et le réseau. Cette situation a pour conséquence qu'un usager qui n'a pas fréquenté le centre depuis longtemps peut revenir à tout moment. Par rapport à la durée du suivi, Entrée de Secours qui, plus que les autres structures évaluées, définit sa mission comme celle d'une plaque tournante dans le dispositif socio-sanitaire existant, reconnaît que, par rapport à une première estimation qui stipulait que l'accompagnement ne devrait pas excéder quelques mois, certaines situations nécessitent un suivi à plus long terme et que les retours sont relativement fréquents.

En principe, le champ d'intervention d'EdS touche l'ensemble de la région de Morges-Aubonne. L'une des difficultés principales réside sans doute dans le développement des collaborations en dehors de la proximité immédiate de Morges. Dans les zones rurales, les problèmes de toxicomanie sont encore souvent minimisés; les autorités ne se sentent pas toujours directement concernées. S'il est probable que les consommateurs de drogues ont tendance à se retrouver, voire à venir s'établir, dans une zone urbanisée, il n'en demeure pas moins qu'ils sont parfois originaires des villages de la périphérie urbaine. Le traitement des problèmes liés à la toxicomanie implique donc une forme de solidarité entre les différentes composantes de la région et le travail d'information et de motivation des communes de la région à participer à la prise en charge des personnes toxicodépendantes doit être poursuivi. Il s'agit d'une tâche de longue haleine pour laquelle un soutien du canton serait bienvenu. EdS a fait une présentation de la structure dans le cadre de l'association régionale de l'action sociale Morges-Aubonne et a envoyé un courrier aux communes concernées demandant une participation financière à raison de 2,40 Fr. par habitant. Par ailleurs, environ 10% de la clientèle de EdS provient de la région de Nyon, dans laquelle le dispositif de prise en charge de personnes toxicodépendantes est quasi inexistant.

4.1.10 Gestion

A la fin de 1999, l'équipe de base est composée de trois travailleurs sociaux (250%), dont le responsable du centre, de deux infirmières (à 180%) et d'une secrétaire (35%).

Les subventions du canton s'élèvent en 1999 à 400'000 Fr. Les communes de la région de Morges-Aubonne financent à raison d'environ 55'000 Fr. la structure d'EdS (contre 7'000 Fr. en 1997).

Tableau 4.1-4 EdS : postes disponibles, 1997-1999

Entrée de Secours	1997 Taux	1998 Taux	1999 Taux
Educateur spécialisé (y compris responsable)	180%	250%	250%
Infirmier	160%	180%	180%
		1 poste à 80% vacant du 12. 98 au 03.99	
Total socio-infirmier	340%	430%	430%
Secrétaire	30%	35%	35%
Total non socio-infirmier	30%	35%	35%
Total général	370%	465%	465%
	31.12.97	31.12.98	31.12.99

4.2 CONCLUSIONS

- La **mission d'orientation**, plus précisément la fonction de plaque tournante, est prioritaire à Entrée de secours (EdS), qui a limité ses heures d'accueil collectif pour pouvoir répondre à l'ensemble des demandes de prise en charge individuelle émanant des usagers.
- Le **nombre d'usagers fréquentant** la structure a augmenté régulièrement depuis l'ouverture puis est resté relativement stable entre 98 et 99 avec cependant une augmentation du nombre de **prestations**. Le nombre de nouveaux usagers reste assez élevé.
- Les prestations socio-éducatives mises sur pied par l'équipe avec les usagers mettent l'accent sur le savoir-faire et la gestion du quotidien, tout en favorisant l'écoute individuelle et l'accès à un traitement médical.
- Le **profil** de la clientèle montre des personnes avec une consommation de drogues importante. On constate un vieillissement de la population. La classe d'âge des moins de 20 ans ne fréquente quasi pas le centre.
- On note une diminution des **fréquences** de consommations de drogues dures par les usagers au cours de leur prise en charge.
- L'issue du suivi à un an montre que EdS **oriente** une part importante de ses usagers dans le dispositif socio-sanitaire. Il n'est cependant pour l'instant pas possible de suivre le devenir de ces personnes une fois qu'elles ont été orientées.

- La **collaboration** avec les autres institutions est bonne et celle avec les médecins dispensateurs de méthadone qui assurent un tournus de présence à EdS est originale et satisfaisante.
- Les options prises de limiter l'accueil et de pratiquer des interventions si possible ponctuelles ou tout au moins limitées dans le temps ont permis à l'équipe de débiter un travail de proximité à l'extérieur du centre avec les clients. Les liens avec le travail éducatif de proximité Morges-Aubonne sont rares.
- L'offre d'EdS répond aux besoins de l'ensemble de la région et est également utilisée par des personnes habitant les régions de Gland, Nyon et Rolle.

4.3 ENJEUX ET RECOMMANDATIONS

La politique d'orientation (orientation qu'il faut parfois répéter et soutenir) pratiquée par la structure semble avoir bien fonctionné jusqu'à maintenant. L'enjeu pour EdS est de rester une structure souple et adaptable, et surtout d'arriver à maintenir de la part de ses partenaires la disponibilité à reprendre des cas après un premier débrouillage de la situation. Si l'aspect médical augmente, EdS risque de se substituer aux médecins. Par contre, si seul l'aspect social est mis en avant, les activités du centre empiéteront sur celles des services sociaux communaux.

- EdS doit donc rester un pont, une plaque tournante préservant les liens entre les usagers et le réseau socio-sanitaire. Il s'agit bien souvent de dégrossir les situations, d'amorcer des solutions, afin ensuite de passer le relais à d'autres partenaires.
- Compte tenu de l'arrivée constante de nouveaux usagers, EdS devra être particulièrement attentive à maintenir le bon contact avec les partenaires du réseau et son offre de soutien pour les aider à assurer eux-mêmes la prise en charge des usagers.
- Le lien et les échanges avec le projet de travail de proximité de Morges-Aubonne devraient être développés, en particulier du fait que EdS se rend également sur le terrain.

4.4 ZONE BLEUE (ZB) : CENTRE D'ACCUEIL ET DE PREVENTION POUR TOXICOMANES A YVERDON

4.4.1 Historique et objectifs

Le centre Zone Bleue a ouvert ses portes en juin 1997 et avait pour objectifs :

- 1 L'accueil : le centre est un lieu d'accès à bas seuil d'exigence destiné en priorité aux usagers de drogues. L'accès est libre et volontaire. Les consommateurs de drogues y sont écoutés. Ce lieu doit être pour eux un carrefour où ils rencontreront des personnes avec lesquelles ils pourront parler de leur quotidien.
- 2 L'orientation et l'accompagnement : l'orientation dans le réseau existant s'effectue en fonction de la problématique de la personne. Les intervenants sont disponibles pour accompagner et soutenir les usagers dans leurs démarches. Ceux-ci pourront être orientés vers une démarche thérapeutique s'ils en font la demande, mais ils pourront aussi faire appel au centre en tout temps pour un accompagnement socio-éducatif pour résoudre les problèmes qu'ils rencontrent.
- 3 La prévention primaire, secondaire et tertiaire : différentes mesures visent à prévenir l'infection VIH, les hépatites et les maladies sexuellement transmissibles, à informer sur la nocivité des produits consommés. L'accent est mis également sur l'alimentation et les soins de santé primaire.
- 4 La formation : le centre se veut un lieu de référence pour les autres professionnels. Les intervenants devront mettre leurs connaissances au service des personnes soucieuses de prévenir ou de gérer les problèmes de toxicomanie.

Le premier rapport d'évaluation mentionnait dans ses conclusions que les actions de prévention dans les écoles et dans la rue n'avaient pas pu être développées faute de moyens. L'objectif de la formation avait également dû être laissé de côté. Le rapport relevait encore une tendance à une médicalisation du centre sous la pression du réseau externe et recommandait à l'équipe de définir des priorités dans ses activités.

L'accent est maintenant clairement mis, dans cette structure à bas-seuil⁵¹, sur la mission d'accueil avec la mise à disposition d'un espace aménagé de manière très accueillante et offrant différentes possibilités d'occupation (coin lecture, ordinateurs, vidéo, douches, machines à laver le linge) et la possibilité de se restaurer (bar, repas). Deux intervenants assurent par ailleurs, dans cet espace prévu comme un lieu de resocialisation, une présence continue durant toutes les heures d'ouverture et sont disponibles pour les demandes pouvant être formulées dans ce cadre par les usagers.

Parallèlement à cette activité d'accueil, l'équipe de ZB offre un accompagnement individuel aux usagers qui en font la demande : soutien dans leur réflexion autour de la consommation, entretien individuel ou avec la famille, aide pour la résolution de divers problèmes administratifs. Les actions liées à la réduction des risques⁵² ainsi que l'accompagnement dans le dispositif socio-sanitaire restent également prioritaires.

Les usagers de ZB peuvent, à la demande de leur médecin traitant ou sur leur propre initiative, consulter le médecin psychiatre consultant à ZB pour les traitements médicaux de la dépendance ou pour une prise en charge de type psychiatrique.

⁵¹ Est considérée comme structure à bas-seuil d'exigence dans le cadre de cette étude, une structure qui n'exige pas à l'entrée l'abstinence de la part des usagers. Diverses exigences par rapport au comportement dans la structure sont par contre toujours posées : au minimum pas de deal et pas de violence.

⁵² Voir le chapitre 6, définition des concepts de prévention primaire, secondaire et tertiaire dans le domaine de la toxicomanie et de la réduction des risques.

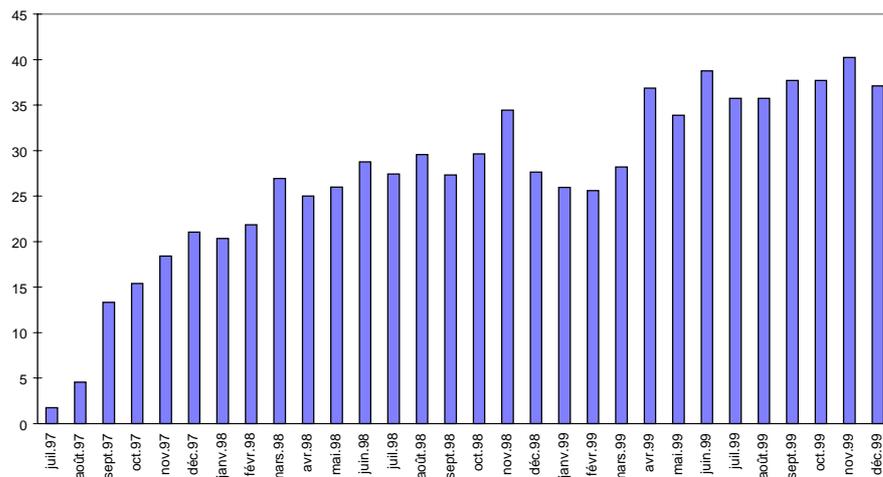
4.4.2 Méthodes d'évaluation

Pour les années 1998 et 1999, le monitoring des activités et les réunions de suivi ont été conservés comme outils d'évaluation. L'outil développé en 1997 pour les demandes d'aides et de prises en charge a été remplacé par un suivi de dossiers qui permet de suivre l'évolution des usagers du point de vue de leur consommation et de leur insertion. 20 dossiers d'usagers ont ainsi été suivis en 1998 (relevé de la situation à un an en 1999) et 20 nouveaux en 1999 (relevé prévu pour fin 2000). De plus, une documentation du travail socio-éducatif a été entreprise. L'essentiel de cette démarche est présenté au chapitre 8.1, page 137, mais différents aspects du travail mis en place par l'équipe de ZB avec les usagers figurent sous les points "activités" et "accompagnement".

4.4.3 Fréquentation de Zone Bleue

L'analyse des données du monitoring fait apparaître une augmentation de la fréquentation du centre de Zone Bleue au cours des années (35 à 40 personnes en moyenne chaque jour à la fin de 1999). Cette progression est continue depuis l'ouverture du centre en 1997 et concerne aussi bien le nombre de personnes non-consommatrices accueillies que celui des consommateurs. Ces derniers représentent cependant environ 90% des visiteurs quotidiens. Parmi les autres personnes fréquentant le centre, les parents et les intervenants travaillant dans d'autres structures du dispositif socio-sanitaire du canton se partagent la place.

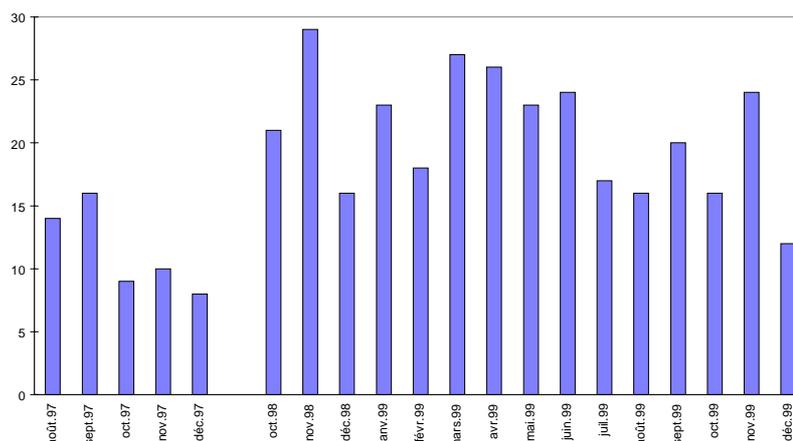
Figure 4.4-1 ZB : nombre moyen de personnes par jour d'ouverture, 1997-1999



Deux ans et demi après l'ouverture du centre, les "personnes nouvelles", c'est-à-dire des consommateurs qui ne sont pas encore connus par les intervenants, sont encore une vingtaine par mois (soit 247 au total pour 1999, avec une diminution en fin d'année). Ces usagers proviennent en majorité de la région d'Yverdon, mais aussi des régions d'Orbe, Grandson, Ste. Croix ou Payerne.

Depuis l'ouverture, le nombre de personnes ayant bénéficié des services du centre s'élève à 582 usagers différents. Ne sont pas compris dans ce total, ceux qui ne sont venus que très sporadiquement et pour lesquels aucune ébauche d'accompagnement n'a été mise sur pied.

Figure 4.4-2 ZB : nombre de nouvelles personnes par mois, 1997-1999



4.4.4 Profil des usagers au début de l'accompagnement

La principale source des données permettant de dresser le profil de la clientèle de ZB lors de l'admission et son évolution est constituée des dossiers des usagers examinés en 1998 et 1999. Pour chaque année, il s'agit d'un échantillon de 20 nouvelles personnes pour lesquelles une série de variables socio-démographiques ont été relevées. De plus, des éléments du parcours de vie, de la situation du point de vue de la consommation, de l'insertion sociale au moment des premiers contacts et les prestations proposées à ce moment ont également été récoltés⁵³.

Un bilan de ces différents points après un an de suivi a été fait pour l'échantillon de 1998 (cf. chapitres 4.4.6, à 4.4.8).

En 1999, les nouveaux usagers de la structure sont pour moitié des hommes. Ces derniers sont légèrement plus âgés que les femmes (25.4 ans en 1999 versus 23.2 ans; 28.4 ans en 1998 versus 25.5 ans). L'âge moyen de la nouvelle clientèle est en diminution depuis 1997 et passe de 26.5 (médiane à 26 ans) à 24,5 (médiane à 25 ans). Dans l'échantillon des nouveaux usagers de 1999, 5 (26%) ont moins de 20 ans.

La grande majorité des usagers a un domicile fixe privé. Par contre, leur situation socioprofessionnelle est moins bonne : 5 personnes n'ont pas de travail en 1999 (26%), 12 en 1998 (52%). Toutefois, en plus des personnes catégorisées comme étant sans travail, on compte 5 personnes en cours de formation dans chacun de ces échantillons.

Au moment de l'entrée dans la structure, la consommation de drogues dures⁵⁴ (DD) concernait 12 usagers (63%) dans l'échantillon de 1999 et 19 (83%) dans celui de 1998. Les échantillons comportent également des consommateurs de drogues douces uniquement soit 1 en 1999 et 2 en 1998. Le tableau montre que 4 usagers sont non consommateurs de drogues dures en 1999. Il s'agit essentiellement de compagnons ou compagnes de personnes toxicodépendantes qui consultent pour eux-mêmes ou d'anciens toxicomanes auprès desquels un très gros effort de maintien de la non-consommation est à fournir.

La consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne est reconnue par 6 usagers en 1999 et 14 en 1998. 4 usagers ne consomment que de l'héroïne comme DD et 2 que de la cocaïne (respectivement 5 et 0 en 1998). En 1999 et 1998, la consommation d'autres substances (cannabis, alcool, méthadone et benzodia-

⁵³ Rappelons que pour les structures à caractère socio-éducatif, l'introduction d'une forme de suivi des usagers représente une ouverture importante aux demandes des évaluateurs. Les précautions prises pour garantir l'anonymat des usagers (questionnaire de relevé rempli par une personne de l'équipe) et les discussions préalables sur l'utilité des différentes questions proposées ont cependant permis aux équipes d'adhérer à la mise en place de cet outil.

⁵⁴ Héroïne et/ou cocaïne.

zépines au noir, mais aussi LSD, ecstasy, les amphétamines et les champignons) est courante et 7 usagers sur 19 en 1999 (versus 14 usagers sur 23 en 1998) reconnaissent consommer 5 produits ou plus. Les prises de risques liées au mélange de ces substances sont aux yeux de l'équipe très préoccupantes⁵⁵. Cette consommation semble particulière à ZB ou alors elle n'est pas documentée systématiquement dans les autres structures.

La consommation de drogues dures est quotidienne pour 32% (6 usagers) des nouveaux usagers de ZB en 1999 (alors que 17 usagers (74%) en consommaient quotidiennement lors de leur entrée à ZB en 1998); 6 nouveaux usagers consomment par injection (versus 13 dans les échantillons de 1998); l'âge de la première consommation est en moyenne de 19.2 ans (15.6 ans en 1998) ce qui influence la durée de consommation : 7 ans en 1999 contre 10.2 ans en 1998. Même si les chiffres semblent s'améliorer parmi les usagers arrivés à ZB en 1999, l'ensemble de la clientèle conserve un profil de toxicomane lourd.

Au cours de leur vie, 6 usagers (26%) et 19 usagers (83%) de l'échantillon de 1999 et de 1998 se sont injectés, 3 ont fait un séjour en prison et aucun n'a recouru à la prostitution (8 parmi l'échantillon de 1998).

La moitié des usagers a un médecin traitant. En 1998, 16 sur 23 sont en cure de méthadone auprès d'un médecin installé lorsqu'ils se présentent à ZB et seulement 4 sur 19 en 1999. Pour 16 personnes, il est fait mention d'un traitement antérieur en 1998 contre 8 en 1999.

Tableau 4.4-1 ZB : profil des usagers et consommation au moment de leur admission, (questionnaire d'entrée 1997, échantillon de dossiers, 1998-1999)

	1997		1998		1999	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs*	46		23		19	
Nb femmes	16	35	12	52	8	42
Age						
Min-max	17-40		16-42		17-34	
Age moyen	27.0		26.9		24.6	
Age médian	27.0		26.0		25.0	
15 à 20 ans	5	11	2	9	5	26
21 à 25 ans	12	26	5	22	3	16
26 à 30 ans	11	24	9	39	8	42
31 ans et plus	12	26	7	30	3	16
Domicile						
Sans domicile fixe	4	9	3	13	1	5
Fixe privé	36	78	19	83	15	79
Institution	0	0	1	4	0	0
Travail						
Sans travail	30	66	12	52	5	26
Régulier	11	24	2	9	7	37
Occasionnel	2	4	4	17	2	11
En scolarité			5	22	5	26
Consommation						
Drogues dures	39	85	19	83	12	63
Dont : héroïne seule	27		5		4	
cocaïne seule	2		0		2	
héroïne et cocaïne	8		14		6	
Autres produits	7	15	2	9	1	5

⁵⁵ Certains usagers disent consommer de l'héroïne pour rendre supportable la "descente" après une prise d'ecstasy.

	1997		1998		1999	
	n	%	n	%	n	%
Non consommation	0	0	2	9	4	21
Données manquantes					2	11
Produit						
Héroïne	37	80	19	83	10	53
Cocaïne	10	22	14	61	8	42
Benzodiazépine	10	22	10	44	3	16
Cannabis	23	50	19	83	9	47
Ecstasy	7	15	8	35	6	32
Alcool	7	15	12	52	7	37
Champignon			6	26	3	16
LSD			7	30	3	16
Amphétamine			7	30	4	21
Méthadone Au Noir			2	9	2	11
Méthadone Prescrite			16	70	4	21
Nb de produits consommés						
1 produit	14	30	1	4	1	5
2 produits	13	28	1	4	3	16
3 produits et plus	19	41	19	83	9	47
Fréquence de consommation DD						
Quotidienne			17	74	6	32
Occasionnelle			2	9	6	32
Mode de consommation DD						
Injection			13	57	6	32
Autres indicateurs						
Age DD			15.6		19.2	
Durée DD			10.6		7.0	
Injection (durant la vie)			19	83	6	32
Prison			10	44	3	16
Prostitution			8	35	nsp	

* les personnes qui consultent pour un proche toxicodépendant (enfants, mari, etc.) n'ont pas été incluses.

4.4.5 Activités de la structure

Les deux parties de l'activité de ZB à savoir d'une part l'accueil et, d'autre part, le suivi, l'orientation et la prévention ne peuvent pas être évaluées de la même manière. Dans les activités liées à l'accueil, les prestations sont davantage de l'ordre du collectif : animation, conversation à bâtons rompus (ce qui ne veut pas dire qu'elle porte pour autant sur des sujets futiles), échanges sur le quotidien, etc. Ces différentes activités vont être décrites ici mais n'ont pas fait l'objet d'un décompte, à part les repas.

Les activités relevant d'un accompagnement individuel ont par contre été relevées. Le monitoring donne des informations sur l'ensemble des activités de l'équipe pour l'ensemble de la clientèle fréquentant la structure pendant une période donnée.

■ Accueil

A ZB, deux personnes à plein temps s'occupent actuellement chaque jour de l'accueil⁵⁶. C'est le lieu où le savoir-être, tant en groupe (règles de la vie à plusieurs, limites, respect d'un contrat, d'un horaire, etc.),

⁵⁶ Les usagers sont accueillis entre 11h et 18h du lundi au jeudi et de 11h à 16h le vendredi.

qu'individuel (estime de soi, confiance en soi, respect de soi, valorisation des ressources individuelles), est travaillé en interaction avec les autres usagers, en saisissant les opportunités, en profitant de la diversité des apports du groupe. Les usagers peuvent aussi demander à ce moment un entretien individuel sans rendez-vous préalable. Cette organisation nécessite de la part des intervenants souplesse, confiance, remise en question et disponibilité, entre autres. En d'autres termes, c'est un travail en groupe qui profite de la dynamique des échanges et qui valorise chaque usager à travers ses expériences. Dans ce sens, la structure représente un lieu de vie restructurant par l'accessibilité à un nouveau statut socio-culturel valorisé et un lieu de resocialisation progressive. Si, durant l'accueil, le savoir-être est beaucoup travaillé, c'est aussi l'occasion d'échanger toutes sortes d'informations et de " trucs " touchant au savoir-faire ou à la prévention. C'est également, à travers le repas, l'occasion de discuter du mode d'alimentation.

■ Prestations recensées

Depuis l'ouverture du centre, différentes activités ont été développées dont certaines ont été peu à peu intégrées au monitoring. Parmi celles-ci, le nombre de repas servis, qui a considérablement augmenté et s'élève en moyenne à 20 repas par jour. Les entretiens avec les usagers sont également une prestation très demandée et on décompte en moyenne une dizaine d'entretiens par jour durant le dernier trimestre de 1999. Ces données ne sont cependant pas comparables avec celles de 1998 et ne donnent pas d'indication quant à une éventuelle progression du nombre d'entretiens.

Les aides administratives peuvent être comparées annuellement et sont plus fréquentes en 1999 qu'en 1998. La distribution de matériel stérile a pris beaucoup d'importance depuis mi-1998 (environ 2500 par mois à la fin de 1999) et l'introduction de la distribution d'aiguilles (mai 1999) a diversifié l'offre.

Tableau 4.4-2 ZB : prestations fournies par mois, 1997-1999 (source : monitoring)

Mois	Entretien usagers ¹	Entretien parents ²	Ori-entation	Aide adm.	Soin infirm.	Repas	Soin hygiène	Seringue	Aiguille
Octobre 97	*	21	13	*	*	183	16	687	-
Novembre 97	*	27	8	*	*	165	8	711	-
Décembre 97	*	42	12	*	*	195	16	612	-
Octobre 98	28	39	21	12	*	221	54	3536	-
Novembre 98	83	49	44	25	*	263	75	3006	-
Décembre 98	65	37	38	20	*	271	60	3214	-
Octobre 99	202	24	27	53	69	361	54	2120	486
Novembre 99	237	26	27	59	65	393	65	2945	1666
Décembre 99	215	20	22	50	57	395	62	2389	1637

¹ En 1998, seuls les entretiens téléphoniques étaient décomptés.

² Y compris les entretiens téléphoniques.

* Ces prestations étaient fournies dès l'ouverture de la structure mais n'ont été introduites que plus tardivement dans le monitoring.

■ Prestations du médecin psychiatre consultant à ZB

Bien que le poste de médecin psychiatre consultant à ZB soit rattaché au Centre psychosocial d'Yverdon (CPS), il nous a semblé intéressant de présenter ici un bilan de son activité qui complète l'offre de prestations de l'équipe de ZB. Par ailleurs, les consultations ayant lieu pour la plupart dans les locaux de ZB, l'équipe est aussi souvent appelée à gérer l'agenda des consultations et à tenir lieu d'intermédiaire entre

l'usager et le médecin. Parfois, un intervenant de ZB participe aux consultations médicales (gestion de crise, bilan intermédiaire).

Alors que 1998 avait révélé une augmentation des nouvelles situations adressées au psychiatre tant à ZB qu'au CPS, l'année 1999 montre une diminution du nombre de nouvelles situations due au fait que la consultation du médecin psychiatre étant complète, l'équipe de ZB a orienté les usagers vers d'autres médecins.

Sur les 49 nouvelles personnes dont le médecin psychiatre s'est chargé en 1998, 26 ont bénéficié d'un traitement de substitution et d'un suivi psychiatrique; pour les autres patients, déjà pris en charge par des collègues généralistes, seul un suivi psychiatrique a été mis sur pied. En 1999, sur les 16 nouvelles situations, 7 ont donné lieu à un traitement de substitution. Les patients suivis depuis 1998 par le médecin psychiatre montrent une surreprésentation féminine et ont un âge moyen de 25 ans.

Les usagers qui suivent un traitement de substitution en remplacement d'une détention sont généralement suivis au CPS pour que ZB reste un lieu d'accueil dissocié d'un traitement obligatoire. De même, certains usagers bien engagés sur la voie de l'abstinence préfèrent consulter dans un deuxième temps au CPS plutôt que d'être suivi à ZB.

Au total à la fin de 1999, le médecin psychiatre suivait 33 usagers à ZB dont 22 en cure de méthadone ou de buprénorphine, 5 sans traitement de substitution et 6 usagers qui bénéficiaient d'un traitement de substitution à l'extérieur. Les patients suivis au CPS étaient au nombre de 19.

Les prises en charges par le médecin psychiatre sont essentiellement des entretiens de soutien à but de réadaptation bio-psycho-sociale, le plus souvent associés à un traitement de substitution (généralement la méthadone). Les usagers sont vus à raison d'entretiens bi-mensuels, l'augmentation de nouvelles situations ne permettant plus de suivis hebdomadaires. Les consultations durent de 35 à 50 minutes selon les situations et des contrôles sous forme de salvettes permettent d'évaluer quantitativement la prise de produit. La distribution de la méthadone passe par les pharmacies avec lesquelles les contacts sont quasi quotidiens. Les prises en charge psychiatriques sont étroitement corrélées à celles effectuées par l'équipe de ZB et certains entretiens se réalisent conjointement.

Tableau 4.4-3 ZB : prestations du médecin psychiatre consultant, 1998-1999

	1998	1999
Nouvelle situation ZB	49	16
Nouvelle situation CPS	12	6
Nouvelle cure de méthadone ZB	16	6
Nouvelle cure de méthadone CPS	1	1
Nouvelle cure de Subutex ZB	8	1
Nouvelle cure de Subutex CPS	2	0
Nouvelle cure de Tramal ZB	2	0
Nouvelle cure de Tramal CPS	0	0
¼ h consultation ZB	732	680
¼ h consultation CPS	397	271
¼ h RV manqué ZB		171
¼ h RV manqué CPS		40
¼ h formation, séminaire	200	205
¼ h cours donné, supervision	110	171

L'ouverture de la Calypso et la collaboration que le médecin psychiatre et l'équipe ont facilement pu établir, ont favorisé la mise en place de sevrages et ont permis d'adresser plus aisément des usagers vers un foyer de post-cure.

Par ailleurs, les consilium ou avis téléphoniques avec d'autres médecins, le Centre social régional (CSR), les infirmières scolaires ou du centre professionnel, se développent. La formation par le médecin psychiatre des médecins assistants et des équipes dans le but d'améliorer la prise en charge de patients dépendants s'est poursuivie au cours des deux ans.

4.4.6 Accompagnement dans le cadre du travail socio-éducatif

L'analyse des données de suivi des usagers montre que l'accompagnement socio-éducatif mis en place par l'équipe de ZB peut être regroupé en deux catégories. La première regroupe des actions relevant de la réduction des risques et de la prévention : information sur la nocivité des produits, sur les risques liés à l'injection, remise de matériel stérile, mais aussi soins infirmiers et démarches santé (safer sex par ex.). La deuxième catégorie comporte des prestations liées au soutien psycho-social de la personne : entretien individuel, soutien à l'établissement de projet individuel, soutien au suivi d'un traitement médical (travail sur la dépendance), offre d'un cadre de resocialisation.

Pour la clientèle qui a débuté un suivi à ZB en 1998, l'accent a été mis sur la réduction des risques. Après un an de suivi, on relève que la deuxième catégorie de prestations s'est développée : il y a en effet une augmentation significative des usagers bénéficiant d'entretiens individuels (19 usagers sur 23 au terme d'un an de suivi), de soutien pour l'établissement d'un projet individuel, qui viennent profiter de l'espace de resocialisation offert par la structure. De même, les prestations en rapport avec l'accès au monde du travail sont plus fréquentes. Par contre, on note une diminution de la distribution de matériel stérile : ainsi, si le matériel d'injection est remis à 14 usagers lors des premiers contacts, ils ne sont plus que 9 à le demander au bout d'une année. Pour la clientèle arrivée en 1999 à ZB, seules les données à l'entrée sont disponibles pour l'instant. Elles montrent cependant que le domaine du soutien socio-éducatif est d'emblée fortement développé. Ainsi, on peut se demander si l'évolution observée dans l'échantillon de 1998 au cours du suivi est liée au profil de la clientèle (population dont le profil de consommation était plus lourd au départ et avec laquelle il a fallu d'abord créer des liens avant de développer un soutien en vue d'un sortir de la consommation) ou si cette évolution traduit un changement du mode de faire de l'équipe. L'équipe relève aussi qu'avec le temps et la circulation d'informations entre usagers, ces derniers sont plus au clair sur les prestations qu'ils peuvent recevoir et sont donc davantage demandeurs que cela soit pour eux ou pour quelqu'un qu'ils amèneraient dans la structure.

La plupart du temps l'accompagnement est multiple et pour 50% des usagers il comporte plus de 6 rubriques différentes regroupant, le plus souvent, un suivi social, des informations, de la prévention.

Tableau 4.4-4 ZB : prestations proposées, 1998-1999 (questionnaires de suivi, échantillon de deux cohortes)

Prestations proposées	1998		1999
	à l'entrée	à un an	à l'entrée
Effectif	n=23		n=19
Informations diverses	20	20	17
Prév. tertiaire (HIV, hép. OD)	18	16	14
Prév. risques secondaires (info produits)	17	16	14
Soins infirmiers	16	16	10
Démarches santé, y.c safer sex	16	18	13
Matériel d'injection	14	9	5
Entretiens individuels	11	19	15
Soutien à l'établissement de projet individuel	11	17	15
Soutien TTT médical	9	14	7
Repas	8	13	13
Cadre éducatif et social	6	16	13

Prestations proposées	1998		1999
	à l'entrée	à un an	à l'entrée
Autre aide administrative	6	13	12
Accompagnement extérieur	5	13	6
Hygiène corporelle et lessive	5	9	9
Entretiens famille	2	9	7
Aide par rapport au logement	2	4	4
Gestion du temps de loisirs	2	7	2
Aide par rapport au travail	1	8	7
Autre	1	6	7

La structure de Zone Bleue met ainsi l'accent dans l'accompagnement sur deux éléments importants qui sont ressortis également lors des séances de brainstorming : la transmission et l'acquisition des éléments constitutifs du savoir être et l'acquisition de comportements de prévention. Les objectifs qui sous-tendent ces choix sont les suivants. A travers les prestations portant sur le savoir-être, les intervenants visent à favoriser la reconstruction de la personne (estime de soi, confiance en soi), à valoriser ses ressources personnelles et à favoriser une culture du rétablissement (travail sur les relations aux produits, questionnement sur un éventuel projet de vie). Le travail sur l'acquisition de comportements visant à la réduction des risques recouvre tout le champ de la prévention secondaire et tertiaire et a pour objectif aussi bien l'amélioration de la santé des usagers consommateurs à travers des conseils en matière de pratiques d'injection sécuritaires (injection versus autre mode de consommation, information sur le réseau veineux), que le maintien de la non-consommation pour des amis/amies de consommateurs ou encore des objectifs plus généraux de santé publique pour l'ensemble de la population (danger et récupération du matériel usagé, vaccination hépatites).

4.4.7 Collaboration et issue de l'accompagnement

L'étude du devenir des usagers à travers leur dossier apporte des éléments sur la trajectoire des usagers dans le dispositif socio-sanitaire : issue de l'accompagnement, orientation, collaboration.

Après un an de suivi, le bilan que l'on peut dresser est le suivant : sur 23 usagers pris en charge, 1 est en situation de drop-out (DO), 3 usagers ont été adressés ailleurs dans le dispositif sanitaire (Calypso, foyer postcure), enfin, 19 usagers sont toujours suivis à ZB en complément à d'autres services. Parmi ceux-ci, 5 ont terminé un sevrage, 14 ont eu un suivi psychologique régulier, et 6 ont eu une fréquentation de ZB plus irrégulière. 13 usagers ont eu à l'entrée une cure de méthadone et 5 ont commencé un traitement au cours de l'année. L'équipe a fait un travail de maintien du lien avec 20 usagers. Pour les usagers qui suivent un traitement de substitution, ZB ne distribue pas de méthadone au centre mais collabore avec les pharmacies pour la dispensation du traitement.

En 1999 et 1998, la moitié des usagers arrivent au centre d'eux-mêmes ou en étant orientés par des proches. Les autres partenaires du réseau (services sociaux, médecins, autres) interviennent de manière relativement égale dans l'orientation de l'autre moitié des usagers.

En 1998, au moment de l'entrée à ZB, 11 usagers n'avaient pas de relations avec des intervenants extérieurs. Un an après, pour la moitié d'entre eux une collaboration avait été établie avec des intervenants extérieurs : médecins, institution ou justice dans la majorité des cas. Pour les autres usagers, on relève dès le début du suivi à ZB une collaboration avec des médecins (6 cas) et avec des services sociaux (5 cas). Finalement, 5 usagers étaient suivis sans autre collaboration extérieure après une année de prise en charge.

La collaboration se décide en fonction des situations et des prestations offertes dans le réseau. Il s'agit le plus souvent d'informer et d'orienter l'utilisateur, de prendre un premier rendez-vous en commun et de l'accompagner dans le réseau socio-sanitaire. Plus rarement et à la demande de l'utilisateur et du réseau, ZB peut participer à un travail de suivi en réseau.

4.4.8 Evolution de l'insertion et de la consommation chez les usagers

Les éléments présentés ici concernent l'évolution de la consommation et de l'insertion sociale de l'échantillon de 23 usagers arrivés en 1998 à Zone Bleue.

La situation professionnelle de ces 23 usagers s'est améliorée : 5 personnes qui étaient sans travail ont pu commencer soit une formation (un usager), soit trouver du travail régulier (3 usagers), soit un travail occasionnel (un usager).

En ce qui concerne la consommation de drogues, 6 usagers ont stoppé la consommation d'héroïne et de cocaïne (sur 14 qui consommaient les deux produits à l'entrée). 3 autres usagers ont arrêté l'héroïne et deux la cocaïne. Pour toutes les autres substances, à l'exception de la méthadone au noir, le nombre d'usagers consommateurs a également diminué d'un ordre de grandeur de 4 à 5 individus. Le nombre des non-consommateurs de drogues dures est passé de 4 à 8 après un an de suivi à Zone Bleue.

La fréquence de consommation de drogues dures a également connu une évolution favorable avec une diminution de 17 à 7 des usagers consommant quotidiennement. L'injection est aussi moins pratiquée : 8 usagers contre 15 au départ.

4.4.9 Organisation interne

Les éléments qui suivent ont été recueillis lors des réunions de suivis et dans les rapports d'activités rédigés par l'équipe.

Zone Bleue connaît depuis le début de 1998 une très forte augmentation de sa clientèle. Pour faire face à la surcharge de travail, l'équipe a demandé en octobre 97 déjà une supervision. L'essentiel de cette surcharge a cependant été géré à travers les heures supplémentaires effectuées par les membres de l'équipe. Le cuisinier du centre a également pris un peu en charge l'accueil et notamment la gestion de la salle quand le reste de l'équipe travaille à l'étage (entretiens individuels, soins, etc.)

La principale conséquence de la surcharge a été l'abandon de certains objectifs : travail de rue, information/conseils à l'extérieur de ZB, abandon qui a plus été une adaptation que décidé volontairement par l'équipe (ces objectifs restent sous-jacents et nécessaires).

Le choix de consacrer des ressources importantes (en terme d'horaire et de personnel) aux activités liées à l'accueil, est certainement un facteur explicatif de l'augmentation importante des demandes formulées par les usagers. Cet afflux de demandes, et l'augmentation du volet 'prises en charge' qui va de pair, pourrait obliger l'équipe à redéfinir l'éventail de son offre.

Pour l'instant, l'équipe n'entend pas répondre à la surcharge de travail par la limite de l'accueil, ni en termes d'heures d'ouverture comme cela a été décidé à EdS (les usagers sont accueillis entre 11h et 18h du lundi au jeudi et de 11h à 16h le vendredi) ni selon l'urgence des cas (comme c'est le cas au CSM). Toutefois, suite à la suppression d'un poste en automne 1999, le comité et l'équipe ont décidé au printemps 2000 de limiter le nombre de jours d'ouverture du centre et de fermer le vendredi pour garantir en contrepartie une présence constante de deux personnes à l'accueil. Cette option qui permet à toute personne intéressée d'entrer en contact avec l'équipe conduit cependant à une diminution de la présence de l'équipe dans le quotidien des usagers et à une limitation des prestations individuelles offertes.

En plus des tâches d'accueil, de soutien et d'orientation, l'équipe en lien avec les consultations du médecin psychiatre avait participé à la mise en place et au suivi des cures de méthadone. Cependant, très vite elle s'est rendu compte de la difficulté de concilier les objectifs d'un "accueil sans contrainte" avec les éléments contractuels minimum qui vont de pair avec le suivi d'un traitement de substitution. Cette activité a dès lors été redéléguée au médecin psychiatre dont les heures de consultation à Zone Bleue ont largement augmenté et occupent bientôt tout son emploi du temps (poste à 50% à répartir théoriquement entre ZB et le CPS). L'équipe de Zone Bleue continue toutefois à assurer un soutien au traitement (travail de motivation notamment), et gère partiellement les rendez-vous avec le médecin psychiatre.

4.4.10 Gestion

A l'ouverture en 1997, l'équipe de base était composée d'une responsable (80%), d'un éducateur spécialisé (80%), d'une assistante socio-animatrice (80%) et d'un cuisinier (60%). Une personne supplémentaire (infirmier en santé publique) a été engagée en mars 1998 ainsi qu'un éducateur en formation au printemps 99. Toutefois après le départ volontaire de ce collaborateur en automne 1999, ce poste a été supprimé suite à des contraintes budgétaires. En dépit de ce départ, l'équipe a maintenu ses activités en fonctionnant avec 3,30 équivalent temps plein de postes socio-éducatifs et infirmiers.

Depuis mars 98, Zone Bleue peut bénéficier d'un poste de secrétariat qui est passé de 30 à 40% en 1999. La dotation en personnel non-éducatif a également été augmentée : plus 5 % pour le cuisinier et plus 10 % (depuis 1997) pour l'entretien des locaux.

Les subvention du canton s'élèvent en 1999 à 400'000 Fr. Les communes de la région financent à raison d'environ 88'000 Fr. la structure de ZB (contre 22'500Fr. en 1997). Le maintien des financements et la recherche de fonds et de soutiens financiers réguliers est un souci permanent de la direction et prend du temps.

Tableau 4.4-5 ZB : postes disponibles, 1997-1999

Zone Bleue	1997		1998		1999	
		Taux		Taux		Taux
Responsable		80%		90%		90%
Educateur spécialisé		80%		80%		80%
Assistant social		80%		80%		80%
Infirmier				80%		80%
Educateur en formation*						80%
Total socio-éducatif		240%		330%		330%
Secrétaire				30%		40%
Entretien locaux		10%		15%		20%
Cuisinier		60%		65%		65%
Total non socio-éducatif		70%		110%		125%
Total général	31.12.97	310%	31.12.98	440%	31.12.99	455%

* Ce poste a existé entre le 1.3.99 et le 30.9.99.

4.5 CONCLUSIONS

■ La **mission d'accueil avec offre d'un cadre de vie** (repas, etc.) est privilégiée par l'équipe et très utilisée. L'accompagnement individuel et l'orientation complètent le dispositif et l'on peut parler d'une prise en charge globale qui recouvre savoir-être et savoir-faire, la gestion et le soutien du traitement médical. En revanche, il a été décidé, en raison de la surcharge du centre, de laisser de côté pour le moment les activités orientées vers l'extérieur (travail de rue, dans les écoles et en partie la formation).

- L'équipe a décidé de maintenir au premier plan sa vocation de centre d'accueil à bas-seuil et a ainsi résisté à la tendance à une "médicalisation" de la prise en charge, observée lors de la première phase de l'évaluation du centre.
- La **collaboration** avec le psychiatre qui vient consulter au centre et avec l'extérieur fonctionne bien avec fréquemment des prises en charge conjointes.
- La **fréquentation du centre et les prestations fournies** ont augmenté au cours des 2 dernières années de fonctionnement. Le nombre annuel de nouveaux usagers reste important, quoiqu'en diminution à la fin de 1999.
- Le **profil** des nouveaux usagers révèle une clientèle de plus en plus jeune (âge moyen le moins élevé des structures évaluées et classe d'âge des moins de 20 ans relativement importante). Il s'agit essentiellement de consommateurs de drogues dures et polytoxicomanes. La consommation semble toutefois moins importante chez les usagers entrés en 1999. (de moins longue durée, moins d'injection).
- On note une amélioration sur le plan de l'insertion socio-professionnelle et une diminution des fréquences de consommation des usagers au cours de leur prise en charge.
- L'issue du suivi à un an montre que les usagers restent dans le dispositif socio-sanitaire, néanmoins, il semble que les difficultés d'orientation dans le réseau persistent.
- Pour l'instant, l'équipe n'a pas formulé de limite dans la prise en charge individuelle qui touche de très nombreux objectifs.
- L'accueil sur une large plage horaire permet un contact de qualité avec l'utilisateur et conduit certainement à une augmentation des demandes de prestations de suivi (conseil, accompagnement psycho-social et éducatif) qui "fidélisent" l'utilisateur (offre globale sur place) peut-être au détriment d'un suivi réparti plus largement sur l'ensemble des partenaires du réseau. Le centre semble être considéré par les usagers comme "le référent pour la toxicomanie" dans le domaine socio-éducatif pour la région. Il est souvent à la limite de la surcharge.

4.6 ENJEUX ET RECOMMANDATIONS

Devant l'affluence des demandes, l'équipe sera certainement obligée de redéfinir ses priorités et ses objectifs de manière à préciser le rôle qu'elle veut et peut prendre au sein du réseau. Cette démarche impliquera bien évidemment de trouver une base commune avec les autres intervenants.

- Les missions du centre devront être redéfinies ou, au moins, il sera nécessaire de fixer des priorités.
- La collaboration avec le réseau (difficultés rencontrées et ressources nécessaires) devrait faire l'objet d'une analyse approfondie (en collaboration avec Rel'ier).
- Pour décharger le centre les recommandations suivantes peuvent être émises :
 - (mieux) partager la prise en charge socio-éducatif avec les autres intervenants de la région,
 - mettre tout en œuvre pour éviter que l'accueil large ne conduise à un ancrage trop important des usagers au centre,
 - mettre sur pied une prise en charge particulière pour les consommateurs un peu plus jeunes ayant des profils de consommation différents de ceux rencontrés chez les "anciens", par exemple une orientation plus rapide dans le réseau pour éviter une cristallisation sur le centre,
 - déléguer ou abandonner des activités ou objectifs spécifiques. Cette réflexion doit aussi aborder les tâches qui ont été au départ incluses dans le projet de ZB et laissées

de côté pour le moment telles que le travail de rue, la formation continue de l'équipe, l'information et le conseil en matière de toxicomanie.

4.7 CONCLUSION GENERALE CONCERNANT LES DEUX STRUCTURES D'ACCUEIL ZB ET EDS

Après 4 ans de fonctionnement, les deux structures ont trouvé chacune un modèle de fonctionnement qui lui est propre : l'une avec un point fort reposant sur l'accueil, l'autre sur l'orientation dans le réseau. L'une et l'autre offrent toute une gamme de prestations socio-éducatives et un soutien aux prises en charges médicales. Leur volume de clientèle est comparable, de même que leurs ressources (nombre de postes de travail et financement). Ces deux structures semblent avoir trouvé leur place dans le contexte local de la prise en charge des usagers de drogue. Leur travail dépasse largement le cadre des communes dans lesquelles elles sont implantées et un soutien financier plus large de la part des communes des régions desservies devrait être encouragé.

5 CENTRE DE TRAITEMENT RESIDENTIEL

5.1 UNITE DE SEVRAGE : LA CALYPSO

5.1.1 Historique et objectifs

L'unité cantonale de sevrage, La Calypso, est rattachée administrativement au Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA)⁵⁷. Située sur le site de Cery, elle a ouvert ses portes en janvier 1998 et a pour mission d'accueillir les personnes toxicodépendantes désireuses et motivées pour entamer un sevrage.

Elle entend ainsi répondre à une lacune dans le dispositif de prise en charge des patients toxicodépendants dans le canton de Vaud et être un complément fonctionnel aux centres d'accueil et de traitement ouverts depuis 1996 dans ce même canton.

Jusqu'à présent, les techniques de sevrage ont essentiellement consisté en des méthodes classiques avec des traitements médicamenteux pendant une hospitalisation allant de 10 à 20 jours. Toutefois, dans le cadre d'une recherche entamée en avril 2000, les techniques de sevrage ultracourts avec anesthésie générale sont actuellement appliquées à certains patients.

Le sevrage ne se limite pas aux aspects purement pharmacologiques, mais consiste aussi pour l'équipe thérapeutique à entamer avec le patient une réflexion en profondeur. Au cours du séjour trois dimensions sont abordées au travers de multiples activités : la dimension physique (physiothérapie, piscine, sauna, groupe santé, etc.); la dimension psychologique (un référent par patient, groupe de parole sur l'organisation du séjour, groupe prévention rechute, etc.); la dimension socio-éducative (projet de réinsertion, repas, loisirs).

En plus du traitement médical lié au sevrage, La Calypso propose un bilan médical à l'entrée et des tests de dépistage pour les hépatites et le VIH. Les vaccins ne sont pas administrés sur place mais les données pertinentes sur le bilan de santé et le statut vaccinal sont retransmises au médecin traitant.

5.1.2 Méthode d'évaluation

L'évaluation s'est basée essentiellement sur les données statistiques produites par La Calypso (fichier interne de la structure) et la statistique OPALE⁵⁸; des réunions de suivi organisées deux à trois fois par année ont permis de suivre la mise en place du projet et son évolution. A moins d'indication contraire, les données présentées dans le texte proviennent du fichier interne de La Calypso.

5.1.3 Fréquentation de la structure

En 1999 il y a eu 230 admissions⁵⁹ hospitalières à La Calypso, ce qui représente une augmentation par rapport à 1998 (171 admissions). Il y a donc eu un total de 401 admissions au cours des deux années. A ces admissions s'ajoutent un certain nombre d'entretiens de pré-admission qui n'ont pas été suivis d'une admission (Selon OPALE : 47 en 1999 et 28 en 1998).

⁵⁷ Sur le plan fonctionnel La Calypso et le Centre St-Martin forment l'unité de toxicodépendance qui, avec l'unité d'alcoologie rattachée au Département Universitaire de Médecine et Santé Communautaire (DUMSC), constituent la Division d'abus de substances (DAS), rattachée au Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA).

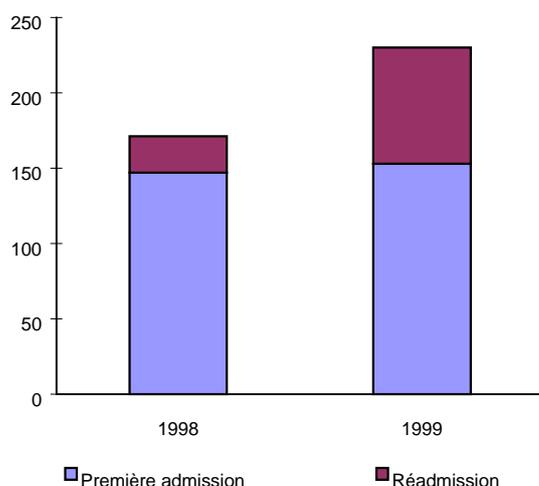
⁵⁸ OPALE : statistique des institutions psychiatriques vaudoises.

⁵⁹ La statistique OPALE identifie 229 admissions en 1999 et 169 en 1998, trois de moins que le fichier interne de Calypso.

Parmi les 401 admissions, 237 viennent de secteur psychiatrique Centre, 70 du secteur Nord, 40 du secteur Est et 35 du secteur Ouest. Pour 4 admissions, il s'agissait de personnes sans domicile fixe et 15 provenaient d'un autre canton.

Parmi les personnes qui se présentent à La Calypso, certaines tentent un sevrage plusieurs fois au cours de la même année; pour cette raison, le nombre de personnes différentes admises durant l'année est inférieur au nombre d'admissions. En 1999, il y a eu 183 personnes différentes pour 230 admissions, par rapport à 147 personnes différentes en 1998. Les personnes peuvent aussi être réadmis l'année suivante et, globalement, les 401 admissions effectuées depuis l'ouverture de la structure correspondent en fait à 300 personnes différentes⁶⁰.

Figure 5.1-1 Nombre de premières admissions et de réadmissions en 1998-1999

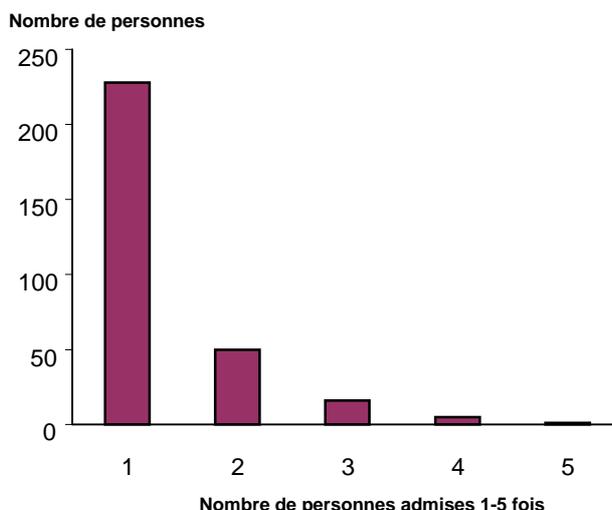


Le nombre et la proportion de réadmissions sont plus élevés au cours de la seconde année d'activité qu'au cours de la première ($75/230=32\%$ vs $26/171=15\%$). La majorité des personnes réadmis ont eu deux séjours, mais quelques-unes ont eu un total de trois à cinq admissions à La Calypso au cours de 1998 et 1999.

Selon les analyses préliminaires, le risque de réadmission ne semble pas être affecté par l'âge, le sexe et la durée de la toxicomanie. Toutefois, la probabilité de revenir ultérieurement pour une réadmission semble être légèrement plus élevée parmi les personnes qui, au moment de la première admission, consommaient de l'héroïne mais étaient sans traitement de substitution, ainsi que parmi les personnes ayant arrêté la première tentative de sevrage au cours des sept premiers jours.

⁶⁰ La statistique OPALE identifie plutôt 144 personnes différentes en 1998 et 181 en 1999, dont 32 réadmissions, pour un total de 293 personnes différentes sur l'ensemble des 24 mois.

Figure 5.1-2 Répartition des 300 personnes différentes admises en 1998 et 1999, selon le nombre d'admissions



5.1.4 Admissions

Afin d'être admis à La Calypso, le candidat doit être motivé, préparé et référé par un intervenant extérieur. Une demande qui émanerait seulement de l'intervenant et à laquelle ne participerait pas le toxicomane, ce qui est très rare, ne serait pas considérée. La prise de contact initiale peut toutefois être faite par le thérapeute ou le toxicomane lui-même. Après la prise de contact, il y a d'abord une préadmission, suivie de l'admission.

Le référent extérieur est requis dans la perspective d'un suivi post sevrage, mais aussi pour la préparation au sevrage (informations, motivation, etc.). Ce référent est invité à participer au bilan intermédiaire, fait au huitième jour du séjour, et un fax de sortie lui est envoyé à la fin du séjour hospitalier.

Lors de l'ouverture de La Calypso, si le patient recevait une dose de méthadone importante dans le cadre d'un traitement de substitution, le sevrage n'était pas entrepris. L'équipe s'étant familiarisée avec la pratique du sevrage, ce critère a par la suite été abandonné, à la demande des médecins traitants et parce que la diminution de la méthadone par le médecin traitant pouvait augmenter chez certains patients la consommation d'autres substances avant l'admission à La Calypso. Actuellement il n'y a donc plus de dose maximale de méthadone à sevrer, les conseils sur la diminution de la dose avant l'admission étant modulés en fonction de la situation particulière de chaque usager.

Les demandes de sevrage partiel des polytoxicomanes (ou pour des patients sous méthadone) ne sont pas admises par l'équipe, qui a décidé initialement de ne pas mélanger les patients visant l'abstinence totale et ceux utilisant la méthadone ou d'autres médicaments/drogues à potentiel d'abus (ex. BZD). Cette restriction aux patients visant l'abstinence complète permet de diminuer le risque que des personnes toxicodépendantes en traitement incitent d'autres patients à choisir la méthadone plutôt que l'abstinence. Cela permet aussi de diminuer les opportunités de consommation (héroïne, bzd, etc) pour les patients en traitement à La Calypso⁶¹.

Les causes d'hospitalisation dans un autre secteur de Cery que La Calypso sont : des hospitalisations non volontaires, une co-morbidité incompatible avec le sevrage (ex. psychose aiguë), l'absence de l'intention d'abstinence, la poursuite d'un traitement à la méthadone.

⁶¹ Il arrive toutefois que d'autres unités de Cery accueillent pour un sevrage de benzodiazépines des personnes dont la cure de méthadone est maintenue. Selon les intervenants, les demandes seraient assez importantes pour de tels sevrages partiels, mais le nombre de lits ne serait pas suffisant.

5.1.5 Profil de la clientèle :

La description de la clientèle porte spécifiquement sur les personnes différentes admises au cours de chaque année⁶² à l'unité (147 en 1998 ; 183 en 1999). Les 30 personnes admises au cours des deux années sont incluses en 1998 et en 1999. A moins d'indication contraire, les données proviennent du fichier interne de La Calypso.

■ Age, sexe

L'âge moyen des personnes admises varie entre 29 et 30 ans au cours des deux années. La répartition par classe d'âge des personnes ayant bénéficié d'une admission en 1999 est plus ou moins similaire à celle des personnes admises en 1998. Les femmes constituent chaque année un peu plus du quart de la clientèle.

■ Scolarité et occupation

Selon OPALE⁶³, parmi l'ensemble des personnes admises en 1999, 2% n'ont aucune scolarité menée à terme, 45% n'ont complété que la scolarité obligatoire, 42% ont fait un apprentissage ou une maîtrise fédérale, 4% ont obtenu la maturité ou ont un diplôme d'études secondaires supérieures, 2% ont suivi une école professionnelle (commerciale, normale, technicum) et 1% ont atteint l'université ou les hautes écoles.

Selon OPALE⁶³, plus des trois quart (76%) des personnes admises en 1999 étaient sans travail. Les autres personnes exercent une activité professionnelle (18%) ou sont en formation post scolaire ou professionnelle (3%). Plus des deux tiers des personnes ayant une activité professionnelle ont une occupation lucrative à temps plein. (24/33=73%). Un sixième des personnes sans emploi (23/140) bénéficient de l'AI.

