

Hospices / CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaire

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

TOXICOMANIE DANS LE CANTON
DE VAUD : PERIODE D'EVALUATION
2002-2004

Cahier 1

*Thérèse Huissoud, Sanda Samitca, Sophie Arnaud,
Hugues Balthasar, Frank Zobel, Françoise Dubois-Arber*

Etude financée par :	Le canton de Vaud, Département de la Santé et de l'Action sociale (DSAS), selon décision du Conseil d'Etat du 11 décembre 1996
Citation suggérée	Huissoud T, Samitca S, Arnaud S, Balthasar H, Zobel F,, Dubois-Arber F. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud : quatrième période d'évaluation 2002-2004 (Cahier 1). Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2005 (Raisons de Santé, 112).
Groupe de pilotage	Monsieur P.Y. Bassin Madame L. Chinet Madame N. Christinet, Monsieur le Dr P. Forel, Madame le Dr I. Gothuey, Monsieur le Dr D. Laufer, Monsieur F. Perrinjaquet, Monsieur J.Cl. Pittet, Monsieur E. Toriel (Président)
Remerciements	À toutes les institutions qui ont participé à l'évaluation

Fichier RdS 112 toxVD 1 web.doc

TABLE DES MATIÈRES

Préambule	4
1	Résumé	5
1.1	Conclusions et recommandations générales	6
1.2	Conclusions et recommandations par objectif	8
2	Introduction	16
2.1	Bilan des trois premières périodes de l'évaluation	16
3	Période IV : objectifs et méthode	18
3.1	Objectifs retenus et questions d'évaluation	18
3.2	Méthode et instruments utilisés dans la IVeme période	18
4	Épidémiologie de la consommation de drogues dans le canton de Vaud	23
4.1	Introduction	23
4.2	Évolution de la consommation dans la population générale	24
4.3	Évolution de la consommation chez les consommateurs de drogue dépendants	28
4.4	Évolution de l'état de santé et de la situation sociale des consommateurs dépendants	34
4.5	Evolution des prises en charge et des traitements	40
4.6	Évolution des dénonciations	47
4.7	Conclusions à partir des indicateurs épidémiologiques	50
5	Présentation synthétique des résultats du suivi des structures de prise en charge	54
5.1	La prise en charge dans les centres de traitement ambulatoire : synthèse	54
5.2	La prise en charge dans les structures résidentielles : synthèse	59
5.3	Unité de sevrage : La Calypso	67
5.4	Les consommateurs de drogue dans le système carcéral vaudois	71
5.5	La prise en charge dans les centres d'accueil : synthèse	75
5.6	Remise de matériel stérile et de préservatifs	81
6	Enquête pharmacie	87
6.1	Questions et méthode de recherche	87
6.2	Résultats de l'enquête quantitative	89
6.3	Synthèse	99
6.4	Conclusion et recommandations	100
7	Drogues de synthèse et cocaïne en milieu festif	101
7.1	Introduction : objectifs et questions de recherche	101
7.2	Méthode de recherche	101
7.3	Résultats	103
7.4	Les priorités pour l'avenir	109
	Bibliographie	110
8	Annexes	113
8.2	Annexes au chapitre 4.4.2 VIH et hépatites	119
8.3	Annexes au chapitre 4.5.2 Traitements résidentiels (FOS)	122
8.4	Annexes du chapitre 5.5 La prise en charge dans les centres d'accueil : synthèse.	125
8.5	Annexe au chapitre 5.6 Remise de matériel stérile et de préservatifs	134
8.6	Annexes au chapitre 6 Enquête pharmacie	140
8.7	Annexe au chapitre 7 Drogues de synthèse et cocaïne en milieu festif	146

PRÉAMBULE

Depuis 1996, 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** dans le domaine de l'action cantonale contre la toxicomanie, qui se décompose en **trois tâches principales**.

1. Suivre **l'évolution de la situation épidémiologique de la toxicomanie dans le canton**. Ceci est réalisé par un suivi des principaux indicateurs de la taille et de la gravité du problème de la toxicomanie dans le canton.
2. Suivre les structures d'accueil et de traitement soutenues par le Conseil d'Etat en utilisant **diverses approches d'évaluation**.
3. Examiner l'atteinte d'**objectifs généraux** retenus par le Conseil d'Etat et les questions d'évaluation qui en découlent, de façon à avoir une vue d'ensemble des problèmes liés à la toxicomanie et guider les intervenants, ainsi que la Commission de prévention et de lutte contre la toxicomanie dans leurs réflexions et leurs actions.

Le suivi de ce travail est assuré par un groupe de pilotage émanant de la Commission cantonale de prévention et de lutte contre la toxicomanie, ainsi que d'autres experts. Les différentes questions d'évaluation sont débattues au sein de ce groupe et différents problèmes rencontrés au cours de l'évaluation peuvent ainsi être réglés. Toutefois, l'entière responsabilité du contenu des différents rapports (analyses, conclusions, recommandations) incombe à l'IUMSP.

Pour faciliter l'accès aux résultats principaux sans perdre les informations détaillées pour chacune des structures, les résultats des travaux réalisés durant la période d'évaluation 2002 - 2004 font l'objet de **deux cahiers** distincts.

- **Le présent cahier** commence par un résumé qui présente les conclusions relatives à l'atteinte des objectifs généraux et énonce une série de recommandations générales. Il reprend ensuite l'évolution de la situation de la toxicomanie dans le canton puis, de manière synthétique, les données issues du suivi des différentes structures. Deux chapitres traitent de questionnements particuliers : le rôle des pharmaciens dans la prise en charge des personnes toxicodépendantes, ainsi que la consommation de drogues de synthèse et de cocaïne en milieu festif.
- **Le deuxième cahier** présente de manière détaillée les données pour chacune des structures suivies. Ce deuxième cahier est disponible uniquement sous format Pdf^a.

^a Pour télécharger cf. www.iumsp.ch

1 RÉSUMÉ

Le Conseil d'Etat a décidé en 1996 de soutenir un ensemble de projets et de structures visant à 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 universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) a été mandatée pour évaluer ces nouveaux projets.

Le premier rapport, produit fin 1998¹, couvrait la période 1996-1997 et analysait principalement les étapes de la mise en œuvre des nouvelles structures, partiellement ou totalement financées par le canton depuis 1996.

Le deuxième rapport, achevé fin 2000² portait sur les données de 1998 et 1999. Il rendait compte des évolutions intervenues dans les structures du point de vue des objectifs poursuivis, de l'organisation interne, de l'offre de prestations et de la clientèle. De plus, un travail exploratoire était mené sur la définition, le contenu et les possibilités d'évaluation du travail socio-éducatif.