■ Durée de la consommation problématique et âge d'entrée dans la toxicomanie

Seule une faible proportion des personnes admises consomment des drogues dures depuis deux ans ou moins (10% en 1999). En 1999 comme en 1998, la moitié des personnes admises ont une consommation problématique depuis sept ans ou plus. Pour près de la moitié des personnes admises, la consommation de drogues dures a commencé avant l'âge de 20 ans (48% en 1999 et en 1998).

■ Antécédents de sevrage et durée d'abstinence

En 1999, les trois quarts des personnes admises ont déjà eu au moins une tentative de sevrage (min : 1, max : 31). Les sevrages rapportés ont été effectués, par ordre de fréquence, dans une institution, seul, en milieu psychiatrique, en milieu carcéral, en ambulatoire ou en milieu hospitalier somatique.

La durée de la dernière période d'abstinence a varié d'un mois ou moins à plusieurs années.

■ Polytoxicomanie et modes de consommation

Pour presque tous les toxicomanes admis, le sevrage implique les opiacés ou la cocaïne : en 1999, 87% consomment de l'héroïne ou de la cocaïne. Seul 11% ne prennent que la méthadone. En 1999 comme en 1998, une proportion importante des personnes consomment à la fois de l'héroïne et de la cocaïne (39% en 1999; 48% en 1998). Environ un septième des personnes admises n'ont qu'une toxicomanie à l'héroïne, sans consommation associée de cocaïne, de benzodiazépines ou de méthadone au noir (14% en 1999; 13% en 1998).

Si on ajoute aux personnes ayant déclaré consommer de la cocaïne ceux ne l'ayant pas déclaré mais dont la prise d'urine à l'admission a démontré la présence de cocaïne, la proportion de personnes consommant de la cocaïne passe de 44% à 58% en 1999 (de 51% à 58% en 1998). La sous-déclaration de la consommation d'héroïne est moins importante.

⁶² Lorsqu'une personne a été admise à plus d'une reprise au cours d'une même année, les caractéristiques de la première admission de l'année sont décrites.

⁶³ Dans le fichier OPALE, les informations sur le niveau de scolarité atteint et sur l'occupation sont disponibles pour presque toutes les personnes (resp. pour 96% et 99% en 1999).

La majorité des personnes admises consomment plus d'une substance, une consommation problématique de trois substances ou plus étant notée pour environ la moitié d'entre elles.

En 1999, deux tiers des personnes s'injectaient des drogues, principalement l'héroïne et la cocaïne. Il faut aussi noter les benzodiazépines parmi les substances injectées (9 personnes admises en 1999 et 6 en 1998).

Tableau 5.1-1 Profil des personnes différentes admises à l'unité de sevrage La Calypso, selon l'année* (1998-1999)

	1998		1999	
	n	%	n	%
Effectifs	147		183	
Nb femmes	40	(27%)	52	(28%)
Age				
Min-max	17-60 ans		17-52 ans	
Age moyen	29.6 ans		29.3 ans	
Age médian	29.0 ans		28.0 ans	
15 à 20 ans	8	(5%)	8	(4%)
21 à 25 ans	37	(25%)	49	(27%)
26 à 30 ans	43	(29%)	55	(30%)
31 ans et plus	59	(40%)	71	(39%)
Domicile (OPALE)				
Sans domicile fixe	4	(3%)	16	(9%)
Privé, seul	41	(29%)	50	(28%)
Privé, plusieurs	74	(51%)	63	(35%)
Institution	21	(15%)	40	(22%)
Travail (OPALE)				
Sans travail	100	(69%)	138	(76%)
Emploi, temps plein	29	(20%)	24	(13%)
Emploi, occasionnel	5	(4%)	9	(5%)
En formation	5	(4%)	6	(3%)
Autres/NSP	5	(4%)	4	(2%)
AI (OPALE)				
Bénéficiaires de l'AI	13	(9%)	23	(13%)
Traitement de substitution (à l'admission)	90	(63%)	111	(61%)
Consommation avant l'admission				
Drogues dures**	129	(88%)	160	(87%)
dont : héroïne sans cocaïne	54	(37%)	80	(44%)
cocaïne sans héroïne	4	(3%)	8	(4%)
héroïne et cocaïne	71	(48%)	72	(39%)
Méthadone (sans héroïne-cocaïne)	15	(10%)	20	(11%)
Autres	3		3	
Produit				
Héroïne	125	(85%)	152	(84%)
Cocaïne	75	(51%)	80	(44%)
Benzodiazépine	61	(41%)	73	(40%)
Cannabis	59	(40%)	82	(45%)
Alcool	37	(25%)	38	(21%)
Nb de produits consommés				
1 produit	29	(20%)	37	(20%)
2 produits	42	(29%)	60	(33%)
3 produits	32	(22%)	32	(18%)
4 produits et plus	43	(29%)	54	(30%)

	1998		1999	
	n	%	n	%
Mode de consommation DD				
Injection	86	(59%)	122	(67%)
Autres indicateurs				
Age DD (moyenne)	20.7 ans		21.0 ans	
(médiane)	20.0 ans		20.0 ans	
Durée DD (moyenne)	8.4 ans		8.3 ans	
(médiane)	7.0 ans		7.0 ans	
Prison	52	(35%)	92	(50%)

* Les données proviennent du fichier interne de La Calypso, à moins d'indication contraire : le cas échéant, les totaux peuvent légèrement différer puisque la statistique OPALE identifie 181 personnes différentes en 1999 et 144 en 1998.

** Le calcul du nombre de produits consommés comprend l'alcool, les opiacés (héroïne ou méthadone), la cocaïne, les benzodiazépines, le cannabis, les amphétamines et le LSD.

■ Traitement de substitution et consommation de drogues

Plus de la moitié des personnes admises suivaient un traitement de substitution au moment de l'admission (61% en 1999; 63% en 1998). Parmi celles-ci, il est à noter que plus de la moitié rapportaient consommer à la fois de l'héroïne et de la méthadone. La proportion de personnes ayant un traitement de substitution et qui consommaient de la cocaïne ou des benzodiazépines est également très élevée. Les prises d'urine faites à l'admission confirment qu'il s'agit souvent d'une consommation d'héroïne, de cocaïne ou de benzodiazépines très récente.

Tableau 5.1-2 Personnes admises qui suivaient un traitement de substitution : autres substances consommées

	1998		1999	
	n	%	n	%
Effectifs	90		111	
Traitement de substitution uniquement	10	(11%)	12	(11%)
Traitement de substitution et autre consommation rapportée				
Méthadone et héroïne	68	(76%)	82	(74%)
Méthadone et cocaïne	47	(52%)	49	(44%)
Méthadone et benzodiazépine	41	(46%)	45	(41%)

5.1.6 Collaborations et issue du sevrage

■ Référent extérieur

Pour les 401 admissions de 1998 et 1999, les référents extérieurs les plus fréquents sont, dans l'ordre, les médecins privés (148), le centre St-Martin (92) et les services sociaux (46), mais d'autres centres résidentiels et ambulatoires réfèrent aussi des personnes à La Calypso.

- Durée du séjour

La durée prévue du sevrage à La Calypso est habituellement de 10 à 20 jours mais peut varier en fonction de la situation particulière d'un patient et de ses objectifs personnels. Pour les 401 admissions de 1998 et 1999, la durée réelle de séjour a varié de 1 à 29 jours (moyenne = 9 jours; médiane = 10 jours). Une durée de sept jours est considérée nécessaire par l'équipe pour un sevrage physique adéquat. Pour environ les deux tiers des admissions (68%), le séjour a duré 7 jours ou plus.

L'interruption du sevrage au cours des premiers sept jours est plus fréquente parmi les jeunes et les personnes dont la toxicomanie est plus récente. L'interruption précoce est aussi associée au retard (> 1/2 h) à l'admission. Par contre, le risque d'interruption au cours de cette première semaine semble peu ou pas affecté par les substances consommées, la présence d'une polytoxicomanie ou l'usage de la voie intraveineuse. La présence d'un projet de séjour en centre résidentiel n'affecte pas non plus le risque de départ au cours de la première semaine.

- Modalité d'arrêt du sevrage

Selon les données inscrites dans OPALE, la fin du traitement, qu'il soit achevé ou interrompu, a été décidée d'un commun accord pour un peu plus de la moitié (53%) des admissions de 1998 et 1999.

Dans 41% des cas, l'interruption est survenue à l'initiative du patient ; pour 4% il s'agissait d'une décision de l'équipe en raison soit d'une consommation de produit, soit d'une attitude perturbant le groupe, par exemple lorsque la personne a une attitude démotivante sur le bien-fondé du sevrage. Enfin, il s'est agi d'une fugue⁶⁴ pour 3%.

D'après le fichier interne de La Calypso, la moitié des sevrages sont considérés "achevés" par l'équipe au moment du départ.

- Destination des patients

Bien que l'admission à La Calypso n'implique pas un projet de séjour résidentiel en post-sevrage, pour environ la moitié (211/401=53%) des admissions, il y avait tout de même, au moment de l'admission, un projet de séjourner dans un centre de traitement résidentiel après le sevrage.

On ne connaît pas la destination exacte des patients après leur séjour à La Calypso, mais 30% des admissions se terminent par une référence à un centre résidentiel, 30% sont adressés à un médecin et 16% au centre St-Martin. Parmi ceux qui avaient le projet initial de séjourner dans un centre de traitement résidentiel, la moitié (103/211=49%) ont été adressés à un tel centre à la fin du séjour, soit un quart des admissions. Les autres retournent habiter à leur domicile. Il n'y a, pour l'instant, aucune forme systématique de suivi des patients après leur sortie de La Calypso.

5.1.7 Organisation interne

L'équipe est composée d'un médecin cadre à 50%, d'un médecin assistant à 50%, de six postes à plein temps d'infirmiers, d'un assistant social à 50%, d'un psychologue à 50%, de deux veilleurs de nuit avec formation infirmière et de deux secrétaires à mi-temps. Depuis le mois de mai, un poste d'intervenant supplémentaire est financé par la recherche sur la comparaison du sevrage ultracourt (SOUC) et des sevrages traditionnels.

La personne de l'équipe qui est là lors de l'admission du patient devient son référent. Lorsque le référent est l'assistant social ou la psychologue, tous les deux à mi-temps, il y a co-référence. L'importance de la co-référence varie aussi selon la situation et les demandes du patient. De plus, ce dernier peut s'adresser à n'importe quel membre de l'équipe pour une demande particulière. Il y a ainsi une certaine interchangeabilité des intervenants.

Même si La Calypso n'offre un sevrage qu'aux personnes visant l'abstinence, l'équipe intervient parfois en cas de demandes pour des personnes toxicomanes provenant des autres unités de Cery. Ces interventions sur le reste du site de Cery sont relativement rares. Pour les patients qui suivent un traitement à la méth-

⁶⁴ Une fugue est un départ non annoncé et non discuté par le patient.

done au moment de leur admission dans un autre secteur de Cery, ce sont les médecins de ces unités qui maintiennent et gèrent la méthadone pendant l'hospitalisation.

Par ailleurs, dans le cadre de la recherche sur les techniques de sevrage ultracourts, le sevrage sous anesthésie générale se fait à l'hôpital de St-Loup et les patients sont ensuite transférés à La Calypso pour la suite du traitement incluant le soutien psychosocial.

5.2 CONCLUSIONS

- Le nombre de sevrages à La Calypso a augmenté entre 1998 et 1999.
- Les patients de La Calypso proviennent des 4 secteurs psychiatriques et une proportion minimale des admissions concernent des personnes domiciliées dans un autre canton.
- Un quart des 400 admissions enregistrées depuis l'ouverture de la structure sont des ré-admissions de personnes ayant déjà entamé un sevrage à La Calypso. Cette proportion tend à augmenter avec le temps.
- Par rapport aux critères d'admission posés à l'ouverture de la structure, l'équipe est maintenant moins stricte en ce qui concerne le dosage de la méthadone au moment de l'admission. Toutefois, le principe d'abstinence complète a été maintenu et les sevrages partiels ne sont toujours pas pratiqués. Ces critères d'admission à La Calypso et notamment le refus de sevrages partiels exigent de la clientèle potentielle un seuil de motivation élevé. Il est possible qu'une partie des personnes soient découragées.
- En ce qui concerne l'âge et la consommation de drogues dures, la clientèle est relativement semblable à celle des autres centres : plutôt âgée et avec un long passé de toxicomanie et polytoxicomanie, même si un traitement de substitution est en cours.
- Les patients sont adressés par les médecins généralistes ainsi que par les nouvelles structures qui apprécient la forme de collaboration mise en place avec La Calypso.
- Environ 1/3 des sevrages sont interrompus durant la 1^{ère} semaine. Par contre, environ 50% des sevrages sont considérés comme achevés par l'équipe au moment du départ.
- Il n'y a pas de forme systématique de suivi des patients organisée après leur départ de La Calypso.
- La référence ou la transmission des patients au moment de leur sortie est apparemment minimale.
- Il n'y a pas eu d'évaluation clinique de la prise en charge médicamenteuse. Cependant une recherche en cours menée par l'équipe de la Calypso devrait permettre de comparer prochainement deux types de sevrages : traditionnel et ultra-court.

5.3 ENJEUX ET RECOMMANDATIONS

- Il faut explorer la possibilité d'effectuer des sevrages partiels (assouplissement des critères d'admission et organisation de l'admission) pour rendre l'unité "La Calypso" plus attractive.
- Les processus d'orientation des usagers à leur sortie de La Calypso pourraient être améliorés, avec l'organisation systématique d'un suivi, pour une période à définir, avant que le patient quitte La Calypso, d'entente avec lui et le référent qui l'a adressé.
- Si le processus d'orientation et le suivi sont bien documentés, il serait intéressant d'évaluer le devenir des patients après sevrage.

6 TRAVAIL DE PROXIMITÉ

6.1 TRAVAIL DE PROXIMITÉ

Les trois projets de travail de proximité s'inscrivent dans l'objectif global de renforcement des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire dans le domaine de la toxicomanie. Pour clarifier la suite de la présentation et pour permettre au lecteur de mieux comprendre les différences existantes entre les trois projets évalués, il est nécessaire de faire un bref rappel du champ couvert par ces différents termes. Plusieurs définitions existent et même en limitant ces concepts au domaine de la toxicomanie, on peut trouver diverses acceptions de ces termes. De plus, avec l'évolution des connaissances, le contenu des interventions proposées évolue contribuant par là à une redéfinition du domaine couvert. Les définitions⁶⁵ que nous retenons ici n'ont donc pas la prétention d'être universelles, mais sont données par souci de clarté.

La prévention primaire en toxicomanie s'adresse à des personnes non consommatrices de drogues, le plus souvent c'est un public jeune (12 à 18 ans). Les interventions développées dans ce cadre visent la promotion de la santé et la prévention des comportements à risque. Elles proposent souvent de l'information sur les dangers des produits et une réflexion sur les compétences individuelles permettant une meilleure gestion des problèmes personnels, ainsi qu'une réflexion sur les dépendances.

La prévention secondaire en toxicomanie s'adresse aux "personnes à risques"⁶⁶ et qui, le plus souvent, sont déjà des consommateurs occasionnels de drogues ou qui fréquentent ce milieu (pour les filles il peut s'agir par exemple de compagnes d'une personne toxicomane). Les interventions visent à identifier les problèmes de consommation, à réduire les conséquences négatives de celle-ci et à limiter les risques d'une aggravation de la consommation en terme de fréquence, de produits ou de mode de consommation, et d'éviter ainsi une entrée dans la dépendance. Il s'agit généralement de mettre en place un dispositif permettant d'entrer en contact avec cette population particulière (travail de rue ou de proximité), d'instaurer une relation permettant de parler des risques liés à la consommation (réduction des risques par l'information sur les différents modes de consommation et leurs dangers respectifs, risques de dépendance, d'overdose) et d'orienter les personnes concernées vers un dispositif de prise en charge.

La prévention tertiaire est destinée aux personnes consommatrices de drogues et vise à réduire les dommages liés à cette consommation. Le public visé est généralement plus âgé et il peut s'agir de toxicomanes de longue durée. Les interventions portent souvent sur les conditions d'injection, les risques liés au partage de matériel d'injection; l'ouverture de lieux d'accueil dans lesquels les consommateurs peuvent se rendre, quelle que soit leur position vis-à-vis des drogues (désir d'abstinence, lune de miel, ambivalence), des structures facilitant la réinsertion sociale ou de locaux d'injection font également partie du dispositif de prévention tertiaire.

Les frontières entre ces différents aspects de la prévention en matière de toxicomanie ne sont bien sûr pas rigides et la plupart des projets regroupent deux ou trois aspects. Néanmoins, la plupart définissent relativement clairement une orientation prioritaire, notamment dans la mesure où leur public cible est passablement différent.

L'évaluation des projets de travail de proximité qui reçoivent un financement du Canton repose sur un **monitoring minimum des activités** des équipes (nombre de contact, nature et lieu du contact ou des

⁶⁵ Cf. par ex. Schmidt Bettina, Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen, Gesundheitsforschung, Juventa Verlag, Munich, 1998.

⁶⁶ Qui peuvent être définies comme les personnes cumulant un certain nombre de difficultés regroupant des facteurs individuels, familiaux ou sociaux (problèmes scolaires, affiliation à des pairs déviants, absence de supervision parentale par ex.). cf. Programme cadre en promotion de la santé et en prévention de la toxicomanie en Montérégie, 1999-2000, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Montérégie, avril 1999.

activités, type de personnes rencontrées) de manière à mesurer l'apport de ces structures dans le réseau de prise en charge.

En plus de ces données, des **réunions de suivi** ont permis de relever les problèmes rencontrés par chacun des projets, les événements marquants qui ont pu faciliter le développement de leurs activités ainsi que les actions entamées dans le but de sensibiliser la population de leur région aux problèmes liés à la toxicomanie.

Tableau 6.1–1 Méthode d'évaluation des projets de travail de proximité, 1999

	Monitoring	Interviews répétées	Utilisation du rapport d'activité
ACT, Riviera	+	+	+
Travail de proximité de Morges-Aubonne	+	+	+
Travail de proximité de Aigle/Pays-d'Enhaut	+	+	+

6.2 TRAVAIL EDUCATIF DE PROXIMITE DE LA RIVIERA (ACT)

6.2.1 Historique et objectifs

Le projet de l'Action communautaire toxicomanie (ACT) a pour mission d'assurer une couverture plus large de l'Est vaudois dans le domaine de la prévention des toxicomanies à travers un travail de proximité et de développer la notion de chaîne thérapeutique en fournissant aux institutions existantes les moyens nécessaires au développement de leurs activités, notamment avec l'UAS⁶⁷ de Montreux.

Le projet ACT poursuit quatre objectifs :

- 1 la présence d'intervenants socio-éducatifs sur le terrain,
- 2 l'accompagnement des usagers dans le réseau de prise en charge,
- 3 l'amélioration de la collaboration entre les différents intervenants du domaine de la toxicomanie,
- 4 la prévention, notamment en milieu scolaire.

La priorité de cette association est l'accompagnement de proximité des personnes touchées par la toxicomanie qui favorise leur retour et leur réintégration dans un réseau de soins. Les objectifs déclarés sont la prévention et la lutte contre la toxicomanie, notamment par la réduction des risques liés à la consommation. Si la prévention face à des problèmes tels que le Sida et les hépatites fait également partie des buts poursuivis, l'équipe a clairement comme mission prioritaire des interventions dans les domaines de la prévention secondaire et tertiaire.

Le précédent rapport d'évaluation faisait état de difficultés de reconnaissance du travail effectué par ACT auprès de certains acteurs de la région, notamment auprès de la police de Montreux. Il relevait également qu'un des soucis majeurs de la structure concernait l'importance des attentes formulées par les autres intervenants du réseau. L'équipe souhaitait d'ailleurs orienter sa réflexion et une part de l'évaluation sur

⁶⁷ Unité ambulatoire spécialisée (cf. chapitre 3.4).

les problèmes de réseau en 1998-1999 ; ceci d'autant plus qu'en raison de l'ouverture de l'UAS à Montreux (1998), des changements dans l'organisation de la structure étaient envisagés.

6.2.2 Organisation interne et changements

L'équipe répartit ses activités en quatre domaines : la permanence pour l'accueil des usagers au centre (lundi, mardi, jeudi, vendredi de 10h à 12h et de 13h30 à 18h, mercredi de 14h à 18h), l'administration et le travail sur le terrain. Depuis l'ouverture de l'UAS (1998), une permanence est également assurée dans les locaux de cette structure tous les matins de 9.00h à 12.00h avec les mêmes tâches. Les usagers de l'UAS peuvent ainsi bénéficier d'un "bout de prise en charge" socio-éducative.

Cette organisation a été revue à la fin de 1999 et différents changements sont intervenus. La permanence d'accueil, qui occupe au moins deux intervenants, est limitée actuellement à la tranche horaire de 10 à 12h et de 14 à 16h du lundi au vendredi. En dehors de ces heures, un seul intervenant reste disponible au centre, soit pour recevoir l'utilisateur sur rendez-vous, soit pour répondre à un usager qui viendrait avec une demande précise (matériel d'injection, entretien urgent par ex.). Par ailleurs, la permanence à l'UAS a été momentanément abandonnée et les deux équipes sont en train de redéfinir un protocole de collaboration. Ces deux aménagements permettent de libérer des intervenants pour du travail à l'extérieur (travail de proximité, accompagnement, etc.).

Le centre a non seulement une mission de travail de proximité mais fonctionne également comme structure à bas-seuil d'accès et d'exigence. **L'accueil** se fait principalement au centre durant les heures de permanence et fonctionne comme lieu de vie avec partage d'espaces communs, interactions entre usagers et/ou avec les intervenants présents, possibilité de se reposer.

C'est également une permanence pour toutes sortes d'informations sur les produits, le dispositif existant, les lieux de cures, le soutien relationnel ou administratif et les urgences habituelles. Ce travail de permanence au centre s'est considérablement développé. Il consiste notamment à débroussailler les situations dans un cadre sécurisant, à informer les usagers sur les démarches à entreprendre (par exemple pour des démarches administratives auprès de services sociaux), à répertorier les difficultés afin d'adresser l'utilisateur de manière ciblée vers d'autres acteurs du réseau. L'équipe juge nécessaire que deux personnes soient présentes durant les périodes d'accueil pour pouvoir à la fois répondre lorsque des situations particulières nécessitent une prise en charge plus individuelle et continuer à gérer le groupe présent.

Quant aux activités se rapportant au **travail de proximité**, il s'agit de rejoindre, rencontrer, accompagner, susciter, stimuler, informer en assurant une présence sur les lieux où les personnes concernées par les problèmes de dépendance se retrouvent. Il s'agit cependant tout autant d'une proximité relationnelle ("prendre les gens là où ils en sont") que simplement géographique. Les contacts ainsi noués peuvent amener l'utilisateur à entrer dans le dispositif de prise en charge ou à le réintégrer.

L'orientation est pratiquée indépendamment des différents lieux où circule l'équipe, avec le souci de coordonner les interventions entre partenaires, de travailler en complémentarité, de solliciter tous les services et particuliers concernés par une situation. De l'organisation de sevrages ou de séjours post-cure à l'accompagnement dans les prisons, l'équipe tend à organiser pour chaque personne un réseau d'aide sociale et de soins coordonnés et adaptés à sa situation.

Chaque membre de l'équipe participe à chacun de ces domaines de prestations de manière à peu près équilibrée.

Les membres de ACT, interrogés sur le contenu de leur travail, rejettent l'idée d'une linéarité dans la prise en charge qui consisterait à créer un lien (contact informel), à travailler sur la dépendance (entretiens) et à résoudre les problèmes pratiques (démarches). Qu'il s'agisse d'une demande pour régler un problème pratique ou que cette demande s'oriente davantage sur des aspects psychologiques, ces deux domaines apparaissent trop étroitement liés pour pouvoir être traités l'un sans l'autre : "On entre en relation par l'une ou l'autre de ces catégories, mais c'est difficile de ne pas toucher les autres catégories, tout est imbriqué". Ainsi, même si certains usagers ne viennent que pour des aspects pratiques, il y a généralement une brèche dans leur discours qui va permettre aux intervenants, à un moment ou à un autre, d'aborder des points plus intimes.

Cette absence de linéarité fait que pour ACT, les discussions et le travail autour du savoir-être (reconstruction d'une identité, travail sur les relations, etc.) peuvent avoir lieu aussi bien durant l'accueil que lors d'entretiens de suivi individuels ou familiaux ou encore lors d'une rencontre informelle dans un café pour les travailleurs de proximité.

Cette importance accordée à l'accueil et aux demandes d'entretien "sur le vif" nécessite une très grande disponibilité et peut avoir des répercussions sur l'organisation de la journée de l'équipe selon les événements qui se présentent. Pour ACT, il est important de garder une marge de manœuvre pour s'adapter à la demande des usagers. Il faut pouvoir entendre cette demande quand elle arrive et être opérationnel pour trouver une orientation pertinente en vue d'y répondre.

■ Collaboration et réseau

L'ouverture de l'UAS au début de 1998 a amené des modifications dans l'organisation interne de ACT et dans le paysage socio-sanitaire de la région. Différents modes de collaborations ont été discutés et retenus avant même l'ouverture de l'UAS. Concrètement, si la permanence assurée par ACT dans les locaux de l'UAS a été suspendue temporairement, les deux équipes continuent à partager un colloque à quinzaine qui a lieu à tour de rôle dans chacune des structures, pour discuter de la prise en charge et du suivi de certains usagers. De plus, quand la situation l'exige, des suivis conjoints sont toujours organisés, un membre de ACT se déplaçant pour assister à des entretiens de bilan à l'UAS. Plus rarement, il arrive qu'un membre de l'équipe de ACT suive un usager domicilié dans le Chablais s'il est par ailleurs en traitement à l'UAS. Les intervenants de ACT ne font cependant pas de travail de rue dans cette région.

A la fin de 1999, la collaboration projetée avec l'UAS a donc été expérimentée durant près de deux ans. L'apprentissage de la réalité du travail en réseau, les résistances individuelles de toutes sortes qui ont pu se manifester, la découverte de lacunes dans le mode de collaboration ont amené les deux équipes à vouloir dresser un bilan et à retravailler leur protocole de collaboration. Actuellement, ce travail est en cours.

Lorsqu'un usager est également suivi par un assistant social d'une commune, des contacts sont établis si nécessaire. Lorsqu'il y a plusieurs intervenants autour d'un usager, cela entraîne parfois des échanges difficiles, par exemple avec les services sociaux généraux qui ont parfois perçu ACT comme étant trop "pro-usagers", c'est-à-dire trop enclins à adopter le point de vue des usagers.

Ces échanges ont obligé chaque partenaire à clarifier sa position de manière à maintenir et à développer sa spécificité propre et à faire appel à la compétence des autres structures pour régler les problèmes spécifiques (soins infirmiers, aide sociale, RMR). Les attentes de chacun vis-à-vis des autres intervenants ont du être expliquées et souvent réajustées pour permettre par la suite une collaboration plus souple. Ce travail de construction des modes de collaboration entre différents acteurs a nécessité la participation de toutes les parties impliquées et a requis de nombreuses heures de travail. Même si avec le temps une relation de confiance a pu s'établir entre intervenants, à tout moment la collaboration peut connaître des hauts et des bas.

De par sa participation à un réseau de prise en charge, ACT s'est trouvé confronté à une forme de glissement de son mandat de structure d'accueil à bas-seuil à un service offrant des prestations liées au savoir-faire et de nature très pratique, telles que recherche de logement, aide pour remplir un questionnaire de demande de chômage, gestion de l'argent provenant des aides sociales, etc. A force de devoir répondre à de nouveaux impératifs ou de se retrouver face à d'autres exigences, la structure s'écarte en partie de sa mission première. Pour ACT, il a été important, une fois ce glissement observé, de retrouver sa place de "filet en dessous de tout", de rester au seuil d'exigences le plus bas. A travers une réflexion, l'équipe a ainsi pu réaffirmer sa spécificité de structure d'accueil à bas-seuil et éviter de devenir le pendant d'un service social, ce qui ne correspondait pas à son orientation première.

Sur un autre plan, la recomposition de l'équipe depuis la fin de 1999 va probablement également entraîner des modifications internes. La redéfinition des postes et une nouvelle répartition des temps de travail a permis d'engager une éducatrice ayant des compétences infirmières pour l'ouverture d'une prise en charge de soins somatiques. L'équipe espère cependant obtenir à terme un poste supplémentaire pour ce volet infirmier (à 70%) afin de maintenir l'effectif du travail de rue au même niveau (480%).

6.2.3 Méthodes d'évaluation

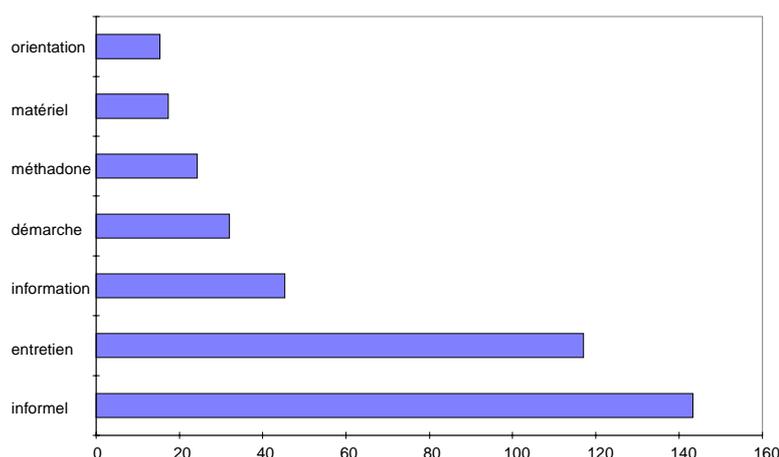
L'évaluation du projet repose sur le monitoring des activités de proximité et les réunions de suivi qui ont permis de suivre l'évolution des collaborations mises en place et de faire des bilans réguliers de l'évolution de la structure.

Une analyse plus qualitative du travail effectué par la structure a été conduite sous la forme d'un brainstorming sur la notion du travail de proximité.

6.2.4 Activités et nature du travail de proximité

Les données du monitoring montrent qu'environ un tiers des contacts est constitué de contacts informels ; 30 % des contacts relevés sont de types "entretien", dont la moitié sont couplés avec une distribution soit de méthadone soit de matériel stérile. Les contacts restant sont des demandes d'information, d'orientation ou encore de démarches administratives. Par rapport aux années précédentes, on observe une augmentation de la part des entretiens et du volet informations/orientation dans l'ensemble des contacts.

Figure 6.2-1 ACT : nombre moyen de contacts mensuels selon la nature du contact, dernier trimestre 1999



Les contacts de type méthadone et matériel d'injection sont sous-estimés car ils ont lieu le plus souvent au cours d'un entretien. Les intervenants ont dès lors privilégié le plus souvent l'entretien dans la codification du contact.

Avant l'ouverture de l'UAS, ACT avait entrepris de suivre 20 usagers sous méthadone, en collaboration avec les médecins privés. Depuis lors cette activité s'est réduite, toutefois l'équipe suit toujours entre 10 et 15 personnes pour lesquelles elle gère la dispensation de méthadone dans ses locaux.

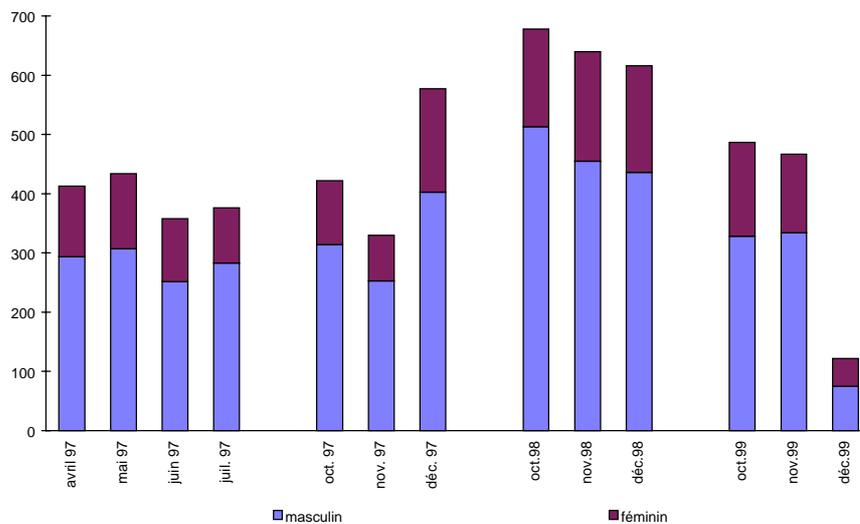
ACT assure également la distribution de matériel (distribution gratuite d'un maximum de 10 seringues par personne, durant les heures d'ouverture de la structure). Pour 1998, ACT a distribué ainsi 8'000 seringues et 8'000 aiguilles, ainsi que du matériel annexe.

Parmi les autres activités, on note l'ensemble des activités de colloques, de formation continue, de visites dans les centres, hôpitaux, prisons mais également l'importante participation à des actions de prévention dans les écoles de la région (une trentaine d'interventions par année). De plus, ACT a répondu à différentes sollicitations de centres de formation professionnelle de la santé et de l'éducation pour partager l'expérience acquise à travers le travail auprès de personnes toxicodépendantes.

6.2.5 Fréquence des contacts

Le monitoring des contacts a été tenu durant le dernier trimestre de 1999. Toutefois, les données récoltées durant le mois de décembre ne sont pas représentatives de l'activité de l'équipe car les fiches n'ont été remplies que par deux personnes⁶⁸ ; ces résultats seront donc exclus du commentaire. L'analyse des chiffres montre une diminution du nombre de contacts durant les mois d'octobre et de novembre 1999. En effet, ce sont environ 500 contacts enregistrés mensuellement par l'équipe durant 1999, contre 600 environ en 1998. Cette diminution est largement imputable à l'absence d'un des intervenants pour cause de burnout. Comme ce collaborateur était principalement présent dans la rue et dans les cafés, cette diminution des contacts s'est faite essentiellement dans ces lieux : environ 15 % des contacts ont eu lieu dans la rue en 1999 contre environ 33% en 1998.

Figure 6.2-2 ACT : nombre de contacts mensuels selon le sexe, 1997-1999

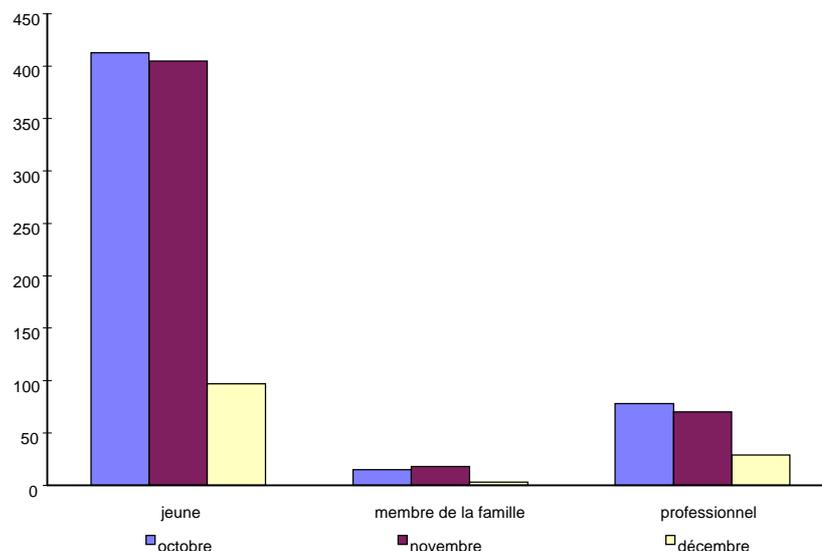


Les activités de contact et d'accueil de la structure de ACT sont cependant importantes; en moyenne une vingtaine de personnes ont été rencontrées par jour durant le dernier trimestre de 1999.

Les contacts concernent toujours essentiellement des usagers consommateurs de drogue qui représentent environ 80% des personnes rencontrées. Les familles des usagers ne forment que 2 à 4 % des contacts, les contacts interprofessionnels constituant quant à eux environ 15% des rencontres.

⁶⁸ Un collaborateur en vacances, un nouveau collaborateur et un collaborateur en burnout n'ont en effet pas remplis les fiches.

Figure 6.2-3 ACT : nombre de contacts selon le type d'interlocuteurs, dernier trimestre 1999



6.2.6 Profil de la clientèle

ACT ne tenant pas de fichiers de ses usagers, le profil de sa clientèle est tiré de l'étude menée durant le mois d'avril auprès d'usagers de la structure.

En tout 23 usagers ont accepté de remplir le questionnaire "Clientèle 2000". Il s'agissait d'un échantillon de 18 hommes et de 5 femmes (22%), d'un âge moyen de 27,5 ans (médiane à 28.0 ans). Parmi eux, un usager était sans domicile fixe et 18 (78%) sans travail régulier ou temporaire.

21 usagers ont consommé des drogues dures au cours de leur vie dont 19 ont consommé à la fois de l'héroïne et de la cocaïne. 9 usagers (39%) avaient consommé des drogues dures durant le mois précédent l'enquête dont 6 les deux substances. Parmi les 9 usagers ayant consommé des drogues dures durant le dernier mois, 2 consommaient quotidiennement et 8 s'injectaient le produit. Une proportion relativement importante des usagers fréquentant ACT sont donc des consommateurs actifs.

L'âge moyen d'entrée en toxicomanie de cet échantillon est de 18,6 ans et la durée de consommation est en moyenne de 9,7 ans. Au cours de leur vie, les usagers ayant remplis le questionnaire "Clientèle" sont 18 (78%) à s'être injecté, 15 (66%) ont fait un séjour en prison et 5 (22%) ont une expérience de prostitution.

6.2.7 Gestion

L'équipe d'ACT est formée de 480% de postes couverts par 5 personnes et ce, sans changement depuis 1997.

La subvention du Canton se monte à 146'000 Fr. Les communes de la région de la Riviera financent les activités de ACT pour un montant de 243'000 Fr. environ (237'000 Fr. en 1997).

6.3 CONCLUSIONS

- ACT a pour mission prioritaire le travail de proximité relationnelle auprès de personnes toxicodépendantes. En plus du travail sur le terrain, elle offre un lieu d'accueil ainsi qu'un accompagnement socio-éducatif individuel.

- Du point de vue de la prévention, les activités mises en place se rattachent essentiellement à la prévention secondaire et tertiaire, même si des actions de prévention primaire ont également été développées avec les écoles.
- La fréquence des contacts mensuels a diminué en 1999, par contre il y a une augmentation de la part des entretiens et du volet information-orientation dans le total des contacts.
- ACT a connu durant la dernière année une période de changements importants dans la composition de son équipe qui expliquent partiellement la diminution des contacts mensuels.
- Le profil des usagers de ACT montre une clientèle relativement jeune, présentant une consommation de drogues dures importante. Ces usagers ont également des problèmes d'insertion professionnelle importants.
- La construction d'un réseau équilibré de collaborations entre le secteur médico-psychiatrique et le secteur social, où chaque acteur occupe une place bien définie représente un modèle de configuration unique dans le canton. Si on peut relever une amélioration de la coordination de la prise en charge autour d'un usager, une plus grande reconnaissance du rôle de chaque structure et donc de leur complémentarité, la collaboration reste un exercice difficile; cette collaboration prend du temps et est soumise à des réajustements continuels, même si les différentes parties en présence jouent le jeu. Actuellement ACT et l'UAS sont en train de retravailler leur protocole de collaboration.
- Les difficultés liées à l'extension du travail à Montreux et sa région se sont largement atténuées ; la collaboration étroite entre ACT et l'Unité ambulatoire spécialisée (UAS) a favorisé cette évolution.
- Les contacts avec le travail de proximité de la région d'Aigle/Pays-d'Enhaut n'ont pas été développés.

6.4 ENJEUX ET RECOMMANDATIONS

L'enjeu majeur pour l'équipe est actuellement de maintenir les acquis auprès de ses usagers malgré les changements de personnel qui marquent l'équipe. En effet, en raison de l'attachement de certains usagers à l'un ou à l'autre des membres de l'équipe, un départ peut fortement bouleverser certaines situations.

De même, il nous semble important que le processus de réflexion mené ces deux dernières années sur la spécificité d'ACT au sein du réseau de prise en charge de la Riviera soit poursuivi et que les modes de faire de l'équipe soient maintenus.

L'expérience vécue de la collaboration avec l'UAS, depuis l'état de projet jusqu'à l'étape actuelle de sa redéfinition, devrait être documentée pour pouvoir être plus largement partagée au niveau du canton avec les autres structures existantes.

- Les contacts entre ACT et les projets de travail de proximité de Morges-Aubonne et Aigle/Pays-d'Enhaut doivent être renforcés.
- Le cas d'usagers domiciliés dans le Chablais, suivis à l'UAS et par ACT devrait faire l'objet d'une discussion réunissant également les partenaires du réseau chablaisien.
- La configuration du réseau de prise en charge et le fonctionnement (collaborations, qualité et suivi de la prise en charge des usagers, etc.) devra faire l'objet d'une comparaison avec les autres modèles existants dans le canton (cf. notamment le mandat de Rel'ier).

6.5 TRAVAIL EDUCATIF DE PROXIMITE MORGES-AUBONNE (PMA)

6.5.1 Historique et objectifs

Ouvert en 1996, le projet de travail de proximité de la région Morges-Aubonne a été conçu pour répondre aux zones d'ombre identifiées dans le dispositif régional global, parallèlement et en complément aux projets de planning familial itinérant et à la structure d'Entrée de Secours (Morges).

La mission poursuivie par le projet de proximité Morges-Aubonne se veut double.

- 1 D'une part il entend prévenir la consommation de drogues, d'alcool ou de médicaments auprès d'un public jeune (13 à 20 ans) en approchant les lieux qu'il fréquente (cafés, rue, abords des écoles etc.), en distribuant une information sur ces substances, mais également en créant des lieux et des moments d'écoute permettant d'instaurer une communication et d'éviter l'isolement de jeunes en situation parfois difficile.
- 2 D'autre part, il entend constituer une plate-forme d'échange entre professionnels de la prévention primaire intervenant auprès de ce même public, de manière à promouvoir une complémentarité et une collaboration entre les différents acteurs, notamment les équipes santé et les médiateurs scolaires.

Dans le précédent rapport d'évaluation, il était fait état des difficultés à couvrir une région aussi étendue et à s'y faire connaître. La nécessité de concilier à la fois les activités de prévention primaire et secondaire était également mentionnée et le développement de liens avec la structure Entrée de Secours était recommandé.

Par rapport aux définitions présentées en introduction, le projet PMA se situe à cheval entre la prévention primaire et secondaire. Une part importante des ressources de la structure est mise à disposition du travail de rue (bus, personnel, horaire de travail). D'autre part, une présence est assurée lors des manifestations et rassemblements du public cible.

Par ailleurs, suite à de nombreux échanges d'informations et à la poursuite de réflexions avec différents intervenants de la région, des activités ont été développées dans le cadre scolaire, mais également dans le cadre du temps de loisirs des jeunes.

6.5.2 Organisation interne et changements

L'équipe du travail de proximité Morges-Aubonne s'est restructurée dans le courant de 1999. En effet, son responsable a repris la responsabilité de l'Espace Prévention⁶⁹ à 50 % ce qui a permis d'engager une éducatrice à 50%. Cette division du travail permet à l'équipe d'offrir une alternative homme/femme dans les contacts avec les jeunes de la région et facilite le travail notamment par les possibilités d'échanger sur les événements vécus.

L'équipe continue d'assumer les deux missions qu'elle s'était fixées au départ, soit le travail de rue et les interventions dans le cadre du dispositif socio-sanitaire existant. Après une année un peu difficile liée au fait que l'éducateur de proximité se retrouvait très seul pour assurer le travail, l'engagement d'une deuxième collaboratrice (septembre 1999) a permis de redonner à la structure un certain dynamisme.

L'organisation de l'équipe varie en fonction des demandes d'intervention, formulées par les écoles notamment. Elle a cependant défini un horaire fixe de passages avec le bus dans douze localités différentes, sorte de permanence assurée de manière hebdomadaire ou parfois bihebdomadaire, à raison de huit heures hebdomadaires. Si toutes les localités de la région n'en bénéficient pas, une portion importante du territoire est cependant couverte par le bus et notamment toutes les communes ayant un établissement scolaire d'une

⁶⁹ Situé place du Casino, l'Espace Prévention regroupe dans le même lieu les locaux de la prévention régionale et ceux du projet de travail de proximité.

certaine importance. Par ailleurs, l'équipe se rend régulièrement dans les lieux de concentration des jeunes tels que pub, cafés, rues, manifestations diverses.

Le bus rempli plusieurs fonctions : à la fois moyen de déplacement pour parcourir l'ensemble de la région, c'est également un moyen d'identification et de rassemblement. En effet, la visibilité du bus a favorisé l'identification de l'équipe. L'offre d'un lieu convivial avec café et biscuits à l'intérieur a favorisé l'investissement du bus par les jeunes. Le bus est également un outil de relation et de communication où peuvent se dire les petits problèmes quotidiens, mais aussi s'échanger et se travailler des émotions individuellement ou dans un groupe.

L'approche des groupes de jeunes, à travers une présence dans les girones ou les festivals, aux abords des écoles, ou dans leurs lieux de rencontre privilégiés, relève d'une démarche qui consiste à "aller vers", à se montrer, à se tenir à disposition de manière visible. C'est une forme de disponibilité qui se veut légèrement intrusive, mais qui laisse cependant très largement l'initiative du contact aux jeunes. L'objectif de cette présence répétée est d'arriver à créer une relation de confiance minimale mais aussi, pour l'équipe, à "s'incruster" dans la tête des jeunes pour le cas où ils auraient besoin un jour ou l'autre d'un soutien; enfin, il s'agit également de rompre l'impression d'isolement, ou d'impuissance que certains adolescents pourraient ressentir. Pour un certain nombre d'usagers, ces contacts relativement informels ont permis de construire une relation et ont débouché sur une prise en charge sous forme d'entretiens.

Les entretiens sont le plus souvent ciblés sur les problèmes rencontrés par les jeunes dans leur quotidien et ne portent pas spécifiquement sur la consommation de drogues. Les difficultés traitées sont de natures diverses : tension familiale liée au couple parental, absence de l'un ou l'autre des parents suite à un divorce, maltraitance, rupture de communication familiale, repli sur soi, état de déprime, difficultés à maîtriser des démarches administratives, problèmes scolaires ou pour rentrer dans le monde professionnel, prise de risques inconsidérés, volonté de fugue, etc. Ces entretiens donnent parfois lieu à des orientations vers une structure plus à même de régler le problème du jeune. L'orientation se fait notamment vers l'unité d'alcoologie de la PMU⁷⁰, l'unité de travail temporaire, les médecins généralistes de la région ainsi que les gynécologues, l'ASEMO ou encore l'hôpital.

Les demandes des parents, rencontrés soit à travers leur enfant, soit lors du travail de rue, sont généralement focalisées sur l'objet "drogue". Le travail consiste alors dans un premier temps à offrir une soupape aux angoisses des parents, à dédramatiser et à renforcer leur possibilité de faire face. Dans les cas les plus graves, il faut réussir à créer un lien de confiance suffisant pour permettre l'émergence d'une demande d'aide et de prise en charge qui permettra d'orienter la famille ou le jeune vers une structure adéquate.

En ce qui concerne le travail de collaboration avec le réseau, l'équipe s'était trouvée confrontée à une certaine résistance pour créer des synergies entre intervenants, les gens ne se découvrant que lors de contacts personnels, d'où l'espacement des séances de rencontres. Actuellement cependant, l'équipe est plus régulièrement sollicitée par des intervenants extérieurs, soit pour une médiation, soit pour l'organisation d'une manifestation ou d'une activité qui relève du domaine de la prévention. Des échanges ont ainsi lieu régulièrement avec les autorités communales lors de la mise en place de projets de locaux pour jeunes ; des réunions sont organisées avec les commerçants, la police et des groupes de jeunes ; enfin des collaborations ont été mises sur pied avec Profa, avec l'unité de travail temporaire, le SUPEA, des paroisses, etc.

D'une manière plus générale, l'équipe entretient peu de contacts avec EdS, car les deux équipes jugent qu'elles travaillent avec un public cible différent.

6.5.3 Méthodes d'évaluation

De même que pour les autres projets de travail de proximité, l'équipe de Morges-Aubonne a rempli des feuilles de monitoring simples et a participé aux réunions de suivi. L'évaluation s'appuie également sur le rapport d'activité rédigé par l'équipe qui rend compte des autres activités mises sur pied pour se faire connaître dans la région.

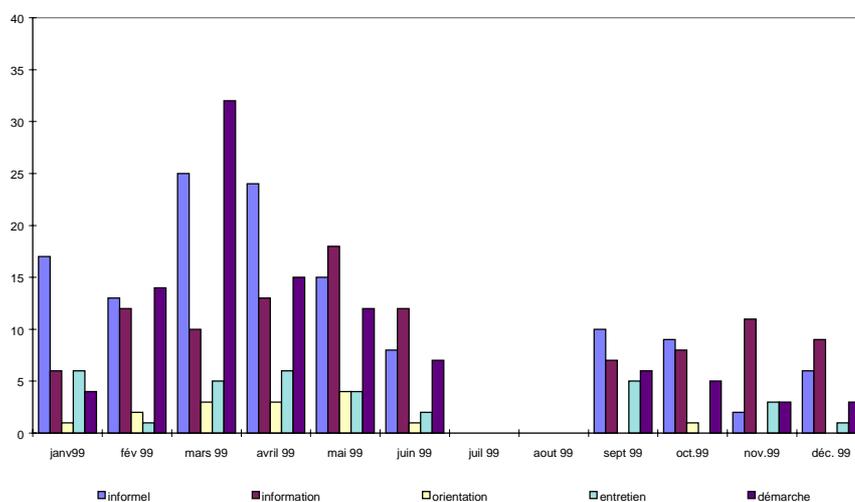
⁷⁰ PMU Policlinique médicale universitaire, Lausanne.

L'équipe a de plus participé à l'analyse plus qualitative du travail de proximité au travers d'un exercice de brainstorming.

6.5.4 Activités et nature du travail de proximité

La répartition des contacts selon leur contenu principal montre que la diminution du nombre de contacts au cours de 1999 a affecté toutes les formes de contacts. Toutefois c'est parmi les contacts informels qui formaient environ 50% des contacts au début de l'année que l'on observe la diminution la plus marquée. A la fin de 1999, les contacts avec informations représentaient désormais près de la moitié des contacts. Il faut cependant relever une importante fluctuation dans la nature des contacts selon le mois qui est imputable au moins en partie au nombre variable de manifestations auxquelles participe l'équipe.

Figure 6.5-1 PMA : nombre de contacts selon la nature du contact, par mois, 1999



■ Ecole

Les activités développées avec le milieu scolaire sont variées : animations suite aux représentations du théâtre forum "Caméléon" et "Père en pétard" sur les sujets du racket, de la drogue et du sida (discussion et questionnaire notamment) en recourant à la méthode AugustBoal avec la participation des élèves; des ateliers de discussion ont été proposés aux médiateurs et aux équipes santé des écoles, distribution de matériel de prévention (brochures d'informations) dans les gymnases, réflexions sur un système d'atelier de discussion dont les thèmes devraient si possible être formulés par les élèves, tournus de présentation de l'équipe lors de cours portant sur la prévention. Bien que suscitant de l'intérêt, les ateliers de discussion ont de la peine à se mettre en place. Toutefois les passages dans les écoles de la région avec les nouveaux acteurs de la prévention ont eu lieu.

■ Manifestations

Le principal obstacle auquel se heurte l'équipe est l'étendue de la région et la difficulté à trouver le moyen d'entrer en contact avec les jeunes et à être présents "dans leurs têtes" lorsqu'ils en ont besoin. Savoir où sont les jeunes, à quelle heure, est très difficile à déterminer surtout en raison de la relative absence de lieu de réunion fixe ou commun à l'ensemble du public potentiel (pas de pôle central comme à Lausanne ou Vevey par ex.). D'où la présence des éducateurs aux gîrons, au festival de Paléo en lien avec les ligues de la santé. Durant ces activités (juillet et août essentiellement), le monitoring des contacts n'a pas été tenu.

■ Fréquence des contacts

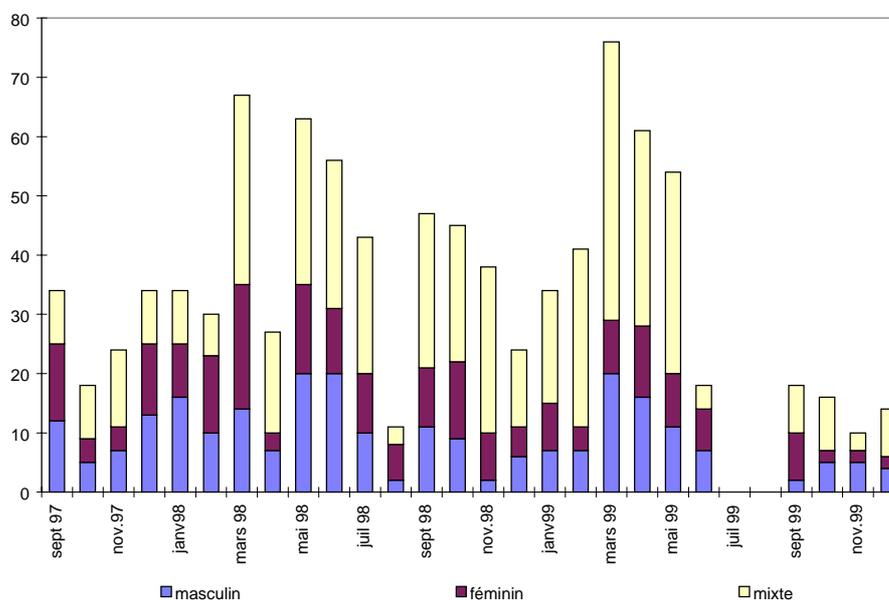
La figure ci-dessous montre le nombre et les fluctuations importantes des contacts mensuels avec des individus. Ainsi, le printemps est une période durant laquelle les contacts augmentent fortement, le reste

de l'année étant plus calme. Les chiffres extrêmement bas des mois de juillet et d'août 1999 s'expliquent notamment par les vacances des personnes en poste, mais aussi parce qu'à cette période, l'équipe assure des permanences dans diverses manifestations et ne comptabilise pas les rencontres qui se produisent à ces occasions.

Les changements dans l'équipe début septembre 1999 ont également influencé le travail et le monitoring du dernier trimestre de 1999. De plus, le bus n'a pas été disponible durant cette période et les déplacements se sont faits avec des véhicules privés. A cette occasion, l'équipe a pu constater le rôle facilitateur du bus pour rencontrer les jeunes, car sortir d'un véhicule banalisé pour aborder les jeunes suscite de la méfiance.

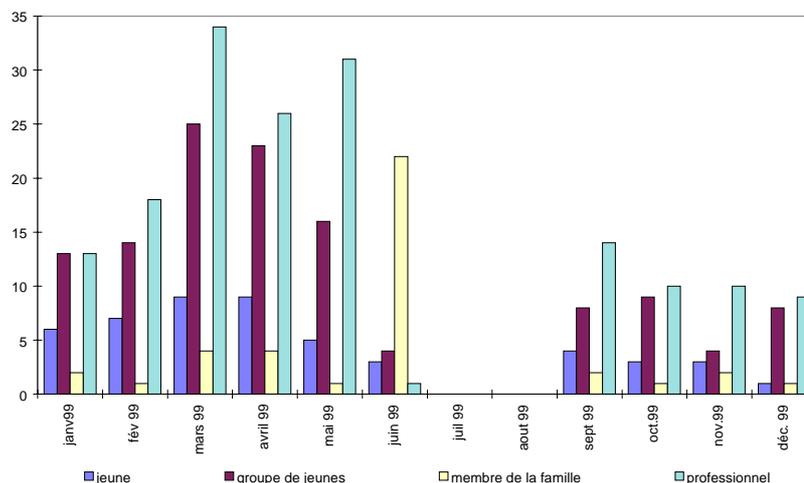
Le nombre de contacts répartis selon le sexe est plus ou moins équivalent. Les contacts "groupe mixte" sont les rencontres avec des groupes de jeunes où les deux sexes sont présents. Il importe de relever que le fait de comptabiliser comme un seul contact les rencontres de groupe entraîne bien sûr une sous-estimation du nombre de jeunes approchés par les éducateurs.

Figure 6.5-2 PMA : nombre de contacts mensuels selon le sexe, 1997-1999



Les contacts avec les groupes de jeunes forment environ 35% de l'ensemble des contacts et les contacts individuels forment le 15%. L'activité auprès des proches ou des familles constitue entre 5 et 10% des interventions, le reste (environ 40%) étant des contacts avec les différents professionnels du réseau socio-sanitaire ou autres de la région.

Figure 6.5-3 PMA : nombre de contacts selon le type d'interlocuteurs, 1999



6.5.5 Gestion

L'équipe était composée au départ d'un éducateur de proximité (100%) et d'une conseillère en planning familial (50% mais source de financement différente). Suite à la démission de la conseillère, le responsable du projet s'est retrouvé seul durant presque deux ans. En juin 1999, il a décidé de diminuer son engagement d'éducateur de proximité à 50%, ce qui permettait d'engager une deuxième personne à 50% pour compléter ce poste, et de reprendre par ailleurs la responsabilité de l'Espace Prévention. C'est actuellement dans ces locaux que les deux intervenants bénéficient d'un bureau. Par ailleurs, une collaboration étroite existe entre ces deux intervenants et une conseillère en planning familial (partage des locaux et du bus, possibilités d'interventions communes).

Le financement de la structure est essentiellement cantonal (121'000 Fr., environ en 1999).

6.6 CONCLUSIONS

- Le projet a une double orientation : d'une part, l'équipe est active dans le domaine de la prévention primaire des dépendances et, d'autre part, dans celui de la prévention secondaire envers les jeunes qui ont des problèmes, que cela soit ou non en rapport direct avec la consommation de substances ou avec la dépendance.

- Les changements au sein de l'équipe durant l'année 1999 ont eu un effet positif sur le développement des collaborations et la reconnaissance du travail de proximité dans la région. Par contre la disponibilité pour le travail sur le terrain en a légèrement souffert et la fréquence des contacts a connu une diminution durant 1999.

- Le problème de la taille de la région et la difficulté d'assurer la couverture de l'ensemble du territoire n'a été que partiellement résolu, mais grâce à une politique de contacts et de

présence régulière dans toute la région, les travailleurs de proximité commencent à être bien connus des jeunes.

- Les contacts avec la structure EdS à Morges restent cependant très limités.

6.7 ENJEUX ET RECOMMANDATIONS

Les dépendances ou les consommations problématiques ne représentent qu'un aspect parmi d'autres des difficultés des jeunes en contact avec le projet (il peut s'agir de fugues, de décrochage scolaire, de conflits avec les parents, etc.). Il s'agit donc en premier lieu d'offrir aux jeunes dont la majorité n'a pas (encore) de problèmes de consommation de drogues dures, une écoute pouvant déboucher sur un appui qui vise avant tout à éviter la marginalisation. Cette orientation explique les contacts privilégiés avec d'autres acteurs "institutionnels" - tels les médiateurs et les infirmières scolaires - et la rareté des contacts avec les intervenants "toxicomanie" à proprement parler.

On peut se demander s'il est possible à long terme de rester ouvert à un large public de jeunes sur l'ensemble d'une région. Avec le temps, la dimension prévention secondaire du travail de rue devrait être développée (service aux jeunes les plus en difficultés ou dans une période d'essai de consommation de drogues).

- Le projet devrait progressivement s'orienter vers une activité prépondérante de prévention secondaire auprès de jeunes marginalisés ou en phase de début de consommation⁷¹ et laisser les activités de prévention primaire à d'autres acteurs du réseau.
- Les activités de présence du bus doivent être régulières, et les interruptions réduites au maximum pour ne pas perdre le bénéfice des contacts déjà établis.
- La répartition des terrains entre PMA et EdS doit être clarifiée : qui fait quoi, où ? et surtout, qui fait le travail de 'rue' avec les personnes toxicomanes dans la région Morges-Aubonne.

⁷¹ Pour la partie non "planning familial" de l'activité en tout cas.

6.8 TRAVAIL EDUCATIF DE PROXIMITE AIGLE/PAYS-D'ENHAUT (APE)

6.8.1 Historique et objectifs

Le projet "Dépendances" a été conçu par les professionnels de la région Aigle/Pays-d'Enhaut dans le cadre du projet de régionalisation de la prévention. La régionalisation de la prévention dépend de la Commission de prévention mais ce projet-là est financé par la Commission cantonale pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie.

En se référant aux deux documents initiaux de présentation⁷² (Le programme de prévention des dépendances d'une part et, d'autre part, le cahier des charges "Travailleurs sociaux de proximité") le projet de travail de proximité Aigle/Pays-d'Enhaut avait pour mission :

- 1 de promouvoir, dans l'ensemble des deux districts, des actions socio-sanitaires auprès de groupes à risques (jeunes de 15 à 25 ans), de leurs familles et de leurs proches dans le but de favoriser des échanges d'informations sur la problématique des dépendances, de susciter un dialogue avec tous les partenaires et d'orienter les demandeurs éventuels dans le réseau déjà existant;
- 2 de mettre en place un travail de proximité dans l'ensemble des deux districts. A cet égard, ils identifient les "points chauds", les lieux de rencontre et décèlent les risques de toxico-dépendance chez les jeunes en voie de marginalisation; les travailleurs de proximité sont donc présents et interviennent directement sur les lieux où les jeunes se trouvent.

Sur la base des définitions présentées ci-dessus, il s'agit donc de prévention primaire et à certains égards de prévention secondaire, principalement dans la deuxième mission.

Le projet ne vise cependant pas à assurer de manière systématique la prévention au niveau des écoles, mais il est ouvert aux demandes d'intervention émanant de ces dernières.

Dans les conclusions du précédent rapport d'évaluation nous relevions que les activités et actions prévues initialement n'étaient pas encore clairement définies et mises en place. Une enquête par questionnaire menée auprès de jeunes de 15 à 25 ans dans les deux districts, "en vue de découvrir les besoins des jeunes en termes d'activités qui améliorent leur santé" fournissait des informations tant sur le profil que sur les attentes de cette population. Cette démarche avait par ailleurs permis de rencontrer le public-cible (très dispersé vu l'importance de la zone couverte par le projet).

6.8.2 Organisation interne et changements

La structure du projet de travail de proximité APE a connu des modifications importantes depuis son démarrage. Celles-ci concernent non seulement l'équipe en tant que telle, mais également les missions du projet.

Les deux personnes composant initialement l'équipe ont quitté la structure, l'une en avril 1998 et l'autre en mai 1999. Actuellement deux travailleurs de proximité assurent les activités du projet et interviennent dans les 4 communes de Aigle, Bex, Château d'Oex et Villeneuve.

⁷² Il s'agit là des documents sur la base desquels un financement a été accordé en 1996 par la Commission cantonale pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie (LCPLT).

Sur la base de l'analyse des réponses au questionnaire mentionné préalablement, le programme "Prévention dépendance" a été reformulé (juin 1998)⁷³ faisant suite également à une réflexion régionale concernant l'ensemble des programmes. Actuellement son objectif principal consiste à permettre aux adolescents et jeunes adultes de la région d'Aigle/Pays-d'Enhaut d'acquérir les compétences nécessaires pour mieux gérer :

- leurs relations avec les produits pouvant engendrer des dépendances,
- leurs relations familiales et sociales.

A travers cet objectif sont notamment visés une plus grande responsabilité des jeunes par rapport à la conduite de leur vie ainsi qu'une amélioration des relations intergénérationnelles. Il s'agit donc d'un programme orienté vers la prévention primaire.

Dans le cadre de ce programme, les activités suivantes sont développées :

- Favoriser dans le cadre scolaire la mise sur pied de programmes de prévention adaptés aux besoins du public cible.
- Information-Animation sur les dépendances à partir du bus de prévention.
- Aide à la mise sur pied de projets de jeunes, - bus - débats - projets.
- Collaboration avec les différents groupes de travail sur les problématiques liées à l'adolescence.
- Animation de groupes de parents d'adolescents.

Sur la base de ces nouvelles missions, les activités des intervenants se sont développées autour de 5 domaines dont nous présentons ici quelques aspects, en nous référant au bilan des activités rédigé par l'équipe. Ces activités n'ont pas fait l'objet d'une évaluation de la part de l'IUMSP, dans la mesure où les outils d'évaluation mis en place avaient été conçus essentiellement pour suivre le travail de rue des équipes ainsi que la prévention secondaire de la toxicomanie.

Prévention de la dépendance dans le cadre scolaire : actuellement une des préoccupations principales de l'équipe est de favoriser dans chaque établissement une réflexion permettant de planifier une prévention des dépendances adaptée aux besoins et de proposer une animation à la demande sur différents thèmes de prévention des dépendances.

Information-Animation avec le bus : par sa mobilité, le Bus est présent dans les lieux de passages fréquents (tels que écoles, gares, places, centres commerciaux) mais aussi lors de manifestations particulières. Cette activité vise avant tout à sensibiliser les adultes au rôle préventif qu'ils ont à jouer auprès des jeunes et à leur permettre d'acquérir des compétences pour mieux dialoguer avec eux et ainsi pouvoir les accompagner tout au long de l'adolescence.

En abordant différents thèmes en lien avec la dépendance (tabac, alcool, cannabis, etc), les animations permettent d'ouvrir un dialogue avec la population sur ces thèmes, de répondre aux éventuelles questions, mais aussi d'orienter vers les réseaux régionaux ou cantonaux existants ou plus simplement de distribuer une documentation appropriée.

Aide à la mise sur pied des projets de jeunes : le *bus* est le lieu de discussion et de rencontre 'itinérant', à l'écoute des jeunes, il stationne un jour par semaine dans chacune des 4 villes (Aigle, Bex, Château d'Oex, Villeneuve); grâce à son look 'sympa' il est facilement reconnaissable et directement associé à la prévention.

Les *débats* ont permis aux jeunes de s'exprimer sur des sujets qui les préoccupent.

Le *soutien des projets de jeunes* : cette activité consiste à soutenir les jeunes dans la mise sur pied de projets qui les valorisent et contribuent au développement de leur estime de soi.

Groupes de professionnels : 15 rencontres avec des professionnels (Commission régionale des toxicomanies, Commission jeunesse de Bex, la Croix Bleue, etc.) ont eu lieu pour discuter des besoins des

⁷³ Cette nouvelle formulation du projet a été transmise directement au service de la Santé Publique en automne 1998 par la structure; l'UEPP n'en a cependant été informé qu'en mai 2000.

jeunes, de la promotion de la prévention primaire des dépendances et de la mise sur pied d'actions en lien avec la violence et la dépendance.

Groupes de parents d'adolescents : l'équipe a mis sur pied des ateliers d'échanges s'adressant aux parents d'adolescents et qui permettent d'aborder différents thèmes en lien avec la prévention des dépendances au travers de certains facteurs de risque : sexualité, violence, alcool et drogue, besoins des jeunes, l'école et les valeurs. Une information aux parents sur l'existence de ces groupes a été transmise via les élèves des écoles.

Dans cette réorientation, l'accent est mis principalement sur la prévention primaire / promotion de la santé. En revanche, par rapport aux missions du projet de proximité, telles que définies dans le cahier des charges des intervenants, les activités de prévention secondaire sous la forme d'un travail de rue sont peu présentes.

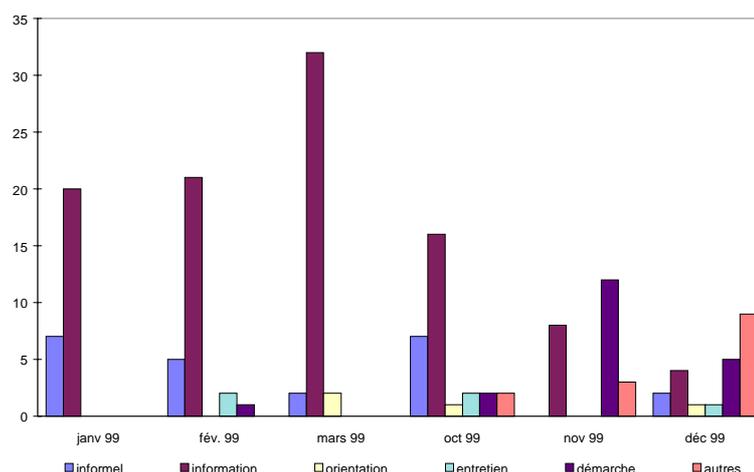
6.8.3 Méthodes d'évaluation

L'outil du monitoring⁷⁴ bien que déjà défini en automne 1997 n'a été appliqué que durant le premier et le dernier trimestre de 1999⁷⁵. L'évaluation se base par ailleurs sur les réunions de suivi, le rapport d'activité et l'analyse de la nature du travail de proximité menée à travers la participation de l'équipe à une séance de brainstorming.

6.8.4 Activités et nature du travail de proximité

Les contacts enregistrés grâce au monitoring montrent une orientation des activités du travail de rue vers l'information. Durant le mois de décembre 1999, ce sont toutefois les contacts dans les écoles, sous forme d'animation, (regroupés sous l'item "autres types de contacts") qui ont été les plus fréquents. Les changements intervenus dans la composition de l'équipe se traduisent par une diminution des contacts informels et une augmentation des contacts de type "démarche" et "autres", entre les deux périodes de relevés.

Figure 6.8-1 APE : nombre de contacts selon la nature du contact, 1999



⁷⁴ Le monitoring est un outil qui permet de suivre l'évolution du nombre et du type d'usagers rencontrés, la nature et le lieu des contacts. Il s'agit d'un outil qui permet essentiellement de suivre l'activité du travail de rue.

⁷⁵ Pour 1997, l'évaluation avait pu également profiter des résultats d'un questionnaire distribué auprès des jeunes de la région.

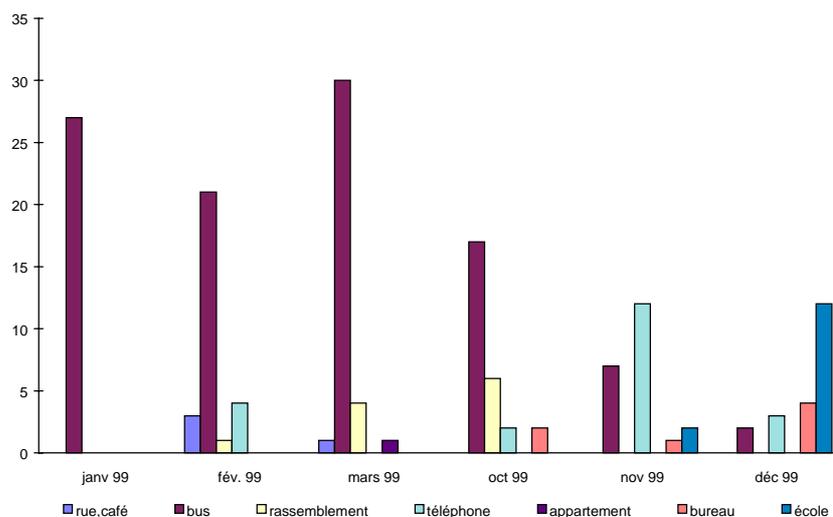
Dans le cadre du travail avec les écoles, l'organisation des rencontres mensuelles a permis la planification de la prévention pour le Pays-d'Enhaut. Par ailleurs, les directeurs des établissements et les groupes de santé ont reçu le dossier "Prévention des dépendances" soit, 'Bus d'information publique', 'Prévention dans les écoles', 'Groupes de parents d'adolescents' et ' Aide à la mise sur pied de projets de jeunes'. Les classes de 7^{ème} année d'Aigle ont reçu une information sur les dépendances et une classe de 4^{ème} a eu une intervention sur le thème de la cigarette (source : rapport d'activité).

Dans le domaine de l'aide à la mise sur pied de projets de jeunes, 9 rencontres-débats ont été organisées avec les animateurs de jeunesse à Bex, Aigle et Château d'Oex, qui ont attiré environ 250 jeunes. Une animation de quartier co-organisée avec l'Armée du Salut et suivie d'un tournoi de football a eu lieu durant l'été. Et, dès septembre, un groupe de jeunes s'est retrouvé avec des professionnels autour d'un projet de création d'un skateparc à Aigle (source : rapport d'activité).

Trois groupes de parents d'adolescents ont été constitués durant 1999 et ont pu suivre les ateliers (de 6 séances). Certains parents continuent à se rencontrer suite à ce cours (source : rapport d'activité).

La ventilation des contacts selon le lieu de la rencontre confirme l'importance du bus comme lieu de contacts et ainsi l'orientation du travail de l'équipe vers des activités qui se rapportent davantage à la prévention primaire. En effet, pendant la période de 6 mois durant laquelle le monitoring a été tenu (premier et dernier trimestre 1999), 12 sorties avec le bus à Aigle, Bex et Château d'Oex ont permis de rencontrer 88 jeunes et d'échanger sur différents thèmes tels que les problèmes liés à l'adolescence : dépendance et comportement à risque.

Figure 6.8-2 APE : nombre de contacts selon le lieu, 1999



6.8.5 Gestion

Le projet de travail de proximité Aigle/Pays-d'Enhaut, dispose depuis 1997 de 1,5 poste d'éducateur spécialisé.

Son financement repose essentiellement sur les subventions cantonales (175'0000 Fr. environ en 1999).

6.9 CONCLUSIONS

- Le projet de travail éducatif de proximité Aigle/Pays-d'Enhaut a mis l'accent sur la prévention primaire des dépendances et la promotion de la santé.
- Dans le cadre de cette orientation, diverses activités ont été développées pour répondre aux besoins des jeunes de la région (besoins recensés en 1997 au travers d'un questionnaire).
- D'autres activités visent la population en général, notamment les adultes, pour favoriser l'information sur la prévention des dépendances.
- La mission de travail de rue en lien avec la prévention secondaire et auprès des jeunes à risques, ou en début de consommation, n'a pas été développée.
- Actuellement, les activités de l'équipe se concentrent sur quatre localités (Aigle, Bex, Château d'Oex, Villeneuve) et le problème de la couverture d'une aussi grande région perdure.

6.10 ENJEUX ET RECOMMANDATIONS

L'évolution de l'orientation du projet APE - essentiellement dans le sens de la prévention primaire - pose la **question de la prévention secondaire** dans les deux acceptions du terme, soit :

- ■ travail avec les jeunes "à problèmes" et qui risquent d'entrer dans la consommation,
- ■ travail avec les jeunes dans une phase d'expérimentation et à risque d'entrer dans la dépendance.

Différents interlocuteurs régionaux ont fait part des besoins en prévention secondaire que connaît la région du Chablais, besoins qui ne trouvent actuellement pas de réponse. Or, les deux types de prévention - primaire et secondaire - sont nécessaires.

- Il est important de mettre sur pied un projet visant les jeunes à risque, centré sur une proximité relationnelle et portant sur la prévention de la marginalisation et de l'entrée en dépendance.
- Il nous paraît donc urgent de prévoir une réunion des partenaires régionaux et des différents services cantonaux concernés par la prévention et la toxicomanie pour débattre de ce sujet, en particulier décider si il faut réorienter le projet actuel vers la prévention secondaire en abandonnant les activités de prévention primaire ou agrandir le projet et y inclure des activités de prévention secondaire. Reste à savoir quelle est la commission compétente pour proposer le financement adéquat au Conseil d'Etat, la Commission de prévention s'occupant principalement de la prévention primaire et la Commission cantonale pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie de la prévention secondaire et tertiaire.

6.11 COMPARAISONS DES TROIS PROJETS DE TRAVAIL EDUCATIF DE PROXIMITE

Les trois projets de travail de proximité diffèrent fortement du point de vue de leur niveau d'intervention dans le domaine de la dépendance, si l'on considère une sorte de chaîne préventive par analogie et en parallèle avec la chaîne thérapeutique :

- prévention primaire / promotion de la santé,
- prévention secondaire (dans les deux acceptions : travail avec les jeunes "à problèmes" à risque d'entrer dans la consommation ou travail avec les jeunes dans une phase d'expérimentation et à risque d'entrer dans la dépendance),
- prévention tertiaire (accompagnement à la réintégration des consommateurs dépendants).

ACT poursuit des activités à ces trois niveaux, mais principalement dans le domaine de la prévention secondaire par son activité de rue et tertiaire dans l'accueil et le suivi de personnes dépendantes. Cette diversité est le fruit d'une longue histoire et de l'expérience et n'est possible qu'avec des moyens conséquents en termes de personnes, de locaux, etc. Dans ce sens, l'activité d'ACT se rapproche toujours davantage de celle de ZB et EdS tout en restant plus diversifiée. Ses contacts avec le réseau de soins sont étroits. Il partage avec ZB, EdS, mais aussi avec le CSM et l'UAS, la problématique du partage des tâches entre le médical et le social dans la prise en charge des personnes dépendantes des drogues.

Le projet de prévention de Morges-Aubonne a des activités de prévention primaire et secondaire qui visent surtout les "jeunes à risque". Ainsi l'équipe consacre une part importante de ses ressources à rencontrer son public dans les cafés, aux abords des écoles ou encore lors de manifestations qui concentrent particulièrement les jeunes. L'équipe vise à travers l'ensemble de ses interventions à créer des contacts avec les jeunes de la région et à devenir des personnes ressources (pour de l'information, du conseil, de l'orientation) pour les jeunes qui se retrouveraient en difficultés. Pour l'instant le lien avec la chaîne thérapeutique liée au domaine de la toxicomanie est faible, par contre diverses collaborations notamment avec Profa sont bien développées.

Le projet Aigle/Pays-d'Enhaut est orienté sur la prévention primaire et la promotion de la santé, voire l'animation. Son public cible est davantage les jeunes de 15 à 20 ans, voire la population en générale qu'un groupe "à risque". Les activités développées sont de nature très diverses et le projet n'a pratiquement pas de contacts avec le réseau de prise en charge des personnes toxicodépendantes, lui-même peu développé dans la région.

Il est à noter que ces projets n'ont pas eu une évolution convergente, compte tenu notamment des environnements très différents dans lesquels ils s'insèrent. Il nous semble pourtant que les contacts entre eux devraient être maintenus pour favoriser les échanges d'expériences sur diverses approches possibles du travail dit "de rue" ou "de proximité" dans le domaine des dépendances. Ces contacts pourraient inclure les autres institutions travaillant dans cette optique (Rel'aids, Pastorale de rue, etc.).

Du point de vue de l'évaluation, il sera important de poursuivre un monitoring avec des outils qui permettent de suivre l'évolution de chacune des structures avec une base commune centrée sur le nombre et le type d'utilisateurs rencontrés, la nature des contacts et le rôle joué par les équipes en présence.

7 AUTRES PROJETS

Cinq autres projets financés par le Conseil d'Etat dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie font l'objet de ce chapitre. Pour 4 d'entre eux - le Parachute, le Trampoline, la Mallette et Voilà-Vaud - l'évaluation s'est faite sur la base de l'évaluation interne (auto-évaluation) des structures ainsi que de leurs rapports annuels d'activité ; ces informations ont été complétées par des échanges téléphoniques quand cela était nécessaire. Quant au cinquième projet, Fleur de Pavé, il s'est agi d'une évaluation externe ponctuelle, menée par l'UEPP en 1998-1999.

Le Programme résidentiel pour adolescents du Levant n'est plus inclue dans l'évaluation dans la mesure où il ne reçoit actuellement plus de subventions.

7.1 LE PARACHUTE

7.1.1 Objectifs et évolution du projet

Créé par Mère Sofia en 1991, Le Parachute est un lieu d'**accueil** et d'**hébergement** pour personnes marginalisées; c'est la seule structure lausannoise d'accueil à bas-seuil, ouverte 24 heures sur 24, 365 jours par an. Depuis 1997, le Parachute est soutenu par le Conseil d'Etat.

Le Parachute a une vocation orientée vers l'accueil sans discrimination et l'hébergement des jeunes à risques de dépendance ou de délinquance⁷⁶. Les intervenants informent et orientent chaque personne selon ses besoins spécifiques. Des activités culturelles sont également organisées régulièrement.

Les objectifs du Parachute sont restés les mêmes :

- offrir sans discrimination, à toute personne dans le besoin, un lieu d'accueil, d'écoute et d'orientation où l'on peut se restaurer et entretenir son hygiène corporelle (les **usagers**).
- offrir aux jeunes de 15 - 25 ans en rupture et aux personnes désinsérées, la possibilité de "faire une pause", en leur proposant un lieu de vie adapté à leur situation. Dans un cadre familial, ils peuvent alors élaborer, en étant soutenus et encadrés, un projet personnel pour leur avenir (les **habitants**).

7.1.2 Les usagers

■ Fréquentation des usagers

Le rapport d'activités du Parachute parle d'environ 20'000 visites d'usagers en 1999 (1998 : environ 18'000 et en 1997 : environ 16'500), soit une moyenne de 60⁷⁷ visites par jour (50 en 1998).

Une majorité des personnes viennent au Parachute aux heures de repas et, selon les estimations des intervenants, seule une personne sur deux sollicite un autre service (demande de conseil ou assistance admi-

⁷⁶ Prévu initialement essentiellement pour des mineurs en difficulté, la direction du Parachute a constaté que la population d'usagers a vieilli régulièrement.

⁷⁷ La fréquentation du Parachute est estimée sur la base du nombre de repas pris par jour, les intervenants ayant observé que la majorité des usagers viennent au Parachute pour s'y restaurer. Il faut cependant relever que ce nombre inclut aussi des repas servis à des 'habitants'.

nistrative). De plus, les usagers ont également recours à des prestations d'hygiène (1999 : 1500 bains et douches et 700 machines de linge)⁷⁸.

Quant aux visites nocturnes elles sont le plus souvent liées à un repas et à la recherche d'une écoute.

Par ailleurs, environ un usager sur deux participe aux tâches de la maison et aux activités culturelles proposées par le Parachute. Cette répartition était identique les années précédentes.

■ Profil des usagers

Ces dernières années, le Parachute a constaté une augmentation progressive de l'âge de ses usagers, se situant selon leurs estimations au-dessus de 25 ans⁷⁹. Cette situation s'accompagne du constat d'une désinsertion plus tardive que dans le passé. Il en résulte que les situations auxquelles le Parachute est confronté sont d'autant plus complexes et difficiles à traiter.

Les problématiques rencontrées sont la polytoxicomanie, les fugues, les problèmes psychologiques et psychiatriques, le chômage, etc. Dans de nombreux cas les problèmes s'additionnent rendant plus délicats l'approche et le travail de réinsertion.

En 1999, le Parachute est intervenu à plusieurs reprises dans des situations de mineurs (11 cas), en collaboration avec le SPJ et/ou la brigade des mineurs de la police municipale. Dans trois cas l'adolescent a séjourné deux semaines ou plus au Parachute, en accord avec le SPJ. Dans les autres cas (fugues) le Parachute a assuré un rôle d'intermédiaire pour protéger l'adolescent, l'écouter, le rassurer et l'aider à reprendre contacts avec les siens ou avec la structure qu'il avait quitté.

7.1.3 Les habitants

Les habitants sont les personnes faisant une demande d'hébergement pour une durée de plus d'une semaine, et dont le séjour est lié à la définition et à la réalisation d'un projet personnel; ce projet fait ensuite l'objet de l'établissement d'un contrat.

La prise en charge des habitants implique la nomination d'une personne de référence au sein de l'équipe. Avec l'accord de l'habitant, le référent prendra contact et travaillera avec le réseau de l'habitant, tout en effectuant un suivi régulier de l'habitant. La situation de ce dernier est par ailleurs discutée en colloque et réévaluée chaque semaine.

7.1.4 L'hébergement

En tant que lieu d'hébergement, le Parachute dispose de 6 chambres individuelles, pour des séjours d'une semaine à 6 mois et d'une chambre de dépannage.

Depuis deux ans, le taux d'occupation des chambres - séjours et hébergements d'urgence - est relativement stable (1999 : 83% ; 1988 : 79,8% ; 1997 : 83,3%), une à deux chambres restant disponibles pour les situations d'urgence.

Ainsi, pour un total de 2143 nuitées en 1999 (environ 2030 nuitées en 1998), le Parachute a accueilli :

- 45 habitants (1998 : 23) pour des séjours d'une semaine à 6 mois⁸⁰ (1418 nuitées),

⁷⁸ Le total des douches et des machines de linge ne comprend que les prestations reçues par les usagers (non résidents).

⁷⁹ Bien que l'observation d'un vieillissement de la population qui fréquente le Parachute ne soit pas appuyée par une analyse de la structure d'âge des usagers et des habitants, le vieillissement de la clientèle (augmentation de l'âge moyen) a été relevé dans d'autres structures.

⁸⁰ En 1999 deux habitants ont séjourné au Parachute pendant 6 mois; mais une telle durée est exceptionnelle, la majorité de ces séjours ne dépassant pas 15 jours ou un mois.

- 63 personnes pour des séjours de 4 à 5 jours (total de 252 nuitées). Ces dernières sont en général des personnes qui, en attente d'un logement, viennent au Parachute pour quelques jours, mais sans que ne soit mis en place un accompagnement ou un suivi et
- 280 hébergements d'urgence⁸¹, jusqu'à trois nuits (total de 473 nuitées).

La fréquentation du Parachute est élevée, et le nombre d'habitants a pratiquement doublé en deux ans (1999 : 45 ; 1998 : 23 ; 1997 : 15). La durée moyenne de leur séjour a toutefois diminué, passant d'une moyenne de 4 mois en 1997 à un mois en 1999.

Selon les intervenants du Parachute, cette diminution du temps des séjours peut s'expliquer, en partie du moins, par une évolution des types de population fréquentant le Parachute, le nombre d'usagers et d'habitants toxicodépendants ayant augmenté sensiblement. En 1999, trois usagers sur quatre du Parachute sont des personnes dépendantes (estimation des intervenants). Selon les intervenants⁸², ces personnes toxicomanes sont moins à la recherche d'un lieu de vie que d'une solution ponctuelle à leur situation; ainsi, le Parachute devient un lieu de 'pré-cure', d'orientation, le temps pour certains d'organiser et de se préparer à une entrée en traitement.

7.1.5 Situation à l'issue du séjour

L'évaluation du résultat des séjours au Parachute se fait sur la base de la réalisation du projet formulé en entrant au Parachute. Les buts les plus souvent évoqués sont la nécessité d'un lieu de vie stabilisant et sécurisant pour la préparation à un sevrage et le besoin d'un logement temporaire après une rupture de traitement ou une libération de prison.

La proportion élevée de démarches considérées comme réussies par les intervenants (1999 : 3 habitants sur 4 (70)) peut être mise en lien avec des interventions plus ciblées des collaborateurs du Parachute, ainsi qu'avec la formulation de demandes plus précises et réalisables de la part des résidents. En effet, les demandes formulées à l'arrivée au Parachute sont le plus souvent liées à la réalisation d'un projet relatif à une toxicodépendance, qu'il s'agisse de clarifier une situation administrative, de renouer des liens rompus, d'entreprendre des démarches en vue d'un sevrage, etc.

C'est notamment pour répondre à ces demandes que le travail en réseau et les collaborations avec les services sociaux de l'Etat ont été développés ces deux dernières années.

7.1.6 Activités de la structure

En plus des fonctions d'accueil (usagers) et d'hébergement (habitants), les activités du Parachute comprennent :

Les repas : toute personne a la possibilité de prendre un repas par jour au Parachute. Ces repas sont gratuits, toutefois un paiement peut être envisagé mais uniquement sous forme d'un acte contribuant au bon fonctionnement de la structure⁸³.

Environ 17'000 repas⁸⁴ ont été servis en 1999 (16'500 repas pour 1998). A cet égard il faut relever qu'aucune diminution du nombre de repas n'a été notée après l'ouverture du Passage au printemps 1999; une légère augmentation étant observée.

⁸¹ A leur entrée au Parachute ces personnes remplissent un contrat d'hébergement, consistant principalement en un rappel des règles de la maison.

⁸² Informations données par M. C. Bachmann lors d'un entretien téléphonique le 31 août 2000.

⁸³ La question des repas payants est récurrente dans le discours des autorités, qui évoquent notamment le fait que les usagers bénéficiant de l'aide sociale disposent d'un revenu. Cependant pour l'équipe du Parachute, soutenue par le Comité de la Fondation, le paiement des repas ne peut être envisagé.

⁸⁴ Entre 1200 et 1700 repas sont distribués chaque mois, y compris les repas pris par les résidents. Ces données sont établies sur la base d'un comptage des personnes présentes au moment des repas de midi et du soir.

Des prestations sanitaires et d'hygiène : Le Parachute met à disposition une salle de bain et une machine à laver qui sont largement utilisées (1999 : 1500 bains et douches ; 700 machines de linge). L'ouverture du Point d'Eau en 1999 a permis d'orienter certains usagers vers cette structure.

Animation : Des activités de loisirs et culturelles sont organisées dans le cadre du Parachute : projections de films ; visites de musées ; soirées à thèmes, qui peu à peu deviennent des semaines à thèmes ; organisation de cybercafés ; fête de Noël ; rencontres entre anciens du Parachute, usagers et membres du conseil de Fondation, etc. L'animation socio-culturelle au Parachute reste un sujet délicat. En raison de la volonté de ne pas 'attacher' au Parachute des usagers par des activités régulières, cette fonction a été redéfinie et un nouveau cahier des charges établi. Ainsi, depuis fin 1999, l'intervenant socio-culturel du Parachute est devenu intervenant socio-culturel de la Fondation Mère Sofia, permettant ainsi d'établir des ponts entre les différentes entités de la Fondation.

Par ailleurs, un journal "le Paraffine" a été lancé, mais jusqu'à ce jour, en raison notamment de priorités budgétaires, seul le premier numéro a pu être publié, en 1998. Créé en collaboration avec les usagers et habitants du Parachute et tiré à 3'000 exemplaires, le journal est accessible sur le site Internet⁸⁵ de la Fondation Mère Sofia.

7.1.7 Organisation interne

Pour le Parachute, l'année 1998 a été marquée par un ensemble de restructurations concernant l'organisation et le fonctionnement de la maison.

Ces changements, liés à l'augmentation du nombre de résidents et aux modifications dans la population des usagers et des habitants, ont portés sur un renforcement des contacts interinstitutionnels (en particulier avec les services de l'Etat : SPJ, Patronage, SPAS, services sociaux de la Ville). Initiés dès 1998, ces contacts avec le réseau se sont intensifiés en 1999, et ont également favorisé une meilleure connaissance des structures locales et par la même occasion une meilleure identification et connaissance du Parachute par les interlocuteurs du réseau social.

On doit également relever que, depuis octobre 1998, le Parachute fonctionne selon une nouvelle organisation comprenant notamment la nomination d'un directeur⁸⁶, une nouvelle élaboration des cahiers des charges ainsi que l'adaptation de certaines règles de travail.

7.1.8 Ressources

Pour assurer sa mission, le Parachute emploie à fin 1999, 14 personnes. Le responsable du Bus Rencard (pour près de 50% de son temps) ainsi que 3 bénévoles réguliers - deux cuisiniers et un juriste - complètent l'équipe.

A noter que depuis 1997, l'équipe s'est agrandie (1997 et 1998 : 12 collaborateurs) et qu'un processus de professionnalisation des employés a été initié. Dans cette perspective, un programme de formation continue (dix demi-journées) a commencé durant l'été 1999 et se déroulera jusqu'en juin 2000. De plus, chaque intervenant bénéficie d'une supervision individuelle, assurée par une personne de son choix, sur la base d'une liste de superviseurs fournie par l'EESP⁸⁷ de Lausanne, soit en fonction d'une expérience pratique de supervision dans le domaine des dépendances.

Actuellement la répartition du personnel est la suivante :

Douze intervenants sociaux (équivalant à 6,5 postes à plein-temps) assurent à tour de rôle l'accueil et le suivi des usagers et habitants du Parachute. L'organisation et l'animation de la vie culturelle occupe 50%

⁸⁵ Voir le site du Parachute <http://www.fondation.ch/entitepara.htm>.

⁸⁶ Le Parachute fonctionnait sur le mode d'une gestion collégiale jusqu'à fin 1997, avant qu'un coordinateur ne soit nommé. La situation s'est toutefois dégradée (juin 1998), jusqu'au licenciement de l'ensemble du personnel et à la fermeture du Parachute pendant deux semaines pour « faire le point ».

⁸⁷ Ecole sociale et pédagogique de Lausanne.

du temps de l'un des intervenants. Cet effectif est complété par un directeur (plein-temps). Jusqu'en février 2000, il y avait un poste de secrétaire à mi-temps, et la suppression de ce poste, en raison de la situation financière incertaine de la Fondation, soulève un certain nombre de difficultés organisationnelles. Actuellement, pour mener à bien de nouveaux projets, en particulier dans le domaine culturel et de l'animation, de nouveaux bénévoles sont recherchés⁸⁸.

Tout comme les autres projets de la Fondation Mère Sofia, le Parachute est confronté à d'importantes difficultés financières. Ces problèmes financiers sont en partie liés au processus de professionnalisation qui s'est renforcé depuis 1998 et entraîne des frais supplémentaires (les salaires et charges sociales s'élèvent à 625'418Fr en 1999; 586'786 Fr. en 1998 et 496'290 Fr. en 1997).

7.2 CONCLUSIONS

- Le Parachute est un lieu d'accueil et d'hébergement destiné à des personnes marginalisées. Sa fréquentation a augmenté et le taux d'occupation des chambres indique qu'il correspond à une demande importante.
- L'année 1998 a été marquée par une phase de restructuration et la mise en place d'un processus de professionnalisation qui entraîne des frais supplémentaires.
- L'équipe relève une augmentation de la moyenne d'âge des personnes qui s'adressent au Parachute, la complexité croissante des situations rencontrées, ainsi que l'augmentation du nombre de personnes toxicodépendantes en son sein.
- Le travail d'encadrement socio-éducatif n'est pas documenté et donc difficilement évaluable.

7.3 RECOMMANDATIONS

Bien qu'une évaluation basée essentiellement sur une évaluation interne ne permette pas de tirer les mêmes conclusions et recommandations que lorsque l'évaluateur définit ses propres sources d'information, il nous semble important de poser deux recommandations pour la suite.

- Compte tenu de l'importance des activités du Parachute il serait souhaitable, et c'est également une demande formulée par les intervenants, de mettre sur pied une évaluation externe de la structure.
- Dans ce cadre, un outil permettant de dresser le profil de la clientèle du Parachute devrait être mis au point ; de même les activités socio-éducatives devraient être documentées. Ceci permettrait de mieux situer la place occupée par cette structure dans le dispositif d'accueil et de prise en charge des personnes toxicodépendantes existant dans le canton.
- Dans la mesure du possible les outils utilisés pour l'évaluation du Parachute (monitoring, profil et suivi de la clientèle) devrait permettre une comparaison avec les données récoltées dans les autres structures d'accueil.

⁸⁸ Bien qu'il y ait régulièrement des personnes s'annonçant comme volontaires, elles ne mesurent pas toujours l'ampleur et la difficulté d'un tel engagement dans le cadre du Parachute.

7.4 TRAMPOLINE

7.4.1 Objectifs et évolution du projet

L'Association Trampoline existe depuis 1997⁸⁹ et a pour principal objectif de faciliter la réinsertion professionnelle d'anciens toxicomanes ou de personnes en traitement de méthadone ceci dans une perspective de prévention des rechutes. Le bureau a connu en 1998 une année de transition, marqué notamment par le départ successif des deux collaboratrices qui assuraient le fonctionnement de Trampoline à ses débuts. Le fonctionnement du bureau est désormais assuré par une seule personne, avec une activité à 50%, les matins de 8.00 à 12.00, et cela toute la semaine⁹⁰.

7.4.2 Activités

Les activités de Trampoline se définissent en termes d'accueil des candidats, de réalisation d'un bilan de leurs expériences professionnelles, en les aidant à définir leurs objectifs professionnels (stage, travail à plein temps, à temps partiel, etc.) et en élaborant avec eux la démarche (rédaction de CV, d'offres d'emploi, de lettres de motivation, etc.) la mieux adaptée à leur cas en fonction également des places disponibles (place de stage, apprentissage, reprise d'études, poste fixe ou temporaire). Par ailleurs, Trampoline se charge de mettre en contact le candidat et l'employeur et, suite au placement, assure pendant trois mois un suivi du candidat en s'assurant également que l'employeur est satisfait.

Une importante partie de l'activité de Trampoline réside dans les contacts avec les entreprises afin, d'une part, de sensibiliser les responsables de celles-ci aux problèmes de la réinsertion d'anciens toxicomanes et, d'autre part, de les rendre conscients de l'aide importante qu'ils peuvent apporter. L'accueil par les chefs d'entreprises du canton est généralement chaleureux; ceux-ci se déclarant souvent prêts à aider dans la mesure de leurs possibilités. En 1999, 57 entreprises sont contactées ou réactivées; toutes ont répondu favorablement en vue d'une collaboration avec l'Association Trampoline. En 1998, parmi les 127 entreprises contactées 30 ont répondu favorablement (1997 : 254 entreprises contactées et 70 rendez-vous obtenus).

Mentionnons également les nombreux contacts pris avec d'autres institutions liées aux problèmes des dépendances et de la toxicomanie en vue d'une collaboration. Ces contacts ont été fructueux et participent également des démarches permettant de se faire connaître.

7.4.3 Profil et fréquentation des usagers

En 1999 le nombre de personnes qui se sont adressées à Trampoline est légèrement en hausse (40 personnes); ceci après deux années marquées par une diminution des demandes (1998 : 34 demandes; 1997 : 55 et 1996 : 70)⁹¹. Parmi les 40 personnes ayant sollicité Trampoline, 17 ont pu être placées, avec un suivi durant trois mois par Trampoline. Ces 40 demandes ont, par ailleurs, donné lieu à un total de 141 entretiens que ces candidats entrent ou non dans un processus de placement.

⁸⁹ L'Association Trampoline est issue du projet Trampoline créé en 1994 sur l'initiative de quelques membres de l'Association des Personnes Concernées par les problèmes liés à la Drogue (AVPCD). Depuis 1997, Trampoline fonctionne sous la forme d'une Association.

⁹⁰ En 1995 ouverture d'un bureau d'accueil un jour par semaine, dont la permanence est assurée par des bénévoles. En 1996, le bureau ouvre tous les jours (lundi à vendredi) de 8h00 à 12h00; deux personnes, anciennes toxicomanes sont employées à mi-temps. Suite à la démission d'une des collaboratrices, un nouveau responsable du bureau entre en fonction en 1998. Depuis 1999, il assure seul la responsabilité du bureau.

⁹¹ Cette diminution du nombre de demandes était attribuée en 1997 à l'insuffisance des compétences d'une des collaboratrices pour mener à bien ce travail. Pour pallier à ce manque une nouvelle personne avait alors été engagée. En 1998, cette diminution des demandes est mise en lien avec les transformations de la structure.

Concernant le profil des personnes placées dans le cadre du projet Trampoline, on notera que 2/3 sont des hommes (1999 : 17 placements, 13 hommes et 4 femmes; 1998 : 16 placements : 11 hommes et 5 femmes), que la plupart d'entre elles ont moins de 30 ans (1998 entre 19 et 28 ans) et 4 sur 5 ont un CFC ou un autre certificat⁹².

Pour la plupart ces personnes ont été orientées vers Trampoline par des intervenants de Bartimée, Narconon, de La Tuilière, d'Entrée de Secours ou par le bouche à oreille.

Jusqu'à aujourd'hui la majorité des personnes placées ont moins de 30 ans, mais récemment des personnes plus âgées (entre 40 et 50 ans, avec un passé de 20 ans de toxicomanie) ont sollicité Trampoline⁹³; il s'agit de situations particulièrement difficiles à placer. Il est cependant encore trop tôt pour se prononcer sur le caractère transitoire ou durable de cette situation et en établir les raisons.

Tableau 7.4-1 Répartition des contacts et personnes placées dans le cadre de Trampoline, 1996 - 1999

	1996	1997	1998	1999
Personnes ayant contacté Trampoline	70	55	34	40
Nombre de personnes placées	43	24	16	17
Nombre de personnes non plaçables (consommant toujours)	15	10	10	9
Nombre de personnes non placées	12	21	8	14

On peut encore mentionner que l'Association a été nominée comme dauphin du Prix ISPA 1998 pour la prévention des toxicomanies. Bien que Trampoline dispose toujours d'un site Internet⁹⁴, celui-ci n'est cependant pas mis à jour.

7.5 CONCLUSIONS

- Trampoline propose une approche intéressante et originale de réinsertion socio-professionnelle pour d'anciens toxicomanes et pour des personnes stabilisées grâce à un traitement à la méthadone.

- La diminution du nombre de personnes ayant fait appel aux services de l'Association Trampoline en 1998 peut s'expliquer, en partie du moins, par les restructurations et le redimensionnement de son bureau. En 1999 la fréquentation du Trampoline est de nouveau en essor, avec cependant un changement dans le profil de la population (tendance à un vieillissement).

- Partant du constat d'une modification du profil de la population s'adressant à Trampoline, se pose la question d'un élargissement des activités du Trampoline à d'autres problèmes de dépendance (notamment l'alcoolisme).

⁹² "Autres certificats" désigne le plus souvent un certificat de l'Ecole de Commerce ; les autres personnes sont sans formation.

⁹³ Informations données par M Hausermann lors d'une conversation téléphonique le 18 juillet 2000.

⁹⁴ <http://www.prevention.ch/homepagetrampoline.htm>.

7.6 LA MALLETTE

7.6.1 Objectifs et évolution du projet

La Mallette est un programme de prévention primaire destiné en premier lieu au milieu scolaire (scolarité obligatoire)⁹⁵. La Mallette comprend sept outils pédagogiques⁹⁶ qui peuvent être utilisés, séparément ou en combinaison, selon le temps à disposition, le profil et la demande du public concerné ainsi que les objectifs à atteindre. Le programme s'étale en principe sur quatre années scolaires. L'utilisation et l'animation du matériel sont simples, une journée de formation ainsi qu'une à deux séances de co-animation permettent de l'utiliser. Les demandes proviennent pour la plupart des infirmières scolaires, des médiateurs et des animateurs de santé⁹⁷.

Les premières séances d'animation en classe se font sous la supervision d'un responsable du programme, ceci afin de garantir le maintien d'une offre de qualité dans le domaine de la prévention primaire en milieu scolaire.

7.6.2 Activités

Depuis 1997, il est fait de plus en plus souvent recours à des témoignages de résidents du Levant. Cette approche qui tend à remplacer la vidéo précédemment utilisée semble être utile, tant pour les élèves que pour les résidents du Levant qui s'ouvrent ainsi à d'autres dimensions de leur problématique de personne toxicodépendante. Ces séances sont toujours conduites en présence d'un des responsables du programme afin de pouvoir fixer des limites claires par rapport aux types de questions et de réponses qui pourraient survenir en classe par rapport à la personne qui témoigne d'un vécu souvent particulièrement chargé émotionnellement.

De plus un programme de prévention pour enfants et adolescents en milieu sportif a également vu le jour; il est axé principalement sur la sensibilisation et la formation des entraîneurs et des professionnels.

Enfin, des activités de prévention dans les écoles privées, les écoles professionnelles et les gymnases ont été développées.

7.6.3 Interventions

En nous référant au rapport d'activités du programme de prévention La Mallette, on relève que pour l'année scolaire 1999-2000, les **animations dans les écoles** ont concerné 26 établissements scolaires, de la 6^{ème} à la 10^{ème} année et ont permis de rencontrer environ 4576 élèves repartis dans 208 classes (2600 élèves étaient touchés entre début septembre 1997 à fin mars 1998).

Toute intervention dans une école s'accompagne d'une séance d'information pour le corps enseignant, y compris les infirmières scolaires et d'une rencontre avec les parents des élèves des classes concernées.

De plus, cinq journées pédagogiques pour des établissements scolaires vaudois ont été animées.

⁹⁵ Ce programme a été développé par la Fondation du Levant depuis le début 1990, suite à une demande des établissements et des infirmières scolaires du canton de Vaud. Les responsables du programme ont également collaboré avec diverses institutions du canton (foyers pour adolescents, centres de loisirs, clubs de sport, écoles privées, séances pour parents, etc.).

⁹⁶ La bande dessinée "Jeannette", la pyramide de Maslow, une bande vidéo réalisée par Pro Juventute, un tableau à entrées multiples, un montage diapos, une bande vidéo de témoignages des anciens résidents du Centre du Levant, la confection d'une affiche de prévention ou la rédaction d'un projet de règlement.

⁹⁷ Les nouvelles demandes font l'objet d'une présentation à la direction de l'établissement scolaire ou au service de santé rattaché. Le programme est ensuite montré à l'ensemble des enseignants au cours d'une séance d'information, suivie d'une journée de familiarisation avec le matériel. Enfin, avant de débiter en classe le programme, les parents d'élèves sont conviés à une séance d'information.

Il faut cependant préciser qu'en raison de l'introduction d'EVM (Ecoles vaudoises en mutations) qui a mobilisé les enseignants au début de l'année scolaire, les interventions du programme de prévention La Mallette n'ont débuté qu'au mois de novembre 1999. Malgré ce retard, le volume des prestations s'est maintenu par rapport aux années précédentes.

En ce qui concerne les **animations de prévention en milieu sportif**, trente soirées à l'intention d'entraîneurs de juniors dans quatre clubs de football et un de hockey sur glace du canton ont été organisées à l'aide du support La Mallette.

7.7 CONCLUSION

■ Le programme de prévention primaire La Mallette permet d'atteindre un nombre considérable d'élèves. La formation et la supervision des personnes qui utilisent le programme (infirmières et médiateurs scolaires principalement) garantissent une offre de qualité et évite ainsi des dérapages potentiels. L'utilisation de témoignages de résidents du Levant à la place de la vidéo utilisée précédemment est une approche qu'il serait intéressant d'évaluer pour déterminer son apport autant pour les élèves que pour les résidents. La prévention en milieu sportif s'est également développée ces dernières années.

7.8 JV VAUD

7.8.1 Objectifs et évolution du projet

Le projet JV "J'y vais", émanation vaudoise du projet soutenu par l'Office fédéral de la santé publique - Voilà⁹⁸ - existe depuis 1995.

Le projet JV s'est constitué en Association le 28 octobre 1998 à Lausanne, en se dotant notamment d'une nouvelle structure ainsi que d'une Charte qui en présente la philosophie. A cette occasion, une dizaine d'associations⁹⁹ de jeunesse sont devenues membres de JV. Après cette année de transition, 1999 a été une année de consolidation.

Les objectifs de JV sont restés les mêmes, il s'agit toujours de considérer les dépendances d'un point de vue global de rendre les enfants attentifs à l'origine des dépendances (sentiments de peur, de rage, de frustration, manque de confiance en soi, etc.) en contribuant ainsi à consolider leur personnalité¹⁰⁰. Pour atteindre ses objectifs, l'association JV développe principalement ses activités autour de la formation, qui va de paire avec la conception et réalisation de matériel didactique (classeur de fiches de jeux et d'animation) et de l'organisation de camps.

En 1999 le groupe porteur de l'association a connu d'importants changements, avec le départ de quelques 'anciens' et de nouvelles personnes ayant rejoint le groupe. Celui-ci compte actuellement 12 personnes, avec un poste de secrétariat rétribué à 10%.

7.8.2 Activités de la structure

Au cours des années 1998 et 1999, les activités de JV ont été les suivantes :

■ Formation

Chaque année deux week-ends de formation "de base" sont organisés. En 1999 ils ont regroupé 55 responsables de camps; cette année huit nouvelles associations y étaient représentées. En 1998 seules 23 personnes ont été formées, le premier week-end ayant été annulé faute de participants. Ces week-ends sont animés par l'équipe JV et des intervenants de l'ISPA et des CEMEA¹⁰¹, tant pour les cours sur la prévention des toxicomanies que pour les heures d'animation de jeux relatifs au thème de la prévention des dépendances.

Une journée de formation continue, destinée aux moniteurs déjà formés les années précédentes, est également organisée chaque année. Les thèmes étaient la maltraitance (1998) ("Que faire face aux confidences d'enfants ou jeunes victimes de maltraitance?") et la gestion des émotions dans un camp (1999).

Par ailleurs, en vue d'apporter un soutien plus personnalisé ainsi que quelques pistes relatives au conseil aux moniteurs et à l'évaluation d'un camp, les conseillers de camps ont bénéficié en 1999 d'une journée de formation sous l'égide d'un intervenant professionnel.

⁹⁸ Le projet national Voilà a fait l'objet d'une évaluation en 1998, par Giovanni Hohl.

⁹⁹ Ass. Scoutisme VD, Espoir romand, MJSR, Pro Natura, Madep-VD, Croix-Rouge Suisse sect. VD, CEMEA VD, Fond. Grain de Blé, Ass. Nouvelle Planète, Ass. Activités Jeunesse.

¹⁰⁰ Dans ce but, le projet JV propose une formation aux responsables et moniteurs qui encadrent des activités de jeunesse pour leur permettre d'acquérir des connaissances de base en rapport avec les objectifs du projet. Il entend ainsi introduire une dimension de sensibilisation à la question des dépendances dans les activités de jeunesse. Il fournit par ailleurs du matériel d'animation dans le but de créer des situations à travers lesquelles les participants peuvent expérimenter la découverte de soi et des autres, la communication, l'esprit d'équipe et la collaboration.

¹⁰¹ Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active.

- Organisation de camps

Suite aux deux formations, de base et continue, plusieurs camps sont organisés avec le soutien financier de 'JV'¹⁰².

En 1999, 723 enfants ont participé à 31 camps (1998 : 21 camps pour 422 enfants; 1997 : 17 camps, 300 enfants).

Pour obtenir le soutien de JV, plusieurs conditions doivent être remplies (participer à la formation de base et/ou continue; animer au minimum deux activités JV, soit une demi-journée par semaine de camp; être en contact avec un conseiller JV disponible pour la partie "jeux JV"; remplir les fiches d'évaluation après le camp; être à disposition du conseiller pour discuter du déroulement des activités JV au sein du camp, etc.). Afin d'évaluer l'impact du projet ainsi que les améliorations à apporter à la formation dans le cadre de la prévention, la prise de contact avec chaque moniteur, après le camp, par un conseiller JV a été introduite comme condition de base.

- Réalisation de matériel d'animation

Plusieurs pages du classeur ont été réactualisées en 1999, de même que certaines fiches de jeux, créées et testées dans les camps. Le classeur regroupant les fiches de jeux a connu un grand succès.

- Promotion du projet

Les efforts de diffusion du projet se sont poursuivis, notamment sous forme de démarchages auprès des associations de jeunesse du Canton par le biais de prospectus présentant les buts et activités de JV, de contacts téléphoniques, de rencontres.

Signalons également que le site Internet¹⁰³ de JV est disponible.

7.9 CONCLUSIONS

- L'objectif du projet JV qui est de sensibiliser le plus possible de responsables de jeunesse aux questions de prévention et la mise à disposition d'une formation et de matériel didactique - élément important de la prévention primaire - a été maintenu en 1998 et 1999.

- Des activités en rapport avec ce projet se sont développées surtout dans le domaine de l'organisation de camps, favorisant ainsi une exposition de la population cible à un projet de prévention.

- Ce travail dans le domaine de la prévention des dépendances auprès des enfants et des jeunes répond ainsi à la promotion de l'éducation à la santé dans les activités de jeunesse et aux besoins de formation des intervenants.

¹⁰² Rappelons que le montant du subside s'élève à Fr. 1.50 par enfant et par jour, un moniteur formé donnant droit au subside pour 15 enfants, durant un camp de 14 jours au maximum.

¹⁰³ www.jv.voilà.ch.

7.10 FLEUR DE PAVE : STRUCTURE D'ACCUEIL POUR FEMMES PROSTITUEES¹⁰⁴

7.10.1 Introduction et objectifs

"Fleur de Pavé" est une association constituée de personnes qui vivent de la prostitution et/ou qui se sentent concernées par les difficultés liées à l'exercice de la prostitution. L'Association, créée en juin 1996, a comme projet un bus qui est le point d'accueil, d'écoute et de rencontre sur le lieu de travail des femmes se prostituant à Lausanne¹⁰⁵. Le bus stationne trois soirs par semaine (mardi, jeudi, vendredi de 22h00 à 02h00) à deux endroits différents (de 22h - minuit à la route de Genève et de minuit à 02h heures à Sévelin).

En plus d'une halte sur leur lieu de travail, le bus offre un endroit de discussion, de soutien psycho-social et sanitaire aux femmes. Il y a la possibilité d'obtenir des boissons, des préservatifs et du matériel d'injection, le tout gratuitement.

Depuis le début, l'Association a mis l'accent sur l'importance de la parité entre femmes prostituées et intervenantes du réseau socio-médical en ayant des représentantes des deux groupes dans l'équipe du bus. Cette parité est aussi présente dans les objectifs de travail. Au cours du temps, ces objectifs ont été reformulés à plusieurs reprises, dans le but de rester proche de l'évolution des événements rencontrés. Les objectifs immédiats de l'Association sont :

- 1 offrir un lieu d'accueil aux personnes se prostituant à Lausanne;
- 2 entrer en contact avec les personnes concernées par la prostitution;
- 3 favoriser la rencontre entre différentes populations de femmes prostituées ;
- 4 prendre connaissance des besoins exprimés et adapter la présence aux situations rencontrées;
- 5 donner du matériel et des messages de prévention (en particulier VIH /Hépatites) et mettre à disposition des informations sur les structures socio-médicales existantes.

A ces objectifs s'ajoutent des objectifs intermédiaires et à long terme, ayant pour but de diminuer les risques liés à la pratique de la prostitution.

Après deux ans d'existence, l'Association " Fleur de Pavé " a demandé une évaluation externe du bus ; celle-ci a été confiée à l'IUMSP/ UEPP. L'évaluation s'est déroulée début 1999.