Le troisième rapport portait sur la période 2000-2001³ et se divisait en deux cahiers : le premier cahier reprenait de manière synthétique les données issues du suivi des différentes structures ; il présentait l'évolution de la situation de la toxicomanie dans le canton et décrivait l'état du débat sur un certain nombre de questions récurrentes dans le domaine de la toxicomanie. Le deuxième cahier présentait de manière détaillée les objectifs, l'organisation interne, la clientèle et l'offre de prestations pour chacune des structures suivies.

Le présent rapport, qui porte sur la période 2002-2004, comporte également deux cahiers distincts. Le premier reprend les synthèses du suivi des divers types de structures. Il présente l'évolution des principales composantes épidémiologiques de la toxicomanie, ainsi que les résultats de deux études spécifiques menées en 2003 et 2004 : une enquête sur le **rôle des pharmacies dans la réduction des risques et dans la prise en charge des personnes toxicodépendantes** et une étude sur la **consommation de drogues de synthèse et de cocaïne en milieu festif**^a.

Objectifs retenus

Pour la période d'évaluation 2002-2003, la Commission cantonale de prévention et de lutte contre la toxicomanie a maintenu l'orientation de l'évaluation 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.

Présentation des principaux éléments

Nous présentons ici tout d'abord les conclusions générales concernant l'évolution du nombre de personnes toxicodépendantes, ainsi que la gravité des problèmes liés à la consommation de drogues. Font écho à cette présentation les recommandations que nous jugeons prioritaires au vu de la situation actuelle.

Les conclusions et les recommandations sont ensuite détaillées en fonction des objectifs généraux du Conseil d'Etat vaudois. Pour chacun des objectifs, nous présentons les éléments marquant une amélioration de la situation, puis les difficultés ou lacunes persistantes, avant de suggérer différents points permettant de remédier aux problèmes relevés.

^a Cette étude fait l'objet d'un rapport séparé, Raisons de santé no 108, téléchargeable sur www.iumsp.ch/.

1.1 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

La situation de la toxicomanie dans le canton de Vaud, telle qu'elle se dégage de l'évaluation, peut être caractérisée en 9 points généraux (cf. Tableau 1.1).

Tableau 1.1 Conclusions et recommandations générales

Conclusions générales	Recommandations générales
<ul style="list-style-type: none">▪ Diminution, parmi les consommateurs dépendants, du nombre de consommateurs d'héroïne et augmentation de l'âge moyen (cohorte vieillissante).	<ul style="list-style-type: none">▪ Réflexion sur les besoins à venir de cette population (prise en charge des problèmes somatiques, éventuellement EMS)
<ul style="list-style-type: none">▪ Augmentation du nombre de consommateurs de cocaïne parmi les consommateurs dépendants et dans la population générale.	<ul style="list-style-type: none">▪ Réfléchir aux prises en charge et aux traitements pouvant être mis en place pour les consommateurs de cocaïne.▪ Mieux documenter l'évolution du nombre de consommateurs (profil, mode de consommation).
<ul style="list-style-type: none">▪ Amélioration globale de l'état de santé actuel des personnes toxicodépendantes, mais persistance d'un problème de santé important pour l'avenir en raison de la prévalence des hépatites chez les consommateurs dépendants.	<ul style="list-style-type: none">▪ Poursuite des efforts de prévention et de traitements dans le domaine des hépatites.
<ul style="list-style-type: none">▪ Diminution de la consommation par injection chez les consommateurs dépendants et diminution du nombre de nouveaux injecteurs.	<ul style="list-style-type: none">▪ Développer la prévention des risques liés à l'inhalation et aux autres formes de consommation.
<ul style="list-style-type: none">▪ Dégradation de l'insertion sociale du point de vue du logement, ainsi que de l'insertion professionnelle.	<ul style="list-style-type: none">▪ Réfléchir et élaborer des solutions permettant de faciliter l'accès à un logement, et développer des actions visant la socialisation des consommateurs.
<ul style="list-style-type: none">▪ L'enquête auprès de la clientèle des SBS montre que la population des consommateurs dépendants n'est pas homogène et que les besoins en traitement et en prise en charge sont différents selon ces groupes :<ul style="list-style-type: none">▪ les consommateurs présentant une consommation à hauts risques (nombre d'injection élevé, injection de benzodiazépines, partage de matériel stérile, etc.) et qui sont déjà souvent en traitement et dont les problèmes de santé (VIH) s'aggravent.	<ul style="list-style-type: none">▪ Développer des prises en charge diversifiées pour chacun de ces groupes de consommateurs, notamment :<ul style="list-style-type: none">▪ Intensification de la prise en charge de ces personnes :<ul style="list-style-type: none">▪ envisager la mise en place d'un programme de prescription d'héroïne pour ceux d'entre eux non stabilisés par un traitement de substitution ou ayant abandonné leur traitement▪ intensification du suivi des traitements à la méthadone (dosage, fréquence des contacts)▪ prise en charge de la comorbidité psychiatrique

Conclusions générales

- les consommateurs dépendants stabilisés, plus âgés et présentant souvent une infection aux hépatites
- les consommateurs non-injecteurs, souvent plus jeunes, présentant plus de difficultés de logement

-
- Hausse de la consommation précoce et régulière de substances psycho-actives légales (alcool) et illégales (cannabis, drogues de synthèse), avec le risque de voir se développer dans les années à venir de nouvelles populations dépendantes.

-
- Augmentation du mésusage de produits (alcool, mélange) en fin de semaine entraînant des risques aigus (accidents, intoxication).
 - Existence, parmi les consommateurs de drogues de synthèse, d'une minorité prenant des risques importants (mélange de substances et augmentation de la consommation de cocaïne).
-

Recommandations générales

- Réflexions sur les conditions d'injection et sur les questions :
 - du contexte des prises de risques
 - de l'accessibilité au matériel stérile en général et aux automates de distribution de seringues
 - de l'apport que constituerait l'ouverture d'un local d'injection
 - Réflexion sur les stratégies à développer pour les aider à sortir de la consommation, mais également sur les risques liés à l'injection et les moyens de les prévenir (accès au matériel stérile, local d'injection).
 - Réflexion sur la stratégie à suivre face aux besoins spécifiques de ces consommateurs, notamment pour éviter le passage à l'injection et les risques de contamination par les virus du VIH et des hépatites qui y sont liés, ainsi que les risques de désinsertion majeurs.
-
- Développer la détection précoce et la prise en charge spécifique de ces consommateurs.
 - Réfléchir aux besoins de prises en charge pour l'avenir.
 - Systématiser le questionnement sur la consommation de ces produits dans l'anamnèse des personnes se présentant dans les SBS ou demandant un traitement de substitution.
-
- Réfléchir aux mesures à mettre en place pour limiter les risques liés au mésusage de produits en fin de semaine.
-
- Développer la détection précoce et la prise en charge spécifique de ces consommateurs.
 - Soutenir les actions mises sur pied par les associations de pairs.
-

1.2 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS PAR OBJECTIF

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

D'une manière générale et suite à une augmentation des capacités de prise en charge au cours des années 90, le dispositif socio-médical actuellement mis en place dans le canton de Vaud présente un relatif équilibre entre l'offre et la demande de prise en charge des personnes toxicodépendantes^a. On n'observe pas de demandes de prise en charge non satisfaites et la fréquentation s'est stabilisée dans les différents types de structures.