7.10.2 Méthodes d'évaluation

L'évaluation comprend trois volets complémentaires : 1. Un processus de conceptualisation des objectifs de l'Association consistant à élaborer une théorie d'action¹⁰⁶ (cf. 13.3, page 219); 2. Une évaluation quali-

¹⁰⁴ Ce chapitre est un résumé basé sur le rapport "Geense R, Huissoud T, Gervasoni J-P. Evaluation du bus de l'Association 'Fleur de Pavé' : structure d'accueil pour femmes prostituées. Lausanne : IUMSP, 1999 (Raisons de santé, 38)."

¹⁰⁵ Le bus, qui est au centre de l'action de « Fleur de Pavé » depuis sa création, n'est pas la seule réalisation de l'Association. Les années 1997 et 1998 ont connu des développements parallèles dans plusieurs domaines ; la création d'une commission juridique, la mise en place d'une antenne lausannoise du projet APIS (projet de prévention par les pairs) financé par l'Aide suisse contre le Sida, la création d'un collectif de réflexion sur la prostitution, etc. Ces aspects n'entrent toutefois pas dans notre évaluation.

¹⁰⁶ Une théorie d'action correspond à la réalisation d'un schéma conceptuel qui met en évidence de manière séquentielle les objectifs immédiats, intermédiaires et finaux de l'action prévue. Cette approche utilisée dans le champ de l'évaluation, permet ensuite de suivre la mise en œuvre d'un projet ou d'un programme (cf. (13.3, page 219).

tative retraçant l'utilisation du bus et les besoins du public cible¹⁰⁷; 3. Une évaluation quantitative (monitoring) du matériel et de la fréquentation du bus depuis son ouverture¹⁰⁸. Des trois volets, le deuxième a pris la plus grande part dans l'évaluation et la majorité des résultats proviennent de là.

7.10.3 Résultats

L'exercice de construire une théorie d'action (13.3, page 219) nous montre que tous les objectifs mis en avant par les intervenantes ont pu être intégrés dans le modèle et il en ressort que l'Association inscrit son action selon trois axes principaux. Un axe - qui est actuellement la partie principale de l'action - portant sur les activités liées au bus, un axe relatif au développement de nouvelles interventions et un axe portant sur la mise en place d'une commission juridique. Tous les objectifs (immédiats et intermédiaires) ont des liens logiques qui conduisent au but final qui est de diminuer les risques liés à la prostitution.

7.10.4 Profil de la clientèle¹⁰⁹ et comportements en rapport avec le VIH

Les femmes interviewées sont âgées de 22 à 35 ans, deux tiers de celles-ci sont Suissesses et un tiers de nationalité étrangère (une Africaine et trois Européennes). Seule une femme n'a pas un domicile fixe à Lausanne ou en agglomération. Pour 8 femmes la prostitution a été le revenu principal durant le dernier mois qui précède l'entretien et pour 4 femmes l'unique revenu. Les autres femmes disposent également d'un revenu provenant d'une aide sociale ou d'une assurance (p.ex. A.I).

Les femmes ont, entre autres, été interrogées sur la protection sexuelle avec les clients. A l'exception d'une d'entre elles, ces femmes disent avoir toujours utilisé des préservatifs durant les six derniers mois. Néanmoins, 6 d'entre elles rencontrent encore des obstacles à la prévention dans leur activité de prostitution : dans 5 cas il s'agit d'un problème avec le client (3 précisent que les clients réclament souvent des rapports, notamment des fellations sans préservatif) ; une personne attend plus de sécurité de la part de la police.

Si les rapports sexuels ont lieu la plus part du temps avec des préservatifs, 10 des 12 femmes relèvent avoir eu des situations où celui-ci s'est déchiré. Ceci est arrivé **parfois** à une personne, et **rarement** chez 9 femmes. A la question : " Qu'est-ce que vous avez fait ? ", les 10 femmes qui ont répondu 'positivement' à la question précédente ont chacune donné une réponse différente :

Rien; j'en ai mis un autre; changé de marque; jet d'eau froide & prière à Dieu; lavement vaginal & visite médicale impérative; douche & pilule de lendemain & test au CHUV; contrôle grossesse & test tous les 3 mois et demande au client de faire un test car elle a l'hépatite C; contrôle médical & test sida; test au CHUV 5 mois après l'accident; avorté

Les entretiens ont touché une catégorie de femmes consommatrices de drogues proportionnellement sur-représentée par rapport à celle du bus.

Neuf des 12 femmes ayant rempli le questionnaire sont consommatrices de drogues et se sont injecté des drogues durant les 6 derniers mois. Sept sur neuf consomment de l'héroïne, 4 de la cocaïne, 5 des cocktails et 4 des benzodiazépines. Cinq consomment plusieurs produits et sont en même temps en cure de méthadone.

¹⁰⁷ Le deuxième volet a été réalisé au moyen d'entretiens qualitatifs (semi-directifs) incluant un complément quantitatif (court questionnaire portant sur des aspects tels que leur situation de vie, âge, formation, logement, situations et prises de risques, santé, éventuelle consommation de stupéfiants) avec 14 femmes utilisatrices du bus.

¹⁰⁸ Les données du monitoring sont fournies par l'équipe du bus et concernent essentiellement le nombre de contacts depuis la mise en place de la structure et la quantité de matériel distribué.

¹⁰⁹ Ces données, récoltées auprès d'un petit collectif, doivent être considérées comme indicatives et non strictement représentatives de la situation.

Concernant les prises de risques en rapport avec la consommation intra-veineuse : aucune femme n'a utilisé une seringue/aiguille déjà utilisée par quelqu'un d'autre durant les 6 derniers mois. Par contre le matériel annexe à l'injection a parfois été partagé avec d'autres personnes, notamment la cuillère (7/9 femmes) et les filtres (6/9 femmes); une femme a partagé l'eau. Parmi ces personnes, 2 femmes disent l'avoir fait uniquement avec leur ami(e).

Finalement, quelques questions portaient sur l'état et la perception de leur santé. Il en ressort que trois femmes (dont 2 non-consommatrices) se disent en **très bonne santé** et 5 (dont 1 non-consommatrice) s'estiment en **bonne santé**. Deux femmes pensent être en **plutôt mauvaise santé** et 2 personnes **ne savent pas**. Toutes les femmes ont fait au moins un test de dépistage VIH durant l'année 1998 ou 1999. Une femme parmi les douze est séropositive. En ce qui concerne les hépatites : 1 femme est porteuse de l'hépatite B et C, et 3 femmes sont porteuses de l'hépatite C. Enfin, une femme indique ne pas connaître son statut sérologique par rapport aux hépatites.

En résumé, on peut dire qu'il s'agit dans cet échantillon essentiellement de femmes jeunes, peu formées, fortement dépendantes de la prostitution en terme de revenus et ayant en grande majorité vécu un risque de transmission VIH et d'autres maladies dans l'exercice de leur profession, le plus souvent accidentellement. Enfin, une majorité des femmes interviewées sont fortement toxico-dépendantes.

7.10.5 Synthèse des résultats des thèmes abordés

Globalement, **ces femmes ont un jugement très positif du bus et de l'Association**. Tout d'abord, le bus est bien (re)connu dans le milieu de la prostitution. Il est fréquenté par différentes populations de femmes, dont la cohabitation dans le bus se passe bien. Les femmes utilisent les prestations offertes soit très intensivement et d'une façon très complète, ou moins régulièrement, suivant leurs besoins momentanés. Certaines femmes indiquent qu'elles passent moins (de temps) dans le bus quand elles vont bien. L'offre gratuite d'une grande variété de préservatifs ainsi que d'autres produits d'hygiène reste l'offre matérielle la plus utilisée. L'accueil par les intervenantes est perçu de manière extrêmement positive et les femmes disent se sentir écoutées et acceptées en tant que personne et par rapport à leur travail. Presque toutes les femmes ont souligné l'importance du bus en lien avec un soutien moral et les aspects de santé psychique. Pour un grand nombre d'entre elles, le bus est le seul endroit où elles se sentent respectées, où elles peuvent parler librement de ce qu'elles vivent et plusieurs disent que c'est souvent le seul endroit où elles ne se sentent pas jugées.

Quelques femmes ont demandé et reçu de l'aide pour divers besoins tels que petits soins, accompagnements dans des démarches de réinsertion. Les conseils de prévention ne sont pas retenus systématiquement par toutes les utilisatrices (soit par manque d'attention ou d'intérêt, soit par manque de systématisation de l'information) mais circulent quand même au sein du bus, et sont donnés soit par les intervenantes, soit discutés entre femmes (notamment en ce qui concerne la prévention des agressions). La parité dans l'équipe des intervenantes est appréciée et sert notamment à entrer en contact avec des femmes débutant dans la prostitution.

Les lacunes évoquées relativement à la structure concernent une présence insuffisante (les femmes aimeraient une soirée de plus, plutôt le week-end et un peu plus tôt ou plus tard) et quelques demandes spécifiques d'offre en matériel (maquillage, produits intimes, pilule du lendemain). Une femme (non-consommatrice) souhaite un coin intime pour discuter, une autre une certaine responsabilité partagée avec l'équipe vis-à-vis de la santé des femmes (convocation pour contrôle de santé, relais vers les soins médicaux).

De manière plus générale, **les difficultés rencontrées** par les femmes prostituées sont surtout liées aux conditions de travail : la violence (le week-end les clients sont sous l'emprise d'alcool, les agressions se passent généralement tard dans la soirée), la concurrence entre femmes, les prix qui ont baissé, le froid, les clients (pression des clients sur les prix, ou pour l'obtention de rapports non-protégés), la stigmatisation, l'isolement et le rejet des proches et de la société.

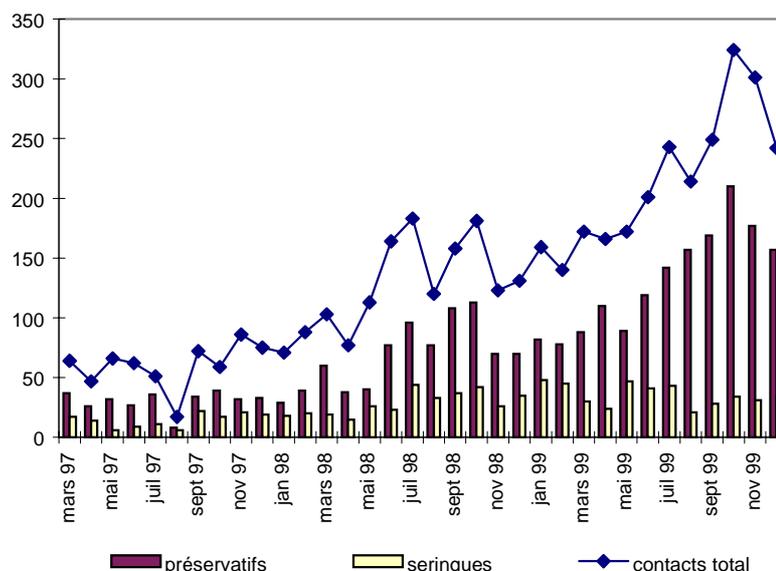
Quant aux **besoins généraux** évoqués par les femmes prostituées, celles-ci suggèrent les éléments suivants : l'introduction de discussions entre femmes prostituées pour créer plus de solidarité et se mettre d'accord sur certaines choses, une intervention qui fasse appel aux responsabilités du client, mais aussi l'obtention d'une plus grande crédibilité auprès de la police de sûreté ainsi que davantage de contacts avec la police des moeurs.

Finalement, les femmes trouvent que plus d'engagement de leur part dans l'Association est souhaitable et nombreuses sont celles intéressées à participer à la réflexion autour des activités de l'Association. Par contre, pour la majorité, une participation plus soutenue qui consisterait par exemple à y travailler reste peu envisageable; en effet, elles estiment ne pas avoir assez de distance par rapport aux femmes et à la prostitution pour bien faire ce travail.

7.10.6 Résultats du monitoring

En tant que structure à bas seuil d'exigence, le bus de Fleur de Pavé évite les questions et la collecte d'informations détaillées sur sa clientèle. L'association a toutefois choisi de récolter un certain nombre d'informations portant sur : le nombre de contacts par soir aux deux endroits visités, ainsi que le *nombre de fois* où des préservatifs et/ou du matériel d'injection sont distribués (et non les quantités distribuées). Les informations du monitoring n'ayant pas été systématiquement récoltées depuis l'ouverture du bus, l'évolution de l'activité du bus est présentée de mars 1997 à décembre 1998. L'activité du bus Fleur de pavé ayant considérablement évolué depuis le dernier rapport d'évaluation, nous avons intégré, dans ce rapport, le monitoring mis à jour jusqu'en décembre 1999.

Figure 7.10-1 Nombre de contacts, de préservatifs et de seringues par mois (mars 1997 à décembre 1999)



On constate une augmentation progressive du nombre total de contacts par mois depuis l'ouverture (commençant autour de 60 contacts par mois), avec une augmentation assez spectaculaire en été 1998 (autour de 160 - 180 contacts)¹¹⁰, mais surtout en octobre-novembre 1999 (plus de 300 contacts par mois). Globalement, depuis sa mise en place, la fréquentation du bus a progressivement augmenté en première partie de soirée (à la Route de Genève de 22h00 à 24h00), mais elle a fortement augmenté en deuxième partie de nuit (à Sévelin de 24h00 à 02h00), soit de 40 contacts au début 1997 à 170 contacts en octobre 1999. Par contre, on ne peut déduire une préférence claire pour un jour spécifique de la semaine.

Nous voyons aussi que les préservatifs sont le matériel le plus distribué par le bus, entre deux et quatre fois plus souvent que le matériel d'injection. Le bus assure en effet une grande partie de la distribution à bas seuil de préservatifs pour la région lausannoise, comblant ainsi une importante lacune pour les femmes prostituées. Finalement, on constate que la distribution des préservatifs suit plus ou moins la même courbe que le nombre de contacts.

¹¹⁰ La diminution en août 1997 est probablement due à une fermeture partielle du bus (diminution des jours de permanence).

7.11 CONCLUSIONS TIREES DU RAPPORT D'ÉVALUATION DU BUS FDP

De manière générale, l'Association "Fleur de Pavé" a réussi, depuis maintenant plus de deux ans, à combler une lacune importante dans l'offre existant au niveau du réseau vaudois. Cette nouvelle offre répond sans conteste à une demande urgente de la part d'une population qui n'avait pas accès à cette forme d'aide spécifique.

De manière plus détaillée, si on se réfère aux objectifs poursuivis dans le cadre de cette évaluation (mis en évidence ci-dessous) ainsi que ceux de l'Association, le bilan suivant peut être fait :

■ Définition des objectifs de l'Association

La construction d'une théorie d'action avec l'équipe "Fleur de Pavé" lui a permis de mieux définir les objectifs communs à l'ensemble des collaboratrices, en clarifiant ainsi l'action qu'elles entendent mener. Presque tous les objectifs mis en avant par les intervenantes ont pu être intégrés dans le modèle et il en ressort que l'Association organise son action selon trois axes principaux.

On peut aussi dire que la plupart des conditions nécessaires pour atteindre les objectifs sont actuellement remplies, et quelques-unes ne le sont qu'en partie.

■ Quelles femmes sont atteintes par l'offre et quelles femmes ne le sont pas ?

Il reste difficile de savoir dans quelle mesure l'Association atteint l'ensemble des différentes populations ciblées. Les femmes indiquent que l'offre est bien connue dans le milieu de la prostitution et qu'elle touche une population variée (reconnue comme très vulnérable), constituée de consommatrices de drogues, de femmes 'migrantes' et d'une autre population qui n'est ni consommatrice ni migrante. La population que nous avons pu interroger est essentiellement une population de femmes jeunes, peu formées, et fortement dépendantes de drogues et par conséquent aussi fortement dépendantes de la prostitution en terme de revenus. Cette population est connue pour travailler dans les conditions les plus mauvaises qu'on puisse rencontrer dans ce métier. Dans ce sens on peut dire que le bus touche une des populations qui en a probablement le plus besoin, ce qui est aussi rapporté par les femmes elles-mêmes. Néanmoins deux autres catégories d'utilisatrices ont été sous représentées dans cette évaluation, les femmes migrantes et les autres femmes.

■ Comment les prestations offertes par le bus sont-elles utilisées et appréciées par sa clientèle ?

Les femmes disent utiliser l'ensemble des prestations offertes par le bus (lieu d'accueil, d'écoute et de rencontre, possibilité de discussion entre femmes, lieu de ravitaillement en matériel, offre de soins et de conseils), et les adaptent ou utilisent parfois d'une façon originale en fonction de leurs besoins personnels.

La parité des intervenantes constitue un élément important de la qualité de l'offre, tant au moment de l'entrée en contact avec des personnes qui sont nouvelles dans le métier, que lors de l'adaptation nécessaire d'offres supplémentaires. La parité permet aussi à l'équipe de bénéficier plus vite de la confiance des femmes en proposant une structure qui réponde au plus près à ce dont elles ont besoin dans le travail quotidien. En conséquence, l'appréciation des prestations est très bonne et la majorité des utilisatrices n'imaginent pas des prestations supplémentaires qui répondraient mieux à leurs besoins.

■ Quels sont les besoins du public cible ?

Plusieurs éléments montrent que les prestations du bus répondent en grande majorité aux différents besoins que les femmes ont lorsqu'elles travaillent. Pendant les entretiens, toutes les femmes ont parlé - bien qu'à des degrés variés - de leurs besoins de pause, d'écoute, d'acceptation, de discussion, d'aide, d'assistance dans l'organisation de leurs outils de travail et de consommation. Certains de ces besoins sont relativement faciles à satisfaire, d'autres impliquent un effort plus soutenu de la part de l'équipe.

Les besoins supplémentaires évoqués par les femmes peuvent être regroupés en deux catégories : d'une part des besoins généraux pour toutes les femmes prostituées, relatifs aux

conditions de travail et, d'autre part, des besoins vis-à-vis de la structure ; ces derniers sont davantage des suggestions que des besoins aigus, et concernent entre autres le besoin d'une présence plus fréquente en vue d'un soutien moral et de sécurité psychologique (et physique en hiver). Quant aux besoins généraux, les femmes ont mentionné des sujets tels que : l'augmentation des discussions entre femmes prostituées pour clarifier un certain nombre de points, une plus grande crédibilité et une meilleure collaboration avec la police, ainsi qu'un moyen d'augmenter la responsabilité partagée avec le client.

7.12 CONCLUSIONS ACTUELLES

L'Association Fleur de Pavé a continué à mener une évaluation interne, notamment de la fréquentation du bus ; sur cette base un certain nombre de conclusions relatives aux activités actuelles de cette structure peuvent être tirées.

■ Le monitoring tenu par l'équipe montre une progression constante des contacts ainsi que du matériel distribué. Depuis la mise en place de la structure, le nombre de contacts a quintuplé, pour passer d'environ 60 à 320 contacts par mois, avec une augmentation de la fréquentation surtout en deuxième partie de soirée. La fréquence de distribution du matériel d'injection reste relativement stable, alors que la fréquence de distribution des préservatifs augmente en relation avec le nombre de contacts. Le matériel distribué par le bus (préservatifs et matériel d'injection) suit (globalement) la même progression que les contacts. Les préservatifs et les produits d'hygiène annexes sont l'offre la plus dispensée. Le bus tient même la première place par rapport au nombre et au taux de distribution des préservatifs dans la région lausannoise (74% en 1999). Fleur de pavé constitue donc un élément essentiel du dispositif permettant de répondre aux demandes des femmes se prostituant à Lausanne.

8 LES AUTRES RECHERCHES

8.1 CONTRIBUTION EXPLORATOIRE A L'ÉVALUATION DU TRAVAIL SOCIO-ÉDUCATIF

8.1.1 Introduction

Le concept de prise en charge des personnes toxicodépendantes, tel que nous le connaissons aujourd'hui, est constitué de deux dimensions principales. La première comprend les prestations d'ordre médical, la seconde regroupe les prestations que l'on peut qualifier de socio-éducatives. Dans la pratique, ces deux dimensions, bien que distinctes, sont complémentaires dans une optique de prise en charge cohérente des personnes toxicodépendantes. Il a par exemple été constaté qu'une prise en charge socio-éducative, contribuait à un meilleur suivi des traitements médicaux¹¹¹. Parallèlement, un traitement médical peut soutenir une personne dans une démarche de réinsertion sociale.

Cependant, il faut relever que, suivant les prestations fournies, la frontière entre ces deux dimensions peut être difficile à situer. En effet, il arrive que les professionnels du domaine médical qualifient leurs interventions comme étant du domaine socio-éducatif et que les professionnels du socio-éducatif dispensent des soins (corporels, psychologiques) qui dépassent la stricte dimension sociale de la prise en charge. Cette difficulté n'est pas propre au travail socio-éducatif destiné aux personnes toxicodépendantes ; elle traverse l'ensemble des domaines où le social et le médical se côtoient.

Dans le cadre du rapport Toxicomanie dans le Canton de Vaud, 1996-1998¹¹², divers outils méthodologiques ont été développés afin de rendre compte de la situation actuelle en matière de prise en charge des personnes toxicodépendantes dans le Canton de Vaud. Les données ainsi récoltées n'ont cependant fourni que peu d'informations sur le travail social, en d'autres termes sur la nature et le contenu des prestations socio-éducatives proposées aux personnes toxicodépendantes. Il a donc été proposé de mener un travail exploratoire devant déboucher sur des propositions en matière d'évaluation du travail social.

Pour aborder l'évaluation du travail social, nous avons d'abord conduit une recherche bibliographique sur ce thème. Les rares ouvrages traitant précisément de l'évaluation du travail social proposent des modèles qui le plus souvent découlent des pratiques d'évaluation du milieu hospitalier¹¹³. Il n'est pas inintéressant de voir dans ces ouvrages la palette des critères retenus, toutefois, ils s'appliquent généralement à une population " captive ", dépendante de la structure évaluée (sur un lit d'hôpital, crèche, foyer pour handicapés) et donc très différente de la population qui fréquentent les structures qui nous intéressent et où, justement, le (premier) contact est fondamental, et peut créer l'amorce d'une prise en charge, qui n'existe pas encore formellement.

¹¹¹ Magura S. Nwakeze P, Demsky S. Pre- and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis, *Addiction* 1998;93:51-60.

McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment, *JAMA*, 1993;269:1953-1959

¹¹² Pour plus de détails, se référer à l'Annexe 1; Centres d'accueil et de traitement, travail de proximité, du Rapport Toxicomanie dans le Canton de Vaud, 1996-1998, Thérèse Huissoud, Jean-Pierre Gervasoni, Fabienne Benninghoff, Françoise Dubois-Arber.

¹¹³ Wolfensberger Wolf et Glenn Linda, Pass 3, Programme d'analyse des systèmes de service, Eds des deux continents, 1998 ; Hubinon Myriam, Management des unités de soins, De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité, Eds de Boeck, 1998.

Dans le domaine de la toxicodépendance, les références sont encore moins nombreuses. "Juste l'ordinaire"¹¹⁴ donne un aperçu de l'activité quotidienne d'une équipe de travailleurs sociaux en milieu ouvert. L'illustration de la diversité d'une journée de travail social met ainsi en évidence la complexité de la tâche d'évaluation dès lors que le domaine à évaluer touche à une prise en charge socio-éducative dont les différentes palettes sont difficilement "catégorisables" en prestations tant leur diversité et leur contenu peut varier d'un cas à l'autre.

8.1.2 Objectifs

Le premier objectif de ce travail exploratoire est de faire le point sur la nature et le contenu du travail socio-éducatif auprès de personnes toxicodépendantes accueillies dans le cadre de structures à bas seuil d'accès et d'exigence.

Le deuxième objectif est de mieux cerner quelle part d'une intervention rattachée au domaine socio-éducatif peut être soumise à une évaluation et à l'aide de quelles méthodes. Enfin, il s'agit de déterminer les outils pouvant être mis en place pour évaluer la prise en charge socio-éducative de personnes toxicodépendantes.

8.1.3 Méthode

La méthode choisie est une démarche participative¹¹⁵ qui consiste en des exercices de brainstorming avec les équipes socio-éducatives des structures concernées. L'intérêt de cette démarche est que les professionnels travaillant dans ces structures sont à la fois pourvoyeurs d'informations et associés à la réflexion et cela, tout au long du processus. Cette démarche induit une dynamique dans la réflexion et favorise l'échange d'informations et d'expériences entre les structures.

Parallèlement à ce travail avec les équipes du terrain, a été constitué un groupe d'experts regroupant des personnes travaillant dans le domaine de l'action sociale et éducative : chercheurs, spécialistes de la formation professionnelle, gestionnaires ou fonctionnaires administratifs¹¹⁶. Le but de ce groupe a été, dans un premier temps, de réfléchir à la définition d'une prestation socio-éducative, de discuter le concept théorique élaboré à l'aide des regroupements, ainsi que de s'interroger sur la spécificité des équipes socio-éducatives travaillant dans les structures à bas seuil dans le domaine de la toxicomanie par rapport au travail social en général. Dans un deuxième temps, les réunions ont permis de partager les expériences et réflexions quant à une potentielle instrumentalisation de l'évaluation des "prestations" socio-éducatives.

La problématique des prestations socio-éducatives se retrouve dans toutes les structures du dispositif de prise en charge des personnes toxicodépendantes, les structures à orientation plus médicale fournissant également une prise en charge ou un suivi dans ce domaine. Nous nous sommes concentré sur les structures déjà intégrées dans le processus d'évaluation¹¹⁷: Zone Bleue et Entrée de Secours pour les structures d'accueil principalement de type socio-éducatif, le Centre St Martin en tant que structure regroupant des prestations médicales et psychosociales, enfin ACT, et les projets de Morges-Aubonne et d'Aigle/Pays-d'Enhaut, trois structures de travail de proximité.

¹¹⁴ Rohrer Evelyne, Sommer Elisabeth, Trachel Bertrand, Ziegler Geneviève, Crettaz Bernard, Juste l'ordinaire, Eds D'En Bas, 1994.

¹¹⁵ Gendron Sylvie, La recherche participative : un cas d'illustration et quelques réflexions pour la santé publique, in Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé, vol. 5, n. 2, 1998, 180-191.

¹¹⁶ Que les personnes qui ont participé au groupe d'experts trouvent encore ici nos chaleureux remerciements pour la part active qu'elles ont prises à ce travail : Anne Dentan, Rel'ier (Lausanne), Kareen Klaue, Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (Lausanne), Thierry Matter, Service de prévoyance et d'aide sociales (Lausanne), Louis-Pierre Roy Ecole d'études sociales et pédagogiques de Lausanne, Yvan Sallin, Ecole supérieure de travail social de Fribourg, Susanne Stofer, Institut de recherche sur l'environnement construit (EPFL, Lausanne).

¹¹⁷ L'UAS n'a toutefois pas été intégrée dans ce volet, dans la mesure où le travail socio-éducatif est délégué à ACT et aux services sociaux de la ville.

8.1.4 Déroutement

Les étapes de ce travail exploratoire ont consisté dans un premier temps à documenter les différents aspects d'une prise en charge socio-éducative, puis à les regrouper afin de proposer une classification des prestations socio-éducatives. Les résultats ont ensuite été soumis aux équipes en vue d'une validation. Cette classification a été finalement soumise au groupe d'experts et utilisée pour poursuivre la réflexion sur la définition d'une prestation socio-éducative ainsi que sur les possibilités d'évaluation.

8.1.5 Documenter les différents aspects d'une prise en charge socio-éducative

Dans un premier temps ont été rassemblées des informations concernant l'aide socio-éducative proposée par chacune des structures concernées. A travers la méthode du *brainstorming* les professionnels ont été amenés à clarifier, qualifier, décrire quel(s) type(s) de prestations se retrouvent sous les termes d'**accueil**, d'**orientation** et de **suivi**, qui représentent les missions de ces structures.

Au terme de cette étape, il a été possible de dresser une liste des activités que les professionnels destinent aux différentes catégories d'utilisateurs qu'ils sont amenés à côtoyer.

Cette liste englobait des items mêlant éthique ou attitude professionnelle et "prestations" ; celles-ci allant de 'établir un lien' à 'aider au nettoyage d'un logement', en passant par 'être disponible' ou encore 'motiver la personne à suivre son traitement'. A ce stade, un premier tri a été fait pour ne conserver que les items concernant les prestations proposées par les équipes.

8.1.6 Classification des prestations socio-éducatives

Sur la base de cette première liste, une analyse des informations récoltées a permis de conceptualiser le contenu des prestations tel qu'il apparaît dans le discours des équipes. Ainsi, sur la base des items proposés par les différentes équipes interrogées, les prestations qu'elles offrent ont pu être regroupées en 5 domaines ou *sous-groupes thématiques* définis en termes de transmission-acquisition : de savoir-faire, de savoir-être, des gestes de la vie quotidienne, d'information en matière de prévention, ainsi que l'orientation dans le réseau.

Transmission - acquisition de savoir-faire :

- a) actes visant la mise en route ou l'accomplissement de démarches administratives (correspondances diverses : assurances, désendettement, déclaration d'impôt, gestion d'un budget, justice, etc.),
- b) actes visant la mise en route ou l'accomplissement de démarches pour trouver un logement,
- c) actes visant à développer la motivation dans le domaine professionnel (trouver un emploi, un stage, rédaction de CV, d'offres d'emploi, etc.),
- d) actes visant à l'incitation à investir dans le domaine des loisirs, du temps libre (organisation de sorties, mises en relation avec des associations sportives, etc.).

Transmission - acquisition de savoir être :

- a) savoir être en groupe, en société (règles de la vie à plusieurs, partage d'un espace commun, liberté individuelle et respect des autres, respect d'un contrat, d'un horaire, etc.),
- b) savoir être individuellement (estime de soi, confiance en soi, respect de soi, valorisation des ressources individuelles, etc.),
- c) travail sur la relation avec la famille (relations familiales ou prise en charge de la famille).

Transmission - acquisition des gestes de la vie quotidienne :

- a) domaine des repas, de l'alimentation,
- b) domaine de l'hygiène, des soins du corps,
- c) occupation pendant la journée (besoin de *socialisation*), accès à la structure (horaires, salle commune, coin lecture, etc.).

Transmission d'informations en matière de :

- a) prévention primaire,
- b) prévention secondaire,
- c) prévention tertiaire,
- d) orientation : brochures.

Orientation dans le réseau médico-social: téléphones, visites, accompagnements, médiation (renouer le lien, assurer intérim méthadone).

Ce regroupement forme une première esquisse des domaines d'intervention concernés par le travail socio-éducatif tel que pratiqué dans le cadre des structures à bas seuil d'accès. Cette classification a fait l'objet d'une restitution aux professionnels des structures concernées.

On notera toutefois que cette classification est problématique car elle mélange des domaines d'intervention (tout ce qui a trait à l'information, les points a et b de la vie quotidienne, le savoir-être, p. ex.) et quelque chose qui relève davantage de la prestation (tout ce qui a trait au domaine du savoir-faire).

En effet, il est important de relever que le terme de prestations a plusieurs acceptions :

- **l'acte de fournir quelque chose qui peut être immatériel** (un conseil, une écoute, une présence). Dans ce cas cet acte peut être individuel ou collectif et peut s'adresser à un individu ou à plusieurs en même temps.
- **l'acte de fournir quelque chose de matériel** : un service comme le fait d'écrire une lettre, de faire un téléphone ou d'accompagner quelqu'un ou de proposer une chose / un objet comme une seringue ou un repas. Dans ce cas aussi l'acte peut être individuel ou collectif et peut s'adresser à un individu ou à plusieurs en même temps.
- **le service, la chose ou l'objet fourni** (argent, local, préservatif, etc.) qui peut être matériel ou immatériel, destiné à un usage collectif ou individuel.

Or l'évaluation ne peut se contenter de définitions aussi vagues de l'activité socio-éducative. Il est nécessaire de pouvoir **identifier** une prestation pour ensuite l'apprécier en termes de qualité ou de quantité fournies. On constate d'emblée intuitivement qu'une partie des "prestations" fournies dans le travail socio-éducatif, particulièrement celles qui sont immatérielles ou collectives ou qui s'adressent à plusieurs personnes ne vont pas être faciles à identifier, à individualiser. Nous y reviendrons.

8.1.7 Validation par les équipes des structures

Les séances de restitution ont permis aux équipes de préciser un certain nombre d'aspects et d'aborder la question des différents modes d'intervention et objectifs visés. Il ressort de ces séances que les items relevés ne donnent qu'une vision partielle de ce qui est fait dans la mesure où d'une part les frontières entre l'un ou l'autre des domaines ne sont pas rigides et, d'autre part, dans la mesure où ce classement ne tient pas compte des différentes manières de travailler des équipes. La transmission du savoir-faire est intrinsèquement liée au savoir-être et pour les équipes ne peuvent être pratiquées l'une sans l'autre.

Il est également ressorti de ces séances que les items recueillis lors des brainstormings portent sur des prestations qui peuvent prendre des formes fort différentes et, par conséquent, ne donnent pas une image complète/réaliste du travail effectué par les équipes. Ainsi, l'item "aide pour le logement" par exemple peut selon les situations consister en une mise à disposition de journaux contenant des offres immobilières, en l'accompagnement auprès d'une régie, ou encore en le fait de téléphoner à une gérance pour essayer de garder un bail.

De même, l'intervention des équipes (l'acte) peut aller de l'encouragement à entreprendre une démarche, à la fourniture de l'information pour que l'usager la fasse de manière autonome ou à l'accompagnement (matériel) dans sa démarche. Le choix de ces différents modes d'intervention des professionnels correspond le plus souvent à un objectif spécifique qui n'est que très rarement explicité. Ainsi, selon que l'équipe privilégie avec un usager l'atteinte de l'un ou l'autre des objectifs suivants, elle choisira un mode d'intervention différent :

- ⇒ Favoriser l'accès à certaines ressources comme à la formation, le travail, le logement (ceci peut signifier que l'usager prenne lui-même la décision d'agir ou qu'on le fasse avec lui, voire pour lui).
- ⇒ Encourager la reprise en main de ses affaires par l'usager (p.ex. des questions administratives) et donc le responsabiliser.
- ⇒ Valoriser les ressources personnelles de la personne (travail "en amont").

Si pour chaque usager il peut y avoir un mode d'intervention différent, cela est dû à la philosophie des équipes qui tendent à travailler au maximum des possibilités de l'usager. Ainsi, pour un même usager, les modes d'interventions pourront aussi varier selon l'évolution de sa situation.

L'ensemble de ces "prestations" est présenté par les équipes comme constituant les éléments de base nécessaires à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes toxicodépendantes qui fréquentent leur structure ; cependant ces mêmes équipes peinent à définir plus clairement les objectifs opérationnels qu'elles visent à travers cette offre de différentes prestations ; autrement dit à faire le lien entre les objectifs de base de la structure et le travail effectué.

Cette étape qui constituait une première validation par les équipes des concepts élaborés a été l'occasion de s'interroger sur le mode de faire, sur les priorités qui sont mises en avant, ainsi que sur les motivations qui ont induit ces priorités, en s'interrogeant notamment sur le rôle de la structure dans le dispositif régional, mais aussi face aux différents types d'usagers. Ces questions n'ont dans l'ensemble pas encore reçu de réponse satisfaisante et nécessitent de poursuivre le travail de clarification.

8.1.8 Poursuite de la réflexion avec le groupe d'experts

La liste des items retenus par les structures et la classification proposée ont été discutées avec le groupe d'experts.

Pour ce qui est de la définition d'une prestation socio-éducative, et en considérant les différents items et leur regroupement, le groupe d'experts est d'accord sur le fait que l'ensemble de ces items peut être considéré comme des **prestations de travail socio-éducatif**, pour autant qu'un sens leur soit donné (acte + finalité de l'acte). Ils reconnaissent par ailleurs qu'une des principales difficultés pour les équipes est de parvenir à dire dans quel(s) but(s) chaque action ou intervention est faite, autrement dit à expliciter la logique sous-jacente, l'objectif visé. La nature immatérielle de certaines actions et leur dimension informelle sont, entre autres, des obstacles à cette explicitation.

Nous pensons toutefois (voir plus haut) qu'il reste encore un grand travail à faire pour préciser la nature et le contenu de ces prestations.

De plus, le groupe a relevé l'importance du travail relationnel des intervenants dans le cas de la prise en charge de personnes toxicodépendantes, qui sont pour la plupart dans une attitude de rejet par rapport aux lieux de soins. L'objectif d'"entrer en contact", de "créer le lien" qui sous-tend les différentes prestations offertes représente donc une caractéristique propre aux structures bas-seuil (qu'il sera bien difficile d'individualiser comme prestation).

Enfin, il a aussi été relevé que dans les structures d'accueil à bas-seuil les différents objectifs qui sous-tendent les prestations énoncées ci-dessus peuvent être travaillés soit de manière individuelle, lors d'un entretien par exemple, soit de manière plus collective en profitant de la dynamique d'un groupe. C'est notamment le cas de l'objectif de revalorisation de la personne.

Ainsi, dans le cas des structures évaluées les activités comportent deux volets importants, soit l'accueil informel et collectif d'une part et, d'autre part, un "bout de prise en charge"¹¹⁸ que les équipes définissent plus volontiers sous les termes de suivi ou d'accueil individuel¹¹⁹.

¹¹⁸ La part des ressources attribuées à chacun de ces volets est extrêmement variable d'une structure à l'autre. L'équipe socio-éducative du CSM ne fait pas d'accueil informel et collectif ; à EdS il est organisé à raison de 3 heures par jour (en fin de journée) et le dimanche avec un, éventuellement deux, intervenants ; pour ACT il

Comme l'ont souligné les experts, c'est un aspect qui rend difficile l'évaluation de ces prestations socio-éducatives.

Une des pistes envisagée pour parvenir à expliciter davantage la logique et le sens donné aux diverses interventions serait de distinguer les différentes étapes de façon plus précise en partant des grandes missions, des buts et en détaillant ensuite les objectifs généraux et spécifiques ainsi que les moyens de les atteindre (ceux-ci seraient alors déclinés en diverses prestations) (cf. annexe, Tableau 13.4-1, page 221).

L'élaboration d'un tel schéma conceptuel (cadre théorique) permettrait d'expliquer/représenter les liens existants entre les prestations offertes, les objectifs intermédiaires visés par les intervenants et les objectifs finaux et faciliterait l'évaluation à diverses étapes de l'intervention.

8.1.9 L'évaluation du travail socio-éducatif : possibilités et limites

Ces premiers échanges entre gens du terrain et professionnels ont permis de poser les bases du contenu du travail socio-éducatif. Ils ont également mis en lumière certaines difficultés auxquelles l'évaluation va se trouver confrontée dans le domaine du travail socio-éducatif. La première est le flou qui entoure la définition d'une prestation socio-éducative (identifier l'acte ou le service fourni) et notamment les diverses facettes que peut prendre l'intervention (autant au niveau de l'acte/service que de sa finalité) : est-ce que l'on s'attaque à la cause ou aux effets face à une situation problématique. La deuxième difficulté est l'absence d'un cadre qui rendrait plus explicite les objectifs visés par l'offre de prestations et permettrait ainsi de répondre, au moins partiellement, aux questions suivantes : comment intervient-on, pour quel usager intervient-on de cette manière, pourquoi est-ce une structure bas-seuil qui intervient, etc. Enfin les différences existantes entre le travail effectué dans un cadre collectif et le travail effectué en individuel (et par une action collective ou individuelle) impliquent de porter un regard différent sur ces deux pratiques lors de la conception d'une évaluation.

Face à ces questions, et pour aborder l'évaluation du travail socio-éducatif dans un cadre plus large, nous avons proposé et mené avec le groupe d'experts une réflexion sur les différents niveaux sur lesquels pourrait porter une évaluation du travail socio-éducatif dans des structures bas seuil d'accès et d'exigence. Cet exercice a montré la nécessité de définir clairement les objets sur lesquels porte l'évaluation ainsi que les objectifs visés par celle-ci.

Il s'agit d'abord de faire une **analyse stratégique** du choix d'implanter des structures à bas seuil d'accès et d'exigence dans le contexte général de l'ensemble des problèmes liés à la toxicomanie (pertinence de l'offre). Cette analyse a déjà été menée dans le canton par les différents partenaires tant sociaux que médicaux et a précisément abouti à l'ouverture de ces structures.

Concernant une structure particulière, il est ensuite nécessaire de faire **l'analyse de la logique de l'intervention** et notamment du lien entre les ressources à disposition, les prestations proposées et les divers objectifs généraux visés par les structures à bas seuil. Cette analyse doit prendre en compte le contexte de l'offre en services existants (adéquation de l'offre). Une des manières pratiques d'analyser la logique de l'intervention est de construire ce qu'on appelle une théorie d'action. Il s'agit d'un schéma qui représente la suite logique d'objectifs intermédiaires compris entre les actions concrètes (qu'il s'agit d'individualiser) et les objectifs finaux d'un programme. C'est donc une séquence d'objectifs intermédiaires qui, reliés entre eux, permettent d'atteindre la finalité du programme. Un tel schéma permet de visualiser la stratégie d'intervention en vigueur, de même que les postulats théoriques qui sont admis par les programmeurs pour provoquer un changement social, et ainsi atteindre leur but¹²⁰. On y retrouverait probablement les grands axes d'intervention définis lors des exercices de brainstorming (travailler sur le savoir-faire, le savoir-être, faciliter la réacquisition des gestes de la vie quotidienne, transmettre de l'information, orienter).

Cette étape de clarification de la logique d'une intervention pourrait être la première étape de l'évaluation du travail socio-éducatif dans les différentes structures. Il amènerait des réponses à des questions telles

représente deux fois 2 heures par jour avec deux intervenants ; enfin à ZB durant toutes les heures d'ouverture deux intervenants sont à l'accueil.

¹¹⁹ Pour des raisons de clarté, il nous semble cependant préférable d'adopter le terme de suivi.

¹²⁰ On trouve un exemple de cet exercice dans l'évaluation du projet Fleur de Pavé (cf. 13.3, page 219).

que : quelles sont les spécificités de chaque structure ? Le travail social effectué correspond-il aux objectifs des structures et est-il construit de manière à les atteindre ? Ce questionnement devrait mettre en évidence les orientations particulières de chaque structure (pour autant qu'elles existent), ainsi que les raisons de ces particularismes.

Il faudrait aussi s'interroger dans la construction de la théorie d'action sur le contexte du dispositif régional dans lequel elle s'insère, avec des questions telles que : peut-on dire que la palette d'offres de prestations est diversifiée ? Peut-on parler de complémentarité à l'intérieur du dispositif régional ? Les structures remplissent-elles une fonction de médiation entre une population spécifique et un dispositif généraliste pré-existant ? Y a-t-il, dans certains domaines, une décharge des services sociaux généralistes sur les structures ? Perçoit-on des lacunes dans le dispositif actuel ? Si oui, lesquelles ?

L'étape suivante de l'évaluation consisterait à **définir des indicateurs** des activités entreprises (les différentes prestations socio-éducatives) et des indicateurs d'atteinte des objectifs intermédiaires et des objectifs finaux (changements observés chez les usagers, par ex.) mentionnés dans la théorie d'action. Ces indicateurs devraient être suffisamment précis pour être mesurés : par ex. le nombre d'entretiens individuels portant sur la prévention, le nombre de contacts pris avec les partenaires du réseau pour l'orientation des usagers, le nombre d'usagers ayant entrepris une démarche thérapeutique, ou ayant trouvé un travail, ou ayant reconstruit un réseau social, etc. Comme on l'a vu plus haut, un tel exercice est difficile, entre autres parce qu'il exige une définition précise des activités et des prestations.

8.2 CONCLUSIONS - RECOMMANDATIONS

- L'évaluation du travail socio-éducatif sous la forme d'une construction de théories d'action avec les équipes, permet de tester la cohérence des interventions proposées et les logiques des activités mises sur pied par les structures. C'est un bon outil pour hiérarchiser les objectifs et ajuster éventuellement les orientations poursuivies.
- Il convient d'encourager les différents intervenants du domaine socio-éducatif à poursuivre la réflexion sur la définition des prestations pour aboutir à la construction d'un système d'indicateurs cohérents utilisables pour une évaluation à moyen terme.
- La réflexion sur le rôle et la place à l'intérieur d'un dispositif général de la prise en charge socio-éducatif proposée par chaque structure devrait être menée en association avec l'équipe de Rel'ier.

8.3 EXPLORATION DE LA FAISABILITE D'UNE ETUDE "CAPTURE-RECAPTURE" POUR ESTIMER LE NOMBRE DE CONSOMMATEURS DE DROGUES DANS LE CANTON

8.3.1 Introduction

Afin d'estimer le nombre de consommateurs de drogues dans le canton, l'utilisation d'une méthode qui a déjà été expérimentée ailleurs, la méthode par "capture-recapture" a été envisagée et sa faisabilité pour le canton de Vaud a été explorée.

Le principe général de la méthode "capture-recapture" est d'identifier pour une période déterminée le nombre de personnes toxicomanes différentes qui ont un "contact" avec les dispositifs socio-sanitaire et répressif. En se basant sur le nombre de personnes qui sont vues par l'un ou l'autre des points de contacts possibles, et par la proportion d'entre eux qui sont "revus" au cours de la même période à un autre point de contact, on peut estimer la taille totale de la population des personnes toxicomanes à ce moment (qu'ils aient été en contact ou non avec les différents "points de contacts"). Plus il y a de sources d'informations, ou "points de contacts", qui sont utilisés et plus l'estimation est précise¹²¹.

8.3.2 Ce qui a été fait

Une littérature considérable, constituée d'articles scientifiques et de rapports de recherche, a été réunie sur la méthode ainsi que sur les expériences faites ailleurs. Certaines équipes de recherche ont été contactées directement.

Deux collaborateurs de l'UEPP se sont joints au groupe français qui prévoyait la tenue d'enquêtes de type capture-recapture dans différentes villes européennes, mais ce groupe a par la suite malheureusement interrompu la démarche entreprise.

La possibilité d'utiliser la troisième enquête sur la clientèle des structures à bas seuil (en 2000) comme source d'information a été étudiée mais n'a pas été retenue compte tenu de l'importance de préserver l'anonymat pour ce type d'enquête qui comprend de nombreuses questions liées aux comportements sexuels, au partage de seringues et aux maladies infectieuses (SIDA, hépatites).

La police cantonale a été rencontrée afin d'explorer la possibilité de l'utilisation des informations sur les dénonciations pour la consommation de drogues¹²², par un procédé anonyme. La collaboration des officiers a été excellente et appréciée. Mais, pour obtenir un accès aux informations détenues par la police, même anonymisées, un avis légal serait requis. De plus, si elle était possible, une telle étude ne pourrait pas être envisagée avant la fin de l'implantation, actuellement en cours, d'un nouveau système informatique.

Les fichiers socio-sanitaires disponibles dans le canton de Vaud (méthadone, OPALE) ont été analysés de façon extensive, dans la perspective d'identifier le nombre de personnes différentes ayant eu "un contact" au cours d'une période définie. Les résultats sur le nombre de personnes différentes vues au cours d'une année sont décrits ailleurs dans ce rapport.

¹²¹ Pour le canton de Vaud, quatre sources potentielles ont été explorées. Le registre des traitements de substitution du canton (fichier méthadone), la statistique des institutions psychiatriques (OPALE), les fichiers de la police sur les dénonciations ainsi que l'opportunité d'un questionnaire auprès des usagers des structures à bas seuil.

¹²² L'information utile comprendrait les dénonciations pour "consommation de stupéfiants" ainsi que les dénonciations relatives aux "trafiquants-consommateurs".

8.3.3 Limites et obstacles

Les premières limites concernent l'éthique et le maintien de la confidentialité des données inscrites dans les différents registres et fichiers. La méthode capture-recapture implique un croisement de fichiers nominatifs. Elle implique nécessairement de confronter différentes sources de données en utilisant un identificateur unique pour chaque personne. Il existe des algorithmes et des techniques permettant de préserver l'anonymat, i.e. de croiser les fichiers sans jamais obtenir les informations permettant d'identifier une personne, mais de tels croisements nécessitent tout de même des précautions particulières. En plus du maintien de l'anonymat, pour de telles procédures il est particulièrement important, entre autres, de bien planifier et décrire la technique employée et de bien informer les acteurs impliqués, afin de s'assurer de la collaboration mais aussi pour prévenir toute perception erronée.

D'autres limites sont plutôt techniques. Premièrement, il ne serait pas impossible d'envisager un comptage dans les structures à bas seuil pendant une période définie et limitée, mais cela implique un travail important pour le développement et l'implantation de la collecte de données. Deuxièmement, la méthode capture-recapture a déjà été employée ailleurs, mais l'information précise sur la technique et les algorithmes pour générer un identificateur unique¹²³ n'ont pas pu être obtenus à ce jour. Le développement de la technique ou sa reproduction nécessiterait en soi un certain investissement de ressources. Enfin, la nécessité d'utiliser plus d'une source d'information afin d'accroître la précision de l'estimation rend les analyses statistiques assez complexes et rendrait nécessaire l'engagement d'un statisticien pour une période de temps substantielle.

8.3.4 Appréciation de la faisabilité d'une telle étude

Globalement, la réalisation d'une telle étude n'est pas simple et nécessiterait un investissement relativement important en temps et en ressources.

Premièrement, il faudrait obtenir un avis légal sur l'utilisation, même indirecte et anonyme, des informations détenues par la police¹²⁴. Il faudrait aussi bien documenter la technique utilisée pour préserver l'anonymat par la constitution d'un identificateur unique. Le protocole détaillé de l'étude devrait être soumis à une commission d'éthique et les collaborations devraient être formalisées afin de s'assurer de l'accord des personnes responsables des structures ou statistiques impliquées. Ensuite, la réalisation technique de l'étude pourrait débuter. La complexité serait fonction du nombre et du type de sources d'informations utilisées.

Il est à noter que l'étude pourrait être faite rétrospectivement, et ainsi porter d'emblée sur deux périodes distinctes. La méthodologie développée pourrait aussi être réutilisée ultérieurement sans que les investissements en temps et en ressources ne soient aussi importants.

8.3.5 Utilité éventuelle et solutions alternatives

L'utilité d'une étude capture-recapture est indéniable en ce qui concerne l'appréciation de l'évolution du nombre de personnes dépendantes des drogues dures. L'estimation ponctuelle du nombre de personnes à un moment donné, qui risque d'être relativement imprécise, est de moindre intérêt.

Pour le canton de Vaud, la principale contribution des méthodes impliquant le recoupement de différentes sources d'informations nous semble se situer à un autre niveau. De telles études permettent d'étudier les flux ou recoupements entre les différents dispositifs ou structures (police, médecins, institutions psychiatriques, etc.) et, en particulier, d'identifier la nature et la taille de populations de consommateurs avec

¹²³ L'identificateur doit être unique pour chaque personne mais ne contenir aucune information confidentielle. Bien qu'il soit produit à partir des données nominales, il est irréversible et aucune information ayant servi à sa constitution ne peut être reproduite. De tels procédés ont été développés pour les études capture-recapture mais aussi pour des enquêtes sur la prévalence du VIH, par exemple.

¹²⁴ Les fichiers de la police ont déjà été utilisés en Suisse à cette fin, dans d'autres cantons; cet obstacle n'est donc pas insurmontable.

des trajectoires particulières ou en contact seulement avec l'une des sources d'informations, des "points de contact".

8.4 CONCLUSIONS

- En conclusion, pour entreprendre une étude capture-recapture, il faudrait prévoir des moyens assez conséquents. Les deux sources d'information les plus utiles pour une telle étude seraient les dénonciations et les traitements de substitution, parce que toutes deux couvrent l'ensemble du canton et toute la dernière décennie.
- En l'absence d'une telle étude, une meilleure utilisation des fichiers existants, en soi ou par l'étude des recoupements, pourrait aussi apporter des informations supplémentaires utiles.
- Pour le recouplement de fichiers, qui implique des considérations éthiques et la préservation de l'anonymat, la procédure doit être clairement définie et précisée pour tous les acteurs impliqués.

8.5 RECOMMANDATIONS

- Dans un premier temps, il est utile de bien analyser - séparément - les fichiers disponibles (police, méthadone, OPALE) pour déterminer le nombre de personnes différentes ayant un contact au cours de l'année et non seulement le nombre d'interventions effectuées (dénonciations, admissions, suivis, etc.), ce qui n'est actuellement pas fait d'une façon systématique. Les premiers contacts devraient toujours être distingués des contacts subséquents.
- Le recouplement anonyme des fichiers devrait être exploré, par exemple pour :
 - préciser le nombre ainsi que l'âge et le profil de consommation des personnes qui ne sont pas en traitement mais ont déjà eu un contact avec la police (fichier de la police et fichier méthadone).
 - préciser le nombre et la trajectoire des personnes toxicomanes ayant accès à un traitement de substitution et/ou un contact avec une institution psychiatrique (fichiers OPALE et méthadone).

9 EPIDEMIOLOGIE DE LA TOXICOMANIE DANS LE CANTON DE VAUD

9.1 INTRODUCTION

Ce chapitre dresse un bilan épidémiologique de la situation de la toxicomanie dans le canton de Vaud. Il est fondé sur une analyse secondaire de données disponibles, qui montre l'évolution de divers indicateurs. Ces données sont tirées principalement de statistiques de routine ou d'enquêtes de population (Tableau 9.1-1).

Seront examinés d'abord des indicateurs directs de consommation (prévalence¹²⁵ de la consommation durant la vie, par exemple). Ils sont recueillis par des enquêtes effectuées auprès de la population générale. Leur fiabilité concernant l'estimation du niveau de consommation est limitée, car d'une part le phénomène étudié est rare, et d'autre part la véracité des réponses s'avère problématique puisqu'il s'agit de substances illégales. En outre, les personnes les plus touchées par les problèmes de toxicomanie ne sont souvent pas recensées par ce type d'enquêtes. Les tendances relevées restent cependant satisfaisantes, puisque les conditions de recueil des données ne changent pas d'une enquête à l'autre. Pour ces indicateurs, on ne dispose que de données suisses, qui donnent un cadre général de l'évolution récente de la consommation.

Ensuite on analysera des indicateurs qui, eux, ne mesurent pas directement la consommation, mais seulement des phénomènes ou des pratiques qui s'y rapportent. Ces indicateurs indirects fournissent aussi des informations sur l'ampleur et la gravité des conséquences de la consommation de drogues. Les principaux sont :

- indicateurs de mortalité et de morbidité (décès, maladies infectieuses),
- indicateurs de consommation (intensité et modalités de la consommation/dépendance des drogues dures, y compris la multi-consommation)
- indicateurs de demande de traitement
- indicateurs de la situation sociale des consommateurs : conditions de logement et de travail, contacts avec le système de répression.

A la fin du chapitre, une appréciation des principales tendances concernant l'estimation du nombre des consommateurs et de la gravité des problèmes liés à la consommation sera esquissée.

Tableau 9.1-1 Sources des données utilisées

Nom de la statistique ou de l'enquête	Années utilisées ou disponibles	Couverture	Détenteur des données
Enquête OMS : écoliers de 15 ans en 9 ^e année scolaire	1998	Suisse	ISPA
Enquête pour l'évaluation de la prévention du sida en Suisse : 17-45 ans	1987-1997	Suisse	IUMSP
Statistique des décès liés à la drogue	1987-1999	Suisse / Vaud	OFF
Statistiques de la répression : dénonciations pour	1995-1999	Suisse / Vaud	OFF

¹²⁵ La prévalence correspond à la mesure d'une variable à un moment donné : par exemple la proportion de jeunes de 15 ans, en 1998, ayant déjà consommé du cannabis.

Nom de la statistique ou de l'enquête	Années utilisées ou disponibles	Couverture	Détenteur des données
infraction à la LStup	(CH=1987-1999)		
Statistique des traitements de méthadone	1985-1999	Vaud	Santé publique
Statistique nationale des traitements résidentiels	1998- 1999	Vaud	FOS
Statistique des institutions psychiatriques OPALE	1996-1999	Vaud	DUPA
Enquête nationale des centres à bas seuil	1993,1996,2000	Suisse / Vaud	IUMSP
Statistique de remise de matériel d'injection	1996-1999	Suisse / Vaud	IUMSP
Système de surveillance maladies transmissibles : VIH et hépatites	1985-1999 VIH (CH1986-1999) 1996-1999 hép.	Suisse / Vaud	OFSP

9.2 CONSOMMATION DE DROGUES ILLEGALES

Résumé Les résultats de deux enquêtes sur la consommation de drogues, menées auprès des adolescents de 15 ans et dans la population âgée de 17 à 45 ans, vont dans le même sens et montrent une augmentation de la consommation des produits cannabiques, mais une stabilité de la consommation d'autres drogues illégales et notamment des drogues dures (opiacés, cocaïne). La consommation de drogues légales, tabac et alcool, est également en augmentation.

9.2.1 Consommation de drogues illégales chez les adolescents de 15 ans

Les enquêtes menées par l'ISPA auprès des jeunes fournissent certaines informations sur l'évolution de la consommation de drogues illégales chez les adolescents. Dans ce suivi, la population de référence est celle des jeunes de 15 ans en 9^e année scolaire en Suisse, dont la consommation est mesurée sur toute la durée de vie¹²⁶.

La proportion de consommateurs parmi les adolescents s'avère très stable, pour toutes les substances prises en compte sauf le cannabis. Par ailleurs, les filles ne se distinguent pas systématiquement des garçons du point de vue du niveau et de l'évolution de leur consommation. Quant à l'âge d'entrée dans la consommation de drogues dures, il ne semble pas avoir baissé.

Le cannabis est la seule drogue illégale dont la consommation présente une forte croissance entre 1986 et 1998 : la proportion globale de jeunes de 15 ans ayant consommé au cours de leur vie est passée dans cette période de 8.4% à 30.8%. La croissance, forte pour les deux sexes, a cependant été plus rapide chez les garçons. La différence entre filles et garçons est passée de 2.6% en 1986 à 4.7% en 1994 et à 9.9% en 1998. On note également une augmentation de la disposition à consommer ("oui" ou "peut-être"), qui est passée de 12.9% en 1986 à 30.2% en 1998 (sans différence importante entre garçons et filles).

¹²⁶ Consommation au moins une fois durant la vie.

Tableau 9.2-1 Evolution de la consommation de drogues illégales sur toute la durée de vie chez les adolescents de 15 ans en 9^e année scolaire. Source : ISPA¹²⁷

Substance	1986			1994			1998		
	Garçons n=418	Filles n=510	Ensemble n=928	Garçons n=608	Filles n=675	Ensemble n=1283	Garçons n=901	Filles n=1035	Ensemble n=1936
Cannabis	9.7	7.1	8.4	20.5	15.8	18.2	35.6	25.7	30.8
Colles	9.8	7.1	8.5	8.0	6.6	7.3	7.7	7.7	7.7
Opiacés	0.6	0.1	0.4	2.0	1.4	1.7	0.6	0.3	0.5
Cocaïne	1.4	0.8	1.1	0.4	0.7	0.6	1.1	1.5	1.3
Amphétamines	0.8	2.3	1.5	10.3	5.6	8.0	2.3	3.8	3.0
Ecstasy	.	.	.	2.1	0.6	1.4	1.0	1.6	1.3
Champignons	3.4	3.5	3.5
LSD	0.7	1.1	0.9	.	.	.	1.1	1.5	1.3
Autres	1.6	0.9	1.3	6.2	2.0	4.2	3.4	1.9	2.7

Le Tableau 9.2-2 indique la prévalence de la consommation de certaines substances chez les écoliers de 15 à 16 ans dans divers pays européens et sur toute leur durée de vie. Pour la consommation de cannabis, la Suisse se situe dans le peloton de tête, avec les Pays-Bas et la Grande-Bretagne. Pour toutes les autres substances considérées, la Suisse se situe autour de la moyenne (pour les colles en particulier) ou plutôt dans la moitié inférieure des fréquences de consommation.

Tableau 9.2-2 Consommation de certaines drogues illégales chez les écoliers de 15-16 ans dans divers pays européens et sur toute leur durée de vie (en % d'écoliers). Source : EMCDDA 1998¹²⁸

Substance	Autriche 1994	Danemark 1996	France 1993	Italie 1995	Pays-Bas 1996	G ^{de} -Bretagne 1995	Suisse 1998
Cannabis	9.5	18.0	11.9	19.0	31.1	41.0	30.8
Colles	n.d.	6.0	5.5	8.0	n.d.	20.0	7.7
Opiacés	n.d.	2.0	0.8	2.0	1.3	2.0	0.5
Cocaïne	2.0	0.5	1.1	3.0	4.3	3.0	1.3
Amphétamines	n.d.	1.9	2.5	3.0	7.8	13.0	3.0
Ecstasy	n.d.	0.5	n.d.	4.0	8.1	8.0	1.3
LSD	n.d.	0.4	1.5	5.0	n.d.	14.0	1.3

Notes : pour la Suisse, écoliers de 15 ans en 9^e année scolaire (données ISPA).

n.d. non disponible

Les données de cette étude pour le canton de Vaud ne sont malheureusement pas encore disponibles. Pour rappel, dans l'étude de l'ISPA de 1994, les jeunes du canton de Vaud, présentaient, mis à part pour les produits dérivés du cannabis, une prévalence à vie de la consommation d'autres substances illégales proche ou inférieure à celle de la Suisse (notamment pour la colle/solvants 6.1% vs 8.1% au niveau na-

¹²⁷ Janin Jaquat B, François Y. Konsum psychoaktiver Substanzen bei Schüler/innen in der Schweiz: Nationale Ergebnisse der Umfrage zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11 bis 15 Jahren. Abhängigkeiten: Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung (Lausanne), 1999(5):5-23.

¹²⁸ 1998 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1998.

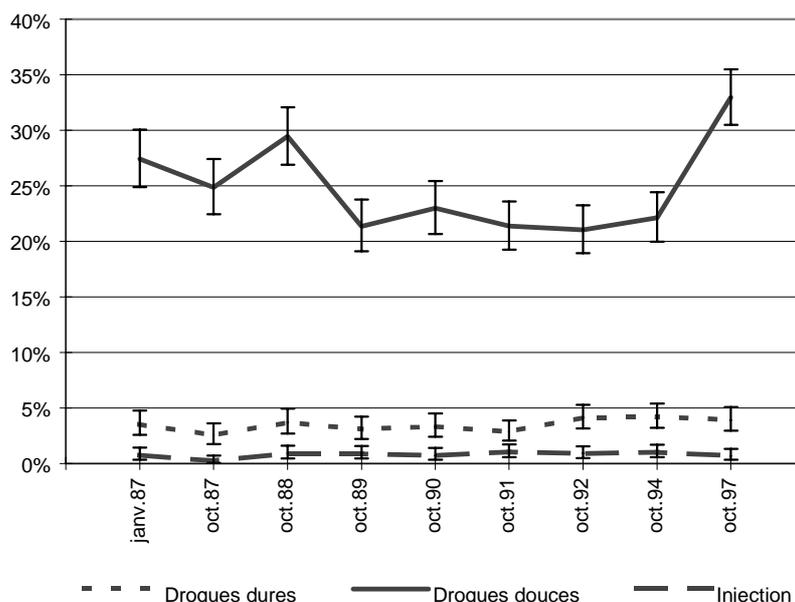
tional). Il était par contre relevé dans ce contexte, une nette augmentation de la consommation de drogues légales (tabac et alcool), avec en parallèle une augmentation du nombre et de la fréquence des épisodes d'ébriété autant dans le canton de Vaud qu'au niveau national.

9.2.2 Evolution de la consommation de drogues illégales dans la population âgée de 17 à 45 ans¹²⁹

Les données disponibles permettent de suivre de 1987 à 1997 l'évolution de la consommation de drogues illégales dans la population générale âgée de 17 à 45 ans, sur toute la durée de vie (Figure 9.2-1).

De 1994 à 1997, la proportion de consommateurs de drogues douces est passé de 22% à 33% chez les 17 à 30 ans, et de 15% à 22% chez les 31 à 45 ans. La proportion de consommateurs de drogues dures (héroïne et/ou cocaïne) n'a pas suivi cette évolution, restant stable dans son ensemble, entre 2 et 4% chez les plus jeunes et autour de 2% chez les plus âgés. Cette stabilité est confirmée par la proportion des personnes s'étant injecté des drogues, qui reste basse et constante au-dessous de 2% (tant sur toute la vie que sur les 12 ou les 6 derniers mois précédant l'enquête).

Figure 9.2-1 Evolution de la consommation de drogues douces, de drogues dures, et d'injection de drogues dures durant la vie dans la population suisse de 17-30 ans, entre 1987 et 1997 (en %, avec intervalles de confiance à 95%)



Chez les jeunes de 17 à 20 ans, la consommation de drogues dures a fluctué sans tendance claire dans un intervalle étroit : 1.3% en 1987 et 4.1% en 1997. La proportion de personnes s'étant déjà injecté des drogues n'a jamais dépassé 1%, et se montait à 0.2% en 1997.

Chez ces jeunes, la consommation de drogues douces a d'abord aussi fluctué sans tendance claire, dans un intervalle de 18% à 27% : 27.4% en 1987 et 21.6% en 1994. Cependant, elle atteint 34.7% en 1997, ce qui dénote une claire augmentation par rapport à 1994.

¹²⁹ Gervasoni J-P, Zobel F, Kellerhals, C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, Benninghoff F, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Troisième rapport de synthèse 1997-1999. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2000.

9.3 INDICATEURS DE DECES

Résumé Le nombre de décès par overdose a retrouvé le niveau observé avant les pics de 1994 et 1995. Toutefois, selon les données de la police, il continue à y avoir entre 15 et 20 décès par an attribuables directement à la consommation de drogues (16 en 1999 dans le canton). Il est à noter qu'en plus de la quantité de drogues consommée, les overdoses sont aussi liées aux fluctuations de la qualité et de la pureté de la drogue achetée dans la rue.

Les décès liés à la toxicomanie sont un reflet de la gravité de la consommation de drogue. Pour différentes raisons, ne serait-ce que par les multiples causes possibles de décès liés au mode de vie des personnes toxicomanes, il est toutefois difficile d'estimer le nombre exact de décès liés à la toxicomanie chaque année. Néanmoins, différentes sources, chacune ayant ses limites, nous renseignent sur le phénomène.

L'Office fédéral de la police (OFP) est la source principale d'information pour les décès dus à la drogue, qui inclut principalement des overdoses, mais ne tient pas compte, notamment, des décès attribuables au SIDA.

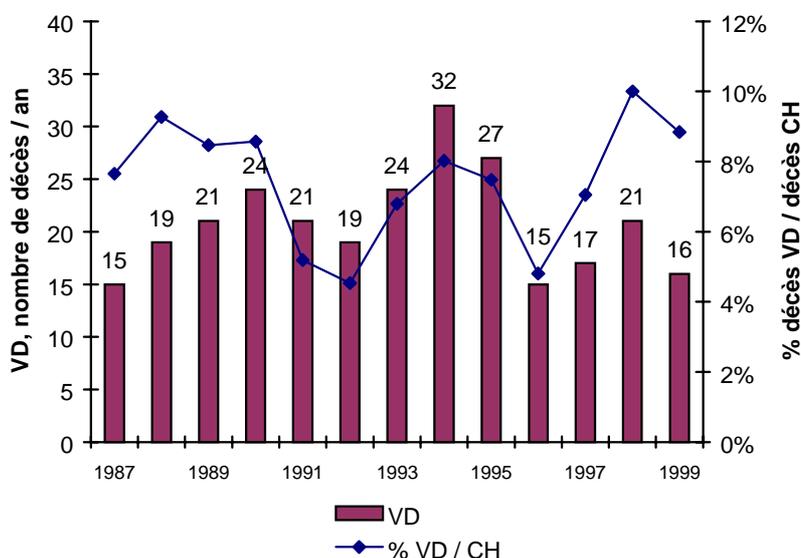
D'après l'OFP, les pics du nombre de décès annuels liés à la drogue avaient été atteints en 1992 (419 morts) et 1994 (399 morts) pour l'ensemble de la Suisse. Depuis lors, on observe une diminution du nombre de décès liés à la drogue rapportés par l'OFP.

Dans le canton de Vaud, les pics annuels ont été atteints en 1994 et 1995 et depuis lors on a également observé une diminution importante du nombre de décès. Toutefois, l'OFP enregistre encore plus d'une dizaine de décès par an (16 en 1999), soit un total de 216 au cours de la décennie (1990-99). La proportion de ces décès par rapport au total suisse reste relativement stable et varie entre 5 et 10% (Figure 9.3-1).

Les substances impliquées dans les décès par overdose ont été rapportées par l'OFP pour les années 1993 à 1997 pour l'ensemble de la Suisse. Sur l'ensemble des décès pour lesquelles l'information était disponible (75%), l'héroïne était associée à plus de la moitié des décès par overdose (58% en 1997) et la cocaïne pour environ 10 à 15 % (14% en 1997).

Une autre source d'information sur les décès de personnes toxicomanes, dont ce n'est par ailleurs pas la fonction, est le fichier des traitements de substitution dans le canton, où sont inscrits une partie au moins des décès en cours de traitement.

Figure 9.3-1 Nombre de décès liés à la consommation de drogues dans le canton de Vaud, et proportion de ces décès par rapport à ceux de l'ensemble de la Suisse, 1987-1999, (source : données OFP)



Même s'il a été démontré que le traitement de substitution diminue de façon importante la mortalité chez les toxicomanes, il arrive tout de même que les personnes en traitement décèdent pour des causes associées à la toxicomanie, notamment par le VIH acquis par l'injection de drogues. Sur l'ensemble des 3571 personnes ayant eu un traitement dans le canton depuis que le registre existe, il y a eu 298 décès rapportés en cours de traitement¹³⁰, dont au moins 212 au cours de la dernière décennie (1990-99). Au moins 20 de ces décès sont survenus en 1999. L'information sur le statut à l'égard du VIH n'est pas connue de tous les patients, mais globalement environ la moitié des personnes décédées étaient connues séropositives pour le VIH.

9.4 INDICATEURS DE REPRESSION

Résumé Le nombre de dénonciations est nécessairement fonction de l'intensité de l'activité de la police. Toutefois, le nombre total de **dénonciations pour infraction** à la loi sur les stupéfiants a augmenté, passant de 4'517 en 1995 à 6'307 en 1999 pour l'ensemble du canton. Les **dénonciations pour consommation** n'ont cessé d'augmenter, représentant plus de 80% de l'ensemble des dénonciations. La plus grande partie de ces dénonciations est liée à la consommation de produits cannabiques. Quant aux dénonciations relatives à la consommation d'héroïne, elles ont augmenté au cours de la dernière année (1459 en 1998, 1706 en 1999). Celles concernant la consommation de cocaïne n'ont cessé d'augmenter (354 en 1995, 1449 en 1999).

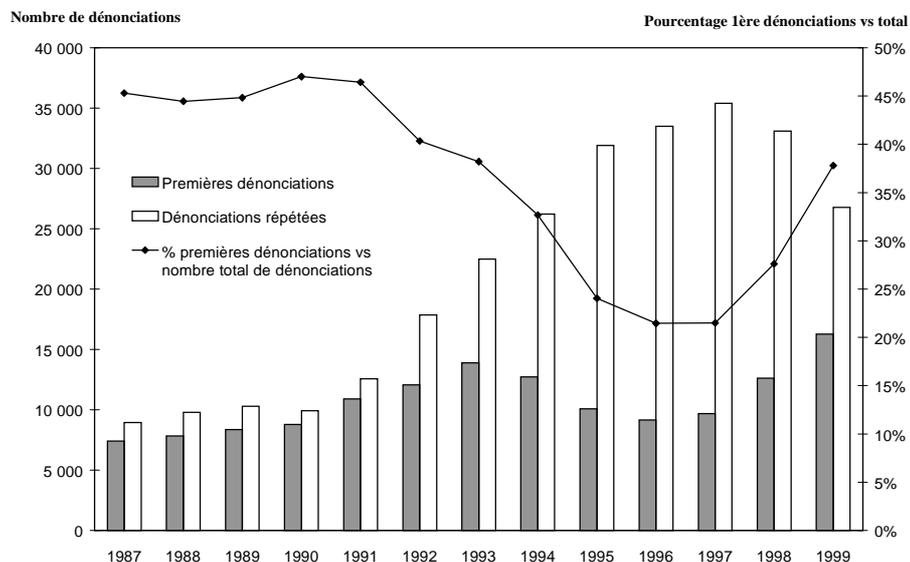
Les Offices centraux de police criminelle de l'Office fédéral de la police établissent une statistique annuelle en collaboration avec les corps de police cantonaux et municipaux. Nous disposons pour l'ensemble de la Suisse et le canton de Vaud de données sur les dénonciations pour infractions à la Loi sur les Stupéfiants (LStup). Trois types de dénonciations sont distingués, celles pour la consommation, pour le trafic et pour la contrebande. Dans ce rapport, nous présentons uniquement le nombre total de dénonciations - en distinguant les premières dénonciations et les dénonciations répétées - et celles se rapportant à la consommation.

■ Dénonciations totales

Depuis le début des années 90 jusqu'en 1998, le nombre total de dénonciations n'a cessé d'augmenter en Suisse : passant de 18'718 en 1990 à 45'726 en 1998. L'augmentation des dénonciations est principalement due aux dénonciations répétées qui ont augmenté jusqu'en 1997 puis ont diminué (cf. Figure 9.4-1). Le nombre des premières dénonciations a connu un pic en 1993, puis un creux en 1996. Depuis 1997, elles ont à nouveau augmenté. Ainsi le taux de premières dénonciations est variable au cours de la période observée : il est passé de 45% au début des années 1990 à 20% en 1996-1997, atteignant à nouveau presque les 40% en 1999.

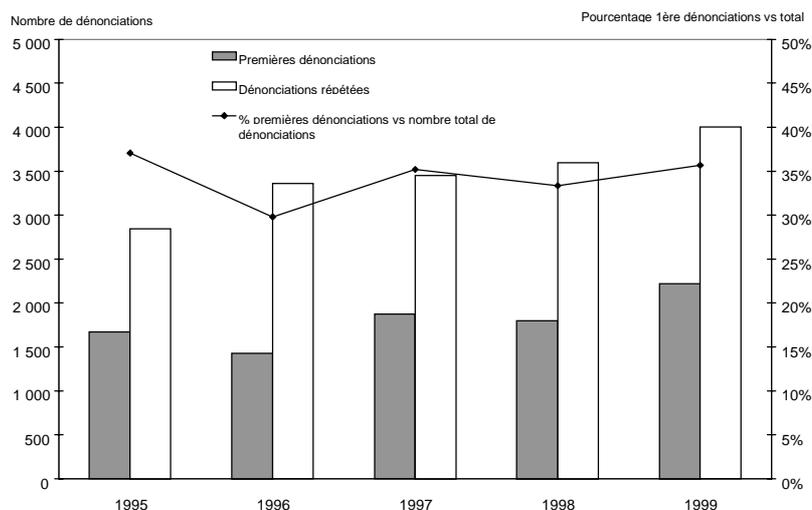
¹³⁰ L'année du décès n'est connue que pour 249 des 298 décès identifiés par le fichier méthadone, et selon cette information 212 sont décédés entre 1990 et 1999. On sait par ailleurs que 259 des personnes décédées ont eu une autorisation valide pour un traitement de substitution entre 1990 et 1999.

Figure 9.4-1 Evolution du nombre total de premières dénonciations, dénonciations répétées et pourcentage de premières dénonciations par rapport à l'ensemble des dénonciations pour infraction à la LStup, de 1987-1999 en Suisse



Dans le canton de Vaud, le nombre total de dénonciations n'a cessé d'augmenter depuis 1994 (cf. Figure 9.4-1) passant de 4'517 en 1995 à 6'307 en 1999. Contrairement à la Suisse durant cette même période, les dénonciations répétées ont continuellement augmenté, atteignant les 4'001 en 1999. Les premières dénonciations ont connu de légères baisses en 1996 et 1998. En 1999, 2'219 premières dénonciations ont été enregistrées pour le canton de Vaud. Mais le taux de premières dénonciations est nettement plus stable au niveau cantonal que national, il oscille entre 30 % et 37 % durant les années 1995-1999.

Figure 9.4-2 Evolution du nombre total de premières dénonciations, dénonciations répétées et pourcentage de premières dénonciations par rapport à l'ensemble des dénonciations pour infraction à la LStup, de 1995-1999 dans le canton de Vaud



▪ Dénonciations pour consommation

Le nombre de dénonciations pour consommation n'a cessé d'augmenter dans le canton de Vaud, il est passé de 3'870 en 1995 à 5'407 en 1999. La proportion de dénonciations pour consommation est stable au cours de ces années : entre 85% et 86% de l'ensemble des dénonciations concernent la consommation de stupéfiants. En Suisse, ce taux est également stable au cours du temps mais légèrement inférieur au canton de Vaud (80%-81%).

Tableau 9.4-1 Nombre de dénonciations pour consommation et dénonciations totales dans le canton de Vaud 1995-1999

	Dénonciations pour consommation	Dénonciations totales	% dénonciations pour consommation
1995	3870	4517	86%
1996	4113	4785	86%
1997	4609	5330	86%
1998	4530	5389	84%
1999	5407	6307	86%

La Figure 9.4-3 présente le nombre de dénonciations de consommateurs de stupéfiants d'après les produits consommés¹³¹. Les dénonciations pour consommation de produits cannabiques¹³² (haschisch et marijuana cumulés) constituent la part la plus importante de ce type de dénonciations, elles sont en légère augmentation passant de 3344 en 1995 à 3644 en 1999 avec un pic en 1995 de 3947. Les dénonciations liées à l'héroïne diminuent légèrement entre 1995 et 1997, passant de 1505 à 1348, puis elles augmentent atteignant 1706 dénonciations en 1999. Quant aux dénonciations liées à la cocaïne, elles n'ont cessé d'augmenter depuis 1995 (354 dénonciations pour consommation de cocaïne), se multipliant par 2 entre 1998 et 1999 (753 en 1998 et 1449 en 1999).

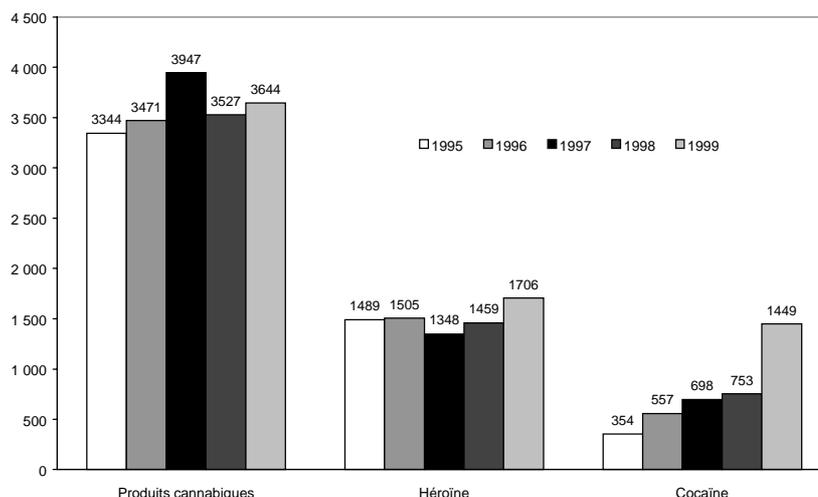
Regardons en détail la répartition du nombre de dénonciations pour consommation par sexe et âge pour l'année 1999 dans le canton de Vaud. Plus des deux tiers des dénonciations pour consommation de produits cannabiques concernent les personnes âgées de moins de 25 ans (67%). Nous observons un taux de dénonciations pour la consommation de drogues dures parmi les plus jeunes certes moins élevé que pour les produits cannabiques mais tout de même important : 25% des dénonciations pour consommation d'héroïne ont lieu parmi les jeunes âgés de moins de 25 ans, 26% pour la cocaïne. La proportion la plus importante de dénonciations pour consommation de drogues dures s'effectue chez les plus de 30 ans, respectivement 44% pour l'héroïne et 65 % pour la cocaïne. Le pourcentage de femmes dénoncées est très bas pour la consommation de produits cannabiques (12%), il est également faible pour les drogues dures (20% de femmes dénoncées pour la consommation d'héroïne respectivement 22% pour la cocaïne). Ces taux nous apparaissent comme faibles par rapport aux autres sources de données sur la consommation. Les femmes seraient ainsi proportionnellement moins dénoncées que les hommes.

¹³¹ Chaque dénonciation pour consommation figure autant de fois qu'il y a de stupéfiants consommés. Ainsi la somme des dénonciations pour consommation par produits peut être supérieure au total de dénonciations, une dénonciation pouvant concerner une personne consommant plusieurs produits.

¹³² Le précédent rapport ne présentait que le haschisch.

Figure 9.4-3

Evolution du nombre de dénonciations¹³³ pour consommation de stupéfiants d'après les produits consommés dans le canton de Vaud de 1995-1999^{134-135,136,137,138}

**Tableau 9.4-2**

Répartition par âge et sexe du nombre de dénonciations pour consommation dans le canton de Vaud pour l'année 1999

Répartition	Par âge			Par sexe % femme
	<25	25-29	>30	
produits cannabiques	67%	15%	19%	12%
héroïne	25%	31%	44%	20%
cocaïne	26%	28%	46%	22%

■ Saisies

Les saisies effectuées par la police nous renseignent indirectement sur les substances circulant en Suisse, mais sont aussi évidemment le reflet de l'intensité de l'activité répressive. Dans le canton de Vaud, par rapport à 1998, le nombre de saisies de cocaïne et la quantité totale saisie ont fortement augmenté en 1999. Pour l'héroïne, le nombre de saisies a peu augmenté, par contre la quantité totale d'héroïne saisie a plus que triplé. Parmi les autres substances, il faut noter les produits cannabiques, l'ecstasy, le LSD, les amphétamines, la méthadone, etc.

¹³³ Chaque dénonciation pour consommation figure autant de fois qu'il y a de stupéfiants consommés. Ainsi la somme des dénonciations pour consommation par produits peut être supérieure au total de dénonciations, une dénonciation pouvant concerner une personne consommant plusieurs produits.

¹³⁴ Statistique suisse des stupéfiants (1995). Berne: Office fédéral de la police; 1996.

¹³⁵ Statistique suisse des stupéfiants (1996). Berne: Office fédéral de la police; 1997.

¹³⁶ Statistique suisse des stupéfiants (1997). Berne: Office fédéral de la police; 1998.

¹³⁷ Statistique suisse des stupéfiants (1998). Berne: Office fédéral de la police; 1999.

¹³⁸ Statistique suisse des stupéfiants (1999). Berne: Office fédéral de la police; 2000.

9.5 INDICATEURS DE TRAITEMENT

Résumé

Traitement de substitution à la méthadone (statistique du Service de la Santé Publique)

Après avoir beaucoup augmenté au début de la décennie, le nombre de personnes ayant un traitement de substitution à la méthadone semble se stabiliser (n=1710 en 1999). Après un pic en 1994, le nombre de personnes débutant un traitement de substitution pour la première fois diminue progressivement. Il y a tout de même eu, en 1999, environ 200 personnes débutant pour la première fois un traitement de substitution dans le canton.

Le nombre de médecins prenant en charge des toxicomanes dans le canton de Vaud a augmenté tout au long de la décennie. Il s'est accru dans les quatre secteurs psychiatriques. Entre 1998 et 2000, on observe une tendance à la redistribution des patients vers les lieux de pratique plus petits. Il est remarquable que les 201 personnes ayant débuté un traitement pour la première fois en 1999 se soient réparties sur 79 médecins ou centres différents dans le canton.

Traitements résidentiels (statistique FOS)

Trois structures résidentielles du canton ont participé à la statistique nationale FOS au cours de 1998 et 1999, ce qui représente 101 personnes entrées en traitement en 1999 (âge médian 28 ans, 32 % femmes). La majorité de ces personnes ont consommé de l'héroïne et de la cocaïne au cours des douze mois précédant l'entrée, et la plupart régulièrement.

Traitements dans les institutions psychiatriques (statistique OPALE)

Depuis 1996, il y a eu une augmentation du nombre de suivis ambulatoires et d'admissions hospitalières dans les institutions psychiatriques participant à la statistique OPALE pour lesquels le diagnostic principal est une dépendance à l'héroïne ou à la cocaïne (N=1314 en 1999). Bien que les diagnostics secondaires ne soient pas toujours inscrits, ce qui tend à sous-estimer les co-morbidités et la polytoxicomanie, ils rendent compte de l'importance des troubles psychiatriques qui peuvent être associés à la toxicomanie (le plus fréquent étant le trouble de la personnalité).

9.5.1 Traitements de substitution (fichier Méthadone)

■ Source des données

Les données relatives aux traitements de substitution dans l'ensemble du canton proviennent surtout de l'analyse extensive des informations présentes dans le registre des autorisations délivrées par le médecin cantonal¹³⁹. Les autres données disponibles auprès du médecin cantonal ont aussi été utilisées : données sur le nombre de traitements en cours à un moment donné, liste des lieux de pratique (localité) des médecins prenant en charge des toxicomanes.

■ Nombre de personnes ayant un traitement de substitution¹⁴⁰

Après avoir beaucoup augmenté pendant la dernière décennie, le nombre de traitements de substitution dans le canton de Vaud s'est relativement stabilisé au cours des deux dernières années. Selon les données produites par la santé publique, au 19 janvier 2000 il y avait 1 710 personnes bénéficiant d'une autorisation pour un traitement avec un produit de substitution (1 663 au 31 décembre 1998; 1577 au 30 janvier 1998)¹⁴¹.

Le nombre de personnes différentes ayant eu au cours d'une année une autorisation valide pour un traitement de substitution est nécessairement plus élevé que le nombre de personnes rapporté à un moment

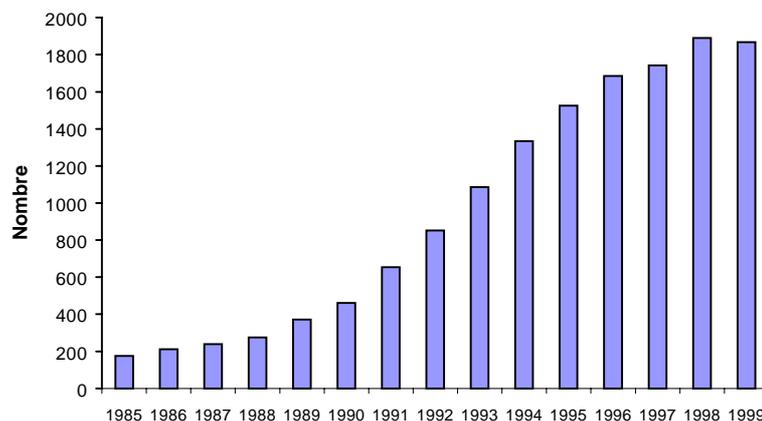
¹³⁹ Le fichier analysé est une extraction des données anonymes présentes dans le registre au 1er juillet 2000.

¹⁴⁰ En 1999 il s'agit d'une cure de méthadone pour 97% des personnes.

¹⁴¹ Certains patients dont le traitement est terminé peuvent tout de même être considérés en traitement, parce que la santé publique n'a pas été avisée. Cela peut surestimer le nombre de personnes en traitement, surtout pour la période la plus récente (derniers semestres de 1999). Ainsi, au 1er juillet 2000, 227 patients étaient sans autorisation valide depuis 6 mois ou plus, dont 74 depuis 18 mois ou plus. En ne considérant que les personnes ayant une autorisation valide, au 31 décembre 1999 il y aurait eu 1415 personnes ayant un traitement de substitution dans le canton de Vaud.

précis dans l'année, pour un jour particulier, en raison des arrêts ou des débuts de traitement survenant à tout moment (cf. en annexe le Tableau 13.5-1). En 1999, comme en 1998, plus de 1800 personnes différentes ont eu une autorisation valide pour un traitement de substitution à un moment ou à un autre dans l'année¹⁴².

Figure 9.5-1 Nombre de personnes différentes ayant eu un traitement de substitution, à un moment ou à un autre au cours de l'année (1985-1999)

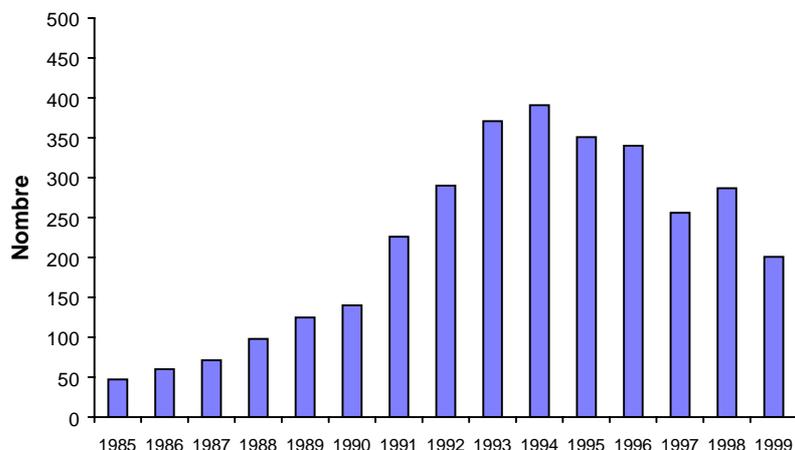


Le nombre de personnes suivant un traitement de substitution dans le canton de Vaud, à un moment ou à un autre au cours de l'année, a augmenté dès le début de la décennie et s'est stabilisé au cours des dernières années.

- Nombre de personnes ayant un traitement de substitution pour la première fois
Le nombre de personnes débutant pour la première fois un traitement de substitution a été maximal au cours de la période 1993 à 1996 (391 en 1994). Depuis, ce nombre a diminué progressivement mais il y a encore eu, en 1999, 201 personnes entamant un traitement de substitution pour la première fois dans le canton.

¹⁴² Entre 1990 et 1999, 3278 personnes différentes ont eu un traitement de substitution dans le canton, dont 2587 au cours des quatre dernières années (1996-1999).

Figure 9.5-2 Nombre de personnes débutant un traitement de substitution pour la première fois (1985-1999)



* Selon l'année de la première autorisation délivrée par le médecin cantonal. Une proportion, sans doute faible, de ces personnes peut avoir eu un traitement de substitution dans un autre canton.

■ Nombre de personnes dont le traitement a été terminé ou interrompu

Le registre cantonal permet d'identifier des personnes ayant terminé ou interrompu leur traitement et qui ne sont jamais revenues. De 1995 à 1997, environ 175 personnes par an ont terminé ou interrompu leur traitement et ne sont pas revenues par la suite. Il est à noter que ces fins ou interruptions peuvent correspondre à un sevrage réussi mais aussi à un Drop out, un décès ou un déménagement dans un autre canton. De plus, plusieurs de ces personnes vont revenir en traitement au cours des prochaines années.

Globalement, tel qu'observé au premier juillet 2000, il y a eu dans le canton 2 988 personnes qui ont entamé un traitement de substitution avant le 31 décembre 1997 et 1 226 personnes qui ont terminé ou interrompu leur traitement avant le 31 décembre 1997 et qui ne sont pas revenues par la suite¹⁴³.

Il n'est par ailleurs actuellement pas possible d'estimer précisément la durée des traitements de substitution, d'une part à cause de l'état du registre cantonal et, d'autre part, parce que les traitements peuvent avoir été terminés ou interrompus avant la date de la fin de l'autorisation du médecin cantonal.

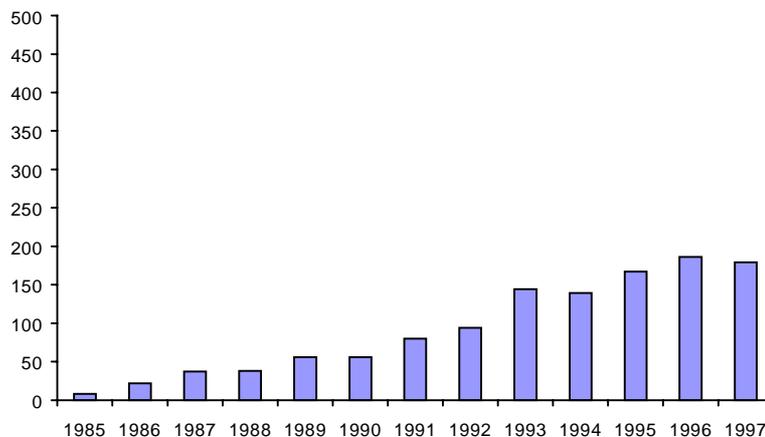
Seules les personnes n'ayant eu aucune autorisation valide pour un traitement de substitution au cours de 1998 et 1999 sont montrées dans la Figure 9.5-3, afin de s'assurer qu'une interruption d'au moins deux ans a eu lieu.

■ Profil des personnes ayant un traitement de substitution

La proportion de femmes parmi les personnes en traitement a légèrement diminué au cours des années 1990, passant de 33% en 1991 à 31% en 1999. L'âge moyen des femmes est très proche de celui des hommes et, pour les deux sexes, l'âge moyen augmente au cours de la période étudiée.

¹⁴³ Ces estimations sont approximatives, étant basées sur la date de début et la date de fin des autorisations délivrées par le médecin cantonal. Les chiffres ne sont donnés qu'à titre indicatif de l'ordre de grandeur.

Figure 9.5-3 Nombre de personnes ayant terminé ou interrompu un traitement de substitution, selon l'année de la fin de la plus récente autorisation délivrée par le médecin cantonal (1985-1997)



* Pour un certain nombre de patients, l'année de la fin du traitement peut être antérieure à celle de la fin de l'autorisation.

Tableau 9.5-1 Proportion de femmes et âge moyen des personnes ayant eu un traitement de substitution en 1991, 94, 97 et 99

	1991	1994	1997	1999
Age moyen (au 31 décembre)				
Hommes	30.0 ans	29.7 ans	31.1 ans	32.3 ans
Femmes	29.2 ans	29.4 ans	30.1 ans	31.1 ans
Groupes d'âge (hommes et femmes)				
15 à 20 ans	5.2%	8.3%	4.5%	2.7%
21 à 25 ans	24.0%	26.8%	25.1%	18.3%
26 à 30 ans	34.0%	27.6%	26.2%	27.5%
31 à 35 ans	25.7%	23.9%	23.5%	23.6%
36 ans et plus	10.9%	13.3%	20.4%	27.6%

• Les valeurs peuvent légèrement différer de celles, rapportées par la santé publique, qui sont inscrites dans le rapport de 1998, parce que dans ce tableau toutes les personnes ayant eu un traitement au cours de l'année sont considérées. Les tendances restent toutefois les mêmes.

Le profil des personnes débutant un **premier traitement** nous renseigne sur les caractéristiques des nouveaux patients entrant en traitement, qui peuvent être différents de ceux entrés auparavant ou réadmis. Plus particulièrement, leur âge et la durée de la dépendance au moment de l'entrée en traitement nous renseignent, indirectement, sur l'accessibilité aux traitements de substitution.

De 1992 à 1997, l'âge moyen lors de l'entrée en traitement a été autour de 27 ans. Il tend à augmenter au cours des deux dernières années, pour atteindre 29.0 ans en 1999.

Le délai moyen entre l'entrée dans la dépendance¹⁴⁴ et le premier traitement de substitution était de 7.5 ans ou plus entre 1987 et 1990, et les délais moyens les plus faibles ont été observés entre 1993 et 1996

¹⁴⁴ La durée de la dépendance est imparfaitement estimée puisque l'information est manquante pour un sixième à un quart des personnes, selon l'année, et que l'interprétation de cette valeur peut varier d'un médecin à l'autre. Il est toutefois peu probable que cela ait un impact significatif sur les tendances observées au cours de la décennie.

(5.4 ans en 1996). En 1999, le délai moyen était de 6.5 ans. Pour environ la moitié (52%) des personnes débutant un traitement de substitution pour la première fois en 1999, la dépendance durait depuis 5 ans ou plus. Ainsi, lors de l'admission pour un traitement de substitution, la majorité des personnes ont déjà une relativement longue histoire de consommation.

La dépendance a débuté entre 1989 et 1993 pour une proportion importante¹⁴⁵ des personnes ayant eu ou ayant, encore aujourd'hui, un traitement de substitution dans le canton. La Figure 9.5-4 illustre l'année du début de la dépendance pour les personnes ayant été en traitement en 1999.

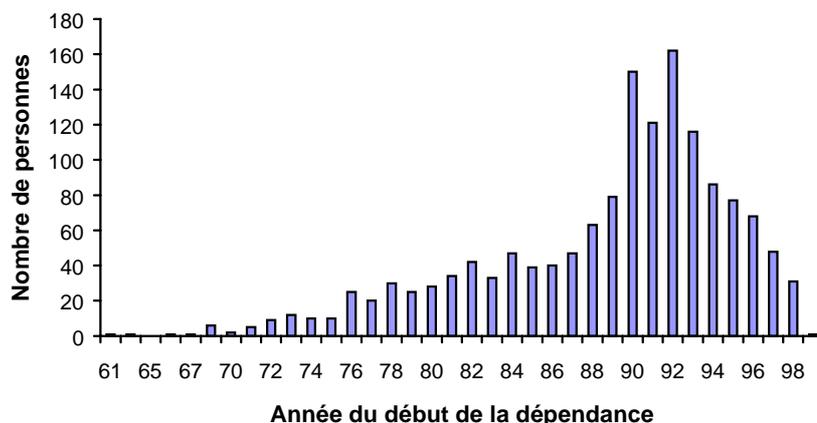
Tableau 9.5-2 Profil des personnes ayant initié un premier traitement de substitution, selon l'année (1991 à 1999)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Effectifs	226	290	371	391	351	340	256	287	201
Sexe									
% Femmes	27%	32%	30%	32%	27%	30%	32%	31%	28%
Age lors de l'entrée en traitement									
Moyenne	28.2	27.1	27.1	27.0	27.3	27.4	27.1	28.9	29.0
Médiane	27.6	26.8	26.4	26.0	26.9	26.3	26.0	28.0	28.2
Groupes d'âge									
15 à 20 ans	11%	13%	12%	13%	12%	15%	15%	13%	9%
21 à 25 ans	27%	32%	36%	38%	35%	33%	36%	24%	28%
26 à 30 ans	30%	32%	29%	25%	26%	28%	28%	26%	31%
31 à 35 ans	23%	16%	16%	16%	19%	14%	12%	21%	19%
36 ans et plus	10%	7%	7%	7%	8%	10%	10%	15%	13%
Durée de la dépendance lors de l'entrée en traitement									
Moyenne (ans)	6.9	6.1	5.9	5.9	5.7	5.4	6.0	7.0	6.5
Médiane (ans)	6.0	4.4	4.2	4.4	4.0	4.3	4.7	4.5	5.1
< 1an	11%	8%	9%	6%	5%	7%	8%	7%	9%
1 à 4 ans	34%	48%	47%	54%	53%	50%	46%	44%	40%
5 à 9 ans	28%	24%	26%	23%	25%	30%	30%	24%	32%
10 ans et plus	28%	21%	18%	18%	17%	14%	16%	25%	20%

* La durée de la dépendance est imparfaitement estimée puisque l'information est manquante pour un sixième à un quart des personnes, selon l'année, et que l'interprétation de cette valeur peut varier d'un médecin à l'autre. Il est toutefois peu probable que cela ait un impact significatif sur les tendances observées au cours de la décennie. Pour la durée de la dépendance, les proportions sont calculées sur l'ensemble des personnes pour lesquelles l'information est disponible. Dans les chapitres 2 et 3 concernant l'évaluation des structures, la durée de consommation de drogues dures et non la durée de la dépendance figure dans les tableaux de profil.

¹⁴⁵ Globalement, la dépendance a débuté entre 1989 et 1993 pour 1 173 personnes ayant eu un traitement de substitution, soit un tiers (33%) de l'ensemble des personnes ayant déjà eu une autorisation dans le canton, ou 44% de ceux pour lesquels cette information est disponible.

Figure 9.5-4 Année du début de la dépendance pour les personnes ayant été en traitement au cours de l'année 1999

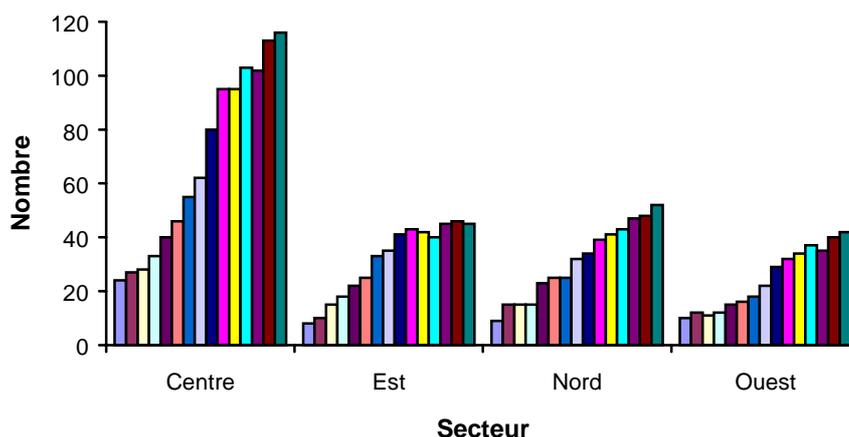


* Il s'agit, plus précisément, des personnes ayant eu une autorisation valide pour un traitement de substitution au cours de l'année 1999.

■ Médecins prenant en charge des toxicomanes

Le nombre de médecins ou de centres, pouvant regrouper plusieurs médecins, prenant en charge des toxicomanes a beaucoup augmenté dans le canton de Vaud depuis 15 ans et il a continué d'augmenter au cours des dernières années. Cette augmentation concerne de nombreux districts (annexe Tableau 13.5-2, page 224).

Figure 9.5-5 Nombre de médecins ou centres prenant en charge des toxicomanes, selon le secteur et l'année (1985-1999)

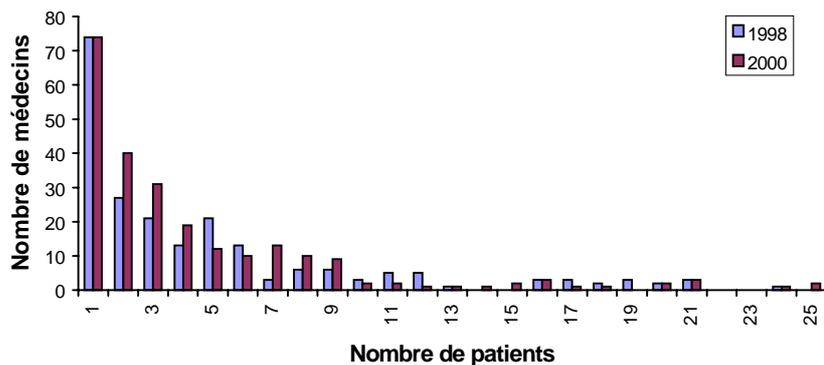


Selon l'information fournie par la santé publique, au cinq juillet 2000, il y avait 248 médecins ou centres qui prenaient en charge des toxicomanes, ce qui représente une légère augmentation par rapport à 1998 (224 au premier avril 1998).

Cet accroissement concerne surtout les médecins prenant en charge 10 patients ou moins (220 en 2000 vs 187 en 1998). Entre les deux périodes, on observe une redistribution des patients vers les lieux de pratique médicale où moins de 10 personnes sont suivies. Ainsi, bien que le nombre total de patients pris en

charge n'ait augmenté que de 62 entre les deux "photos", le nombre de patients a augmenté de 136 dans les lieux de pratiques où 10 patients ou moins sont suivis et a diminué de 74 dans les lieux de pratique où plus de 10 patients sont suivis. La proportion de l'ensemble des patients du canton qui sont suivis dans ces lieux de pratique plus petit est donc passée de 37% en 1998 à 44% en 2000.

Figure 9.5-6 Nombre de patients par médecin ou centre (1998 et 2000)



* Les médecins ou centres qui ont plus de 25 patients en traitement (9 en 1998 et 8 en 2000) n'ont pas été inclus dans ce graphique.

* Il s'agit de deux "photographies" prises le 1 avril 1998 et le 5 juillet 2000.

■ L'implantation de la nouvelle statistique Méthadone

Attendue depuis quelques années, la nouvelle statistique méthadone est actuellement en cours d'implantation dans le canton de Vaud. L'utilisation du logiciel diffusé par l'OFSP et d'un questionnaire standardisé pourrait dans l'avenir faciliter les comparaisons avec les autres cantons. Toutefois, le questionnaire est beaucoup plus extensif que celui utilisé jusqu'à maintenant et le succès de son implantation dépendra dans une large mesure de la collaboration des médecins traitants et des ressources qui y seront affectées par la santé publique. Il serait important et utile, aussi, que l'information accumulée par la santé publique dans son registre des autorisations soit intégrée au nouveau système d'information sur les produits de substitution dans le canton.

9.5.2 Traitements résidentiels (FOS)

En 1998, un répertoire des institutions résidentielles en Suisse a été publié par COSTE¹⁴⁶. La banque de données gérée par COSTE est aussi accessible sur internet par le biais d'Infoset Direct (<http://www.infoset.ch>). Elle comprend des renseignements sur l'organisation, le processus d'admission, le concept thérapeutique, le coût et les prestations offertes.

Depuis 1995, la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS)¹⁴⁷ décrit annuellement la clientèle de centres de traitements résidentiels en Suisse¹⁴⁸. À la fin de l'année 1999, 76 établissements participaient à la Ligue, qui couvre ainsi la majorité des établissements offrant des thérapies

¹⁴⁶ COSTE (1998). Offres de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues.

¹⁴⁷ FOS : Forschungsverbund stationäre Suchttherapie.

¹⁴⁸ FOS (1999). La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1998 : Rapport d'activité et statistique annuelle globale (ci-inclus la comparaison des données d'entrées 1995 à 1998). Rapport No 77. Institut de recherche sur la toxicomanie, Zurich.

résidentielles fondées sur l'abstinence¹⁴⁹. En se basant sur le répertoire de COSTE, en janvier 1999 FOS estimait couvrir au minimum, environ 1 164 des 1 390 places offertes en Suisse. En plus d'être représentative de l'ensemble des traitements de ce type offerts en Suisse, la statistique FOS est extensive et couvre différentes sphères : trajectoires thérapeutiques, modes de vie, situation financière, profils de consommation, problèmes judiciaires, etc.

Dans le canton de Vaud, trois établissements ont participé à la statistique FOS pour les années 1998 et 1999: le Relais, Bartimée et le Levant¹⁵⁰. Deux ont débuté la collecte des données au 1er janvier 1998 et un à la fin de juillet 1998. Le profil de la clientèle de ces structures n'est présenté qu'au niveau cantonal et non pas par structure.

En 1999, 101 personnes sont entrées en traitement au cours de l'année 1999¹⁵¹, 32% sont des femmes et l'âge moyen s'élève à 28,1 ans. Les lieux du dernier sevrage sont par ordre décroissant, la même institution qui effectue la thérapie, une institution de sevrage spécifique, une clinique psychiatrique ou un hôpital, et en prison pendant une détention provisoire.

La majorité des personnes ont consommé de l'héroïne (83%) ou de la cocaïne (86%) au cours des 12 mois précédant l'entrée en traitement. La consommation d'héroïne a été rapportée comme "presque quotidienne" pour plus de la moitié des personnes qui en consommaient. Plus du tiers des personnes ayant consommé de la cocaïne l'ont fait sur une base "presque quotidienne". Plus de la moitié des personnes entrées en traitement ont déjà entamé par le passé un traitement de substitution (63%), et un peu moins de la moitié l'ont fait à plus d'une reprise.

Pour plus de la moitié des personnes sorties au cours de 1999 (cf. annexe Tableau 13.5-3), le séjour dans l'institution a duré trois mois ou plus (57%). Environ les trois quart des personnes sorties en 1999 n'ont eu aucune interruption du traitement ou une interruption de moins d'une semaine.

Tableau 9.5-3 FOS : profil des entrées dans les centres de traitement résidentiel du canton de Vaud (1998-1999)

	1998		1999	
	n	%	n	%
Effectifs*	60		101	
Nb femmes	14	(23%)	32	(32%)
Age				
Age moyen	28.1 ans		28.1 ans	
Age médian	28.0 ans		28.0 ans	
15 à 20 ans	6	(10%)	11	(11%)
21 à 25 ans	14	(23%)	22	(22%)
26 à 30 ans	22	(37%)	37	(37%)
31 ans et plus	18	(30%)	31	(31%)
Lieu du dernier sevrage				
Clinique psychiatrique / hôpital	6		15	
Inst. de sevrage spécifique	12		20	
Prison, préventive	6		10	
Dans la même institution	8		26	
Autres	10		15	
Missing	18		15	

¹⁴⁹ FOS (2000). La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1999 : Rapport d'activité et statistique annuelle globale ; comparaison des données à court terme et à long terme. Rapport No 104. Institut de recherche sur la toxicomanie, Zurich.

¹⁵⁰ D'autres structures résidentielles du canton ne participent pas à la statistique FOS (en particulier Narconon).

¹⁵¹ Ces personnes peuvent venir du canton de Vaud mais aussi d'autres cantons.

	1998		1999	
	n	%	n	%
Consommation, 12 derniers mois				
(n)**	(51)		(90)	
Héroïne, total	40	(78%)	75	(83%)
<i>Presque quotidienne</i>	27		39	
<i>Occasionnelle</i>	10		22	
<i>Rare</i>	3		14	
Cocaïne, total	37	(73%)	77	(86%)
<i>Presque quotidienne</i>	13		31	
<i>Occasionnelle</i>	18		25	
<i>Rare</i>	6		20	
Succ. d'opiacés illégaux, total	22	(43%)	32	(36%)
<i>Presque quotidienne</i>	13		6	
<i>Occasionnelle</i>	5		16	
<i>Rare</i>	4		10	
Alcool, total	21	(41%)	44	(49%)
<i>Tous les jours</i>	11		26	
<i>Occasionnelle</i>	10		18	
Traitement de substitution antérieur				
(n)**	(51)		(90)	
Oui	27	(53%)	57	(63%)
Nombre de traitement entamé				
1	16		33	
2 et plus	11		24	
Déjà souffert d'hépatite				
(n)**	(51)		(90)	
Oui	20	(39%)	56	(62%)
Type d'hépatite				
Type B	11		25	
Type C	11		49	

* Il s'agit de l'information disponible à mi-janvier 2000, l'information éventuellement recue par FOS après cette date n'a pas pu être considérée pour ce tableau. Par ailleurs, il faut noter que pour 1998 l'année complète n'a pas été couverte par tous les centres.

** Pour l'information qui ne fait pas partie des "données de base", seuls les questionnaires entièrement remplis ont été retenus (pour une partie des clients, seule l'information de base est disponible, surtout à cause des sorties précoces).

9.5.3 OPALE, la statistique des institutions psychiatriques vaudoises

■ Source des données et population étudiée

La statistique OPALE regroupe les statistiques des institutions psychiatriques vaudoises à l'exception du secteur Est¹⁵² et permet l'obtention d'informations sur les patients par région et par unité de soins, selon le(s) diagnostic(s) posé(s). Depuis 1997, elle contient une série d'autres variables médico-sociales sur l'insertion sociale des patients, la nature et les modalités du traitement, les réseaux de collaboration dans le système socio-sanitaire ("adressé par" et "adressé à"), etc. En plus des quelques analyses présentées dans cette section, la statistique OPALE a aussi été utilisée pour décrire la clientèle et les activités du Centre St-Martin et de La Calypso.

Dans la statistique OPALE, les intervenants peuvent coder jusqu'à 10 diagnostics dont l'un est le diagnostic principal, c'est-à-dire le problème le plus important ou celui motivant la consultation ou le suivi.

¹⁵² Le secteur Est n'est représenté dans OPALE que depuis le dernier trimestre 1999 et n'est pas inclus dans l'analyse.

Les autres sont considérés comme des diagnostics secondaires, associés (co-morbidités), sans égard à leur degré de gravité. L'importance accordée à l'inscription des diagnostics secondaires dans OPALE varie d'une structure à l'autre et parmi les intervenants. Ainsi, la statistique OPALE tend à sous-estimer certains diagnostics qui se situent plus fréquemment en seconde position que comme problème principal (ex. toxicomanie à la cocaïne).

Les analyses présentées ici portent sur les personnes ayant eu un contact avec une institution psychiatrique au cours des années 1996 à 1999. Pour 1996 et 1997, seul le diagnostic principal avait été demandé lors de l'extraction des données, tandis que pour les années 1998 et 1999 le fichier analysé contenait les diagnostics secondaires, ce qui permet d'apprécier les co-morbidités psychiatriques et la polytoxicomanie, même si ces phénomènes sont sous-estimés dans OPALE.

L'analyse n'a porté que sur les patients ayant eu un diagnostic de toxicomanie aux opiacés ou à la cocaïne.

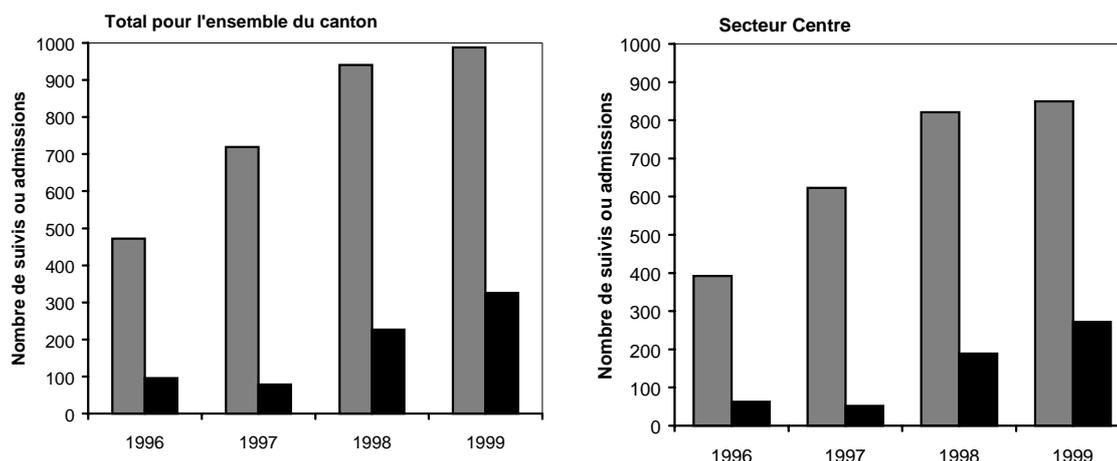
- Nombre de suivis ambulatoires ou admissions pour une toxicomanie, selon le secteur psychiatrique

Depuis 1996, il y a eu une augmentation importante du nombre de suivis ambulatoires¹⁵³ et d'admissions hospitalières dans des institutions psychiatriques participant à OPALE pour lesquels le diagnostic principal est une toxicomanie aux opiacés ou à la cocaïne (568 en 1996; 798 en 1997; 1168 en 1998; 1314 en 1999).