Il faut cependant rappeler que la population toxicomane vaudoise est une population vieillissante dont une part non négligeable connaît une trajectoire faite d'allers et retours entre traitements de substitution, sevrages, périodes d'abstinence et rechutes. Néanmoins, on constate actuellement une amélioration de la capacité de rétention en traitement dans le réseau (être en contact avec une structure de traitement, d'accueil, ou un médecin généraliste).

Améliorations de la prise en charge

- Stabilisation de la fréquentation et des demandes formulées par les usagers dans les centres d'accueil.
- Stabilisation du nombre d'entrées en séjour résidentiel ces deux dernières.
- Légère diminution du nombre de personnes en traitement de substitution observée depuis 2001.
- Développement du rôle des pharmaciens dans la prise en charge des personnes toxicodépendantes depuis 1996 (principalement autour des traitements à la méthadone).
- Stabilisation du nombre de traitements de substitution en milieu carcéral. Augmentation du nombre de pharmacies personnelles distribuées.
- Stabilisation du nombre de sevrages et d'admissions hospitalières à la Calypso. Par ailleurs, les interruptions précoces du sevrage ont diminué ces deux dernières années.

Difficultés de la prise en charge

- En termes de ressources, la plupart des structures d'accueil fonctionnent au maximum de leurs capacités. Persistance d'un risque de surcharges temporaires causées par exemple par une arrivée de cocaïne sur le marché noir ou par la présence d'usagers réclamant, parfois violemment, une attention accrue.
- Des situations de prise en charge prolongée sont mises en évidence dans les structures résidentielles et résultent notamment des difficultés pour les résidents à trouver un logement à la fin de leur séjour.
- Diminution de la distribution de matériel stérile au début de 2003, avec un nombre de seringues remises qui atteint le niveau le plus bas depuis la mise en place du Programme cantonal. L'hypothèse la plus probable pour rendre compte de cette évolution est la diminution du nombre d'injecteurs, même si d'autres facteurs, tels que l'augmentation de la prise de risques et ponctuellement des difficultés d'accès au matériel stérile pourrait également jouer un rôle.
- Les seringues ne font toujours pas partie du contenu des pharmacies personnelles distribuées dans les prisons.
- L'organisation de la remise de méthadone en pharmacie pour les personnes encore peu stabilisées ou toujours actives du point de vue de la consommation peut être difficile en raison des réticences de certains pharmaciens à assurer la dispensation dans ces situations.
- Les pharmaciens se sentent seuls dans leur travail avec les personnes toxicodépendantes et expriment un besoin de mise à jour des connaissances dans plusieurs domaines (prévention, gestion des cures, population toxicodépendante en général).

^a Mis à part l'ouverture du centre Azimut à Bex, ce dispositif de prise en charge des personnes toxicodépendantes n'a pas connu d'augmentation de sa capacité d'accueil et de traitement.

Améliorations de la rétention

- Développement par les centres de traitement des activités de consilium, ainsi que des interventions de crises à l'intention des médecins généralistes prenant en charge des personnes en traitement de substitution.
- Amélioration de la collaboration entre les centres de traitement et les institutions résidentielles.
- L'organisation de séjours de décharge (3-4 jours) lorsqu'un résident présente une période de crise majeure, comme cela se pratique entre une structure résidentielle et un hôpital psychiatrique, permet de soulager l'équipe.
- Le travail de soutien et d'accompagnement au traitement proposé par la plupart des centres d'accueil à de leurs usagers, contribue à la rétention au traitement.

Au sujet des sevrages, on relève que :

- L'introduction d'une phase de pré- et de post-sevrage à la Calypso permet à la fois de mieux vérifier l'adéquation d'un sevrage et la motivation des patients entrant, ainsi que de consolider le projet à la sortie, lorsque celui-ci semble peu abouti.
- Le réseau est bien intégré dans les phases de pré-admission et la plupart des structures résidentielles demandent maintenant un séjour d'une semaine à la Calypso avant l'entrée, même si l'abstinence n'est pas exigée.

Difficultés de la rétention

- Environ la moitié des séjours résidentiels ou des traitements de substitution se terminent par une interruption prématurée entraînant des risques importants de rechute dans la consommation. Les personnes concernées retournent le plus souvent au bout de quelque temps dans des centres d'accueil, parfois après des prises de risques considérables, liées à la reprise d'une consommation suite à une période d'abstinence.
- Le même phénomène de perte de contact est relevé chez les équipes des centres à bas seuil qui n'arrivent pas toujours à garder le contact avec les usagers surtout lors d'accès de dépression chez ces derniers.

Recommandations

- Un certain nombre de lacunes dans le dispositif existant ont été relevées. La réflexion sur l'opportunité de remédier à ces lacunes et sur les solutions qui pourraient être mises en place (cf recommandations générales) doit être poursuivie.
- Concernant la rétention, les équipes doivent réfléchir aux interventions possibles lorsqu'un usager présente des signes de décrochage de traitement ou développe une consommation à risque

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

En termes de diversité et de qualité de la prise en charge, il faut relever avant tout que les structures définissent de mieux en mieux leur place, les limites de leurs interventions et qu'elles ont développé des relations et des formes de collaborations complémentaires. Les différentes équipes ont aussi beaucoup gagné en expérience. Du coup, c'est l'ensemble du dispositif mis en place, qui est mieux utilisé et qui connaît un gain d'efficacité.

Améliorations

- L'apport des connaissances liées à la recherche permet une meilleure gestion des traitements en fonction des problématiques des patients et une offre plus personnalisée, aussi bien pour les traitements de substitution, que pour les sevrages.
- La prise en charge offerte dans les SBS évolue avec le développement de relations de confiance entre intervenants et usagers. Ainsi, avec certains usagers l'objectif de créer le lien est atteint, ce qui permet un travail plus en profondeur avec la personne sur ses objectifs.