Il y a eu un accroissement des suivis ambulatoires dans les trois secteurs géographiques. Dans le secteur Centre, il s'explique principalement par l'ouverture du Centre St-Martin et l'enregistrement des pré-admissions de La Calypso¹⁵⁴. Au cours des quatre années, la proportion des suivis ambulatoires qui ont eu lieu dans le secteur Centre est resté plus ou moins la même (83% en 1999).

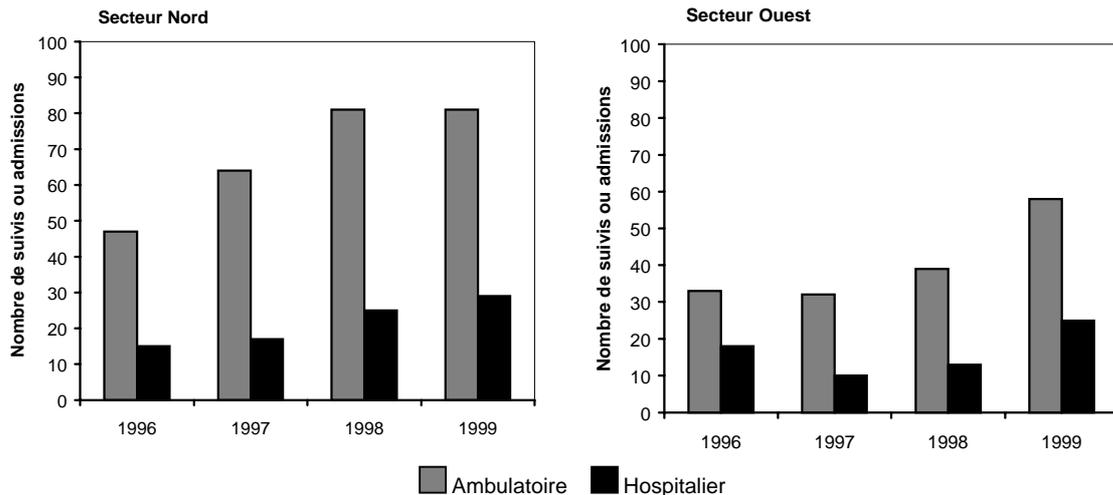
L'augmentation du nombre d'admissions hospitalières résulte surtout de l'inclusion des sevrages effectués à La Calypso depuis janvier 1998 (229 admissions hospitalières en 1999). Il est à noter que dans la statistique OPALE (et dans la Figure 9.5-7), les sevrages effectués à La Calypso sont attribués au secteur Centre, bien que cette unité de sevrage, de par sa fonction cantonale, dessert l'ensemble du canton.

Figure 9.5-7 Nombre de suivis et admissions dont le diagnostic principal est une toxicomanie à l'héroïne ou à la cocaïne, selon le secteur psychiatrique (1996-1999)



¹⁵³ Les suivis ambulatoires comprennent aussi les journées semi-hospitalières en centres de jour, et les pré-admissions à la Calypso.

¹⁵⁴ Le Centre St-Martin inscrit chaque année plus de 500 suivis depuis 1997, et La Calypso a inscrit 239 pré-admissions (ambulatoires).



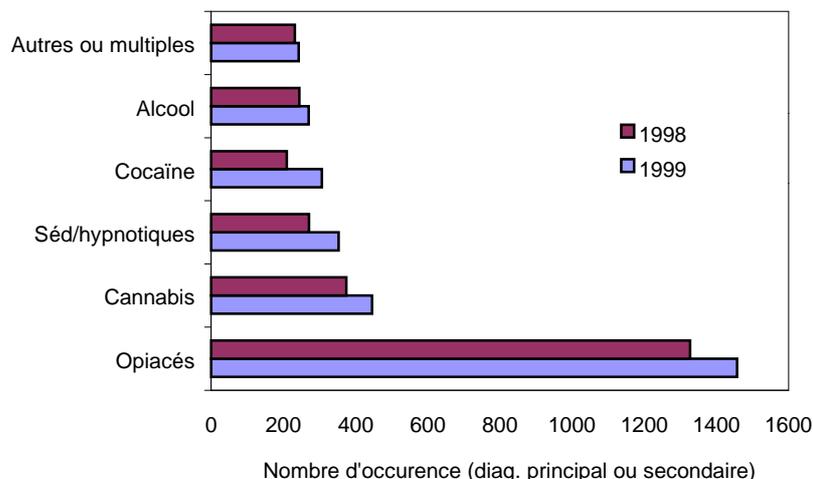
* Il est à noter que dans la statistique OPALE les sevrages effectués à La Calypso sont attribués au secteur Centre, même si cette unité de sevrage, de par sa fonction cantonale, dessert l'ensemble du canton.

■ Substances problématiques et toxicomanies multiples

D'une manière générale, le diagnostic principal de toxicomanie le plus fréquent est la toxicomanie aux opiacés (1 116 en 1998; 1 241 en 1999). La toxicomanie à la cocaïne figure assez rarement comme diagnostic principal (52 en 1998; 73 en 1999), mais le plus souvent est rapportée comme diagnostic secondaire, associé (158 en 1998 ; 234 en 1999). Il arrive aussi que l'alcoolisme figure comme problème principal même en présence de la cocaïne ou de l'héroïne (49 en 1998 ; 53 en 1999).

Si on considère l'ensemble des diagnostics inscrits (Figure 9.5–8), les substances problématiques les plus fréquemment inscrites en 1999 sont, par ordre décroissant, les opiacés, le cannabis, les sédatifs ou hypnotiques, la cocaïne et l'alcool. Par rapport à 1998, en nombre absolu la toxicomanie aux opiacés est celle ayant le plus augmenté mais, en proportion, la toxicomanie à la cocaïne est celle dont l'augmentation est la plus importante (opiacés : + 130 occurrences; cocaïne : + 97 occurrences).

Figure 9.5–8 Nombre d'occurrence des diagnostics de toxicomanie parmi les admissions et suivis dans les institutions psychiatriques (1998,1999)



* Une admission ou un suivi peuvent comprendre plus d'un diagnostic, mais les diagnostics secondaires sont en général sous-estimés. La catégorie "autres ou multiples" est celle utilisée dans OPALE; les substances peu fréquentes n'ont

pas été incluses dans ce graphique : solvants volatils (4 en 1999), hallucinogènes (18 en 1999), autres stimulants (19 en 1999).

Tableau 9.5-4 Toxicomanie aux opiacés et/ou à la cocaïne parmi les admissions et suivis dans les institutions psychiatriques (1998-1999)

	1998		1999	
	n	%	n	%
Effectifs	1401		1531	
Toxicomanie				
Opiacés sans cocaïne	1191	(85%)	1224	(80%)
Cocaïne sans opiacés	74	(5%)	74	(5%)
Opiacés et cocaïne	136	(10%)	233	(15%)

■ Co-morbidités psychiatriques

Certains diagnostics psychiatriques sont assez fréquemment associés à la toxicomanie aux opiacés ou à la cocaïne. Le problème de toxicomanie figure le plus souvent comme problème principal mais le problème de santé mentale peut aussi être la raison principale d'une admission ou d'un suivi.

En 1999, lorsque la toxicomanie aux opiacés ou à la cocaïne constitue le problème principal, les diagnostics psychiatriques secondaires les plus fréquemment impliqués sont les troubles de la personnalité¹⁵⁵ (359), les troubles de l'humeur¹⁵⁶ (170), les troubles psychotiques¹⁵⁷ (57), les troubles anxieux (38) et les troubles réactionnels ou de l'adaptation (30).

En 1999, il y a 139 admissions ou suivis où le diagnostic principal n'est pas la toxicomanie mais un diagnostic psychiatrique, la toxicomanie ne figurant qu'en second. Dans cette situation, les diagnostics psychiatriques les plus fréquemment impliqués comme problème principal sont les troubles psychotiques¹⁵⁸ (48), les troubles de la personnalité¹⁵⁹ (30), les troubles de l'humeur¹⁶⁰ (28) et les troubles réactionnels ou de l'adaptation (15).

■ Traitement "immédiat", "différé" ou "agendé" de la toxicomanie aux opiacés ou à la cocaïne

Pour chaque admission ou suivi dans les institutions psychiatriques, le système OPALE définit trois niveaux ou degré d'urgence : immédiat (dans les 12 h.), différé (12 à 48 h.) ou agendé (plus de 48 h.)¹⁶¹.

Selon l'information inscrite dans OPALE, la majorité des suivis ambulatoires ont été agendés (63% en 1999), mais plus du tiers ont débuté dans les 48h (**Figure 9.5-9 a**).

¹⁵⁵ Dont 148 troubles labiles de type borderline et 51 troubles labiles de type impulsif.

¹⁵⁶ Dont 87 épisodes dépressifs, 43 troubles dépressifs récurrents, 20 troubles affectifs bipolaires et 19 troubles de l'humeur persistant.

¹⁵⁷ Dont 24 schizophrénie et 16 troubles psychotiques aigus et transitoires.

¹⁵⁸ Dont 23 schizophrénies et 16 troubles schizo-affectifs.

¹⁵⁹ Dont 21 troubles labiles de type borderline.

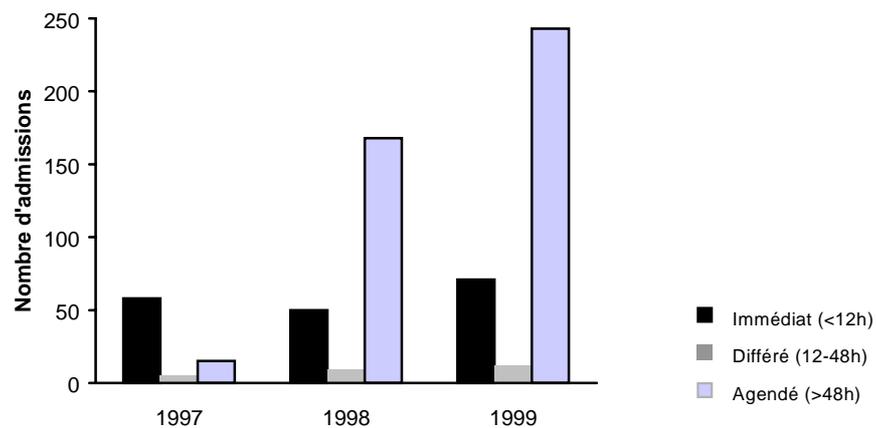
¹⁶⁰ Dont 12 épisodes dépressifs et 11 troubles dépressifs récurrents.

¹⁶¹ Le degré d'urgence est inscrit pour plus de 97% des admissions ou suivis initiés.

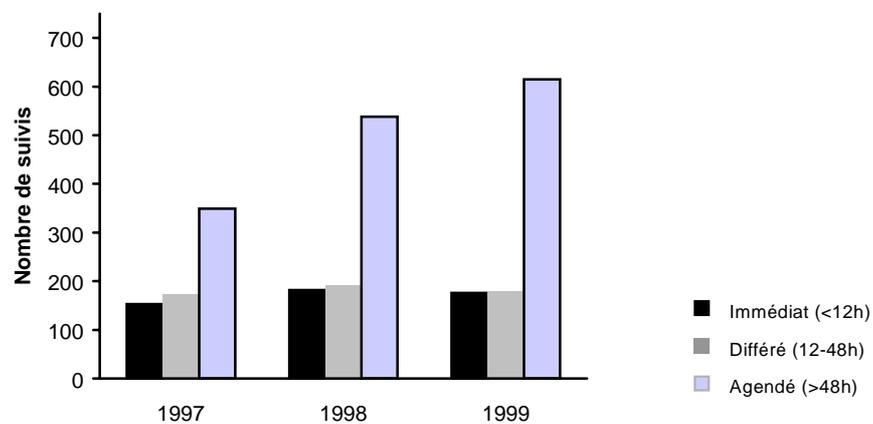
Environ 97% des admissions hospitalières pour un sevrage à La Calypso sont "agendées", mais les autres admissions hospitalières sont en majorité classées comme immédiatement requises. Les **Figure 9.5-9** b) et c) présentent le degré d'urgence des admissions hospitalières selon que la toxicomanie est un diagnostic principal ou secondaire. Le nombre d'hospitalisations immédiates pour un problème de toxicomanie (71 en 1999) et celui pour un autre problème (71 en 1999) sont équivalents, ce qui rappelle la gravité de certaines co-morbidités psychiatriques parfois présentes chez les personnes toxicomanes, telles que le trouble psychotique, la dépression ou même un trouble sévère de la personnalité.

Figure 9.5-9 Degré d'urgence des suivis ambulatoires et hospitaliers pour lesquels il y a eu un diagnostic de toxicomanie aux opiacés ou à la cocaïne (1997-1999)

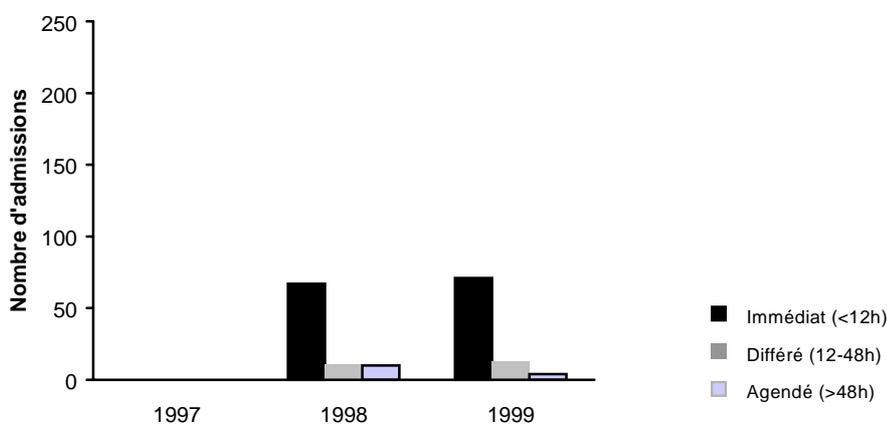
a) Suivis ambulatoires dont le diagnostic principal est la toxicomanie



b) Admissions hospitalières dont le diagnostic principal est la toxicomanie



c) Admissions hospitalières dont le diagnostic principal est un autre problème que la toxicomanie (qui est un diag. secondaire)



9.6 INDICATEURS DE REDUCTION DES RISQUES

9.6.1 Enquête nationale des centres à bas seuil UEPP 1993, 1996, 2000

Résumé

La polytoxicomanie augmente. Près des deux tiers (60% en 2000) des usagers des SBS sont des multiconsommateurs d'héroïne et de cocaïne - simultanément ou séparément- et un quart (22% en 2000) consomment régulièrement des benzodiazépines.

La consommation de cocaïne seule ou mélangée à l'héroïne tend à augmenter : en 1993, 7% consommaient régulièrement de la cocaïne (dont/en plus de) 2 % sous forme de cocktail, mélangée à l'héroïne, par rapport à respectivement 16 % et 7% en 2000.

Le mode de consommation par injection a diminué lors de la dernière enquête auprès des usagers des SBS. La proportion d'injecteurs durant les 6 derniers mois parmi les usagers des structures à bas seuil passe de 69% en 1993 à 58% en 1999. Parmi les injecteurs, la fréquence d'injection diminue (17 injections en moyenne par semaine en 1996, 8 en 1999).

L'âge moyen des consommateurs de drogues dures fréquentant les structures à bas seuil s'est élevé (26.7 ans en 1993 vs 30.7 ans en 2000).

L'insertion sociale, au niveau du logement et du travail, reste relativement stable chez les usagers des structures à bas seuil. En 1993, 80% des usagers ont un domicile fixe et 8% un travail à temps complet, en 2000 respectivement 86% et 10%. La proportion de bénéficiaires d'assurance invalidité a quant à elle augmenté (19% en 1993, 35% en 2000).

Le recours à la prostitution reste fréquent chez les usagers des structures à bas seuil même s'il ne semble pas avoir augmenté récemment : la proportion de femmes qui se prostituent est de 19% en 1993, 36% en 1996 et 20% en 2000.

Les prises de risques liés à l'injection se stabilisent chez les usagers des structures à bas seuil mais restent élevées : en 2000, 22% des usagers ont encore partagé leur seringue durant les 6 derniers mois précédents l'enquête. D'autres prises de risques liées à l'injection sont encourues par les usagers des SBS : 70% des injecteurs de l'enquête 2000 ont partagé la cuillère avec quelqu'un d'autre durant les 6 derniers mois précédents l'enquête, 47% ont utilisé le même filtre, 31% ont puisé dans la même eau¹⁷⁴ et enfin 13% ont partagé le coton. L'ensemble de ces prises de risques sont stables au cours du

temps et relativement élevées, exception faite de l'usage commun du coton.

La proportion des usagers des structures à bas seuil rapportant être infecté par le VIH diminue entre 1993 et 1999, il est passé de 18% à 7%.

Depuis 1993, l'UEPP a développé une étude nationale sur les centres à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection stérile (SBS). Ces structures apparues à la fin des années 80 visent la réduction des dommages liés à la consommation de drogues¹⁶². Cette étude poursuit plusieurs objectifs : tout d'abord recenser les centres à bas seuil de ce type en Suisse et suivre leur développement, évaluer la contribution de ces centres à bas seuil à la réduction des problèmes et des risques liés à la consommation de drogues et enfin apporter des éléments utiles à une meilleure connaissance épidémiologique de la toxicomanie au niveau national et cantonal.

Ainsi, trois approches complémentaires ont été développées. La première, centrée sur les activités des centres à bas seuil, consiste à recueillir de façon continue de l'information sur leur fonctionnement et la distribution de matériel de prévention (monitoring des activités des SBS). La deuxième s'intéresse, à l'aide d'enquêtes, aux comportements et caractéristiques de la clientèle fréquentant les centres (enquête clientèle SBS). La troisième démarche, qualitative, retrace le processus de mise en place et de fonctionnement de quelques structures à bas seuil (perception de l'utilité du local d'injection¹⁶³).

La deuxième approche, présentée dans ce chapitre, concerne les enquêtes auprès de la clientèle des centres bas seuil¹⁶⁴. Elle a pu être conduite trois fois dans le canton de Vaud en 1993, 1996 et en 2000. En 1993, elle s'est déroulée dans le cadre des activités du Rel'aids, qui n'était pas encore autorisé à distribuer des seringues. Lors de cette enquête, 90 consommateurs utilisant les services de ces travailleurs sociaux - actifs dans la prévention du Sida - ont pu être interrogés sur leur consommation, leur situation de vie, de santé et leurs prises de risque face au VIH.

Trois années plus tard, cette enquête a été reconduite auprès des usagers des structures accréditées à distribuer des seringues autour de Saint-Laurent : principalement la Pastorale de rue, mais aussi la Soupe populaire et la Médecin de rue (n=65)¹⁶⁵. Par rapport aux autres années, l'enquête s'est effectuée en milieu ouvert : à la Place Saint-Laurent. Cette particularité peut expliquer quelques tendances spécifiques de l'échantillon de 1996.

En 2000, cette enquête a été menée auprès de l'ensemble du dispositif bas seuil mis en place dans le canton¹⁶⁶, seules les structures répondant à la définition stricte de structures à bas seuil de l'enquête nationale sont comparables avec les années précédentes. Rappelons que dans cette étude, les structures à bas seuil sont définies comme des structures faciles d'accès, spécifiquement orientées vers la réduction des dommages liés à la consommation de drogues et mettant à disposition de la clientèle du matériel d'injection

¹⁶² Benninghoff F. Prise en charge de la toxicodépendance en Suisse : une typologie des offres d'aide à "bas seuil" et à "haut seuil". In: Maeder C, Burton-Jeangros C, Haour-Knipe M (Eds). Santé, médecine et société: contribution à la sociologie de la santé. Zurich: Seismo;1999.

¹⁶³ Geense RG, Adriaanse H, Benninghoff F, Dubois-Arber F, Gervasoni J-P, Schellings R. Evaluation of the Federal measures to reduce the problems related to drug use. To have or to have not : that's the question. A qualitative study on four low threshold needle exchange services for drug users in Switzerland. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1997 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.11).

¹⁶⁴ Benninghoff F, Gervasoni J-P, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. Rev Epidémiol Sante Publique 1998;46:205-17.

¹⁶⁵ L'enquête 1996 a également été reconduite auprès de 20 usagers du Rel'aids, mais ces derniers étaient essentiellement des utilisateurs du foyer du Relais ou de ses ateliers. Ces usagers ne peuvent donc pas être considérés comme des usagers des SBS, ils ont été exclus de l'échantillon de 1996.

¹⁶⁶ Lausanne : La Soupe Populaire, le Passage, Centre Saint-Martin (CSM), Point d'Eau
Rivieria : Action Communautaire Toxicomanie (ACT) ; Unité ambulatoire de soins spécialisés (UAS)
Yverdon : Zone Bleue (ZB)
Morges : Entrée de Secours (EdS).

stérile. Le Centre Saint-Martin et l'UAS ne correspondant à cette définition, ils n'ont pas été inclus dans cette analyse.

L'échantillon 2000 est composé de 179 individus ayant consommé au moins une fois dans leur vie des drogues dures. Parmi ceux-ci, 97 ont été recrutés dans les structures à bas seuil de Lausanne¹⁶⁷ et 82 dans les structures à bas seuil du reste du canton de Vaud¹⁶⁸. Notons encore que 135 individus ont été exclus de l'analyse : 54 consommateurs de drogues dures recrutés dans les centres de traitement et ne fréquentant pas les SBS (31 au CSM et 23 à UAS) et 81 personnes n'ayant jamais consommé de drogues dures durant la vie (26 au Passage, 18 à la Soupe et 25 à Point d'Eau). Dans le cadre de ce rapport, l'ensemble des données pour le canton de Vaud ne pourront pas être comparées pour l'an 2000 avec les données suisses de l'enquête 2000, ces dernières n'étant pas encore disponibles.

■ Indicateurs socio-démographiques

L'âge moyen a progressivement augmenté entre les trois enquêtes, il est passé de 26.7 en 1993 ans à 29.2 en 1996 et 30.7 en 2000 (cf. Tableau 13.5-3 en annexe, page 224). Dans la dernière enquête, les clients des SBS du reste du canton sont en moyenne un peu plus jeunes que ceux de Lausanne, ceci est principalement dû à la clientèle de ZB qui est en moyenne plus jeune. La proportion de femmes est d'environ un tiers en 1993 (30%) et en 2000 (33%), elle est légèrement supérieure en 1996 puisque près de la moitié de l'échantillon est composé des femmes (48%). La moitié des consommateurs ont un certificat d'apprentissage (59% en 1996 et 50% en 2000), environ un tiers n'ont effectué que leur scolarité obligatoire (27% en 1996 et 37% en 2000) et 14% ont une formation supérieure en 1996 comme en 2000¹⁶⁹.

La proportion de personnes ayant un domicile fixe est stable au cours du temps (80% en 1993, 85% en 1996 et 86% en 2000). Toutefois en 1996, les sans domicile fixe sont proportionnellement plus nombreux (14% versus 8% en 1993 et 7% en 2000). L'échantillon de 1993 compte davantage de personnes en institution (7% versus 0% en 1996 et 4% en 2000). L'enquête 2000 présente également davantage de personnes vivant en institution dans le reste du canton (8%) qu'à Lausanne (1%), cette tendance s'observe essentiellement à EdS à Morges.

Peu de clients des SBS disposent d'un revenu à temps complet (8% en 1993, 5% en 1996 et 10% en 2000). Environ la moitié bénéficient d'une aide sociale 57% en 1993, 47% en 1996 et 51% en 2000. La proportion des bénéficiaires d'assurances a doublé entre la première et la deuxième enquête puis elle s'est stabilisée : 19% en 1993, 38% en 1996 et 35% en 2000. Parmi les autres sources de revenu citées, les revenus illégaux ont diminué entre 1993 et 1996 puis ils se sont stabilisés (23% en 1993, 14% en 1996, 12% en 2000). La prostitution est plus importante en 1996 (17% versus 8% en 1993 et 7% en 2000) et chez les femmes ce taux s'élève à 19% en 1993, 36% en 1996, 20% en 2000. Dans la dernière enquête, le taux de prostitution est beaucoup plus important à Lausanne (11%, chez les femmes 31%), il est quasiment nul dans le reste du canton (1%, chez les femmes 4%).

Les contacts avec la police ont fortement diminué entre 1993 et 2000, la proportion de personnes ayant eu un contrôle de police durant le dernier mois est passée de 76% en 1993 et 55% en 1994 à 31% en 2000. La dernière enquête nous indique qu'en 2000 les contacts avec la police sont toutefois proportionnellement plus nombreux à Lausanne que dans le reste du canton (44% versus 16%). La proportion de personnes ayant déjà été en prison en relation avec la drogue a également diminué lors de la dernière enquête (79% en 1993, 77% en 1996 et 53% en 2000).

¹⁶⁷ Les structures à bas seuil de recrutement à Lausanne sont le Passage et la Soupe, mais les usagers des centres de traitement (CSM, UAS) qui ont utilisé durant le dernier mois soit le Passage et/ou la Soupe ont également été inclus dans cet échantillon.

¹⁶⁸ Les structures à bas seuil de recrutement pour le reste du canton de Vaud sont ZB, EdS et ACT, mais les usagers des centres de traitement (CSM, UAS) qui ont utilisé durant le dernier mois soit ZB et/ou EdS et/ou ACT ont également été inclus dans cet échantillon.

¹⁶⁹ Cette question n'a été introduite qu'à partir de 1996.

■ Modes de consommation

Les indicateurs de consommation sont relativement stables au cours du temps, toutefois l'échantillon de 1996 constitué à Saint-Laurent présente une proportion plus importante de consommateurs de drogues dures, qui ont tendance à consommer plus régulièrement et qui recourent davantage à l'injection. En effet, on compte 92% de consommateurs de drogues dures durant le dernier mois en 1996 versus 51% en 1993 et 58% en 2000 (cf. Tableau 13.5-5 en annexe, page 225). La grande majorité ont recours à l'injection durant les 6 derniers mois en 1996 (89% en 1996, 69% en 1993 et 58% en 2000). Quant au nombre moyen d'injection durant la dernière semaine, il est passé de 17.4 en 1996 et 8.3 en 2000¹⁷⁰.

La majorité des clients des SBS sont des multiconsommateurs de drogues dures¹⁷¹ (58% en 1993, 62% en 1996, 60% en 2000). La consommation d'héroïne seule a tendance à légèrement diminuer : 37 % en 1993, 27% en 1996 et 20% en 2000, cette baisse est surtout dû en 2000 aux usagers des SBS de Lausanne (10% de consommation d'héroïne seule à Lausanne et 39% dans le reste du canton). Quant à la consommation de cocaïne seule, elle semble devenir une pratique un peu plus fréquente, plus particulièrement à Lausanne : 6% de consommation de cocaïne seule en 1993, 12% en 1996, 19% en 2000 dont 23% à Lausanne et 14% dans le reste du canton.

L'héroïne reste cependant la substance consommée le plus régulièrement. Sa consommation est très fréquente en 1996, puisque 60% consomment plusieurs fois par semaine de l'héroïne versus 32% en 1993 et 26% en 2000. Le nombre de consommateurs réguliers de cocaïne - seule ou mélangée à l'héroïne (cocktail) - est également plus élevé en 1996 : en 1993 seulement 7% consommaient plusieurs fois par semaine de la cocaïne et 2% du cocktail, en 1996 respectivement 25% et 12%, en 2000 16% et 7%.

Parmi les clients des centres à bas seuil, plus de la moitié suivent un traitement à la méthadone : 52% en 1993 et 1996. En 2000, ce taux a augmenté à 64% (61% à Lausanne et 67% dans le reste du canton). Peu de changements ont été observés concernant la dose et la durée des traitements. La dose moyenne par jour est de 72.1 mg en 1996 et de 76.4 mg en 2000 (77.4 mg à Lausanne et 75.4 dans le reste du canton)¹⁷². Quant à la durée moyenne de ces traitements, elle est de 30.7 mois en 1993 et 34.2 en 2000. Relevons que la durée moyenne des traitements à la méthadone en 2000 est plus longue à Lausanne que dans le reste du canton : 43.8 mois versus 24.1 mois.

En 2000, parmi les 114 usagers de SBS suivant un traitement à la méthadone 74 ont consommé durant le dernier mois des drogues dures (soit 65%). La grande majorité de ces 74 usagers ont consommé aussi bien de l'héroïne (80%) que de la cocaïne (77%), 37 % ont également consommé du cocktail et 60% des benzodiazépines. Plus d'un quart des consommateurs d'héroïne durant le dernier mois ont consommé quotidiennement de l'héroïne (29%), respectivement 17% de la cocaïne, 11 % du cocktail et 52 % des benzodiazépines. La proportion d'usagers ayant eu recours à l'injection durant le dernier mois est de 86 %. Le nombre moyen d'injection durant la dernière semaine est 7.8.

Parmi les 65 usagers des SBS ne suivant pas de traitement à la méthadone, 30 ont consommé durant le dernier mois des drogues dures (soit 46%). Le profil de consommation de ces derniers ne diffère de celui des personnes en traitement que sur la fréquence de consommation d'héroïne, de benzodiazépines et sur le nombre d'injection. Ils sont proportionnellement plus nombreux à consommer quotidiennement de l'héroïne (46%). Le nombre moyen d'injection est nettement plus élevé (17.3 injections en moyenne par semaine). Par contre, ils consomment moins fréquemment des benzodiazépines (18% en consomment quotidiennement). Nous avons observé les mêmes tendances au niveau national dans l'enquête de 1994¹⁷³.

La fréquence des injections chez les consommateurs en traitement de méthadone n'est pas négligeable même si elle est inférieure à celle rencontrée chez les consommateurs sans traitement. On peut y voir un

¹⁷⁰ Cette question n'a été introduite qu'à partir de 1996.

¹⁷¹ Multiconsommateurs = consommateurs d'héroïne et de cocaïne en même temps (cocktail) ou séparément.

¹⁷² Ces questions n'ont été introduites qu'à partir de 1996.

¹⁷³ Benninghoff F, Gervasoni J-P, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. Rev Épidémiol Sante Publique 1998;46:205-17.

effet "protecteur" de la méthadone dans le sens d'une diminution des injections ou un effet "pervers" du traitement à la méthadone chez ces consommateurs puisqu'il s'agit souvent d'injection de cocaïne (pour garder un effet "shoot").

Il convient toutefois de relativiser le nombre de personnes en traitement de méthadone dans les SBS par rapport à l'ensemble des traitements dans le canton de Vaud (n=1710 en 1999). Ainsi, seule une minorité des personnes en traitement vient s'approvisionner en seringues dans les SBS et elle n'est pas représentative de l'ensemble des personnes en traitement. Cette réalité pose toutefois des questions sur l'adéquation des traitements, en particulier des doses, et sur le risque d'overdose.

■ **Prise de risques et état de santé**

Le partage de seringue usagée durant les 6 derniers mois s'élevait à 39% en 1993, il s'est abaissé en 1996 à 24% et s'est stabilisé en 2000 à 22% (cf. Tableau 9.6-1). Ces derniers taux restent toutefois supérieurs à la moyenne suisse de 1996, qui était de 11%. Le don de seringue usagée durant les 6 derniers mois a diminué presque de moitié entre 1996 et 2000 (22% à 13%), pour atteindre presque la moyenne suisse de 1996 (9%)¹⁷⁴.

D'autres prises de risques liées à l'injection sont encourues par les usagers des SBS : 70% des injecteurs de l'enquête 2000 ont partagé la cuillère avec quelqu'un d'autre durant les 6 derniers mois précédents l'enquête (68% en 1996), 47% ont utilisé le même filtre (46% en 1996), 31% ont puisé dans la même eau¹⁷⁴ et enfin 13% ont partagé le coton (11% en 1996). L'ensemble de ces prises de risques sont stables au cours du temps et relativement élevées, exception faite de l'usage commun du coton.

Les différents indicateurs de protection contre la transmission du VIH par voie sexuelle ont peu évolué au cours du temps et sont proches de la moyenne suisse. La majorité des consommateurs de drogue se protègent dans le cadre de leurs relations avec des partenaires occasionnels (en 1993, 62% utilisent toujours le préservatif, 77% en 1996 et 72% en 2000). Par contre, seule une minorité l'utilise systématiquement avec le partenaire stable (32% en 1993, 21% en 1996 et 31% en 2000). Ce taux de protection est faible sachant que 46% d'entre eux en 1996 ont eu un partenaire stable qui ne consommait pas de drogue dure et 65% en 2000. Enfin, la moitié des usagers des SBS a utilisé lors du dernier rapport sexuel un préservatif (51% en 1996, 50% en 2000).

La proportion d'usagers des SBS rapportant un test positif au VIH n'a cessé de baisser : en 1993 18% des personnes testées se déclaraient séropositives, 11% en 1996 et 7% en 2000 (10% à Lausanne et 4% dans le reste du canton, cette différence n'est toutefois pas significative d'un point de vue statistique). Les proportions d'usagers des SBS rapportant au moins un test positif aux hépatites B et C sont quant à elles élevées¹⁷⁵ : 36% des personnes testées en 2000 ont eu au moins une fois un test positif à l'hépatite B, 58% pour l'hépatite C (cf. Tableau 13.5-6 en annexe, page 226).

Enfin, la proportion de personnes ayant eu au moins une overdose a diminué entre les deux dernières enquêtes : 59% en 1993 et 48% en 2000¹⁷⁶, atteignant ainsi le taux moyen suisse de 1996 (49%). Le nombre moyen d'overdoses par personne est quant à lui stable : 3.9 en 1996, 4.2 en 2000.

Tableau 9.6-1 Etat de santé et prises de risques des clients des structures à bas seuil consommateurs de drogues dures (1993-1996-2000)

	1993		1996		2000	
	Rel'aids	SUISSE	Saint-Laurent	SUISSE	Lau-sanne Canton	TOTAL VAUD
PARTAGE DE SERINGUE USAGEE*						

¹⁷⁴ Cette question n'a été introduite qu'à partir de 1996.

¹⁷⁵ Ces questions ont été introduites seulement en l'an 2000.

¹⁷⁶ Ces questions n'ont été introduites qu'à partir de 1996.

	1993		1996		2000		
	Rel'aids	SUISSE	Saint-Laurent	SUISSE	Lau-sanne	Canton	TOTAL VAUD
% durant les 6 derniers mois	39	17	24	11	21	23	22
DON DE SERINGUE USAGEE*							
% durant les 6 derniers mois			22	9	9	17	13
UTILISATION DU PRESERVATIF **							
% Partenaire(s) stable(s)	65	60	51	53	64	60	62
% toujours utilisé préservatif	32	26	21	27	36	25	31
% jamais utilisé préservatif	46	55	58	58	44	57	50
% partenaire non consommateur	-	-	46	52	63	69	65
% Partenaire(s) occasionnel(s)	35	34	40	31	40	35	38
% toujours utilisé préservatif	62	61	77	67	80	62	72
% jamais utilisé préservatif	3	14	8	13	8	24	15
UTILISATION DU PRESERVATIF							
durant dernier rapport sexuel	-	-	51	51	55	44	50
TEST VIH							
% consommateurs testés	89	88	99	93	95	89	92
% séropositifs parmi les testés	18	10	11	11	10	4	7
OVERDOSES							
% ayant eu une overdose			59	49	42	55	48
nombre moyen d'overdoses			3.9	4.1	4.3	4.2	4.2
N total	90	1119	65	944	97	82	179

* Taux rapporté à la population concernée.

** Durant les 6 derniers mois. Trois fréquences d'utilisation du préservatif : *toujours, parfois, jamais*.

L'état de santé perçu par les consommateurs de drogues est relativement stable au cours du temps : 67% se déclarent en bonne santé en 1993, 73% en 1996 et 74% en 2000 (cf. Tableau 13.5-6 en annexe, page 226). Les consommateurs de drogues du canton sont proportionnellement un peu plus nombreux à se déclarer en bonne santé que ceux recrutés à Lausanne (respectivement 82% et 68%).

■ Fréquentation du dispositif bas seuil

Les structures les plus fréquentées par les usagers des SBS de Lausanne sont la Soupe et le Passage : 80 % des usagers des SBS de Lausanne ont fréquenté durant le dernier mois la Soupe et 79 % le Passage (cf. Tableau 13.5-7 en annexe, page 227). Vient ensuite le CSM, 47 % des usagers des SBS de Lausanne se sont rendu au CSM. Seul 6 % sont allés à Point-d'Eau et 6% à Fleur de Pavé. Très peu d'usagers des SBS de Lausanne ont fréquenté les autres structures du canton (entre 1% et 2%).

Les trois structures à bas seuil du canton -ACT, EdS, ZB- présentent le même taux de fréquentation : un tiers des usagers des SBS du reste du canton les ont fréquenté durant le dernier mois (35% pour ACT et EdS, 33% pour ZB). Vient ensuite UAS, 22% usagers des SBS du reste du canton se sont rendu à l'UAS. Seul 10% des usagers des SBS du reste du canton ont fréquenté la Soupe, même pourcentage pour le Passage.

9.6.2 Données sur le nombre de seringues mises à disposition dans le canton de Vaud

Résumé L'**accessibilité au matériel d'injection** s'est améliorée. Après avoir connu une importante évolution, le nombre de seringues distribuées dans le grand Lausanne tend à se stabiliser en 1999. La distribution dans le reste du canton connaît une évolution variable selon les régions. Au total dans le canton de Vaud 530'000 seringues ont été distribuées en 1999, soit 44'200 par mois.

■ Contexte

Dès la fin des années 80, les seringues sont progressivement en vente libre en pharmacie dans toute la Suisse. Dans le canton de Vaud, la vente de seringues aux toxicomanes est autorisée depuis l'été 1990. Nous ne disposons toutefois pas de données statistiques récentes sur la vente de seringues dans les pharmacies, la dernière enquête nationale estimant le nombre moyen mensuel de seringues vendues durant les trois derniers mois de l'année en cours date de 1996¹⁷⁷ (cf. rapport précédent¹⁷⁸).

En complément à cette offre des pharmacies, des structures visant la réduction des dommages liés à la consommation de drogues apparaissent en Suisse durant la deuxième partie des années 80. Ces structures mettent ainsi à disposition des consommateurs de drogues du matériel d'injection stérile, certaines en Suisse allemande disposent également d'un lieu d'injection. Dans le canton de Vaud, c'est en février 1996 que le Conseil d'Etat autorise la distribution gratuite de seringues par des institutions et des intermédiaires accrédités. Cette mise à disposition de seringues par les structures ad hoc, fait l'objet d'un monitoring mensuel. Ces données sont intégrées dans le monitoring qui est effectué depuis janvier 1993 sur l'ensemble de la Suisse par l'IUMSP dans le cadre de l'étude nationale sur les centres à bas seuil d'accès¹⁷⁹.

En février 1996, après consultation de la Commission cantonale pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie, le Conseil d'Etat précise sa position sur la distribution et la confiscation de seringues dans le canton de Vaud. Le Conseil d'Etat est favorable à la vente libre de matériel d'injection dans les pharmacies mais s'oppose aux distributeurs automatiques. Il autorise dès lors la distribution gratuite de seringues par "des institutions et des intermédiaires qualifiés, aptes à donner soins et conseils". Cette mise à disposition de seringues ne doit pas se substituer à la vente libre mais doit faciliter l'accès au matériel d'injection stérile. Le retour de seringues usagées doit être encouragé mais ne doit pas être une condition pour l'obtention de matériel d'injection stérile. Le Conseil d'Etat rappelle que la confiscation de matériel usagé est maintenue dans le but d'assurer une cohérence de l'action préventive. En effet, les policiers sont invités à ne laisser aux consommateurs de drogues que du matériel stérile. Ils devraient également les informer des lieux d'aide et de distribution de seringues.

En 1999, le Service de la Santé Publique associé avec Rel'ier a décidé de faire le point sur la mise à disposition de seringues dans le canton, en vue d'élaborer un concept cantonal en matière de remise de matériel stérile aux personnes toxicodépendantes. Diverses éléments ont motivé cette réflexion : suivi de la remise de matériel d'injection à Lausanne depuis 1996 jugé insuffisant par certains, réclamations concernant la présence de seringues sales sur la voie publique, dans les parcs et les immeubles. Dans un premier temps, un bilan a été effectué avec les différents intervenants remettant des seringues. Plusieurs problèmes ont été évoqués, notamment celui du faible taux de retour de seringues usagées dans la ville de Lausanne, ainsi que les difficultés que les usagers rencontrent avec la police lorsqu'ils portent sur eux du matériel d'injection. L'accès inégal aux seringues dans les différentes régions du canton a également été discuté.

Une présentation de la situation et des problèmes relevés a ensuite été effectuée lors d'une deuxième rencontre avec l'ensemble des personnes constituant le réseau dans le domaine de la toxicomanie : les repré-

¹⁷⁷ Chollet-Bornand A, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Enquête nationale des pharmacies 1997. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (à paraître).

¹⁷⁸ Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996. Lausanne : IUMSP, 1998 (Raisons de santé, 20a).

¹⁷⁹ Benninghoff F, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Monitoring des activités des structures à bas seuil d'accès pour les consommateurs de drogues en Suisse: remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques résultats cantonaux. *Soz Praeventivmed* 1996; 41(Suppl 1):5-14.

sentants du secteur médico-social, de la police, de la justice, les autorités locales et sanitaires. Ces démarches ont donné lieu à un rapport interne destiné à la Commission cantonale pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie. Ce document propose des recommandations ainsi que les moyens et le budget nécessaires à la réalisation de ce concept cantonal. Le Conseil d'Etat doit encore se prononcer sur ces recommandations.

9.6.3 Monitoring national de la distribution de seringues dans les centres à bas seuil

Les institutions autorisées à distribuer du matériel d'injection sont accréditées par le Médecin cantonal et se fournissent pour "**le grand Lausanne**" auprès de la présidente de l'association des pharmaciens vaudois qui tient un décompte précis du matériel délivré aux diverses institutions. Ainsi, nous disposons depuis le début de cette distribution gratuite (mars 1996), de statistiques mensuelles sur le nombre de seringues et de préservatifs demandés par les intervenants accrédités^{180,181}. Les seringues sont distribuées gratuitement aux consommateurs.

Tableau 9.6-2 Nombre de seringues* mises à disposition dans "le grand Lausanne" mars 1996 à décembre 1999

	Pastorale de rue	Passage	Croix-Rouge	Médecin de rue	Fleur de Pavé	Rel'aids	Soupe populaire	Total année	Moyenne par mois
1996 dès mars	71'400		1'200	5'720	1'500	900	33'200	113'920	11'392
<i>% par institution</i>	63%		1%	5%	1%	1%	29%	100%	
1997	222'600		0	12	2'500	300	72'500	297'912	24'826
<i>% par institution</i>	75%		0%	< 1%	1%	< 1%	24%	100%	
1998	352'000		0	4'500	3'200	800	164'800	525'300	43'775
<i>% par institution</i>	67%		0%	1%	1%	< 1%	31%	100%	
1999	59'300	153'000	0	1'800	11'800	0	267'100	493'100**	41'092
<i>% par institution</i>	12%	31%	0%	< 1%	2%	0%	54%	100%	

* Y compris les seringues contenues dans les boîtes "flash".

** En 1999, Point Fixe a distribué 50 boîtes "flash", ce qui représente 100 seringues qui sont incluses dans ce total.

De mars à décembre 1996, 114'000 seringues ont été distribuées (cf. Tableau 9.6-2). Ce nombre s'est multiplié par 2,6 en 1997 représentant ainsi 298'000 seringues. Le nombre de seringues a encore augmenté de 1,8 fois en 1998, atteignant ainsi un total de 525'000, avant d'amorcer une légère diminution en 1999, 493'000 seringues ont été distribuées durant cette année.

Jusqu'en 1998, les plus importants distributeurs sont la Pastorale de rue, qui à elle seule distribue de 63% à 75% des seringues, ainsi que la Soupe populaire, avec 24% à 31% de seringues distribuées durant la même période. En mai 1999, un important changement s'effectue dans le cadre de l'offre d'aide à bas seuil à Lausanne : fermeture de la Pastorale de rue, cessation des activités de médecin de rue et ouverture du Passage. Durant la phase de transition qui dure tout l'été 1999, on observe une très forte augmentation de la distribution de seringues à la Soupe (cf. Figure 9.6-1). La Soupe a ainsi distribué à elle seule en

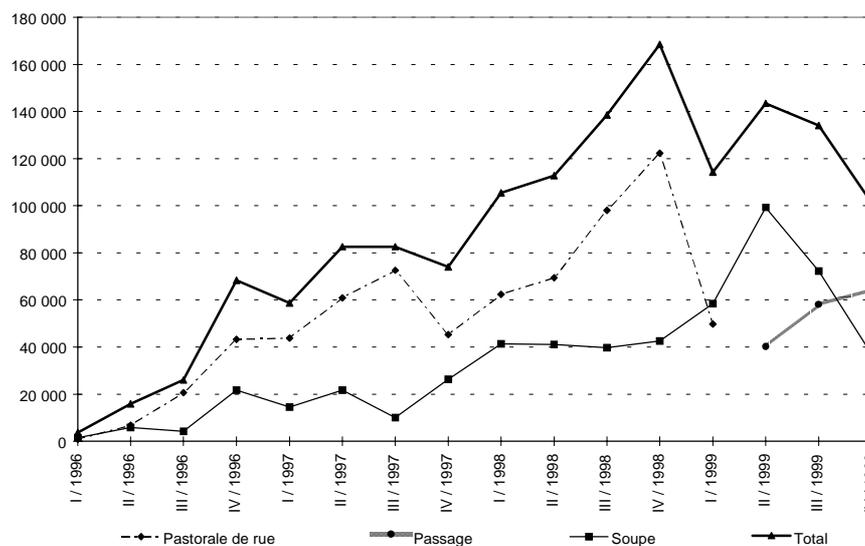
¹⁸⁰ Pour "**le grand Lausanne**": Pastorale de rue, Passage, Dispensaire de la Croix-Rouge, Médecin de rue, Fleur de Pavé, Rel'aids, Soupe populaire (pour plus de détails cf. annexe, Tableau 13.5-8, page 228).

¹⁸¹ Ce décompte porte également sur les tampons alcoolisés, l'Ascorbine, l'eau physiologique et les bacs de récupération.

moyenne 54% des seringues en 1999. Les autres intervenants distribuent des quantités moindres et assez variables. La Croix-Rouge et le Rel'aids ont même stoppé leur distribution.

Regardons de plus près l'évolution au cours de ces 4 années de la mise à disposition de seringues par les principales institutions pourvoyeuses. La Figure 9.6-1 regroupe les données par trimestre. Dans le cadre de la Soupe, le nombre de seringues a progressivement augmenté, atteignant en 1997 environ 20'000 seringues par trimestre. En 1998, la distribution de seringues atteint les 40'000 seringues par trimestre. Au deuxième trimestre 1999, la distribution des seringues augmente encore pour atteindre un total maximum de 100'000 seringues durant les 3 mois d'avril/mai/juin.

Figure 9.6-1 Evolution de la mise à disposition de seringues par la Pastorale de rue et la Soupe populaire*, données trimestrielles de mars 1996 à décembre 1999



* La Soupe populaire n'a pas lieu en juillet et août 1996-1997
Les données d'avril 1999, dernier mois d'activité de la Pastorale, ont été attribuées au Passage à cause de la présentation des données par trimestre.

La distribution de seringues à la Pastorale de rue a connu une progression plus rapide et plus importante qu'à la Soupe. Dès le dernier trimestre 1996, plus de 40'000 seringues sont distribuées, au troisième trimestre 1997, plus de 60'000. Le nombre de seringues redescend à la fin 1997, pour ensuite ne plus cesser d'augmenter jusqu'à la fin 1998, où 120'000 seringues sont distribuées durant les mois d'octobre/novembre/décembre. Dès janvier 1999, le nombre de seringues chute pour atteindre en moyenne 15'000 seringues par mois. Le Passage durant ces premiers mois d'activité a vu sa distribution augmenter : passant de 40'000 seringues au deuxième trimestre à plus de 60'000 au quatrième trimestre.

Des institutions **d'autres villes du canton de Vaud** mettent également des seringues à disposition des consommateurs de drogues : Zone Bleue à Yverdon, Entrée de Secours à Morges et Action communautaire et toxicomanie ACT à Vevey et la Riviera¹⁸². L'offre et le volume de seringues sont très variables selon ces projets. Jusqu'en 1999, Entrée de Secours vendait les seringues uniquement en dehors des heures d'ouverture des pharmacies. Actuellement, elles sont distribuées gratuitement et sont disponibles du-

¹⁸² Ces projets sont également évalués dans ce rapport, cf. chapitres 3 et 4.

rant toutes les heures d'ouverture du centre^{183,184}. A Yverdon et à Vevey, elles sont distribuées gratuitement dans le cadre de demandes personnelles.

Tableau 9.6-3 Nombre de seringues mises à disposition dans le canton de Vaud, 1996 à 1999

	Zone Bleue	ACT	EdS	Total année	Moyenne par mois
1996		2'500		2'500	208
1997	2'259*	2'500	24	4'783	399
1998	28'256	8'000	462	36'718	3'060
1999	31'135	5'485	318	36'938	3'078

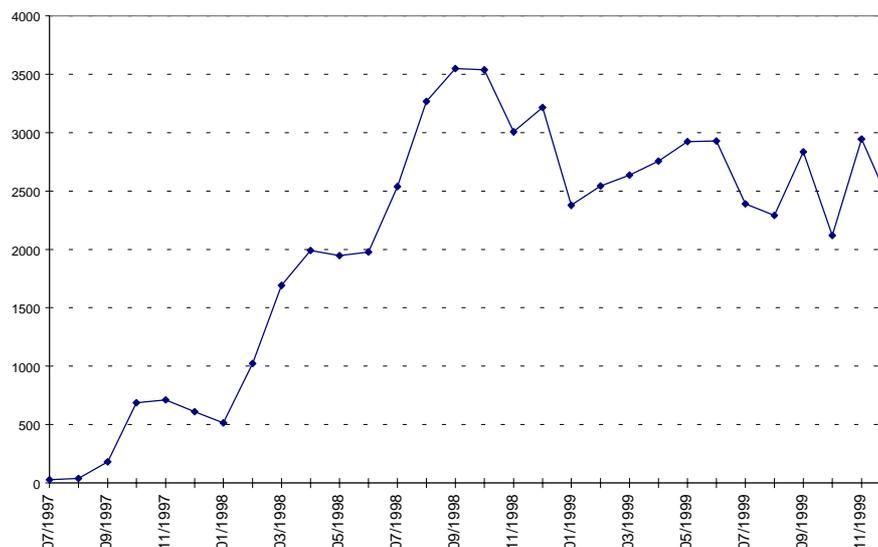
* Zone Bleue distribue des seringues depuis juillet 1997.

La remise de seringues à Entrée de Secours est au départ très faible. Toutefois en 1999, 318 seringues ont été distribuées à EdS. ACT a distribué durant les années 1996 et 1997 2'500 seringues par année. En 1998, ce nombre a plus que triplé (8'000 seringues). En 1999, plus que 5'500 seringues ont été distribuées à ACT. L'offre à Zone Bleue est beaucoup plus importante : 31'100 seringues ont été distribuées en 1999. Si l'on se réfère à la Figure 9.6-2, Zone Bleue a connu dès sa deuxième année de fonctionnement une très forte expansion dans la distribution de seringues et ceci jusqu'en octobre 1998. Depuis lors, le nombre de seringues s'est stabilisé pour atteindre en moyenne 2'600 seringues par mois en 1999.

¹⁸³ Dans son travail de mémoire, F. Perrinjaquet montre l'intérêt et l'importance de la distribution gratuite de matériel d'injection stérile à Entrée de Secours sous la forme d'échange de seringues. Il insiste également sur le rôle préventif des pharmaciens dans le dispositif régional.

¹⁸⁴ F. Perrinjaquet, Accessibilité et utilisation du matériel d'injection par les consommateurs de drogues illégales de la région Morges/Aubonne, le point de la situation. Travail de mémoire pour l'obtention du certificat de perfectionnement de politique sociale de l'Université de Genève, juin 2000.

Figure 9.6-2 Evolution de la mise à disposition de seringues par Zone Bleue à Yverdon, juillet 1997 à décembre 1999



Si l'on additionne ces données au " grand Lausanne ", on obtient un total pour l'ensemble du canton de 530'000 seringues distribuées pour l'année 1999. Durant cette même année, environ 3,8 millions de seringues ont été distribuées en Suisse dans les SBS. La part du canton de Vaud s'élève en 1999 à 1/7 du total national de seringues distribuées dans les SBS. En 1996, cette part n'était que de 1/30, la Suisse ayant distribué 3'4 millions de seringues et le canton de Vaud 114'000.

■ Informations complémentaires sur les sources d'approvisionnement en seringues

L'enquête nationale auprès de la clientèle des structures à bas seuil décrite au début de ce chapitre au point 9.6.1, nous apporte quelques informations complémentaires sur les lieux d'approvisionnement en seringues. Une première question¹⁸⁵ destinée aux usagers de drogues s'étant injecté durant les 6 derniers mois¹⁸⁶, nous indique que parmi les usagers des SBS de Lausanne 80% se sont approvisionnés le plus souvent dans les structures de distribution de seringues durant les 6 derniers mois, 17% le plus souvent en pharmacie et 1 individu rapporte l'acquisition de matériel d'injection stérile dans la rue auprès d'autres usagers. Parmi les usagers des SBS du reste du canton, 65% s'approvisionnent le plus souvent dans les structures de distribution, 33% dans les pharmacies et 1 individu rapporte l'utilisation d'automate à seringue. Les structures de distribution de seringues sont donc davantage utilisées de façon courante durant les 6 derniers mois que les pharmacies.

Une autre question a été posée à tous les individus : " *Au cours du dernier mois vous est-il arrivé de prendre des seringues dans ces structures ?* ". Ainsi les structures les plus sollicitées pour l'acquisition de seringues sont le Passage (39% usagers des SBS¹⁸⁷ de Lausanne ont pris des seringues au Passage, 7% usagers des SBS du reste du canton) et la Soupe (respectivement 34% et 5%). Viennent ensuite les centres situés dans le canton : Zone Bleue à Yverdon (16% des usagers des SBS du reste du canton et 2% des usagers des SBS de Lausanne ont pris des seringues à Zone Bleue) et ACT à Vevey (respectivement 12% et 1%). En résumé, on constate qu'une minorité des usagers des SBS du reste du canton (12%) s'approvisionnent en serin-

¹⁸⁵ " Où vous procuriez-vous **le plus souvent** les seringues neuves au cours des 6 derniers mois ?".

¹⁸⁶ Comme au point 9.6.1, l'échantillon ne se rapporte qu'aux utilisateurs des structures répondant à la définition stricte de bas seuil de l'enquête nationale N=179.

¹⁸⁷ Comme au point 9.6.1, l'échantillon ne se rapporte qu'aux utilisateurs des structures répondant à la définition stricte de bas seuil de l'enquête nationale N=179.

gues dans les SBS de Lausanne. De même, seulement, 3 % usagers des SBS de Lausanne s'approvisionnent en seringues dans les SBS du reste du canton.

Tableau 9.6-4 Lieux d'approvisionnement en seringues durant le dernier mois des clients des structures à bas seuil* (2000)

% clients s'approvisionnant en seringues dans les structures suivantes	Lausanne	Canton
Structures bas seuil		
Passage	39%	7%
Soupe	34%	5%
Action Communautaire et Toxicomanie ACT	1%	12%
Entrée de Secours (EdS)	0%	1%
Zone Bleue (ZB)	2%	16%
Autre structure		
Fleur de Pavé	4%	0%
N total	97	82

* L'échantillon ne se rapporte qu'aux utilisateurs des structures répondant à la définition stricte de bas seuil de l'enquête nationale N=179.

■ Les mesures de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle
 Dans le cadre du monitoring national des activités des structures à bas seuil, le nombre de préservatifs est également comptabilisé. Nous constatons que les mesures de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle connaissent également un développement important au cours des années observées, mais ces mesures restent marginales par rapport aux mesures de transmission du VIH par voie sanguine. En 4 ans, le nombre de préservatifs s'est multiplié par 4 : il est passé de 25'000 en 1996 à presque 100'000 en 1999.

Tableau 9.6-5 Nombre de préservatifs distribués dans "le grand Lausanne" mars 1996 à décembre 1999

	Pastorale de rue	Passage	Croix-Rouge	Médecin de rue	Fleur de Pavé*	Rel'aids	Soupe populaire	Total année	Moyenne par mois
1996 dès mars	13700		300	1500	1300	8300	0	25100	2510
<i>% par institution</i>	55%		1%	6%	5%	33%	0%	100%	
1997	16000		0	4000	7000	4011	0	31011	2584
<i>% par institution</i>	52%		0%	13%	23%	13%	0%	100%	
1998	33500		1000	5000	18150	4510	2500	64660	5388
<i>% par institution</i>	52%		2%	8%	28%	7%	4%	100%	
1999	3000	14000	0	3500	71000	0	5000	96500	8042
<i>% par institution</i>	3%	15%	0%	4%	74%	0%	5%	100%	

Les deux principales institutions qui mettent à disposition des préservatifs en 1996, sont la Pastorale de rue avec 14'000 préservatifs, ce qui représente 55% de la distribution totale, et le Rel'aids avec 8'000 préservatifs

soit 33%. En octobre 1996, l'Association Fleur de pavé - mettant à disposition un bus destiné aux femmes prostituées - est créée et va devenir l'année suivante une importante source de distribution de préservatifs. Ainsi, en 1997 la Pastorale de rue occupe toujours la première position 16'000 préservatifs sont distribués, soit 52% de la distribution totale de 1997, vient ensuite Fleur de pavé avec 7'000 préservatifs soit 23%, Rel'aids et la médecin de rue avec 4'000 préservatifs chacun soit respectivement 13% du total. En 1998, La Pastorale de rue détient toujours plus de la moitié de la distribution de préservatifs, la Soupe se met également à en distribuer (4% du total). En 1999, Fleur de Pavé distribue à elle seule les trois quart des préservatifs (74%). Dans le cadre du Passage, relativement peu de préservatifs ont été distribués (15% du total). Le Rel'aids à quant à lui stoppé sa distribution. Ainsi, au cours de cette dernière année d'observation, selon nos informations la majorité des préservatifs ont été retirés par les utilisatrices de Fleur de Pavé.

9.6.4 Données sur le VIH et les hépatites pour la Suisse et le canton de Vaud

Résumé Après une importante diminution au début des années 1990, on estime que chaque année, depuis 1993, il y a encore dans le canton de Vaud entre 5 et 10 **nouvelles infections par le VIH** chez les injecteurs de drogues.

■ VIH

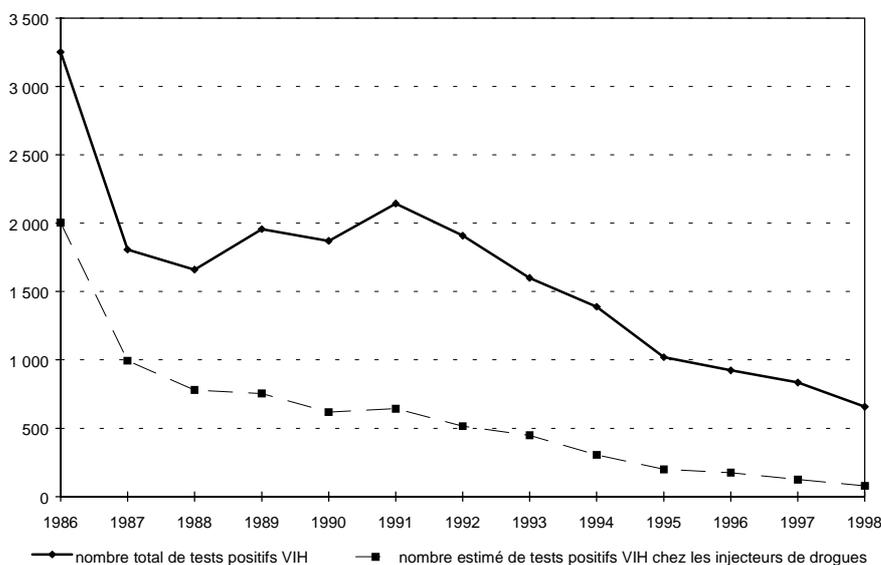
Les données présentées dans cette section proviennent des documents publiés par l'OFSP¹⁸⁸, qui a aussi directement fourni les données les plus récentes. Elles sont basées sur les déclarations des laboratoires de confirmation pour les tests VIH positifs, au 31 juin 2000, ainsi que sur les déclarations complémentaires des médecins faites au 31 juin 2000 et donc englobant les nouvelles infections de 1999.

En Suisse, l'incidence du VIH, c'est-à-dire le nombre de nouvelles infections chaque année, diminue progressivement depuis 1991 (cf. Figure 9.6-3). De plus, le nombre estimé¹⁸⁹ de premiers tests positifs au VIH a aussi diminué au cours du temps chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse.

¹⁸⁸ Gebhardt M. Sida et VIH en Suisse : situation épidémiologique fin 1998. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1999.

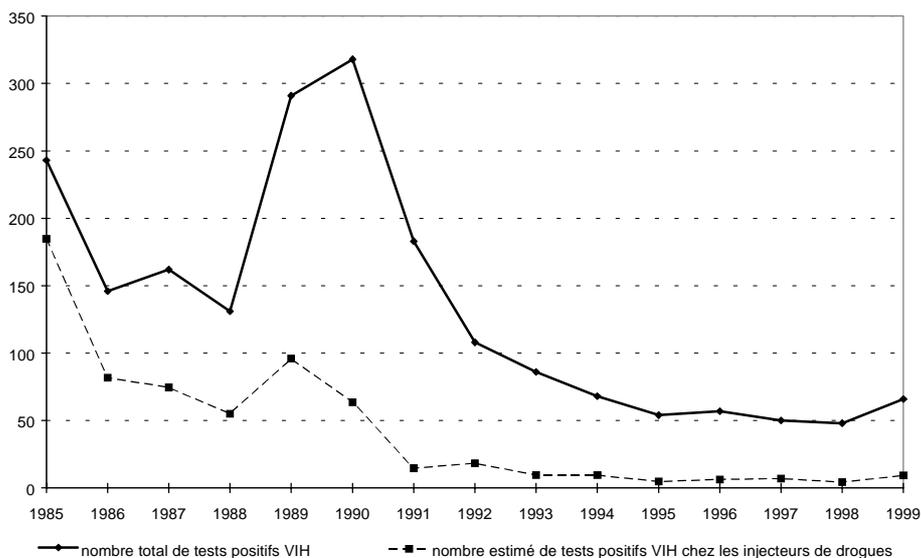
¹⁸⁹ Le nombre estimé est obtenu en multipliant le nombre total de premiers tests positifs dans le canton par la proportion d'injecteurs parmi ceux pour lesquels l'information sur le facteur de risque est connue (déclaration complémentaire des médecins).

Figure 9.6-3 Evolution du nombre total de premiers tests positifs au VIH et du nombre estimé de premiers tests positifs au VIH chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en Suisse (1986-1998)



Les mêmes tendances sont observées pour le canton de Vaud (cf. Figure 9.6-4). Le nombre total de nouvelles infections, comme le nombre estimé pour les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, a diminué depuis 1991 et reste relativement stable depuis lors. En 1999, 66 tests positifs au VIH ont été comptabilisés au total dans le canton, dont 9 chez des consommateurs de drogues par voie intraveineuse.

Figure 9.6-4 Evolution du nombre total de premiers tests positifs au VIH et du nombre estimé de premiers tests positifs au VIH chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans le canton de Vaud (1985-1999)



Résumé Seulement un quart (25%) des usagers de SBS sont vaccinés contre l'hépatite B et parmi ceux qui sont vaccinés la moitié (52%) ont reçu les trois doses requises (ou plus) de vaccin. Il y a eu en 1999 dans le canton de Vaud plus d'une centaine (130) de premiers tests positifs démontrant l'infection par le virus de l'hépatite B, la majorité chez des injecteurs de drogues.

■ Hépatite B¹⁹⁰

L'hépatite B est une infection qui peut rester asymptomatique, se manifester au moment de l'infection (hépatite B aiguë) ou plus tard. Les personnes infectées qui développent les anticorps adéquats sont "guéries" et ne sont plus à risque de transmettre le virus de l'hépatite B (VHB). Par contre, certaines personnes infectées par le VHB peuvent rester des porteurs chroniques du virus, qu'ils soient symptomatiques ou non, et dans ce cas le risque de transmission est maintenu. L'infection par l'hépatite B peut être prévenue par la vaccination.

En Suisse, la déclaration par les médecins des cas d'hépatite B aiguë nous renseigne sur les principaux facteurs de risque impliqués dans la transmission du VHB. Pour l'ensemble de la Suisse, le nombre total de cas d'hépatite B aiguë chaque année a diminué de 50% au cours de la décennie (annexe Figure 13.5-1, page 229). Cette diminution est surtout attribuable à l'impressionnante chute du nombre de cas d'hépatite B aiguë parmi les personnes qui s'injectent des drogues, qui est passé de 229 en 1990 à 33 en 1999. On n'observe pas le même portrait dans le canton de Vaud : le nombre de cas d'hépatite B aiguë déclarés n'a pas diminué et l'injection de drogues représente encore la principale voie d'infection¹⁹¹. Depuis 3 ans, l'injection de drogues est associée à plus de la moitié des cas survenus dans le canton.

Les cas d'hépatite B aiguë ne représentent qu'une minorité des nouvelles infections par le VHB. En Suisse, le nombre de personnes ayant eu un premier test démontrant une infection par le VHB a varié entre 1226 et 1380 par an au cours des quatre dernières années. Dans le canton de Vaud, il a varié entre 84 (1996) et 130 (1999) par an. Ainsi, bien qu'on ne sache pas le moment exact de l'infection, chaque année un nombre assez important de personnes - qui sont en majorité des injecteurs de drogues - découvrent qu'elles sont infectées par le VHB, alors même que le vaccin est disponible depuis plus de 10 ans¹⁹².

Dans l'étude sur la clientèle des centres à bas seuil (SBS) faite en 2000, un quart (25%) des usagers de SBS du canton ont rapporté avoir déjà fait une hépatite B, la même proportion est rapportée par FOS pour les usagers des centres résidentiels du canton de Vaud (25% en 1999).

Résumé Le virus de l'hépatite C a infecté une proportion très importante des consommateurs de drogues dures. Près de la moitié des usagers des SBS (40%) sont infectés par le virus de l'hépatite C en 2000 (soit 58 % des personnes testées, et 50 % des injecteurs). Durant les quatre dernières années, seulement pour le canton de Vaud, le dépistage a permis d'identifier plus de 1000 personnes infectées par le virus de l'hépatite C, qui sont presque toutes des consommateurs de drogues.

■ Hépatite C¹⁹³

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est une infection insidieuse. Il est rare qu'elle se manifeste au départ et elle reste longtemps asymptomatique mais, à la différence du virus de l'hépatite B, une proportion importante des personnes infectées développera une infection chronique, souvent "active". L'infection au VHC a des conséquences importantes sur la santé, notamment l'hépatite chronique et la cirrhose. Il n'y a actuellement pas de vaccin disponible pour prévenir l'infection par le VHC.

¹⁹⁰ L'OFSP, directement ou via son site internet (section "Maladies infectieuses : surveillance") a fourni les données sur les cas d'hépatite B aiguë et sur les premiers tests positifs démontrant une infection par le VHB.

¹⁹¹ Les fluctuations du nombre de cas d'hépatite B aiguë dans le canton de Vaud doivent être interprétées avec prudence, compte tenu du faible nombre de cas. On peut néanmoins observer que l'injection de drogues est le principal facteur de risque parmi les cas déclarés.

¹⁹² On peut signaler par ailleurs que le Département de la Santé Publique du canton de Vaud dispose d'un budget pour la vaccination de l'hépatite B, auquel les structures peuvent recourir pour leur clientèle.

¹⁹³ L'OFSP, directement ou via son site internet (section "Maladies infectieuses : surveillance") a fourni les données sur les cas d'hépatite C aiguë et sur les premiers tests positifs démontrant une infection par le VHC.

En Suisse, la déclaration par les médecins des cas d'hépatite C aiguë nous renseigne sur les principaux facteurs de risque impliqués dans la transmission du VHC. Le nombre de cas d'hépatite C aiguë¹⁹⁴ documentés ne représente qu'une infime minorité des nouvelles infections par le VHC qui surviennent chaque année, mais cela ne devrait pas affecter la répartition des principaux facteurs de risque impliqués. Depuis 1993, le nombre de cas d'hépatite C aiguë documentés en Suisse est relativement stable, ne diminue pas (annexe, Figure 13.5-2, page 230). Pour l'ensemble de la Suisse, chaque année depuis 1993 l'injection de drogues est associée à 60% ou plus des cas d'hépatite C aiguë déclarés (74% en 1999). Dans le canton de Vaud, l'injection de drogues est associée à 29 (74%) des 39 hépatites C aiguës déclarées depuis 1993 (8/9 en 1999).

Le test permettant le diagnostic d'une infection par l'hépatite C n'est disponible que depuis 1990. Dans le cadre d'un dépistage, il permet de détecter des personnes infectées qui sont asymptomatiques. Dans ce contexte, le test ne permet pas de connaître le moment précis où l'infection a été acquise. Entre 1996 et 1999, pour l'ensemble de la Suisse, le nombre de personnes apprenant qu'elles sont infectées par le virus de l'hépatite C a augmenté, ce qui peut être un effet du dépistage plus fréquent de cette maladie (2 559 en 1996 vs 3 011 en 1999; annexe,

Figure 13.5-3, page 231). Pour le canton de Vaud, le nombre de personnes pour lesquelles une infection a été mise en évidence est passé de 199 en 1996 à 303 en 1999. Ainsi, seulement dans le canton de Vaud, au cours des quatre dernières années, il y a eu plus de 1 000 personnes - qui sont presque toutes des injecteurs de drogues - pour lesquelles un dépistage a révélé l'infection (1996 à 1999: 1 014 pour Vaud; 11 372 pour l'ensemble de la Suisse).

Dans l'étude sur la clientèle des centres à bas seuil (SBS) faite en 2000, 40% de l'ensemble des usagers de SBS du canton ont rapporté avoir déjà fait une hépatite C. Parmi les personnes qui ont été testées (dépistées), la proportion de personnes infectées s'élève à 58%, soit au moins 50% de tous les injecteurs testés ou non. Cette dernière proportion est assez proche de celle rapportée par FOS pour l'ensemble des usagers des centres résidentiels du canton de Vaud (49% en 1999).

9.7 LES CONSOMMATEURS DE DROGUE DANS LE SYSTEME CARCERAL VAUDOIS

Résumé Le Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du canton de Vaud regroupe les services médicaux des 5 prisons du canton. Diverses possibilités de prise en charge des toxicomanes ont été mises en place, incluant le sevrage avec soutien médicamenteux et le traitement à la méthadone (maintien ou sevrage dégressif). La distribution d'une "pharmacie personnelle" a aussi été initiée.

■ Introduction

Le Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du canton de Vaud est rattaché au DUMSC. Il regroupe les services médicaux des 5 prisons du canton (Lonay, La Croisée, Bois-Mermet, EPO¹⁹⁵, Vevey) - impliquant donc différentes modalités d'incarcération (exécution de peine, détention préventive, arrêts, semi-liberté) - ainsi qu'une consultation ambulatoire. L'exercice médical en milieu pénitentiaire obéit aux mêmes règles de confidentialité, de respect du secret médical et du consentement libre et éclairé, qu'à l'extérieur.

La prise en charge des toxicomanes a été définie dans un rapport aux autorités du canton en 1997¹⁹⁶ et a fait l'objet d'un effort particulier de la part des équipes médicales dans un contexte souvent hostile aux thérapies de substitution. Diverses possibilités de prise en charge sont possibles :

¹⁹⁴ "Les cas recensés comme hépatite C aiguë sont ceux avec une symptomatologie typique (ictère) et/ou une séroconversion récente documentée" (source OFSP).

¹⁹⁵ EPO : Etablissement de la Plaine de l'Orbe.

¹⁹⁶ Cf. résumé des dispositions prises in: Iten A, Gravier B. Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse Romande. Berne: OFSP, Commission de Contrôle de la Recherche sur le sida, No 7246. Mars 1999: pp 22-23.

Devaud C, Gravier B. La prescription de méthadone dans les prisons : entre réalités et contraintes. Med Hyg 1999; 57: 2045-9.

- 1 sevrage avec soutien médicamenteux,
- 2 si le patient est déjà sous cure de méthadone et si la durée de l'incarcération est brève ou dans des situations où le risque de rechutes est présent, la cure est poursuivie,
- 3 si la détention doit se prolonger plus de deux mois, un sevrage dégressif est envisagé; cette pratique s'est beaucoup assouplie les dernières années et actuellement un patient qui entre avec une cure de méthadone attestée par un médecin à l'extérieur pourra continuer sa cure si l'évaluation effectuée indique qu'une interruption de cette cure serait préjudiciable¹⁹⁷,
- 4 possibilité de reprise d'un traitement de méthadone en vue de la sortie si les risques de rechute sont importants.

Dès 1997-1998, un programme de prévention du sida et des hépatites a été progressivement mis en place. Il consiste en la distribution d'une pharmacie personnelle, en principe à tous les détenus, au cours de l'entretien infirmier d'entrée dans la prison (dans la majorité des cas dans les 24 heures suivant l'incarcération). Cette pharmacie personnelle contient un flacon de solution antiseptique (Jodoplex), des tampons de cellulose, de la pommade Vita Merfen, des pansements rapides, des préservatifs, un dépliant explicatif en 9 langues (montrant comment désinfecter du matériel d'injection). Le personnel soignant et les surveillants ont reçu une information et une formation concernant les finalités et l'usage de cette pharmacie. La mise en route de ce programme, qui se poursuit, a été évaluée et jugée positivement¹⁹⁸.

Ce chapitre présente des données issues des statistiques du Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires¹⁹⁹ sur la population de toxicomanes incarcérés, leur état de santé et les traitements mis en œuvre.

■ Activités du service

Environ un quart des personnes incarcérées chaque année est ou a été un toxicomane²⁰⁰ (Tableau 9.7-1). Plus de la moitié des personnes ayant une anamnèse de toxicomanie ont bénéficié soit d'un traitement de méthadone, soit d'un sevrage médicamenteux²⁰¹.

Tableau 9.7-1 Activités du SMPP en relation avec la toxicomanie : 1997-1999

	1997 (N*=2381)		1998 (N*=2452)		1999 (N*=2509)	
	n	%	n	%	n	%
Nombre de toxicomanes**	564	24%	567	23%	551	22%
dont femmes	92	16%	74	13%	79	14%
Traitements de sevrage	145	26%	123	22%	96	17%
Traitements méthadone (poursuite de cure ou traitement dégressif)	202	36%	196	35%	199	36%
Nombre de visites médicales d'entrée****	1334		1461		1378	
Pharmacies personnelles distribuées***	598		589		611	

* population globale (présents au 01.01 et entrants dans l'année).

¹⁹⁷ Aux EPO, les autorités pénitentiaires ont cependant fixé un plafond à 12 cures de méthadone simultanées.

¹⁹⁸ Voir rapport cité ci-dessus.

¹⁹⁹ Communiquées par le Dr B. Gravier que nous remercions.

²⁰⁰ La définition retenue est une dépendance connue, passée ou présente, à l'héroïne ou/et à la cocaïne.

²⁰¹ Toute personne manifestant des symptômes de sevrage reçoit en principe un traitement (Dr Gravier, communication personnelle.)

** inclut les toxicomanes actifs et ceux qui ont un passé de consommation de drogues.

*** approximatif pour 1997 et 1998 : début progressif de la distribution.

**** n'inclut pas les entretiens d'entrée faits par les infirmiers, les détenus avec une durée de détention courte (moins de 15 jours) et sans problème de santé manifeste, peuvent ne pas avoir de visite médicale.

En ce qui concerne la distribution des pharmacies : elle a commencé en 1997 au Bois-Mermet et aux EPO, s'est étendue à Lonay et La Croisée en 1998. En 1999, la distribution n'avait pas encore commencé à Vevey, faute de personnel (elle a débuté en 2000). On constate que la distribution des pharmacies restait probablement relativement "ciblée" : elle est à peine plus élevée que le nombre de toxicomanes identifiés. Ce constat a été discuté dans le service : il s'est avéré que, en cas de manque de temps, c'est parfois le travail préventif qui était mis de côté. Des mesures ont été prises en 2000 pour améliorer la situation avec l'augmentation des forces de travail pour la prévention.

■ Maladies infectieuses

Il n'y a pas de dépistage systématique des hépatites ou du VIH en prison (celui-ci est cependant proposé au détenu si celui-ci fait état de conduites à risque ou s'il le demande). Une vaccination contre l'hépatite B est aussi proposée si nécessaire depuis 1998. Les infections comptabilisées dans le Tableau 9.7-2 sont celles qui ont été inscrites dans les diagnostics pour les patients qui ont eu une visite médicale dans l'année. Elles pouvaient donc être connues à l'entrée ou avoir été diagnostiquées durant l'incarcération. Il s'agit donc d'un chiffre plancher. En effet, une étude-pilote menée en 1998 au Bois-Mermet pour tester la faisabilité d'une étude de prévalence du VIH, des hépatites et des comportements à risque ainsi que la faisabilité de la mise en place de mesures préventives (vaccination, pharmacies) a montré que la prévalence des maladies infectieuses, en particulier des hépatites était sous-estimée. Une étude sérologique plus vaste est prévue.

Tableau 9.7-2 Diagnostics de maladies infectieuses, SMPP, 1997-1999

Diagnostiques	1997	1998	1999
Infection VIH	21	20	21
Hépatites total	98	125	117
dont : hépatite B	16	13	24
hépatite B chronique	14	13	23
hépatite C chronique	41	48	49
hépatite non précisé	29	51	21

9.8 CONCLUSIONS A PARTIR DES INDICATEURS EPIDEMIOLOGIQUES

9.8.1 Introduction

Les données épidémiologiques sont d'abord résumées pour l'ensemble du canton de Vaud par les tendances qui se dégagent de l'analyse des principaux indicateurs regroupés selon cinq domaines : consommation de drogues, répression, traitement, décès, réduction des risques.

En l'absence d'indicateurs directs du nombre de consommateurs, les informations résumées précédemment sont utilisées et interprétées - quand cela est pertinent - comme indicateurs

indirects de ce phénomène. L'information rassemblée permet aussi de discuter de la gravité des problèmes liés à la consommation. Un tableau de synthèse est proposé à la fin de ce chapitre.

Il faut toutefois garder à l'esprit que l'analyse des données épidémiologiques repose sur des données provenant d'études ou de statistiques parfois incomplètes, dont la validité peut être limitée par différents facteurs (par ex. représentativité, biais de sélection, etc.). Ces données concernent des groupes de consommateurs distincts puisque recrutés dans des situations et des lieux différents avec des méthodologies différentes. Néanmoins, on peut dégager quelques grandes lignes d'évolution qui doivent être traitées comme des hypothèses et des réflexions de tendance générale.

9.8.2 Résumé des principaux indicateurs

■ Consommation de drogues

Les résultats de deux enquêtes sur la consommation de drogues, menées auprès des adolescents de 15 ans et dans la population âgée de 17 à 45 ans, vont dans le même sens et montrent une augmentation de la consommation des produits cannabiques, mais une stabilité de la consommation d'autres drogues illégales et notamment des drogues dures (opiacés, cocaïne). La consommation de drogues légales, tabac et alcool, est également en augmentation.

■ Décès

Le nombre de décès par overdose a retrouvé le niveau observé avant les pics de 1994 et 1995. Toutefois, selon les données de la police, il continue à y avoir entre 15 et 20 décès par an attribuables directement à la consommation de drogues (16 en 1999 dans le canton). Il est à noter qu'en plus de la quantité de drogues consommée, les overdoses sont aussi liées aux fluctuations de la qualité et de la pureté de la drogue achetée dans la rue.

■ Répression

Le nombre de dénonciations est nécessairement fonction de l'intensité de l'activité de la police. Toutefois, depuis ces dernières années, le nombre total de **dénonciations pour infraction** à la loi sur les stupéfiants a augmenté (6'307 en 1999) pour l'ensemble du canton. Les **dénonciations pour consommation** n'ont cessé d'augmenter, représentant plus de 80% de l'ensemble des dénonciations. La plus grande partie de ces dénonciations est liée à la consommation de produits cannabiques. Quant aux dénonciations relatives à la consommation d'héroïne, elles ont augmenté au cours de la dernière année (1706 en 1999). Celles concernant la consommation de cocaïne n'ont cessé d'augmenter depuis quelques années (1449 en 1999).

■ Traitement de substitution à la méthadone (statistique du Service de la Santé Publique)

Après avoir beaucoup augmenté au début de la décennie, le nombre de personnes ayant un traitement de substitution à la méthadone semble se stabiliser (plus de 1800 personnes au cours de 1999). Après un pic en 1994, le nombre de personnes débutant un traitement de substitution pour la première fois diminue progressivement. Il y a tout de même eu, en 1999, environ 200 personnes débutant pour la première fois un traitement de substitution dans le canton.

Le nombre de médecins prenant en charge des toxicomanes dans le canton de Vaud a augmenté tout au long de la décennie. Il s'est accru dans les quatre secteurs psychiatriques. Depuis deux ans, on observe une tendance à la redistribution des patients vers les lieux de pratique plus petits. Il est remarquable que les 201 personnes ayant débuté un traitement pour la première fois en 1999 se soient répartis sur 79 médecins ou centres différents dans le canton.

■ Traitements résidentiels (statistique FOS)

Trois structures résidentielles du canton ont participé à la statistique nationale FOS au cours de 1998 et 1999, ce qui représente 101 personnes entrées en traitement en 1999 (âge médian

28 ans, 32 % femmes). La majorité de ces personnes ont consommé de l'héroïne et de la cocaïne au cours des douze mois précédant l'entrée, et la plupart régulièrement.

■ **Traitements dans les institutions psychiatriques (statistique OPALE)**

Depuis 1996, il y a eu une augmentation du nombre de suivis ambulatoires et d'admissions hospitalières dans les institutions psychiatriques participant à la statistique OPALE pour lesquels le diagnostic principal est une dépendance à l'héroïne ou à la cocaïne (1314 en 1999). Bien que les diagnostics secondaires ne soient pas toujours inscrits, ce qui tend à sous-estimer les co-morbidités et la polytoxicomanie, ils rendent compte de l'importance des troubles psychiatriques qui peuvent être associés à la toxicomanie (le plus fréquent étant le trouble de la personnalité).

■ **Réduction des risques**

L'accessibilité au matériel d'injection s'est améliorée. Après avoir connu une importante évolution, le nombre de seringues distribuées dans le grand Lausanne tend à se stabiliser en 1999. La distribution dans le reste du canton connaît une évolution variable selon les régions. Au total dans le canton de Vaud 530'000 seringues ont été distribuées en 1999, soit 44'200 par mois.

La polytoxicomanie augmente. Près des deux tiers (60% en 2000) des usagers des SBS sont des multiconsommateurs d'héroïne et de cocaïne - simultanément ou séparément- et un quart (22% en 2000) consomment régulièrement des benzodiazépines.

La consommation de cocaïne seule ou mélangée à l'héroïne tend à augmenter : en 2000, 16% consommaient régulièrement de la cocaïne (dont/en plus de) 7 % sous forme de cocktail, mélangée à l'héroïne.

Le mode de consommation par injection a diminué lors de la dernière enquête auprès des usagers des SBS. La proportion d'injecteurs durant les 6 derniers mois parmi les usagers des structures à bas seuil est de 58% en 1999. Parmi les injecteurs, la fréquence d'injection diminue (17 injections en moyenne par semaine en 1996, 8 en 1999).

L'âge moyen des consommateurs de drogues dures fréquentant les structures à bas seuil s'est élevé (26.7 ans en 1993 vs 30.7 ans en 2000).

L'insertion sociale, au niveau du logement et du travail, reste relativement stable chez les usagers des structures à bas seuil. En 2000, 86% des usagers ont un domicile fixe et 10% un travail à temps complet. La proportion de bénéficiaires d'assurance invalidité a quant à elle augmenté (35% en 2000).

Le recours à la prostitution reste fréquent chez les usagers des structures à bas seuil même s'il ne semble pas avoir augmenté récemment : la proportion de femmes qui se prostituent est de 20% en 2000.

Les prises de risques liés à l'injection se stabilisent chez les usagers des structures à bas seuil mais restent élevées : en 2000, 22% des usagers ont encore partagé leur seringue durant les 6 derniers mois précédents l'enquête.

D'autres prises de risques liées à l'injection sont encourues par les usagers des SBS : 70% des injecteurs de l'enquête 2000 ont partagé la cuillère avec quelqu'un d'autre durant les 6 derniers mois précédents l'enquête, 47% ont utilisé le même filtre, 31% ont puisé dans la même eau et enfin 13% ont partagé le coton. L'ensemble de ces prises de risques sont stables au cours du temps et relativement élevées, exception faite de l'usage commun du coton.

Après une importante diminution au début des années 1990, on estime que chaque année, depuis 1993, il y a encore dans le canton de Vaud entre 5 et 10 **nouvelles infections par le VIH** chez les injecteurs de drogues. La proportion des usagers des structures à bas seuil rapportant être infecté par le VIH diminue entre 1993 et 1999, il est passé de 18% à 7%.

Seulement un quart (25%) des usagers de SBS sont vaccinés contre **l'hépatite B** et parmi ceux qui sont vaccinés la moitié (52%) ont reçu les trois doses requises (ou plus) de vaccin.

Il y a eu en 1999 dans le canton de Vaud plus d'une centaine (130) de premiers tests positifs démontrant l'infection par le virus de l'hépatite B, la majorité chez des injecteurs de drogues.

Le virus de l'hépatite C a infecté une proportion très importante des consommateurs de drogues dures. Près de la moitié des usagers des SBS (40%) sont infectés par le virus de l'hépatite C en 2000 (soit 58 % des personnes testées, et 50 % des injecteurs). Durant les quatre dernières années, seulement pour le canton de Vaud, le dépistage a permis d'identifier plus de 1000 personnes infectées par le virus de l'hépatite C, qui sont presque toutes des consommateurs de drogues.

9.8.3 Estimation du nombre des consommateurs

Parmi l'information présentée ci-avant, aucun indicateur ne nous permet d'estimer directement le nombre de personnes dépendantes des drogues dures. Néanmoins, les évolutions de quelques indicateurs sont particulièrement utiles pour illustrer les tendances générales.

■ Au cours des cinq dernières années, alors que le nombre de dénonciations pour consommation d'héroïne est relativement stable, celles se rapportant à la consommation de cocaïne ont quadruplé.

Cette information, ajoutée à celle obtenue de la description de la clientèle des structures évaluées, soutient l'impression générale d'une augmentation assez importante du nombre de personnes consommant de la cocaïne, la majorité d'entre eux consommant aussi de l'héroïne.

■ Tandis que le nombre total de personnes en traitement de substitution a continué à s'accroître (faiblement) au cours des dernières années, le nombre de personnes débutant un traitement de substitution pour la première fois diminue depuis 1994 (de 391 en 1994 à 201 en 1999). On note aussi un nombre assez important de réadmissions dans les structures de prise en charge.

On peut en conclure que la majorité des toxicomanes du canton ont sans doute déjà eu accès à une forme ou à une autre de prise en charge.

■ L'âge moyen des personnes débutant pour la première fois un traitement de substitution a un peu augmenté au cours de la décennie, et la durée de la dépendance au moment de l'entrée est, encore en 1999, relativement longue.

Le parcours avant l'entrée dans un traitement de substitution est donc, encore aujourd'hui, relativement long. Nous disposons d'assez peu d'informations sur les profils de consommation des consommateurs de drogues dures de moins de 25 ans, et à plus forte raison sur les profils de consommation émergents (nouvelles substances). De nombreuses saisies de drogues par la police impliquent d'autres drogues que le cannabis, la cocaïne et l'héroïne, et l'importance comme le mode de consommation de ces substances sont souvent peu étudiés.

■ Globalement, l'âge moyen de l'ensemble des personnes en traitement a un peu augmenté (de 27 ans en 1994 à 29 en 1999), et celui des personnes fréquentant les structures à bas seuil a augmenté de façon plus importante (26.7 ans en 1993; 30.7 ans en 2000).

On constate donc un certain vieillissement de l'ensemble des personnes dépendantes des drogues dures.

Conclusions

■ Les différents indicateurs nous laissent supposer que le nombre de consommateurs d'héroïne n'a pas augmenté au cours des trois ou quatre dernières années. Au contraire, il semble que la majorité des personnes dépendantes aux opiacés dans le canton ont débuté leur toxicomanie entre 1989 et 1993. Par contre, ce nombre est sans doute un peu plus élevé que l'estimation des 2 500 consommateurs de drogues gravement dépendants faite en 1993.

■ Les profils de consommation changent. Il est difficile d'en estimer l'importance dans la population générale mais la consommation de cocaïne et la polytoxicomanie ont sûrement augmenté au cours des dernières années. L'apparition de nouvelles substances ou de nouveaux modes de consommation rend encore plus difficile l'estimation du nombre total de personnes dépendantes.

9.8.4 Gravité des problèmes liés à la toxicomanie

Pour l'information sur la gravité des problèmes liés à la toxicomanie, l'image est beaucoup plus contrastée et doit être considérée par domaine.

■ Conclusions sur la gravité de la consommation

L'évolution dans le domaine de la consommation est contrastée :

- de manière générale, diminution de la consommation par injection,
- mais augmentation de la polytoxicomanie avec la montée en importance de la consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne,
- apparition de nouveaux produits et profils de consommation, pour lesquels peu d'informations sont disponibles.

■ Conclusions sur la gravité des conséquences sur la santé

Plusieurs indicateurs montrent une amélioration et permettent d'envisager une diminution de la gravité des conséquences de la consommation sur la santé, exception faite des hépatites :

- stabilisation des décès par overdose,
- stabilisation des nouveaux cas de VIH associés à l'injection de drogues,
- augmentation du nombre de personnes en traitement ou en contact avec un centre d'accueil susceptible de prodiguer des soins,
- stabilisation des prises de risque liés à l'injection ; le partage de seringue et du matériel servant à l'injection restent toutefois élevés,
- nombre important de consommateurs infectés par l'hépatite C.

■ Conclusions sur la gravité des conséquences sur l'insertion sociale

Les indicateurs d'intégration sociale dans le domaine du logement et du travail sont plus stables malgré une augmentation de l'intervention. Toutefois, les conditions d'hébergement sont meilleures que celles du travail. Ceci est certainement attribuable aux difficultés d'intégration accrues que rencontrent les consommateurs dépendants dans le cadre professionnel.

Tableau 9.8-1 Synthèse de l'évolution des principaux indicateurs indirects du nombre de consommateurs dépendants et de la gravité des problèmes liés à la dépendance* et hypothèses de changement, 2000

Indicateurs**	Evolution	Hypothèses de changement	
		du nombre de consommateurs dépendants	de la gravité des problèmes liés à la dépendance
Nombre de dénonciations : héroïne cocaïne	→ ↗	→ ↑	○ ○
Age moyen des consommateurs	↗	→ ou ↓	○
Nombre de personnes en traitement	→	→	↓
Nombre de décès dus à la drogue	→	○	→
Nouveaux cas de VIH	→	○	↓
Hépatites C	pas de données évolutives	○	↑
Prises de risques	→	○	→
Polytoxicomanie	↗	○	↑
Cocaïne	↗	○	↑
Fréquence d'injection	↘	○	↓
Prostitution	→	○	→
Insertion sociale : logement	→	○	↓
Insertion sociale : travail	→	○	→

<i>Légende</i>	↗ augmentation ↘ diminution → stabilité	± indicateur incertain ↑ indicateur en faveur d'une augmentation ↓ indicateur en faveur d'une diminution → indicateur en faveur d'une stabilisation ○ indicateur non pertinent
----------------	---	--

* **Explication du tableau :**

Les données épidémiologiques sont résumées par les tendances qui se dégagent des principaux indicateurs (deux premières colonnes). Ne disposant pas d'indicateurs directs du nombre de consommateurs et de la gravité des problèmes liés à la consommation, les informations des deux premières colonnes sont utilisées et interprétées comme indicateurs indirects de ces deux phénomènes (deux dernières colonnes)

** **Exemple de lecture :** POLYTOXICOMANIE

2^{ème} colonne : la polytoxicomanie augmente

3^{ème} colonne : la polytoxicomanie n'est pas un indicateur indirect du nombre de consommateurs

4^{ème} colonne : la polytoxicomanie est un indicateur indirect de la gravité des problèmes liés à la dépendance

La polytoxicomanie augmente, l'hypothèse suivante peut-être formulée : les problèmes liés à la dépendance augmentent.

10 CONCLUSIONS GLOBALES ET RECOMMANDATIONS

10.1 CONCLUSIONS

Les conclusions sont regroupées en fonction des objectifs généraux du Conseil d'Etat vaudois.

10.1.1 Augmenter la prise en charge et la rétention des consommateurs de drogues

■ Avec l'ouverture des nouvelles structures, on a obtenu une grande augmentation de la capacité de traitement par les nouvelles institutions publiques (CSM, UAS, Calypso) sans qu'on trouve de signes de diminution de prise en charge de la part des médecins installés. Par exemple, pour les traitements de méthadone on observe :

- Une augmentation du nombre de médecins prenant en charge des patients sous méthadone dans tous les secteurs géographiques.
- Une augmentation de la proportion de patients sous méthadone suivis par des médecins ayant moins de 10 patients.
- Il y a donc une meilleure répartition de la prise en charge. Si "décharge" il y a de la part des médecins installés, elle est plutôt qualitative avec une augmentation des activités de conseil de la part des grands centres, des prises en charge conjointes ou temporaires dans les cas difficiles, ce qui correspond au but recherché.

■ Les capacités d'accueil et l'orientation ont aussi augmenté, ce qui a sans doute contribué à cette meilleure répartition des charges : c'est dans les régions où de nouvelles capacités d'accueil se sont développées que le phénomène est le plus visible. La couverture cantonale en possibilités de prise en charge s'est donc améliorée : même les zones plus excentrées (région de Nyon, Chablais, Broye) font appel aux structures existantes avoisinantes.

■ Actuellement, on ne peut parler de lacune criante dans l'offre en traitement du point de vue quantitatif, mais la vigilance reste de mise : il est possible que dans des situations de surcharge, des restrictions d'accès conduisent à des demandes de traitement non satisfaites. Dans certaines régions éloignées du canton il n'est pas sûr que la demande d'une prise en charge "locale" (sans déplacement dans les grands centres) puisse être satisfaite. Certains domaines de l'offre semblent moins bien fournis : lieux pour de courts séjours en cas de "crise", par exemple.

■ En ce qui concerne la capacité de rétention en traitement : il faut la considérer en rapport avec le réseau de prise en charge. En effet, dans les premiers mois d'existence du CSM comme de l'UAS, la capacité de rétention dans la structure était bonne mais ce n'était pas forcément le but ultime recherché. Actuellement on constate que c'est moins la rétention dans une structure voire dans un type de traitement qui a augmenté que la rétention dans le réseau (être en contact avec une structure de traitement ou d'accueil). De plus, les contacts, la coopération et la coordination entre intervenants ont augmenté (par exemple, la coordination entre la prison et les services extérieurs, ou celle entre le sevrage et les institutions ambulatoires ou résidentielles).

■ Il semble que (mais ce doit encore être vérifié) que les interruptions de traitements deviennent plus courtes (augmentation de l'intensité du traitement) et que ceci devrait aboutir à sortir plus rapidement les toxicomanes du cycle de la dépendance (raccourcissement de la longueur totale du parcours de dépendance avec ses cycles traitements-échecs-reprise).

■ La plupart des (nouvelles) structures fonctionnent aux limites de leur capacité : il y a une tension entre volonté d'offrir une prise en charge globale dans une même structure, nécessité de déléguer tout ou partie de la prise en charge à l'extérieur et difficulté réelle et persistante d'orienter rapidement les usagers. A cela s'ajoute la nécessité de ménager des ressources pour continuer à accueillir de nouveaux usagers.

■ Les processus d'orientation sont souvent mal documentés. On ne peut se prononcer sur la qualité de l'orientation des différentes structures, en particulier s'il s'agit d'une orientation "passive" (on indique à l'utilisateur d'autres ressources à disposition) ou "active" (on s'assure que l'utilisateur est effectivement pris en charge ailleurs et que la mise en route du suivi fonctionne). Cette question est particulièrement importante dans les situations (par exemple CSM) où une structure définit des règles d'accès préférentiel pour les usagers ou procède à une orientation précoce, avant qu'un lien durable ait été établi avec l'utilisateur.

10.1.2 Améliorer la diversité et la qualité de la prise en charge

■ La diversité des prises en charge, dans l'accueil comme dans le traitement, a augmenté. Par ailleurs, l'Unité de sevrage (La Calypso) remplit sa vocation cantonale.

■ Dans la plupart des nouvelles structures il y a eu une réflexion sur la répartition des tâches entre les diverses professions et expertises représentées pour améliorer l'adéquation de l'offre aux besoins des usagers. Il s'est notamment développé une dynamique de réflexion sur le travail socio-éducatif, sur les limites entre accueil et prise en charge, sur les limites entre ce qui est entrepris par une structure et ce qui peut être délégué aux partenaires extérieurs, qui doit être poursuivie.

■ La multiplication des contacts (colloques, conférences), des offres d'information et de formation (PPMT, contacts avec l'AVMCT, etc.) au sein du réseau des intervenants contribue aussi certainement à l'augmentation de la qualité de la prise en charge et du suivi ainsi qu'à une certaine standardisation des traitements (méthadone, notamment).

■ Les activités de réduction des risques par la distribution de seringues ont connu un bon essor ces dernières années.

■ L'accès au traitement et à la réduction des risques en prison est assuré. Une augmentation des prestations dans ce domaine est encore nécessaire.

■ L'évaluation des structures de réhabilitation résidentielles ne faisait pas partie de cette évaluation. En revanche, les données de la statistique des traitements résidentiels (FOS) ont été exploitées pour le bilan épidémiologique. Cependant, une institution privée, non subventionnée par le canton, hébergeant principalement des consommateurs de drogue, soit Narconon, ne participe pas à la statistique FOS.

10.1.3 Améliorer l'insertion et la santé des consommateurs

■ Les consommateurs qui sont pris en charge dans les structures diminuent leur consommation de produits (nombre de produits consommés, fréquence de consommation) et consomment moins par injection. Leur insertion sociale s'améliore, surtout en termes de logement, de contacts sociaux. L'emploi reste un problème majeur pour tous et en particulier pour des toxicomanes ayant connu une longue période de désinsertion sociale.

■ Dans les structures à bas seuil, une grande partie des consommateurs de drogues sont en traitement de méthadone; ces consommateurs ne représentent cependant qu'une partie des patients sous méthadone, ceux qui sont le moins bien stabilisés.

■ Le "paysage" de la consommation de drogues est en train de changer. On a observé ces dernières années :

- une diminution de la consommation de drogues par injection,

- une augmentation de la consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne; on trouve par ailleurs une consommation de cocaïne chez une part non négligeable de personnes en traitement de méthadone,
 - l'apparition d'autres produits (et d'autres types de consommateurs),
 - une fréquente multiconsommation de drogues (consommation de plusieurs produits : stupéfiants, somnifères, analgésiques, alcool, etc.).
- Même si on a noté une diminution de l'exposition aux risques infectieux chez les consommateurs de drogues (diminution du partage de seringues, utilisation de préservatifs), le niveau atteint est encore insuffisant, en particulier si l'on considère que les virus des hépatites B et C se transmettent plus facilement que le VIH. Ainsi, il faut encore davantage sensibiliser les personnes qui s'injectent des risques qu'ils encourent en partageant d'autres éléments que la seringue et l'aiguille dans la préparation de l'injection (eau, cuillère, filtres, etc.). Il s'avère que le problème des hépatites est très important, qu'il reste sous-estimé et qu'il va poser des problèmes de santé considérables chez les toxicomanes dans les années à venir.

10.1.4 Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants

- L'examen des profils de clientèle des différentes structures montre que celles-ci ont été capables d'attirer en traitement des toxicomanes au long cours, dans des situations précaires quel que soit leur âge.
- Cependant, les nouveaux consommateurs d'héroïne et les moins de 20 ans apparaissent peu dans les structures.
Plusieurs éléments peuvent être avancés l'expliquer :
 - une réelle diminution de l'entrée dans la consommation d'héroïne,
 - une diminution des pratiques d'injection avec une dégradation moins rapide de l'état de santé et de l'insertion sociale qui amènerait un délai dans la demande de traitement,
 - une augmentation de la consommation d'autres produits, cocaïne, nouvelles drogues avec un style de vie, un parcours de dépendance complètement différents qui font que les structures ne représentent pas une offre adéquate,
 - les consommateurs sont encore en pleine lune de miel avec les substances et la consommation n'est pas vécue comme problématique.

10.1.5 Renforcer les activités de prévention primaire et secondaire

- Les projets de prévention primaire financés par le Conseil d'Etat dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie ne représentent qu'une partie des activités qui vont dans ce sens. Ils ont par ailleurs maintenu ou augmenté leurs activités ces dernières années. Il faut rappeler que la prévention primaire de la dépendance est souvent non spécifique en ce sens qu'elle recouvre des activités qui n'ont pas de lien direct avec la consommation, les produits, etc.
- En ce qui concerne les trois projets de travail de rue : on observe peu de convergence et de collaboration entre eux. En effet, Ils poursuivent des objectifs différents et touchent des populations distinctes (jeunes et population générale dans le cadre de la prévention primaire principalement pour Aigle/Pays-d'Enhaut, jeunes à risques de décrochage ou en difficulté pour PMA, jeunes engagés dans un processus de consommation et de dépendance pour ACT). Les collaborations instituées avec la "chaîne thérapeutique" ne sont une réalité - et une véritable nécessité - que pour ACT.
- On manque d'informations sur les jeunes engagés dans un processus de consommation ou de dépendance, particulièrement ceux qui consomment de "nouvelles drogues". Ils

apparaissent très peu dans les centres d'accueil évalués. On connaît mal leurs points de contacts avec le système socio-sanitaire (il faudrait savoir où et comment s'exprime la demande) ou le système de répression.

■ Les activités de prévention secondaire précoce (auprès de jeunes en difficultés ou en situation d'expérimentation de produits) sont encore peu coordonnées là où elles existent (principalement dans les villes), et insuffisamment développées ailleurs.

10.2 RECOMMANDATIONS

■ Après une phase d'expansion du dispositif cantonal de prise en charge dans le domaine de la toxicomanie, la période qui s'ouvre semble devoir être une période de consolidation des structures.

■ Dans la mesure où on peut estimer qu'il n'y a pas une augmentation du nombre de consommateurs de drogues dures "classiques" (héroïne), il semble que les problèmes actuels de capacité de l'offre en traitement / prise en charge peuvent se résoudre :

- par une augmentation du nombre de patients suivis par des médecins installés en pratique privée : le réservoir de médecins ayant des patients en traitement de méthadone est grand et une augmentation, même minime, du nombre de patients suivis par médecin peut avoir un impact important sur le nombre total de personnes traitées,
- par une organisation du partenariat entre centres de traitement et d'accueil et médecins installés qui fasse encore plus appel au soutien des praticiens par les institutions (prises en charge conjointes, possibilités de décharge temporaire pour les patients en crise ou qui posent des problèmes complexes, soutien psychosocial accru, etc.). Ce partenariat entre institutions spécialisées et médecins installés est particulièrement important lorsqu'il existe une co-morbidité psychiatrique ou une désinsertion sociale graves,
- dans le cas de l'accueil / orientation / suivi social, par un ajustement des rôles entre les centres et le dispositif régional existant.

■ Il s'agit de maintenir le concept de prise en charge globale en intégrant le fait qu'elle peut être le résultat de l'activité de plusieurs intervenants qui travailleraient en collaboration à l'intérieur des centres et dans le réseau extérieur.

■ Les autorités cantonales devraient soutenir certaines nouvelles structures dans leurs démarches auprès des communes pour l'obtention d'un soutien financier régulier, voire accru. En effet, la recherche de fonds et de subventionnements demande du temps et de l'énergie aux directions des structures, ce qui pourrait empiéter sur leurs tâches de soutien et d'aide aux toxicomanes.

■ Certaines lacunes dans le dispositif existant ont été relevées :

- offre de possibilités de sevrage partiel,
- courts séjours en cas de crise,
- lieux de transition entre sevrage et système résidentiel,
- traitements de substitution en milieu résidentiel.

Il convient de réfléchir à l'opportunité d'amener des éléments de solutions à ces différents manques.

■ Il serait souhaitable, afin d'alimenter la réflexion sur les modalités de collaboration, de documenter les expériences de collaborations et les soutiens offerts par les structures aux autres intervenants (médecins, services généralistes par exemple).

- Il faut investiguer le phénomène des nouvelles consommations sous plusieurs angles :
 - nature des substances,
 - profil des nouveaux consommateurs (où ils se trouvent, où l'on peut entrer en contact avec eux, auprès de qui ils expriment une demande d'aide),
 - structures les mieux à même de prendre en charge cette clientèle,
 - traitements qui peuvent être proposés.

Il est possible que les nouvelles structures créées ne soient pas adéquates pour la prise en charge de ces nouveaux consommateurs, en particulier il est possible qu'il ne soit pas souhaitable de mêler des populations très différentes par leur âge, le type et la durée de leur dépendance et de leur insertion sociale. Une large concertation entre les différents intervenants, associant les chercheurs²⁰², pourrait donner des premières pistes, tant de recherche que de coordination ou d'intervention.

■ En ce qui concerne les formes de consommation plus classiques, il faut réfléchir à des stratégies qui permettraient de capter plus rapidement les consommateurs pour les faire entrer dans la chaîne thérapeutique. Dans ce sens, si des institutions définissent des critères de priorité pour la prise en charge urgente, le fait d'avoir une durée de consommation courte et de n'avoir jamais été en traitement devrait figurer parmi ceux-ci.

■ Il faut renforcer la prévention secondaire précoce, qui s'adresse aux "personnes à risques"²⁰³ et qui, souvent, sont déjà des consommateurs occasionnels de drogues ou qui fréquentent ce milieu, et augmenter les contacts entre les différents intervenants dans ce domaine.

■ Il faut renforcer encore les activités de réduction des risques infectieux VIH et hépatites, en particulier en attirant l'attention des consommateurs sur les risques liés au partage du matériel lors de la préparation de l'injection, mais aussi à l'activité sexuelle. Les professionnels moins concernés par la toxicomanie doivent également être sensibilisés à ces risques.

■ Il faut renforcer la prise en charge du problème des hépatites : augmentation de la couverture de vaccination contre l'hépatite B, détection et suivi/traitement des patients avec hépatite C chronique.

■ Les systèmes d'information sur la toxicomanie sont très précieux car ils peuvent être utilisés : pour aider à apprécier l'évolution de l'épidémiologie de la toxicomanie, pour contribuer à l'évaluation des structures ou à des fins de recherche et d'évaluation cliniques. Ils peuvent encore être améliorés :

- FOS : compléter la couverture du canton en obtenant une participation à la statistique de tous les centres de traitement résidentiels accueillant des toxicomanes (essentiellement Narconon); par ailleurs FOS doit être utilisé dans la mise au point d'un système d'évaluation de chacun de ces centres,
- statistique méthadone : assurer des ressources suffisantes pour l'implantation et la maintenance de la nouvelle statistique (y compris le transfert des informations recueillies dans l'ancien système),

²⁰² Incluant les centres de traitement et d'accueil, les foyers, maisons de jeunes et d'autres structures pour les jeunes en difficulté, le SUPEA, l'UMSA, les travailleurs de proximité, etc. et les institutions de recherche (ISPA, IUMSP, etc.)

²⁰³ Les personnes « à risques » peuvent être définies comme les personnes cumulant un certain nombre de difficultés regroupant des facteurs individuels, familiaux ou sociaux (problèmes scolaires, affiliation à des pairs déviants, absence de supervision parentale par exemple).

■ Il serait souhaitable d'analyser plus systématiquement les données récoltées de routine (y compris les données du système de répression) et de fournir un retour d'information à ceux qui les récoltent.

11 BIBLIOGRAPHIE GENERALE

- André G, Bleeker M. Approche de la prévention en milieu nocturne. Morges: Association Le Relais, 1993.
- Association méditerranéenne de prévention des toxicomanies. Toxicomanie, citoyenneté et droits de l'homme. Marseille: AMPT; 1991.
- Apap G. La persécution des drogués relève-t-elle de l'idéologie ? *Psychotropes*; 5(1):1989.
- Baptiste R. Le social mérite mieux ! Comment améliorer la qualité des prestations sociales. Genève: Edition des Deux Continents; 1996.
- Benninghoff F. Prise en charge de la toxicodépendance en Suisse : une typologie des offres à bas-seuil et à haut seuil. In: Maeder C, Burton-Jeangros C, Haour-Knipe M, editors. Santé, médecine et société : contributions à la sociologie de la santé. Zurich: Seismo; 1999.
- Bergeret J. Toxicomanie et personnalité. Paris: PUF; 1994.
- Brack R, Geiser K, editors. Aktenführung in der Sozialarbeit: neue Perspektiven für die klientbezogene Dokumentation als Beitrag zur Qualitätssicherung. 2. Ed. Bern: Paul Haupt; 2000. (*Soziale Arbeit*; 16).
- Chopart JN. Le travail social face aux mutations économiques. In: Soulet MH, editor. Les transformations des métiers du social. Fribourg: Editions Universitaires; 1997.
- Coulon A. L'Ethnométhodologie. *Esprit*; 1996:1-4.
- Corcuff P. Les nouvelles sociologies : constructions de la réalité sociale. Paris: Nathan; 1995.
- Deligny F. Les détours de l'agir ou le moindre geste. Paris: Hachette littérature; 1979.
- Donzelot J. L'invention du social: essai sur le déclin des passions politiques. Paris: Seuil; 1994.
- Duffour P. Design servant à l'auto-évaluation du service social du Tremplin. *Gazette le Tremplin (Fribourg)*:45; 2000.
- Dupont A. L'évaluation dans le travail social. Genève: IES; 1989.
- Dutrénit JM. Gestion et évaluation des services sociaux. Paris: Economica; 1989. (Gestion. Série Politique générale, finance et marketing)
- Ehrenberg A, Mignon P, editors. Drogues, politique et société : Europe, Etats-Unis, Japon, (recueil d'articles internationaux sur le thème de la drogue). Paris: Le Monde Editions/Descartes; 1992.
- De Gaulejac V, Léonetti I. La lutte des places : insertion et désinsertion. Paris: Desclée de Brouwer; 1994.
- Geismar-Wieviorka S. Les toxicomanes. Paris: Seuil; 1995.
- Gendron S. La recherche participative : un cas d'illustration et quelques réflexions pour la santé publique. *Ruptures; Revue transdisciplinaire en santé* 1998;5(2):180-91.
- Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. London: Sage; 1989.
- Guski E. Begründung und Evaluation eines präventiv-orientierten Handlungskonzeptes im Bereich psychosozialer Praxis. [S.l.]: [s.n.]; 1986.
- Haering AL. La qualité de l'action sociale et son évaluation. Genève: IED; 2000.
- Hausmann JA, Wise DA. Social experimentation. Chicago: University of Chicago; 1985.
- Heiner M, editor. Praxisforschung in der sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag; 1988.
- Hubinon M. Management des unités de soins: de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité. Paris: De Boeck; 1998.
- Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998 (Raison de santé 20a).
- Ion J, Tricart JP. Les travailleurs sociaux. Paris: La Découverte; 1998.
- Ladsous J. Travail social : gérer c'est aussi évaluer. Genève: IES; 1990.

Centre national lorrain pour l'enfance et l'adolescence inadaptées. L'évaluation du travail social: actes du colloque national organisé par le CRLEAI. Nancy: Université de Nancy; 1988.

Association nationale des assistants de service social. Mandat, contrat, évaluation: quelle légitimité, pour quel travail social: 48^e congrès 22, 23, 24 novembre 1993, Paris. Paris: Les éd. ESF; 1994. (Association nationale des assistants de service social).

Von Niederhäusern O. Etude du fonctionnement du Centre psycho-social de Fribourg dans les procédures en restitution de permis aux alcooliques et aux toxicomanes. Lausanne: [s.n.]; 1991.

Pingeon D, Quadri F, Degoumois JM. Le devenir et les représentations d'anciens usagers d'une institution éducative. Morges: Association Le Relais; 1987.

Le Poutier F. Recherches évaluatives en travail social. Grenoble: Presses Universitaires; 1990.

Rizzo N. Le travail social en toxicomanie: des expériences à la recherche d'un modèle. Genève: IES; 1998.

Rohrer E, Sommer E, Trachel B, Ziegler G, Crettaz B. Juste l'ordinaire: un rite de passage chez les travailleurs sociaux. Lausanne: Ed. D'En Bas; 1994.

Soulet MH, editor. Les transformations des métiers du social. Fribourg: Ed. Universitaires; 1997. (Res Socialis; 4)

Whyte WF. Learning from the field: a guide from experience. Beverly Hills: Sage; 1988.

Wolfensberger W, Glenn L. Pass 3 : programme d'analyse des systèmes de service. Genève: Edition des Deux Continents; 1998.

Yahyaoui A, editor. Toxicomanie et pratiques sociales. Grenoble: La Pensée sauvage; 1992.