- Les institutions résidentielles offrent aujourd'hui une diversité de prises en charge permettant soit de consolider l'abstinence, soit de poursuivre un traitement de substitution. Toutes offrent une possibilité de suivi ambulatoire à la fin du séjour.
- Différentes interventions ont été développées (notamment par les institutions résidentielles) en vue de favoriser la réinsertion sociale des résidents, en dehors du monde du travail (des résidents s'associent en vue de réaliser un projet, travail avec les pairs, activités sportives, etc.).
- 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 également à l'augmentation de la qualité de la prise en charge et du suivi, ainsi qu'à une certaine standardisation des traitements (méthadone, notamment). Ces offres sont maintenant ouvertes aussi aux pharmaciens.
- La coordination du réseau soutenue et encouragée par Rel'ier permet de renforcer la complémentarité du dispositif existant et les liens avec les services généralistes.
- Les cours organisés par la Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances (FORDD-Aria) sont aussi un excellent moyen de formation continue.
- Le programme cantonal de prévention des maladies transmissibles « Echange de matériel stérile pour les personnes toxicodépendantes » permet d'améliorer la qualité de la remise de matériel stérile, à travers la mise en réseau des intervenants, la formation et la mise en place de la pratique de l'échange.
- Les pharmacies remplissent un rôle important dans plusieurs régions périphériques du canton du point de vue de la remise de matériel stérile, notamment lorsqu'il n'y a pas de structures de prise en charge.

Difficultés et lacunes

- L'échange de connaissances dans le domaine médical et psychiatrique entre les centres de traitement ambulatoire et les centres d'accueil a vu le jour ; il pourrait encore être développé.
- La cohabitation de types d'usagers présentant des modes et des phases de consommation différents au sein des SBS (consommateurs de cannabis, non injecteur, usagers en traitement, consommateurs en phase de consommation compulsive, etc.) pose la question des stratégies et des prises en charge à mettre en place pour répondre à des besoins et des demandes parfois très diversifiés, tout en restant un lieu d'accueil pour les consommateurs les plus marginalisés.
- L'absence d'offre de traitements sous forme de prescription médicale d'héroïne, en particulier pour le groupe de toxicomanes présentant une consommation à hauts risques malgré un traitement de substitution. Les effets bénéfiques relevés sont notamment une diminution de la consommation de cocaïne et de la délinquance^{4,5}.
- Dans le domaine de l'insertion, un développement des collaborations, notamment avec les services dits généraliste, est à encourager.
- Le retrait de la Confédération concernant le financement des institutions résidentielles entraîne des conséquences importantes pour ces dernières en termes d'organisation, de fonctionnement et a une incidence notamment sur les taux d'encadrement.
- La communication et la collaboration entre les pharmaciens et les médecins traitant ne sont pas toujours satisfaisantes en ce qui concerne le suivi de ces traitements (renouvellement des ordonnances, situations d'urgence).
- L'offre de prestations dans le domaine de la réduction des risques (centre d'accueil et remise de matériel d'injection stérile) n'est toujours pas développée dans certaines régions du canton : Nyon, la Broye et la Vallée de Joux, par exemple.
- Absence d'offres de séjour résidentiel à long terme pour des personnes présentant des troubles psychiatriques associés à des problèmes de dépendance et qui auraient besoin de vivre dans un milieu protégé pour une durée indéterminée. Ces personnes fréquentent souvent les centres d'accueil, qui ne peuvent pas réellement répondre à leur problématique.
- Dispositif peu sollicité par les consommateurs de substances psycho-actives légales et illégales.

Recommandations

L'amélioration du fonctionnement du dispositif cantonal de prise en charge dans le domaine de la toxicomanie constatée lors de l'évaluation concernant la période 2002-2003 doit être poursuivie. En particulier, il s'agirait de :

- Réfléchir aux moyens d'assurer un meilleur suivi des usagers entre les différentes structures. Il pourrait s'agir par exemple d'un accompagnement conjoint durant une phase de transition ou d'une amélioration de la coordination et des échanges autour de certaines situations (type case management).
- Développer l'intégration de services généraux dans la prise en charge des personnes toxicomanes, en facilitant les contacts entre personnes dépendantes et intervenant, par exemple sur le mode de collaboration introduit à Zone Bleue ou à ACT. Solliciter davantage les structures et les services qui s'adressent à l'ensemble de la population pour l'accompagnement des personnes toxicomanes bien stabilisées ou abstinentes, mais qui auraient encore besoin d'aide (insertion professionnelle, suivi psychologique, intégration sociale, etc.).
- Mener une réflexion sur les interruptions de séjour de traitement, en vue de définir un moyen de limiter, ainsi que de prévenir les risques encourus par la personne qui quitte de cette manière une institution. Des modalités de collaborations pouvant être mises en place avec les autres intervenants, notamment ceux du bas seuil, face à ce problème devraient également être discutées.
- Renforcer le partage des cultures professionnelles et l'échange des connaissances entre les professionnels de la santé et ceux du domaine socio-éducatif, mais aussi avec les services généralistes, notamment les pharmaciens.
- L'approche de la réduction des risques comme élément de santé publique devrait faire l'objet d'une présentation (sous forme d'atelier par ex.) aux différents intervenants (spécialistes ou non de la toxicomanie) ne travaillant pas directement dans les SBS.
- Exploiter davantage le réseau des pharmaciens vaudois, qui constitue une couverture régionale extrêmement développée, notamment dans les régions peu fournies en structures de prises en charge des personnes toxicodépendantes.
- Élaborer des directives communes et des outils de communication entre médecins et pharmaciens permettant de faciliter leur collaboration dans le suivi des traitements à la méthadone.
- Réfléchir à l'évolution des besoins de prises en charge avec l'arrivée de nouvelles cohortes de consommateurs différents des héroïnomanes, notamment les consommateurs de cannabis ou de substances psycho-actives.

1.2.3 Améliorer la santé des consommateurs et leur insertion socio-professionnelle

Le développement du dispositif bas seuil et l'augmentation des possibilités de traitement a amené une amélioration globale de la santé des consommateurs de drogues, même si les problèmes liés au fort taux de prévalence des hépatites restent préoccupants. L'approche de maintenance et de réduction des risques (pas d'exclusion automatique du traitement en cas de consommation parallèle et insistance sur la permanence du lien thérapeutique) est associée, pour une minorité de personnes en traitement, à une persistance de risques dus à la consommation par voie intraveineuse (particulièrement de cocaïne et de benzodiazépines).