12 LISTES DES TABLEAUX ET DES FIGURES

12.1 LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.3-1	Projets soumis à l'évaluation externe et outils appliqués	13
Tableau 2.3-1	Objectifs, questions d'évaluation et outils développés	20
Tableau 2.3-2	Présentation des projets soumis à l'évaluation	21
Tableau 2.3-3	Projets soumis à l'évaluation externe et outils appliqués	23
Tableau 3.1-1	CSM : profil des usagers au moment de l'ouverture du dossier, 1996-1999, données OPALE	28
Tableau 3.1-2	CSM : profil des usagers et consommation lors de l'entrée, 1996-1997 (données du suivi de dossiers)	29
Tableau 3.1-3	CSM : dispensation de la méthadone, 1998-1999	30
Tableau 3.1-4	CSM : postes disponibles, 1997-1999	40
Tableau 3.4-1	UAS : profil des usagers et consommation à l'entrée 1998-1999	46
Tableau 3.4-2	UAS : types de traitement proposés, 1998-1999	48
Tableau 3.4-3	UAS : Postes disponibles, 1998-1999	54
Tableau 4.1-1	EdS : profil des usagers et consommation, 1997-1999	60
Tableau 4.1-2	EdS : prestations fournies par mois, 1997- 1999 (source : monitoring)	63
Tableau 4.1-3	EdS : prestations proposées, 1998-1999 (questionnaire de suivi, deux cohortes)	64
Tableau 4.1-4	EdS : postes disponibles, 1997-1999	68
Tableau 4.4-1	ZB : profil des usagers et consommation au moment de leur admission, (questionnaire d'entrée 1997, échantillon de dossiers, 1998-1999)	73
Tableau 4.4-2	ZB : prestations fournies par mois, 1997-1999 (source : monitoring)	76
Tableau 4.4-3	ZB : prestations du médecin psychiatre consultant, 1998-1999	77
Tableau 4.4-4	ZB : prestations proposées, 1998-1999 (questionnaires de suivi, échantillon de deux cohortes)	78
Tableau 4.4-5	ZB : postes disponibles, 1997-1999	81
Tableau 5.1-1	Profil des personnes différentes admises à l'unité de sevrage La Calypso, selon l'année* (1998-1999)	89
Tableau 5.1-2	Personnes admises qui suivaient un traitement de substitution : autres substances consommées	90
Tableau 6.1-1	Méthode d'évaluation des projets de travail de proximité, 1999	96
Tableau 7.4-1	Répartition des contacts et personnes placées dans le cadre de Trampoline, 1996 - 1999	124
Tableau 9.1-1	Sources des données utilisées	149
Tableau 9.2-1	Evolution de la consommation de drogues illégales sur toute la durée de vie chez les adolescents de 15 ans en 9 ^e année scolaire. Source : ISPA	151
Tableau 9.2-2	Consommation de certaines drogues illégales chez les écoliers de 15-16 ans dans divers pays européens et sur toute leur durée de vie (en % d'écoliers). Source : EMCDDA 1998	151
Tableau 9.4-1	Nombre de dénonciations pour consommation et dénonciations totales dans le canton de Vaud 1995-1999	157
Tableau 9.4-2	Répartition par âge et sexe du nombre de dénonciations pour consommation dans le canton de Vaud pour l'année 1999	158

Tableau 9.5-1	Proportion de femmes et âge moyen des personnes ayant eu un traitement de substitution en 1991, 94, 97 et 99	162
Tableau 9.5-2	Profil des personnes ayant initié un premier traitement de substitution, selon l'année (1991 à 1999)	163
Tableau 9.5-3	FOS : profil des entrées dans les centres de traitement résidentiel du canton de Vaud (1998-1999)	167
Tableau 9.5-4	Toxicomanie aux opiacés et/ou à la cocaïne parmi les admissions et suivis dans les institutions psychiatriques (1998-1999)	170
Tableau 9.6-1	Etat de santé et prises de risques des clients des structures à bas seuil consommateurs de drogues dures (1993-1996-2000)	178
Tableau 9.6-2	Nombre de seringues* mises à disposition dans "le grand Lausanne" mars 1996 à décembre 1999	180
Tableau 9.6-3	Nombre de seringues mises à disposition dans le canton de Vaud, 1996 à 1999	182
Tableau 9.6-4	Lieux d'approvisionnement en seringues durant le dernier mois des clients des structures à bas seuil* (2000)	184
Tableau 9.6-5	Nombre de préservatifs distribués dans "le grand Lausanne" mars 1996 à décembre 1999	185
Tableau 9.7-1	Activités du SMPP en relation avec la toxicomanie : 1997-1999	190
Tableau 9.7-2	Diagnosics de maladies infectieuses, SMPP, 1997-1999	191
Tableau 9.8-1	Synthèse de l'évolution des principaux indicateurs indirects du nombre de consommateurs dépendants et de la gravité des problèmes liés à la dépendance* et hypothèses de changement, 2000	196
Tableau 13.2-1	Calypso : nombre et proportion d'admissions interrompues au cours des premiers 7 jours, selon certaines caractéristiques au moment de l'admission (1998-1999)	217
Tableau 13.4-1	Missions et objectifs dans le travail socio-éducatif	221
Tableau 13.5-1	Traitements de substitution : nombre de personnes considérées en traitement par la santé publique, selon le mois (1998-1999)	223
Tableau 13.5-2	Nombre de médecins ou centres qui prennent en charge des toxicomanes selon le district (1985 à 1999)	224
Tableau 13.5-3	FOS : sorties des centres de traitement résidentiel du canton de Vaud (1998-1999)	224
Tableau 13.5-4	Indicateurs socio-démographique et d'intégration sociale des consommateurs de drogues dures clients des structures à bas seuil (1993-1996-2000)	225
Tableau 13.5-5	Indicateurs de consommation auprès des consommateurs de drogues dures clients des structures à bas seuil (1993-1996-2000)	225
Tableau 13.5-6	Etat de santé et prises de risques des consommateurs de drogues dures clients des structures à bas seuil (1993-1996-2000)	226
Tableau 13.5-7	Fréquentation mensuel du dispositif bas seuil des consommateurs de drogues dures clients des structures à bas seuil (2000)	227
Tableau 13.5-8	Liste et description des différentes institutions et intervenants accrédités pour distribuer des seringues dans le canton de Vaud	228

12.2 LISTE DES FIGURES

Figure 3.1-1	Nombre de personnes différentes ayant bénéficié d'une prestation au CSM au cours de l'année*, 1996-1999	27
Figure 3.1-2	CSM : nombre de dossiers fermés*, selon l'année de fermeture, 1996-1999	27
Figure 3.1-3	CSM : durée estimée des suivis terminés en 1999, selon la date de fermeture des dossiers	27

Figure 3.1-4	CSM : nombre de personnes différentes ayant bénéficié d'un traitement de substitution au CSM, selon l'année, 1997-1999*	30
Figure 3.1-5	CSM : issue de la prise en charge de la première cohorte, 1996-1998	33
Figure 3.1-6	CSM : issue de la prise en charge de la deuxième cohorte, 1997-1999	34
Figure 3.1-7	Evolution de la fréquence de consommation de drogues dures (%), étude des dossiers de suivi, 2 ^{ème} cohorte, 1997-1998	36
Figure 3.4-1	UAS : évolution du nombre de dossiers ouverts et tendance de la file active, 1998-1999	45
Figure 3.4-2	UAS : nombre de forfaits méthadone hebdomadaires facturés par mois, 1998-1999	50
Figure 3.4-3	Evolution de la prise en charge à 6 mois et une année, étude des dossiers de suivi, 1998-1999	51
Figure 3.4-4	Evolution de la fréquence de consommation de drogues dures (%), étude des dossiers de suivi, 1998-1999	52
Figure 4.1-1	EdS : nombre moyen de personnes par jour d'ouverture, 1997-1999	58
Figure 4.1-2	EdS : nombre de nouvelles personnes par mois, 1997-1999	59
Figure 4.4-1	ZB : nombre moyen de personnes par jour d'ouverture, 1997-1999	71
Figure 4.4-2	ZB : nombre de nouvelles personnes par mois, 1997-1999	72
Figure 5.1-1	Nombre de premières admissions et de réadmissions en 1998-1999	86
Figure 5.1-2	Répartition des 300 personnes différentes admises en 1998 et 1999, selon le nombre d'admissions	86
Figure 6.2-1	ACT : nombre moyen de contacts mensuels selon la nature du contact, dernier trimestre 1999	99
Figure 6.2-2	ACT : nombre de contacts mensuels selon le sexe, 1997-1999	100
Figure 6.2-3	ACT : nombre de contacts selon le type d'interlocuteurs, dernier trimestre 1999	101
Figure 6.5-1	PMA : nombre de contacts selon la nature du contact, par mois, 1999	105
Figure 6.5-2	PMA : nombre de contacts mensuels selon le sexe, 1997-1999	107
Figure 6.5-3	PMA : nombre de contacts selon le type d'interlocuteurs, 1999	108
Figure 6.8-1	APE : nombre de contacts selon la nature du contact, 1999	113
Figure 6.8-2	APE : nombre de contacts selon le lieu, 1999	113
Figure 7.10-1	Nombre de contacts, de préservatifs et de seringues par mois (mars 1997 à décembre 1999)	134
Figure 9.2-1	Evolution de la consommation de drogues douces, de drogues dures, et d'injection de drogues dures durant la vie dans la population suisse de 17-30 ans, entre 1987 et 1997	153
Figure 9.3-1	Nombre de décès liés à la consommation de drogues dans le canton de Vaud, et proportion de ces décès par rapport à ceux de l'ensemble de la Suisse, 1987-1999, (source : données OFP)	154
Figure 9.4-1	Evolution du nombre total de premières dénonciations, dénonciations répétées et pourcentage de premières dénonciations par rapport à l'ensemble des dénonciations pour infraction à la LStup, de 1987-1999 en Suisse	156
Figure 9.4-2	Evolution du nombre total de premières dénonciations, dénonciations répétées et pourcentage de premières dénonciations par rapport à l'ensemble des dénonciations pour infraction à la LStup, de 1995-1999 dans le canton de Vaud	156
Figure 9.4-3	Evolution du nombre de dénonciations pour consommation de stupéfiants d'après les produits consommés dans le canton de Vaud de 1995-1999 ^m	158

Figure 9.5-1	Nombre de personnes différentes ayant eu un traitement de substitution, à un moment ou à un autre au cours de l'année (1985-1999)	160
Figure 9.5-2	Nombre de personnes débutant un traitement de substitution pour la première fois (1985-1999)	161
Figure 9.5-3	Nombre de personnes ayant terminé ou interrompu un traitement de substitution, selon l'année de la fin de la plus récente autorisation délivrée par le médecin cantonal (1985-1997)	162
Figure 9.5-4	Année du début de la dépendance pour les personnes ayant été en traitement au cours de l'année 1999	164
Figure 9.5-5	Nombre de médecins ou centres prenant en charge des toxicomanes, selon le secteur et l'année (1985-1999)	164
Figure 9.5-6	Nombre de patients par médecin ou centre (1998 et 2000)	165
Figure 9.5-7	Nombre de suivis et admissions dont le diagnostic principal est une toxicomanie à l'héroïne ou à la cocaïne, selon le secteur psychiatrique (1996-1999)	169
Figure 9.5-8	Nombre d'occurrence des diagnostics de toxicomanie parmi les admissions et suivis dans les institutions psychiatriques (1998,1999)	170
Figure 9.5-9	Degré d'urgence des suivis ambulatoires et hospitaliers pour lesquels il y a eu un diagnostic de toxicomanie aux opiacés ou à la cocaïne (1997-1999)	171
Figure 9.6-1	Evolution de la mise à disposition de seringues par la Pastorale de rue et la Soupe populaire*, données trimestrielles de mars 1996 à décembre 1999	181
Figure 9.6-2	Evolution de la mise à disposition de seringues par Zone Bleue à Yverdon, juillet 1997 à décembre 1999	183
Figure 9.6-3	Evolution du nombre total de premiers tests positifs au VIH et du nombre estimé de premiers tests positifs au VIH chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en Suisse (1986-1998)	186
Figure 9.6-4	Evolution du nombre total de premiers tests positifs au VIH et du nombre estimé de premiers tests positifs au VIH chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans le canton de Vaud (1985-1999)	187
Figure 13.5-1	Les cas d'hépatite B aiguë en Suisse et dans le canton de Vaud	229
Figure 13.5-2	Les cas d'hépatite C aiguë en Suisse et dans le canton de Vaud	230
Figure 13.5-3	Nombre de premiers tests positifs démontrant l'infection par le virus de l'hépatite C en Suisse et dans le canton de Vaud (1996 à 1999)	231

13 ANNEXES

13.1 ANNEXE AU CHAPITRE 1

Pour répondre aux objectifs et questions d'évaluation, différents outils ont été développés et sont présentés ici.

13.1.1 Monitoring des centres d'accueil et de traitement et des projets de travail de proximité

- Introduction de l'étude, but recherché

Déjà utilisés de septembre à décembre 1997 par les projets de travail de proximité et les centres Eds et ZB, l'utilisation de l'outil du monitoring nous permet de mesurer la fréquentation des différentes structures et de répondre ainsi partiellement aux questions relevant de l'objectif I du Conseil d'Etat concernant l'évolution de la demande et de l'offre en aide et en traitement.

- Méthodologie

Le monitoring est un outil simple de relevé statistique tenu soit quotidiennement, soit durant un laps de temps défini qui peut être répété d'année en année.

Les monitoring fournissent des données telles que le nombre de contacts quotidiens avec les usagers, le nombre de personnes vues chaque jour et les nouveaux usagers qui rejoignent la structure. Ils permettent également le relevé des prestations offertes par le centre : repas, douches, lessive, aide administrative etc.

Pour rester un outil léger, le nombre de variables relevé est généralement assez restreint et n'englobe pas la description détaillée des prestations fournies par exemple en terme de durée ou de sujet s'il s'agit d'entretien.

- Avantages

Ces outils sont couramment utilisés et constituent fréquemment la base statistique des petites structures. Ils permettent la comparaison entre différentes structures. Répétés annuellement, ils offrent aussi une vision de l'évolution de la clientèle et des activités des centres.

Une fois mis en place, ils sont d'une utilisation aisée et ne nécessitent pas de gros investissements en temps.

- Limites

Les données fournies sont purement quantitatives. Elles ne permettent en rien la description de la qualité des prestations offertes et ne fournissent aucune explication sur le pourquoi des éventuelles variations enregistrées quant au nombre de passages dans la structure. Leur interprétation nécessite le recours à des réunions de suivi dans lesquelles ces aspects peuvent être clarifiés.

- Avantages attendus

Faciliter la comparaison entre structures comparables

Fournir des données évolutives

Appréhender, même de manière simplifiée, l'offre et la demande en matière d'aide

- Engagement en temps pour les institutions et intervenants

Bien que limité à trois mois, une bonne adhésion est nécessaire pour que le relevé soit fait régulièrement et de façon exhaustive.

13.1.2 Réunion de suivis

- Introduction de l'étude, but recherché

Les réunions de suivis organisées tout au long de l'année permettent d'éclairer les résultats quantitatifs récoltés avec le monitoring et la feuille de premier contact. Elles permettent également de suivre le processus de mise en place de chacune de ces structures et de décrire les obstacles qu'elles rencontrent. C'est également l'occasion pour les équipes et les évaluateurs de confronter leur vision du terrain.

Elles ne contribuent qu'indirectement à la production d'éléments de réponses aux objectifs généraux.

- Méthodologie

Les réunions de suivi sont menées par deux personnes de l'UEPP de manière semi-directive et en suivant une grille d'entretien.

Elles ont lieu régulièrement (tous les trois mois environ) dans chaque structure évaluée.

- Avantages

Le contact avec les équipes permet de mieux comprendre la manière dont elles orientent leur travail et de "sentir l'ambiance". Les réunions sont l'occasion de mieux expliquer les avantages des outils mis en place et contribuent au développement d'une "culture"/pensée d'évaluation au sein des institutions ; ceci favorise également le passage de l'évaluation externe à l'évaluation interne. Les contacts ainsi établis favorisent la collaboration entre intervenants et évaluateurs ; ils permettent aux équipes de transmettre une part de leurs préoccupations que celles-ci concernent les problèmes de toxicomanie, de réseau ou encore de surcharge.

- Limites

Les réunions de suivis restent indispensables, mais sont extrêmement dispendieuses en temps ! Elles fournissent des données qualitatives qui peuvent paraître parfois moins objectives que des résultats quantifiés, mais qui reflètent les appréciations des personnes travaillant sur le terrain.

- Engagement en temps pour les institutions et intervenants
Engagement faible.

13.1.3 Etude de dossiers et suivi des patients des centres d'accueil et de traitement

- Introduction de l'étude, but recherché

Au cours de la première phase d'évaluation, l'étude de dossiers a été menée pendant une année au CSM. Elle a fourni un profil des 100 premiers usagers du centre, permettant de mesurer l'évolution à la fois de la situation des usagers par rapport à la consommation de drogues et par rapport à leur insertion sociale. Le relevé des faits marquants à 6 mois et une année fournit des indications sur le parcours de soins des patients. La capacité de rétention du centre a été mesurée ainsi que, partiellement tout au moins, le fonctionnement du réseau à travers la référence de certains patients à des intervenants extérieurs (pharmacie, médecins, etc.).

Cet outil a été étendu à l'UAS et aux centres d'accueil EdS et ZB.

Cet outil fournit ainsi des éléments de réponses aux questions relevant des objectifs I, II et III du Conseil d'Etat : Profil de la clientèle, capacité de rétention en traitement, orientation et fonctionnement des processus thérapeutiques et socio-éducatifs, évolution de l'insertion socioprofessionnelle des usagers et de leur consommation.

- Méthodologie

La récolte des indications nécessaires au suivi des patients se fait en parcourant leur dossier à intervalles réguliers : à l'entrée, à 6 mois et une année. Elle nécessite donc une bonne documentation des cas, et si

possible une tenue de dossiers relativement homogène pour éviter des taux élevés de données manquantes.

Il s'agit d'un outil de relevé relativement lourd qui comporte un nombre important de variables. Il est préférable qu'une seule personne se charge du relevé pour garantir une certaine homogénéité lors de l'interprétation des informations contenues dans le dossier (par ex. délai et indice permettant de déceler que l'utilisateur est en situation de drop out).

- Avantages

La méthode utilisée s'apparente à des études de cas et permet de récolter une grande quantité d'informations sur l'utilisateur de la structure, sur son réseau personnel ou encore sur la prise en charge qui lui est proposée.

Ce suivi d'une cohorte sur dossiers peut être répété année après année et permet dès lors la comparaison, à un an d'intervalle, du profil et de la situation sociale des consommateurs qui arrivent nouvellement au centre. L'existence d'une deuxième cohorte permet également de faire ressortir les changements qui ont pu intervenir dans la mise sur pied d'une prise en charge (délai d'attente, orientation vers l'extérieur plus rapide, etc.).

- Limites

La méthode nécessite un investissement en temps considérable pour la récolte des données, mais nettement moins important que s'il s'agissait de suivre une cohorte de patients (et non de dossiers). De plus, pour que cet investissement soit vraiment fructueux, il faut que la tenue des dossiers soit suffisamment bonne pour garantir une information la plus complète possible et limiter les données manquantes.

Sans une deuxième cohorte qui permette de suivre certaines évolutions, la méthode perd beaucoup de son intérêt.

En l'absence de réels dossiers dans les structures socio-éducatives (par exemple EdS et ZB) la récolte devrait être faite auprès de ou par des intervenants eux-mêmes et le nombre de variables qui pourrait être retenues serait fortement diminué.

- Engagement en temps pour les institutions et intervenants

Engagement relativement lourd si les données ne peuvent pas être récoltées dans les dossiers par une personne de l'équipe d'évaluation.

13.1.4 Etude de clientèle

- Introduction de l'étude, but recherché

Ce projet, nouveau par rapport aux méthodes utilisées dans le cadre de ce mandat, consiste en une enquête auprès des usagers de différentes structures dans le but de connaître leur réseau de contacts parmi les différents intervenants et leur utilisation des différentes structures du dispositif régional de prise en charge.

Cet outil fournit ainsi des éléments sur le mode et la fréquence de l'utilisation de la chaîne thérapeutique du point de vue de l'utilisateur. Il permet en même temps de recueillir des informations sur des structures autres que celles évaluées jusqu'à présent et de dresser un profil des consommateurs englobant éventuellement des personnes toxicodépendantes ne fréquentant pas les nouvelles structures (objectifs II, III et IV).

- Méthodologie

L'étude de clientèle consiste en un questionnaire auto-administré aux usagers et comportant des données sur leur consommation actuelle et leur parcours de consommateurs, sur leur insertion, sur leurs occupations au cours des dernières 24 heures (parcours quotidien) ainsi que sur les structures utilisées au cours du dernier mois.

Le questionnaire est proposé, durant une semaine, à chaque usager fréquentant les centres d'aide et de traitement, les travailleurs de proximité, la Pastorale de rue, les médecins prescripteurs de méthadone, le Rel'aids, etc., à l'exception des structures résidentielles.

- Avantages

La méthode comporte nettement deux facettes intéressantes. La première permet de réaliser une étude de clientèle à l'échelle du canton (la dernière datait de 1996 et avait été menée à St. Laurent et à travers le Rel'aids) et de reprendre certaines questions traitées auparavant.

Elle devrait permettre également de mesurer les flux entre les différentes structures, les éventuelles doubles prises en charge et la fréquence des passages dans les différentes institutions.

- Limites

La rédaction du questionnaire doit tenir compte de la population concernée et l'organisation de la distribution du questionnaire doit être prévue de manière détaillée. Il convient notamment de s'assurer du concours des différents intervenants sollicités pour la distribution qui doivent adhérer au projet pour favoriser le taux de réponses.

- Engagement en temps pour les institutions et intervenants

Modéré

13.1.5 Travail socio-éducatif

- Introduction de l'étude, but recherché

Lors de la première phase d'évaluation, les outils mis en place ne permettaient pas d'évaluer le travail socio-éducatif mis sur pied dans les structures d'accueil à bas-seuil; les aspects de la prise en charge qu'il recouvre ne se laissent pas facilement évaluer. Pour la deuxième phase, il a donc été décidé d'explorer les modalités qu'une telle évaluation pourrait prendre et quels seraient les outils adéquats. La méthode utilisée pour mener à bien cette réflexion et les résultats de cette recherche figurent au chapitre 8.

13.1.6 Estimation du nombre de consommateurs de drogues par la méthode "capture-recapture"

- Introduction de l'étude, but recherché

La seule donnée dont on dispose est une approximation fournie par les experts cantonaux dans le cadre du rapport des cantons de 1993 : environ 2'500 consommateurs de drogues sévèrement dépendants dans le canton de Vaud (4.2 pour 1'000 habitants). Cette estimation est peu précise et déjà ancienne. Il serait souhaitable d'avoir une donnée plus fiable afin de pouvoir évaluer l'ampleur et l'évolution du phénomène de la dépendance ainsi que la couverture des services de prise en charge socio-médicales dans le canton. Cette démarche permettrait également de mesurer les flux entre les différentes structures d'aide afin d'apprécier le fonctionnement du réseau de prise en charge pour les toxicomanes.

Cette méthode d'estimation pourrait servir d'exemple à d'autres cantons suisses. Et les données du canton de Vaud pourrait être comparées avec des données de différentes villes françaises. L'UEPP collabore actuellement avec un projet de l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) dans le cadre d'une étude de prévalence par capture-recapture multicentrique.

- Méthodologie

La méthode de "capture-recapture" est une méthode d'estimation de population utilisée initialement en zoologie pour estimer la population totale de poissons dans un lac²⁰⁴. Son application dans le domaine

²⁰⁴ Le principe de la méthode est de pêcher des poissons, de les marquer puis de les relâcher. A la deuxième pêche, le nombre de poissons marqués et non marqués sont comptés. A partir d'une règle de trois, le nombre total de poissons du lac est estimé. Par exemple, imaginons que lors de la 1^{ère} pêche on attrape 100 poissons (100/X), et à la 2^{ème} pêche 10 poissons marqués et 90 poissons non marqués (10/90), en utilisant la règle de trois : $100/X=10/90$ le nombre total de poissons de l'étang est alors de : $X = 100*90/10 = 900$.

épidémiologique est plus récente. Elle permet d'avoir des estimations précises de prévalence et de développer ainsi un système de surveillance.

Le principe de cette méthode est d'identifier les individus dans différents lieux (à l'aide d'un identificateur construit à partir des initiales du nom et prénom ainsi que de la date de naissance et du sexe) et de voir si on les retrouve ailleurs. Ainsi à partir des différentes probabilités qu'un individu se trouve dans une première source, des modèles log linéaires sont développés afin d'estimer la population totale de consommateurs. Dans le cadre de notre collaboration avec l'OFDT nous pourrions reprendre les modèles mathématiques développés en France et les appliquer au Canton de Vaud, ce qui permettra une économie considérable de temps dans l'analyse des données, et donc un coût faible pour la réalisation de cette étude.

- **Choix des sources** : Afin d'améliorer la qualité de l'estimation, il est nécessaire d'avoir des sources très diversifiées et représentatives des lieux fréquentés par les consommateurs : structures de prise en charge médicales et sociales, bas seuil, police²⁰⁵.
- **Feuilles de recueil de données** : Cette feuille doit être remplie pour chaque individu venant dans le service durant une période déterminée (3 ou 6 mois). Ce recueil contient en plus des identificateurs et de la date des informations concernant la consommation, l'état de santé, la situation sociale et la fréquentation d'autres structures.

▪ Avantages

Cette méthode permet d'obtenir une estimation du nombre de consommateurs de drogues d'autant plus fiable que le nombre de sources de données augmente. De plus, si un questionnaire complémentaire est rempli, diverses estimations peuvent être obtenues notamment par type de substances consommées et intensité de la consommation. Dans le même ordre d'idée, des flux entre structures peuvent être déterminés si l'on utilise un questionnaire additionnel.

En répétant l'étude au cours du temps, il est possible d'obtenir des estimations fiables de l'évolution du nombre de consommateurs.

▪ Limites

La principale limite porte sur le nombre de structures participants (notamment la diversité de celles-ci). Si les sources ne sont pas indépendantes, le risque de sous-estimation du nombre de consommateurs est important.

▪ Etapes proposées

La **première étape** correspond à une **étude de faisabilité** et permet de déterminer d'une part si les sources utilisées dans cette étape sont accessibles et si les estimations obtenues ainsi sont valables :

- Utiliser les fichiers informatiques déjà existants : Méthadone, Opale, CSM, Police.

On obtient ainsi une estimation du nombre de consommateurs en traitement et en relation avec la police.

La **deuxième étape** se fera sur la base des expériences acquises dans la première étape et fonction de la collaboration avec les autres structures et sources de données. De plus la réalisation de cette étape sera rediscutée avec le groupe de pilotage et la Commission cantonale après avoir présenté les résultats de la première étape :

- Diversifier les sources : structures sociales, à bas seuil, urgences, médecins privés.

On obtient ainsi une estimation plus précise du nombre de consommateurs et l'on peut procéder à des analyses de flux entre les différents types de sources.

Les résultats de la première étape sont rapportés dans le chapitre 8.

²⁰⁵ Plus la collecte de données est bonne plus l'estimation est précise, il faut donc s'assurer de la collaboration et de la motivation de toutes les structures concernées.

13.2 ANNEXE AU CHAPITRE 5 : EVALUATION DES CENTRES DE TRAITEMENT RESIDENTIEL

Tableau 13.2-1 Calypso : nombre et proportion d'admissions interrompues au cours des premiers 7 jours, selon certaines caractéristiques au moment de l'admission (1998-1999)

Interruptions au cours des premiers 7 jours	n	%
Effectifs	149	(37%)
Age		
< 30 ans	93/220	(42%)
30 à 39 ans	50/152	(33%)
40 ans et plus	6/28	(21%)
Domicile ^(OP.)		
Sans domicile fixe	13/34	(38%)
Scolarité atteinte (OPALE)		
Scolarité obligatoire	82/175	(47%)
Scolarité supplémentaire	50/198	(25%)
Travail (OPALE)		
Sans travail (chômeur ou AI)	108/284	(38%)
Emploi, temps plein	20/63	(32%)
Produit		
Héroïne		
Non	19/62	(31%)
Oui	129/337	(38%)
Cocaïne		
Non	86/221	(39%)
Oui	63/179	(35%)
Benzodiazépine		
Non	91/235	(39%)
Oui	58/165	(35%)
Nb de produits consommés		
1 produit	29/81	(36%)
2 produits	59/128	(46%)
3 produits et plus	60/188	(32%)
Injection		
Non	50/146	(34%)
Oui	99/254	(39%)
Durée dépendance		
< 5 ans	56/137	(41%)
5 à 10 ans	57/151	(38%)
11 ans et plus	26/91	(29%)
Traitement de substitution		
Non	74/176	(42%)
Oui	75/224	(34%)
Dosage de méthadone		
< 20 cc	22/79	(28%)
20 cc ou plus	50/125	(40%)

Interruptions au cours des premiers 7 jours	n	%
Projet de traitement résidentiel		
Non	70/190	(37%)
Oui	72/211	(34%)
Retard > 1/2 h. à l'admission		
Non	95/265	(36%)
Oui	17/35	(49%)
Intoxiqué à l'admission		
Non	50/143	(35%)
Oui	62/157	(40%)

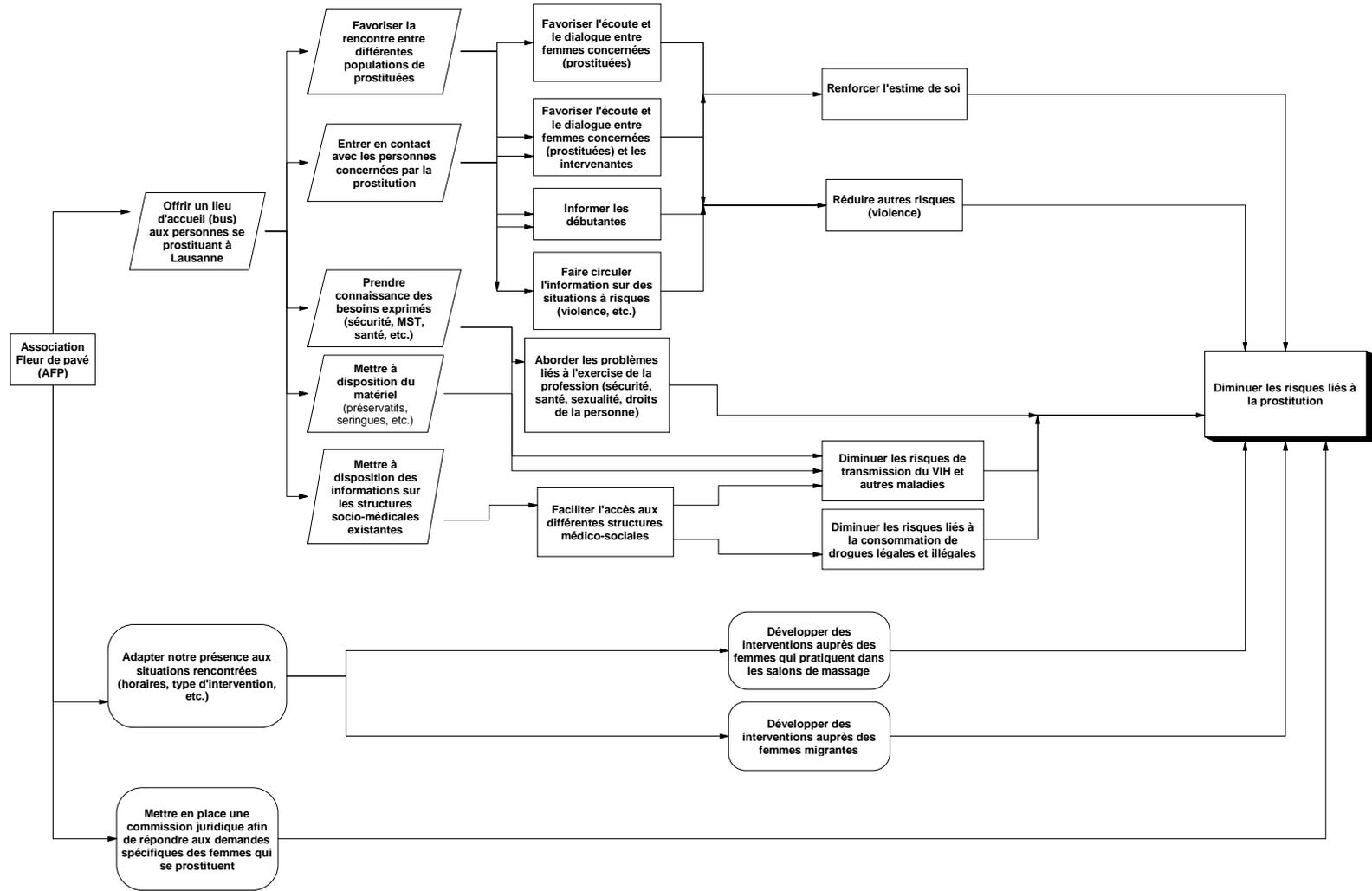
Ce tableau porte sur les 149 admissions de 1998 et 1999 qui se sont terminées au cours de la première semaine (7^e jour inclus), parmi l'ensemble des 400 admissions pour lesquelles la durée est disponible.

Les données proviennent du fichier interne de La Calypso, à moins d'indication contraire ; le cas échéant, les totaux peuvent légèrement différer puisque la statistique OPALE identifie 181 personnes différentes en 1999 et 144 en 1998.

Pour le nombre de produits consommés, les opiacés (héroïne et méthadone) ne sont comptés qu'une seule fois.

"Scolarité supplémentaire" inclut : maturité, écoles professionnelles, maîtrise fédérale, hautes écoles, etc.

13.3 ANNEXE AU CHAPITRE 7 : THEORIE D'ACTION DE L'ASSOCIATION FLEUR DE PAVE



13.4 ANNEXE AU CHAPITRE 8 : LES AUTRES RECHERCHES

Tableau 13.4-1 Missions et objectifs dans le travail socio-éducatif

Finalité	Missions	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Moyens
Socialisation des personnes toxicodépendantes	Soutien Orientation	Transmission de savoir faire	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation des compétences administratives et financières Amélioration des compétences professionnelles Poursuite de la scolarité 	Aide pour établir un budget Plan de désendettement Etablissement d'un dossier AI Débroussaillage du dossier assurance maladie Aide pour la déclaration d'impôt Bilan professionnel Aide pour l'établissement d'un CV
	Accueil Soutien	Transmission de savoir être	<ul style="list-style-type: none"> Valorisation des ressources personnelles Reconstruction de l'identité Reconstruction des liens sociaux Apprentissage des règles de vie en groupe Travail autour de la dépendance 	Petits emplois Reconnaissance de l'expérience de la personne Ecoute Nommer la personne Entretien Espace commun Entretien Confrontation
	Accueil Orientation	Gestes de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la santé du point de vue de l'alimentation Amélioration de la santé du point de vue de l'hygiène Mise sur pied d'occupations 	Repas Douche Lessive Journée ski
	Prévention	Réduction des risques	<ul style="list-style-type: none"> Prévention de la consommation Prévention des risques liés à la consommation Prévention des maladies transmissibles 	Travail sur la codépendance Information sur le produit Information sur le produit Information sur réseau veineux Discussion des différents mode de consommation Matériel d'injection Test Vaccination
	Formation			

13.5 ANNEXE AU CHAPITRE 9 : DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES COMPLEMENTAIRES

Tableau 13.5-1 Traitements de substitution : nombre de personnes considérées en traitement par la santé publique, selon le mois (1998-1999)

Date		Nombre de personne
Janvier	1998	1577
Février	1998	1592
Mars	1998	1574
Avril	1998	1604
Mai	1998	1627
Juin	1998	1610
Juillet	1998	1622
Août	1998	1624
Septembre	1998	1615
Octobre	1998	1630
Novembre	1998	1640
Décembre	1998	1663
Janvier	1999	1668
Février	1999	1665
Mars	1999	
Avril	1999	1684
Mai	1999	
Juin	1999	
Juillet	1999	
Août	1999	1700
Septembre	1999	1705
Octobre	1999	1720
Novembre	1999	1731
Décembre	1999	1710

* Pour certains mois, les données n'ont pas été produites par la santé publique.

* Certains patients dont le traitement est terminé peuvent être considérés en traitement, parce que la santé publique n'a pas été avisée. Cela peut surestimer le nombre de personnes en traitement, surtout pour la période la plus récente (derniers semestres de 1999).

Tableau 13.5-2 Nombre de médecins ou centres qui prennent en charge des toxicomanes selon le district (1985 à 1999)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Aigle	3	3	5	6	9	10	12	13	15	14	13	13	13	13	13
Aubonne								1	2	2	2	3	3	4	4
Avenches					1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2
Cossonay	1	2	2	2	3	4	4	6	6	5	4	4	5	5	3
Echallens								2	4	5	5	5	5	4	5
Grandson					1	1	1	2	3	4	4	5	6	5	4
Lausanne	24	27	28	33	39	45	54	59	75	88	88	96	95	106	108
Lavaux			1	1	1	1	1	1	2	4	4	4	6	6	6
Morges	5	5	5	5	7	8	8	9	13	15	15	15	15	18	19
Moudon	3	5	5	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8	10
Nyon	5	7	6	7	8	8	10	11	13	14	16	18	16	17	18
Orbe	2	4	4	4	4	4	3	3	4	6	6	6	6	6	9
Oron					1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3
Payeme		1	1	1	2	3	4	5	5	5	5	5	5	6	7
Pays-d'Enhaut			1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3
Rolle								1	1	1	1	1	1	1	1
Vevey	5	7	8	10	11	13	19	20	22	23	23	21	24	25	23
Yverdon	3	3	3	3	5	5	5	8	8	11	12	14	16	16	17
District inconnu	13	13	12	15	14	13	12	13	16	16	18	21	16	19	17
Total	64	77	81	93	114	125	143	164	200	225	230	244	245	266	272

* Le nombre total de médecins figurant dans ce tableau, obtenu à partir du registre des autorisations, est légèrement supérieur à celui rapporté par la santé publique. D'une part parce que pour ce tableau tous les médecins ou centres ayant eu au moins une autorisation valide au cours de l'année ont été considérés, tandis que la santé publique rapporte plutôt une photographie de ceux qui ont au moins une autorisation valide lors d'une certaine journée. En outre, la santé publique peut disposer d'informations supplémentaires sur les fins de traitement survenues avant la fin de la période de validité de l'autorisation.

Tableau 13.5-3 FOS : sorties des centres de traitement résidentiel du canton de Vaud (1998-1999)

	1998		1999	
	n	%	n	%
Effectifs*	24		49	
Nb femmes	5	(21%)	13	(27%)
Durée du séjour dans l'institution				
Médiane	80 jours		107 jours	
Moins de 3 mois	16	(67%)	21	(43%)
3-6 mois	6	(25%)	13	(27%)
6-12 mois	2	(8%)	11	(22%)
12-18 mois	0		4	(8%)
Nombre d'interruptions				
Missing	3			
Sans interruptions	15	(63%)	23	(47%)
1 fois	3		12	
2 fois ou plus	3		14	
Durée globale des interruptions				
Moins d'une semaine	5		13	
Une semaine ou plus	1		10	

* Il s'agit de l'information disponible à mi-janvier 2000, l'information éventuellement reçue par FOS après cette date n'a pas pu être considérée pour ce tableau. Par ailleurs, il faut noter que pour 1998 l'année complète n'a pas été couverte par tous les centres.

Tableau 13.5-4 Indicateurs socio-démographique et d'intégration sociale des consommateurs de drogues dures clients des structures à bas seuil (1993-1996-2000)

	1993		1996		Lau- sanne	2000 canton	TOTAL VAUD
	Rel'aids	SUISSE	Saint- Laurent	SUISSE			
AGE ET SEXE							
% femme	30	27	48	27	36	29	33
âge moyen	26.7	26.7	29.2	29.0	31.8	29.4	30.7
INTEGRATION SOCIALE							
Niveau de formation							
% scolarité obligatoire	-	-	27	30	37	36	37
% apprentissage	-	-	59	61	47	53	50
% formation supérieure	-	-	14	9	16	11	14
Domicile principal le dernier mois							
% domicile fixe	80	81	85	85	86	85	86
% sans domicile fixe	8	12	14	10	9	4	7
% institution	7	4	0	3	1	8	4
Sources de revenu le dernier mois							
% temps complet	8	26	5	21	7	12	10
% aide sociale	57	27	47	36	49	54	51
% assurance	19	9	38	27	39	29	35
% revenu illégaux	23	28	14	26	12	11	12
% prostitution	8	6	17	6	11	1	7
Relations avec la justice							
% contrôle de police dernier mois	76	66	55	45	44	16	31
% déjà été en prison	79	68	77	68	47	61	53
% en prison durant 2 dernières années	-	-	45	36	19	33	25
N total	90	1119	65	944	97	82	179

Tableau 13.5-5 Indicateurs de consommation auprès des consommateurs de drogues dures clients des structures à bas seuil (1993-1996-2000)

	1993		1996		Lau- sanne	2000 canton	TOTAL VAUD
	Rel'aids	SUISSE	Saint- Laurent	SUISSE			
INJECTION							
% injecteurs durant la vie	80	89	95	91	85	82	84
% injecteurs durant les 6 dern. Mois	69	85	89	86	58	57	58
nombre moyen d'injection par semaine	-	-	17.4	17.7	8.2	8.3	8.3
CONSOMMATION DURANT DERNIER MOIS							
% consommateurs de drogues dures	51	96	92	95	63	52	58
Modèle consommation drogue dure							
% consommateurs héroïne seulement	37	29	27	23	10	39	20
% consommateurs cocaïne seulement	6	3	12	3	23	14	19
% multiconsommateurs*	58	69	62	75	67	51	60

	1993		1996		Lau- sanne	2000 canton	TOTAL VAUD
	Rel'aids	SUISSE	Saint- Laurent	SUISSE			
Fréquence de consommation ** (rapporté à l'ensemble des individus)							
% consommateurs réguliers héroïne	32	61	60	67	28	23	26
% consommateurs réguliers cocaïne	7	23	25	31	18	12	16
% consommateurs réguliers cocktail	2	14	12	37	8	5	7
% consommateurs réguliers benzo.	-	-	40	20	28	15	22
TRAITEMENT							
% suivant traitement méthadone	52	35	52	45	61	67	64
dose moyenne par jour (en mg)	-	-	72.1	67.0	77.4	75.4	76.4
durée moyenne (en mois)	-	-	30.7	32.7	43.8	24.1	34.2
N total	90	1119	65	944	97	82	179

* Multiconsommateurs = consommateurs d'héroïne et de cocaïne en même temps (cocktail) ou séparément.

** Consommation régulière = plusieurs fois par semaine.

Tableau 13.5-6 Etat de santé et prises de risques des consommateurs de drogues dures clients des structures à bas seuil (1993-1996-2000)

	1993		1996		Lau- sanne	2000 canton	TOTAL VAUD
	Rel'aids	SUISSE	Saint- Laurent	SUISSE			
ETAT DE SANTE PERCU							
% bonne santé	67	68	73	75	68	82	74
TEST VIH							
% consommateurs testés	89	88	99	93	95	89	92
% séropositifs parmi les testés	18	10	11	11	10	4	7
HEPATITES B							
% consommateurs testés					77	79	78
% ayant eu au moins un test positif					36	35	36
% ayant été vacciné					24	27	25
HEPATITES C							
% consommateurs testés					73	67	70
% ayant eu au moins un test positif					60	54	58
OVERDOSES							
% ayant eu une overdose			59	49	42	55	48
nombre moyen d'overdoses			3.9	4.1	4.3	4.2	4.2
nombre moyen d'overdoses ayant eu recours à un service médical					2.7	2.4	2.5
PARTAGE DE SERINGUE USAGEE*							
% durant la vie	63	40	54	44	57	68	62
% durant les 6 derniers mois	39	17	24	11	21	23	22
DON DE SERINGUE USAGEE*							
% durant les 6 derniers mois			22	9	9	17	13

	1993		1996		Lau- sanne	2000 canton	TOTAL VAUD
	Rel'aids	SUISSE	Saint- Laurent	SUISSE			
UTILISATION DU PRESERVATIF **							
% Partenaire(s) stable(s)	65	60	51	53	64	60	62
% toujours utilisé préservatif	32	26	21	27	36	25	31
% jamais utilisé préservatif	46	55	58	58	44	57	50
% partenaire non consommateur	-	-	46	52	63	69	65
% Partenaire(s) occasionnel(s)	35	34	40	31	40	35	38
% toujours utilisé préservatif	62	61	77	67	80	62	72
% jamais utilisé préservatif	3	14	8	13	8	24	15
UTILISATION DU PRESERVATIF							
durant dernier rapport sexuel	-	-	51	51	55	44	50
N total	90	1119	65	944	97	82	179

* Taux rapporté à la population concernée

** Durant les 6 derniers mois. Trois fréquences d'utilisation du préservatif : *toujours, parfois, jamais*

Tableau 13.5-7 Fréquentation mensuel du dispositif bas seuil des consommateurs de drogues dures clients des structures à bas seuil (2000)

% usagers des SBS Lausanne / du reste du canton fréquentant durant le dernier les structures suivantes	Usagers des SBS Lausanne		Usagers des SBS du reste du canton		Total	
	n	%	n	%	n	%
LAUSANNE						
Le Passage	77	79%	8	10%	85	48%
La Soupe	78	80%	8	10%	86	48%
CSM	46	47%	2	2%	48	27%
Point d 'Eau	6	6%	1	1%	7	4%
Fleur de Pavé	6	6%	0		6	3%
CANTON DE VAUD						
Rel 'aids	2	2%	0		2	1%
EDS	1	1%	29	35%	30	17%
ZB	2	2%	27	33%	29	16%
ACT	1	1%	29	35%	30	17%
UAS	2	2%	18	22%	20	11%
N total	97		82		179	

Tableau 13.5-8 Liste et description des différentes institutions et intervenants accrédités pour distribuer des seringues dans le canton de Vaud²⁰⁶

"LE GRAND LAUSANNE"	
• Pastorale de rue	
Objectifs	Ecoute, accueil, suivi sur la durée, coups de main ponctuel, distribution de matériel d'injection stérile
Localisation	rue de l'Alé 31, Lausanne
Ouverture	lundi au vendredi soir de 16h à 19h
Fermeture	Avril 1999 avec l'ouverture du Passage
• Dispensaire de la Croix-rouge	
Objectifs	Soins gratuits de santé primaire destinés aux plus démunis, accès à des soins dentaire, accueil.
Localisation	Place Pépinet, Lausanne
Ouverture	Lu 17h-21h, me et ve 15h-18h
• Médecin de rue	
Objectifs	Soins somatiques de base gratuits, remise de matériel d'injection. Evaluation de la situation avec propositions thérapeutiques.
Localisation	Saint-Laurent, Lausanne
Ouverture	Mardi et jeudi de 19h30 à 22h
Fermeture	Avril 1999 avec l'ouverture du Passage
• Fleur de Pavé	
Objectifs	Bus destinées aux femmes prostituées. Ecoute, café, distribution de matériel d'injection, de préservatifs et de matériel d'hygiène annexe
Localisation	Rue de Genève, L'Avenue de Sévelin, Lausanne
Ouverture	Mardi, jeudi, vendredi de 22h à 02h
• Rel'aids	
Objectifs	Réponse à l'urgence, renforcement du réseau de l'usager et orientation, travail de proximité : rue, domicile, établissements publics
Localisation	Dans tous le canton
• Soupe populaire	
Objectifs	Distribution de nourriture, soupe et café. Aide et orientation sur le réseau. Remise de matériel d'injection sauf le dimanche
Localisation	Place de la Riponne ; Lausanne
Ouverture	Lundi, mercredi, jeudi, vendredi de 19h à 21h30
AUTRES VILLES DU CANTON	
• Zone Bleue	
Objectifs	Accueil, soutien social, soins médicaux, repas de midi, douche, machine à laver. Matériel d'injection. Accompagnement et aiguillage dans le réseau existant.
Localisation	Route de Neuchâtel 4, Yverdon
Ouverture	Depuis juin 1997, lundi-jeudi 11h-18h, vendredi 11h-16h
• Entrée de Secours	
Objectifs	Accompagnement psychosocial, orientation et soins médicaux de base. Démarrage de traitement. Création et maintien d'un réseau autour de la personne
Localisation	Rue Centrale 20, Morges
Ouverture	Depuis juillet 1997, lundi-vendredi (13h30-20h) et dimanche (16h-18h)
• Action communautaire et toxicomanie (ACT)	
Objectifs	présence sur le terrain, accompagnement dans le réseau de prise en charge, amélioration de la collaboration entre les différents intervenants du domaine de la toxicomanie
Localisation	Ancienne Monneresse 5, Vevey et Riveria
Ouverture	Lundi, mardi, jeudi, vendredi 10h à 12h 13h130 à 18h mercredi 14h à 18h + présence dans la rue
• Le Passage	

²⁰⁶ L'aide aux toxicomanes : répertoire pour un réseau vaudois. Morges : Rel'ier, Relais; 1997.

"LE GRAND LAUSANNE"

Objectifs

Accueil, repas de midi, soins somatiques et sanitaires de base (douche), orientation avec accompagnement dans le réseau médico-psycho-social, offre de petits boulots, matériel d'injection

Localisation

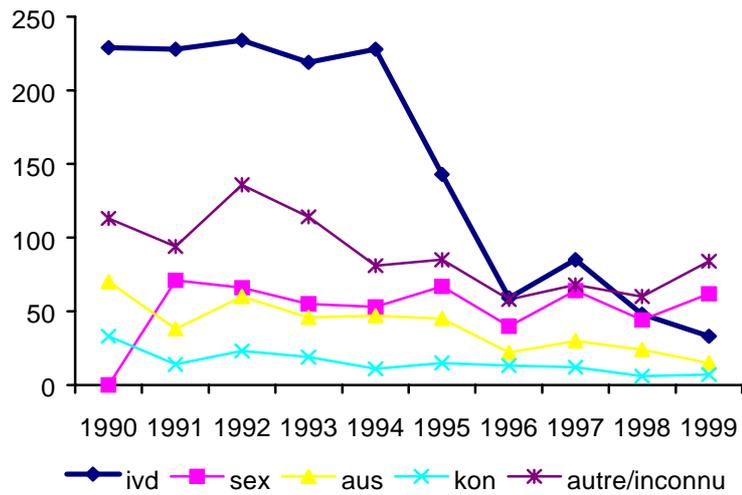
Place du Vallon 4, Lausanne

Ouverture

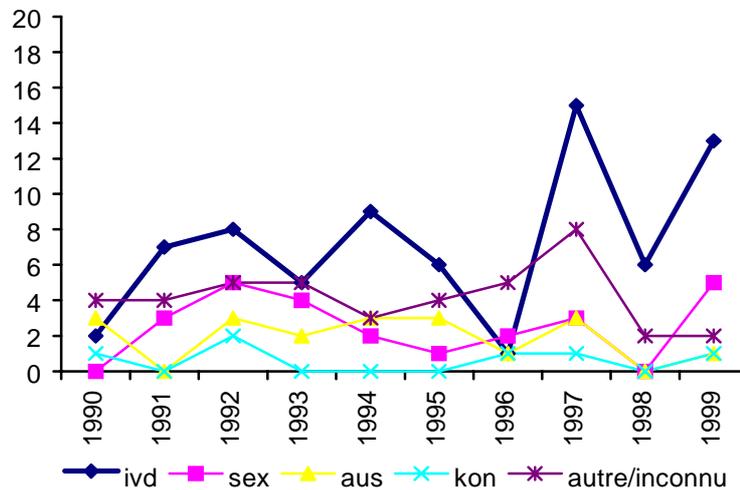
Depuis mai 1999, 9h-19h tous les jours y compris le dimanche

Figure 13.5-1 Les cas d'hépatite B aiguë en Suisse et dans le canton de Vaud

En Suisse



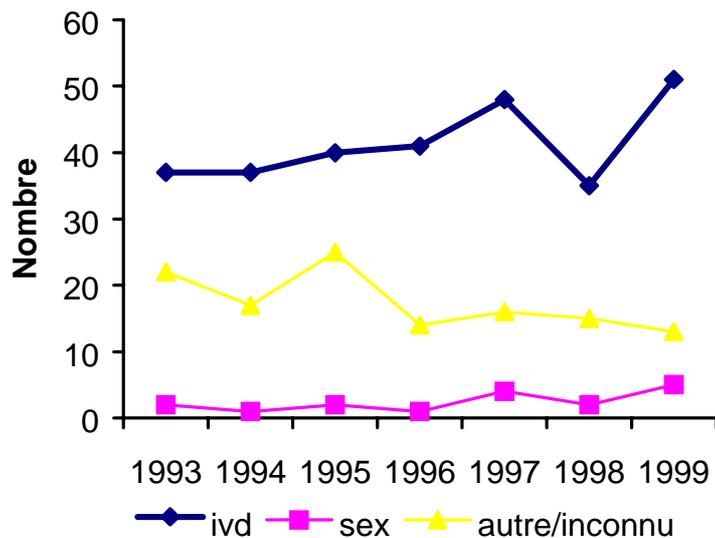
Dans le canton de Vaud



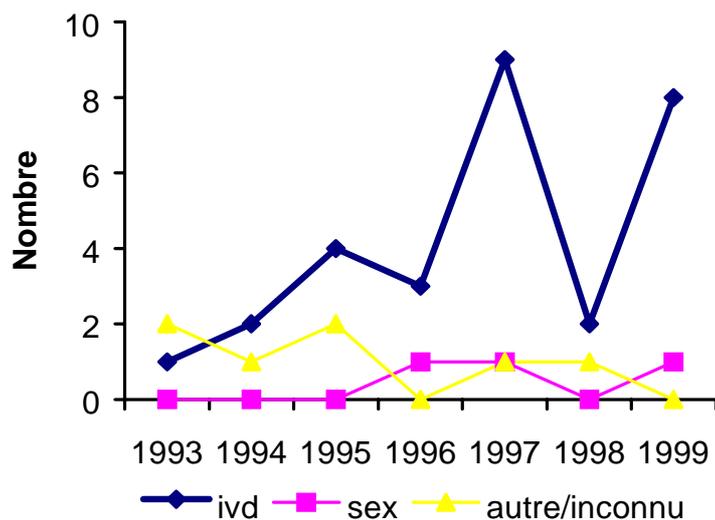
* Les fluctuations du nombre de cas d'hépatite B aiguë dans le canton de Vaud doivent être interprétées avec prudence, compte tenu du faible nombre de cas. On peut néanmoins observer que l'injection de drogues est le principal facteur de risque parmi les cas déclarés. Légende pour les principaux facteurs de risque :
 "ivd": usage de drogues par injection
 "sex": contacts sexuels
 "aus": exposition à l'étranger
 "kon": contact avec une personne infectée (famille, travail)

Figure 13.5-2 Les cas d'hépatite C aiguë en Suisse et dans le canton de Vaud

En Suisse

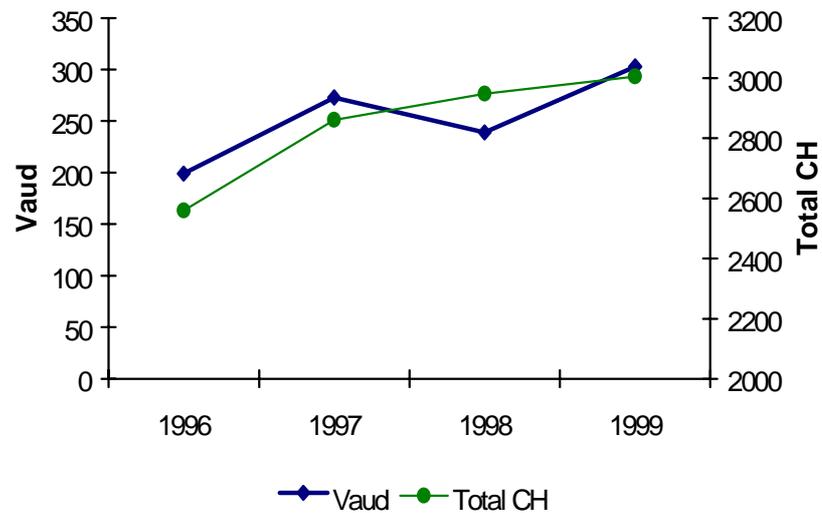


Dans le canton de Vaud



* Les fluctuations du nombre de cas d'hépatite C aiguë dans le canton de Vaud doivent être interprétées avec prudence, compte tenu du faible nombre de cas. On peut néanmoins observer que l'injection de drogues est le principal facteur de risque parmi les cas déclarés.
 Légende pour les principaux facteurs de risque :
 "ivd": usage de drogues par injection
 "sex": contacts sexuels.

Figure 13.5-3 Nombre de premiers tests positifs démontrant l'infection par le virus de l'hépatite C en Suisse et dans le canton de Vaud (1996 à 1999)



* Le moment précis de l'infection est inconnu. L'information principale à retenir est qu'entre 1996 et 1999, seulement dans le canton de Vaud, il y a eu plus de 1 000 personnes - qui sont presque toutes des injecteurs de drogues - pour lesquelles un dépistage a révélé l'infection (1996 à 1999: 1 014 pour Vaud; 11 372 pour l'ensemble de la Suisse).