La situation sociale est essentiellement décrite à partir des données concernant la situation en matière de travail, de revenus et de logement des consommateurs de drogue, à l'entrée dans diverses formes de traitement ou dans l'enquête SBS (enquête auprès des centres à bas seuil d'accès).

Améliorations par rapport à la santé des consommateurs

- Le nombre de consommateurs par injection diminue.
- Les taux de prévalence rapportée des hépatites B et C se sont stabilisés, mais restent élevés. La campagne de prévention et de sensibilisation à ce problème qui a débuté à la fin de l'année 2002 dans toutes les structures spécialisées du canton s'est poursuivie en 2003 ; il est envisagé qu'elle puisse se prolonger par des mesures permanentes, ainsi que des programmes d'éducation par les pairs.

- Les équipes relèvent une préoccupation croissante des usagers par rapport aux risques liés aux hépatites et notamment des demandes d'informations sur les possibilités de traitement.
- Des traitements pour l'hépatite C (Interféron-Ribavirine) ont démarré dans les centres de traitements ambulatoires.

Difficultés par rapport à la santé des consommateurs

- Le nombre de décès par overdose, qui était stable ces dernières années, a soudainement doublé en 2003 (24 cas) par rapport à l'année précédente (10 cas), pour redescendre en 2004^a.
- Les estimations de l'OFSP présentent une augmentation du nombre de tests positifs au VIH en général et chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en particulier : on estime qu'il y a eu 13 tests positifs au VIH chez des injecteurs de drogues dans le canton de Vaud en 2002 et 23 en 2003.
- Augmentation du pourcentage d'injecteurs ayant partagé leur seringue au cours des 6 derniers mois ; en revanche cela représente en chiffres absolus un nombre qui reste stable (lié à la diminution du nombre d'injecteurs). Il existe donc un sous-groupe de consommateurs particulièrement exposés aux risques.

Recommandations par rapport à la santé

- L'augmentation des nouveaux cas de VIH, l'ampleur du problème du VHC, ainsi que la persistance d'exposition au risque trop élevée, demandent un renforcement de la politique de réduction des risques en matière de santé. Cela nécessite :
 - Un accès plus étendu à du matériel d'injection stérile (couverture de l'ensemble du canton, accès la nuit et le week-end par des distributeurs automatiques).
 - Une adaptation des messages de prévention (parler des risques de sur-infection, responsabilité, etc.).
 - Poursuivre les efforts entrepris pour favoriser le dépistage des hépatites.
 - Poursuivre les efforts entrepris pour renforcer la prise en charge du problème des hépatites : augmentation de la couverture de vaccination contre l'hépatite B, direction et suivi/traitement des patients avec hépatite C chronique.
 - Informer les usagers sur les conditions à remplir pour bénéficier des traitements contre l'hépatite C. La cohabitation de différents types de consommateurs au sein des mêmes structures nécessite une réflexion sur les différenciations à apporter aux interventions selon la phase de consommation dans laquelle les usagers se trouvent, notamment en ce qui concerne les messages de prévention et de réduction des risques. Concernant le petit groupe de consommateurs dépendants (souvent en traitement de substitution) caractérisés par une prise de risque importante (multi-consommation, nombreuses injections, partage de matériel stérile), une réflexion doit porter sur les améliorations des traitements à proposer :
 - Mise en place d'un programme de prescription d'héroïne
 - Intensification du suivi des traitements à la méthadone (dosage, fréquence des contacts)
 - Prise en charge de la comorbidité psychiatrique
 - Interventions lorsqu'un usager présente des signes de décrochage de traitement ou développe une consommation à risque
 - Une réflexion sur les possibilités d'amélioration des conditions d'injection dans le canton, par exemple sous la forme d'un local d'injection.

Améliorations par rapport à l'insertion (logement et emploi)

- Dans l'ensemble, on peut parler d'un bon fonctionnement du « filet de sécurité sociale » et par conséquent de la réduction des risques sociaux, mais certainement pas d'une progression marquante de la réinsertion sociale des consommateurs dépendants, dans le monde du travail, en particulier.

Difficultés par rapport à l'insertion (logement et emploi)

- La situation du logement reste particulièrement difficile, avec un nombre de consommateurs sans domicile fixe relativement stable, mais beaucoup de personnes en situation précaire. Cette situation risque encore de

se dégrader compte tenu de l'état du marché immobilier. Dans les trois institutions résidentielles, cette situation induit un allongement de la prise en charge moyenne.

- Le nombre de personnes bénéficiant des assurances sociales (AI, chômage) augmente, de même que le nombre de personnes bénéficiant de l'aide sociale/assistance publique.
- La prise en charge offerte par les institutions résidentielles permet un renforcement des compétences des résidents en vue de trouver un emploi, surtout si le séjour dépasse une année. Mais l'accès à l'emploi et plus particulièrement l'emploi stable, reste très problématique pour une majorité de personnes toxicodépendantes.

Recommandations par rapport à l'insertion (logement et emploi)

- La situation en matière d'insertion reste très problématique pour les personnes toxicodépendantes, notamment en matière de logement, avec des répercussions considérables sur la prise en charge. Il conviendrait par conséquent de réfléchir et d'élaborer des solutions permettant de faciliter l'accès à un logement, qui dans le résidentiel est une des conditions de sortie.
- Il en va de même en ce qui concerne l'accès à l'emploi et plus particulièrement l'emploi stable.

1.2.4 Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants

Les données indiquent que le nombre de consommateurs de drogues dures se stabilise et qu'il devient moins fréquent de rencontrer des personnes qui ne seraient pas en contact avec l'un ou l'autre des intervenants du dispositif.

D'autres indicateurs tels que les données de la police (dénonciations, saisies), mesurant indirectement le nombre de consommateurs, vont dans le sens d'une diminution du nombre de consommateurs de drogues dures, en général.

Cette lente amélioration globale de la situation de la consommation des drogues dures ne doit toutefois pas faire oublier les problèmes rencontrés par le sous-groupe des personnes présentant des consommations à haut risque et l'augmentation de la consommation de cocaïne.

La question qui reste à suivre de près concerne la consommation des drogues de synthèse et l'évolution des modes de consommation, ainsi que l'augmentation des consommations multiples (alcool et cannabis notamment) chez les adolescents et les jeunes adultes.

Améliorations concernant le nombre de consommateurs de drogues dures (héroïne, cocaïne)

- Les enquêtes en population générale indiquent une stabilisation de la consommation d'héroïne qui reste à un niveau très faible.
- Le nombre de consommateurs réguliers dans la clientèle vaudoise des structures à bas seuil est resté stable. On observe une baisse de la multi-consommation (définie dans cette étude par la consommation d'héroïne et de cocaïne durant le dernier mois) et une augmentation de la consommation régulière de cocaïne, presque toujours associée à un traitement de substitution.
- Diminution des dénonciations et des saisies concernant l'héroïne et une stabilisation pour la cocaïne. Rappelons toutefois que ces statistiques de répression constituent également un indicateur de l'activité de la police qui peut avoir changé sa pratique.
- Les statistiques d'entrée en traitement et les enquêtes effectuées dans les structures à bas seuil montrent une augmentation de l'âge moyen des consommateurs (cohorte vieillissante).
- Diminution du nombre de personnes commençant un premier traitement de substitution ou entamant un séjour résidentiel en n'ayant jamais eu recours auparavant une prise en charge pour des problèmes de dépendance.

Difficultés concernant le nombre de consommateurs de drogues dures (héroïne, cocaïne)

- Difficultés pour évaluer correctement le nombre de personnes qui sortent de la toxicomanie sur la base des statistiques existantes.

Difficultés concernant d'autres consommations à risques ou illégales

- Les résultats des diverses enquêtes chez les écoliers et apprentis, ainsi que dans la population adulte indiquent que l'expérimentation du cannabis a désormais atteint un niveau élevé en Suisse. Quant à la consommation d'alcool, elle est aussi en augmentation, particulièrement chez les jeunes filles.
- L'enquête exploratoire sur les drogues de synthèse et la cocaïne en milieu festif met en évidence que ces substances sont très disponibles sur le marché et ce depuis de nombreuses années.
- Dans la population générale en revanche, la consommation des drogues de synthèse est limitée, mais concerne certains groupes spécifiques, comme les jeunes apprentis.
- Le milieu techno apparaît comme le berceau de la consommation de ces substances.
- Le mode de consommation dominant est celui de l'usage occasionnel de multiples substances (mésusage). L'alcool et le cannabis sont en toile de fond des consommations de stimulants, quel que soit le mode de consommation.
- Le mésusage de substances en fin de semaine, soit le mélange et de fortes quantités de produits consommés, s'accompagne de risques aigus (accident de circulation, intoxication).
- En termes de conséquences, les intervenants du terrain (lieux festifs, urgences du CHUV, etc.) relèvent peu de conséquences aiguës. Toutefois la rareté des conséquences recensées ne signifie pas qu'il y ait absence de conséquences à plus long terme sur les plans sanitaire et social.
- Les interventions spécifiques du milieu socio-sanitaire sont rares. Les interventions qui existent actuellement sont essentiellement des mesures de prévention et de réduction des risques faites par des bénévoles au sein d'associations de pairs. Il existe d'autres formes de prévention, comme les *flyers* ou l'élaboration d'une Charte destinée aux organisateurs de soirées, qui ne constituent qu'une partie des mesures qui pourraient être mises en place.

Recommandations concernant le nombre de consommateurs de drogues dures et d'autres consommations à risques ou illégales

- Essayer de quantifier sur la base des statistiques existantes le nombre de personnes dépendantes et des différents sous-groupes mis en lumière dans cette phase d'évaluation.

Il existe déjà un certain nombre d'interventions concernant la consommation des drogues de synthèse et de cocaïne en milieu festif. Celles-ci pourraient être améliorées en :

- Renforçant et soutenant les activités des associations de pairs existantes et notamment de Prevtch.
- Développant un concept de dispositif de "sécurisation" et de réduction des risques de la vie nocturne urbaine dans le canton de Vaud. Celui-ci devrait cibler les différentes pratiques de mésusage (mélange de substances, consommations excessives, conduite de véhicule sous l'influence de drogues) de substances psychotropes qui ont lieu en milieu festif :
 - il s'agirait notamment : d'élaborer un diagnostic, au travers d'une étude, sur l'ampleur et les différentes formes de risques aigus (intoxications, accidents, violences, rapports sexuels non protégés, etc.) qui sont encourus par les jeunes en milieu festif, particulièrement en fin de semaine ;
 - d'élaborer un inventaire des différents acteurs présents dans ce milieu (organisateur de soirées, propriétaires de clubs, intervenants sociaux et médicaux, etc.) et de développer la coordination entre ceux-ci sur la base des besoins apparus dans le diagnostic ci-dessus.
- Rester attentif à l'évolution de la consommation des drogues de synthèse et des problèmes qu'elle peut engendrer.

1.2.5 Renforcer les activités de prévention primaire et secondaire

Les projets de prévention primaire et secondaire, de type éducateur de rue, financés par le Conseil d'Etat dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie n'ont pas été inclus dans la période de l'évaluation 2002-2003. Toutefois, le Service de la santé publique et Rel'ier ont mis en place une plate-forme d'échanges et de réflexion regroupant ces différents projets. Le nombre de postes se rapportant au travail social de proximité a fortement augmenté ces derniers temps dans les agglomérations du canton. Ces activités de prévention sont cependant encore peu coordonnées et la plate-forme d'échanges et de réflexion vise à définir ce que représente ce domaine de travail en terme de prévention secondaire, ainsi que les objectifs opérationnels qui peuvent s'y rapporter.

Les activités de prévention secondaire (détection précoce 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. Le projet Départ devrait contribuer à améliorer la situation.

2 INTRODUCTION

Le Conseil d'Etat a décidé en 1996 de soutenir un ensemble de projets visant à 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 universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) a été mandatée pour évaluer ces nouveaux projets.

Ce mandat d'évaluation comporte différentes périodes. La première, qui a fait l'objet d'un rapport produit fin 1998¹, 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 rencontrées. Une première évaluation de la fréquentation de ces structures et du profil de leur clientèle était également dressée.

Le deuxième rapport produit fin 2000² rendait compte des évolutions intervenues dans les structures du point de vue des objectifs poursuivis, de l'organisation interne, de l'offre de prestations et de la clientèle. Il analysait l'évolution de la situation épidémiologique. De plus, un travail exploratoire était mené sur la définition, le contenu et les possibilités d'évaluation du travail socio-éducatif.

Le troisième rapport portait sur la période 2000-2001³ et se divisait en deux cahiers : le premier reprenait de manière synthétique les données issues du suivi des différentes structures ; il présentait l'évolution de la situation de la toxicomanie dans le canton et décrivait l'état du débat sur un certain nombre de questions récurrentes dans le domaine de la toxicomanie^a. Le deuxième cahier présentait de manière détaillée les résultats pour chaque type de structures.

En préliminaire à la présentation des axes poursuivis durant la quatrième période, il nous semble important de rappeler les acquis en terme de résultats d'évaluation des trois périodes précédentes.

2.1 BILAN DES TROIS PREMIÈRES PÉRIODES DE L'ÉVALUATION

2.1.1 Évaluation des structures

Les trois premières périodes de l'évaluation ont permis de développer et de mettre en place les différents outils d'évaluation afin de rendre compte de la fréquentation et de l'implantation sur le terrain des nouvelles structures.

Les résultats attestent de la **bonne fréquentation de l'ensemble des structures** soumises à l'évaluation, ainsi que la mise sur pied de processus internes à même de produire **une amélioration de la qualité de la prise en charge** (formation, collaboration, hiérarchisation des objectifs, etc.)

Plus précisément, on relève :

- L'augmentation de la fréquentation des différentes structures mises en place depuis 1996, ainsi que la saturation relative des différentes structures qui fonctionnent depuis plusieurs années selon la capacité prévue lors de leur conception (ou en dessus).
- La diversité des traitements proposés et les prises en charges socio-éducatives ont été documentées, ainsi que les modifications et les priorités d'intervention qui ont pu être définies par les équipes pour faire face à l'augmentation des demandes.
- La mise sur pied de l'évaluation dans deux centres d'accueil de Lausanne, ainsi que dans les structures résidentielles s'est dans l'ensemble bien passée. Toutefois, des délais pour la conception et la

^a Les questions transversales traitées dans le chapitre concernent : la consommation (cocaïne / autres produits); la comorbidité psychiatrique; les problèmes liés à l'insertion, la santé.

mise en œuvre des outils d'évaluation dans les centres d'accueil ont eu pour conséquences que les données ne sont pas toujours disponibles pour les années antérieures à 2002.

- En ce qui concerne l'amélioration de la qualité et de la diversité de la prise en charge, l'évaluation a montré une amélioration liée notamment à l'augmentation des échanges entre centres de traitement ambulatoire et médecins installés (activités de consilium, interventions en cas de crise), mais aussi aux développements de la recherche et à une meilleure connaissance des différents partenaires du réseau. Divers modes de collaboration avec des services généralistes ont vu le jour, qui mériteraient d'être développés.

2.1.2 Volet épidémiologique

Le volet épidémiologique a permis de suivre les principaux indicateurs directs et indirects de la consommation de drogues et des problèmes qui lui sont liés. Dans le premier rapport, une série de tableaux comparatifs ont permis de situer les données cantonales par rapport au reste de la Suisse et par rapport aux autres cantons. Durant la deuxième période, une exploitation plus approfondie des statistiques de traitement (Méthadone et OPALÉ) a été menée afin d'améliorer le tableau de la situation épidémiologique dans le canton. De plus, 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).

Les indicateurs à disposition ne permettent cependant pas de dresser un tableau épidémiologique complet. Les lacunes relevées concernent les domaines de la consommation de drogues de synthèse, le rôle des pharmacies notamment dans la remise de matériel stérile. Le profil de la clientèle à l'entrée a été documenté pour chaque structure, cependant il n'y a pas de données récentes permettant une comparaison aux niveaux national et cantonal de la population fréquentant les structures à bas seuil (dernière en date : 2000).

3 PÉRIODE IV : OBJECTIFS ET MÉTHODE

Suite aux constats tirés des évaluations des années précédentes, il a été décidé que les ressources attribuées à cette période d'évaluation devaient servir à **compléter les connaissances épidémiologiques** d'une part et, de l'autre, à **investiguer davantage certains aspects de la prise en charge**. En contrepartie, **le suivi des structures** évaluées jusqu'à ce jour **a été espacé et a donné lieu à une récolte d'information tous les deux ans**.

3.1 OBJECTIFS RETENUS ET QUESTIONS D'ÉVALUATION

Pour l'évaluation de la période 2002-2003, la Commission cantonale de prévention et de lutte contre la toxicomanie a conservé le jeu de questions d'évaluation qui 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 de ces objectifs, des questions d'évaluation ont été formulées (cf. Tableau 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 période ont été présentées dans le rapport précédent et ne sont pas reprises ici.

3.2 MÉTHODE ET INSTRUMENTS UTILISÉS DANS LA IVÈME PÉRIODE

3.2.1 Suivi des structures

Le suivi de routine de la fréquentation et des activités des structures ne s'est fait **qu'une fois en deux ans** (durant les précédentes périodes d'évaluation, il avait lieu chaque année).

- Monitoring des prestations dans les centres d'accueil (dernier trimestre 2003) ;
- les statistiques OPALE-Axia pour les centres ambulatoires et FOS-Act-info pour le résidentiel, afin d'analyser les traitements dispensés (données de 2003) ;
- la répétition de l'enquête clientèle dans les cinq centres d'accueil du canton (mai 2004)^a.

Une réunion annuelle de suivi avec les équipes documente les changements dans les orientations de chaque structure et les difficultés rencontrées.

^a La récolte de statistiques sur le profil de la clientèle des structures à l'entrée a été abandonnée (questionnaire d'entrée) et remplacée par une enquête en 2004 auprès de la clientèle des centres d'accueil selon le même design que celui de l'enquête menée en 2000.

Tableau 3.1 Objectifs, questions d'évaluation et outils développés

Objectifs	Questions d'évaluation	Monitoring	Enquête Clientèle	Réunion de suivi	Statistiques
I Augmenter la prise en charge et la rétention des consommateurs de drogues	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'offre en aide socio-éducative et en traitement des nouvelles structures? 	●			●
	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le profil de la clientèle des nouvelles structures ? 		●		●
	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la capacité de rétention en traitement ou dans une prise en charge socio-éducative, dans les nouvelles structures? 				●
	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la demande en aide socio-éducative et en traitement ? 	●			
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment évolue l'offre en aide socio-éducative et en traitement des nouvelles structures? 	●			●
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment évolue le profil de la clientèle des nouvelles structures ? 				●
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment évolue la capacité de rétention des traitements à la méthadone dans les nouvelles structures? 				●
	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les processus thérapeutiques et socio-éducatifs fonctionnent ? 			●	●
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment le dispositif régional de prise en charge est-il constitué ? 			●	
	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il des lacunes dans l'offre ? 			●	
	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que la qualité de l'aide socio-éducative et des traitements s'améliore ? 				
III Améliorer la santé des consommateurs et leur insertion socioprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la situation socioprofessionnelle des consommateurs de drogues ? 		●		●
	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est l'état de santé des consommateurs de drogues ? 		●		
	<ul style="list-style-type: none"> • Que consomment-ils, comment et à quelle fréquence ? Est-ce que l'état de santé des consommateurs s'améliore ? 		●		●
	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que l'insertion socioprofessionnelle des consommateurs de drogues s'améliore ? 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Comment évolue la consommation des usagers des nouvelles structures ? 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que la délinquance et les problèmes qui lui sont associés diminuent? 		●		●
IV Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est l'estimation précise du nombre de consommateurs de drogues dépendants ? 				●

Tableau 3.2 Méthode : outils appliqués dans les différentes structures évaluées (2002-2003)

Axes d'évaluation et structures	Outils d'évaluation			
	Monitoring	Enquête clientèle	Réunion de suivi	Statistique
Maintien d'un suivi de routine allégé pour les centres de traitement, les centres d'accueil et l'unité cantonale de sevrage				
Centre St-Martin			●	●
Unité Ambulatoire spécialisée			●	●
La Calypso			●	●
Entrée de Secours	●	●	●	
Zone Bleue	●	●	●	
ACT	●	●	●	
Le Parachute	●	●	●	
Le Passage	●	●	●	
Evaluation des structures résidentielles				
Bartimée			●	●
Le Levant			●	●
Le Relais			●	●

3.2.2 Volet épidémiologique

Le suivi des indicateurs épidémiologiques a été maintenu et concerne toujours :

- les données des enquêtes dans la population générale sur la consommation de drogues ;
- les données sur l'ensemble des personnes en traitement : traitements de substitution offerts dans le canton (statistique Méthadone), admissions de toxicomanes dans les institutions psychiatriques du canton (OPALE) et personnes en séjour résidentiel (FOS) ;
- les données sur les traitements en prison ;
- les données sur la distribution de seringues et de préservatifs dans le canton ;
- les données sur la répression (dénonciations) ;
- les données sur les maladies infectieuses (VIH, Hépatites B et C) et les décès par overdose chez les toxicomanes.

Concernant la statistique méthadone, les données de base sont intégrées dans ce rapport (le nombre de personnes en traitement et les données de l'âge et du sexe, ainsi que le nombre de médecins prescripteurs). Une analyse plus poussée est en cours sur mandat du Service de la Santé publique^a.

^a Cette étude fera l'objet d'un rapport distinct prévu pour le printemps 2005.

3.2.3 Aspects complémentaires approfondis

Parmi les lacunes énoncées tant par rapport à l'évaluation du dispositif de prise en charge que par rapport au volet épidémiologique, deux thèmes ont fait l'objet d'une analyse plus détaillée. Il s'agit, premièrement, **du rôle des pharmacies dans la réduction des risques et dans la prise en charge des personnes toxicomanes** et, deuxièmement, d'un approfondissement de nos connaissances quant à la **consommation de drogues de synthèse et de cocaïne en milieu festif**.

Enquête Pharmacie

Deux aspects motivent le choix d'une enquête auprès des pharmacies. D'une part, l'absence de données sur la quantité de matériel stérile remis par les pharmacies dans le canton du fait de leur non intégration pour l'instant au concept cantonal de remise de matériel stérile et, d'autre part, la difficulté énoncée par les structures de soin de trouver des pharmacies partenaires dans la distribution de méthadone (tâche qui soulagerait les centres de traitement ambulatoire).

Les dernières données recueillies au plan cantonal sur le matériel stérile remis par les pharmacies datent de 1996⁶.

La dernière enquête menée auprès des pharmacies vaudoises pour connaître les interactions entre usagers de drogues et pharmacies date de 1994 ; elle a été menée conjointement par le Rel'Aids et l'IUMSP⁷.

Au vu des résultats présentés dans le précédent rapport, notamment la diminution du nombre de seringues remises par les structures accréditées, mais aussi les engorgements relevés par certaines équipes pour la remise de méthadone, il était nécessaire de reconduire l'enquête auprès des pharmacies du canton afin de déterminer :

- le volume de matériel stérile remis, le nombre de contacts avec les personnes consommatrices, ainsi que le nombre de traitements de méthadone distribués ;
- la place actuelle des pharmacies dans la prise en charge des personnes toxicomanes ;
- les problèmes rencontrés face à cette clientèle ;
- les actions qui pourraient être lancées pour favoriser un plus grand engagement des pharmacies dans le dispositif de prise en charge des personnes toxicodépendantes.

L'enquête a été faite au moyen d'un questionnaire adressé à l'ensemble des pharmacies du canton, complété par des entretiens de type qualitatif auprès d'un échantillon de pharmacies.

Consommation de drogues de synthèse et de cocaïne en milieu festif

Les premières données (récoltées par Prevtech/SUPEA)⁸ sur la consommation de substances psychostimulantes dans le canton de Vaud ont semblé suffisamment alarmantes pour que la question soit étudiée de plus près. Par ailleurs, le précédent rapport faisait état d'un manque de connaissances quant à l'épidémiologie de la consommation des produits psychostimulants. De plus, les structures spécialisées interviennent peu dans les milieux de consommation (soirées techno par exemple).

Pour ce travail, nous nous sommes inspirés de la *Rapid Assessment and Response Method (RAR)*^{9,10}, qui permet de faire à peu de frais et avec toutes les données existantes, le point sur une situation, les problèmes qui se posent et les réponses qui existent. C'est la méthode utilisée pour élaborer des diagnostics communautaires (besoins, ressources, contexte) et elle est particulièrement indiquée pour faire un premier bilan sur une problématique peu connue. Par ailleurs, nous nous sommes aussi inspirés des méthodes utilisées par les systèmes de détection précoce et qui consistent à utiliser des données quantitatives existantes, ainsi que des données qualitatives recueillies auprès d'informateurs clés¹¹⁻¹³.

Pour l'**étude dans le canton de Vaud**, les sources de données existantes sont :

- Les principales **enquêtes de population sur les comportements** en matière de santé dans différentes populations et classes d'âge **en Suisse** ;
- Les **enquêtes auprès des usagers de soirées** Techno dans le canton de Vaud (données des 2 enquêtes Prevtech/SUPEA en 2002 et 2004, (N= 142/300 questionnaires récoltés), dans d'autres cantons (enquête de l'ISPA, données du projet Pilot-E bernois, Aware Dance Culture, ...) et à l'étranger (enquêtes européennes) ;
- Les **statistiques sanitaires et de la police suisse** (données de Fedpol) et vaudoises.

De nature exploratoire, cette étude a porté à la fois sur les milieux de diffusion, les modes de consommation et leurs conséquences et sur les mesures de prise en charge existantes.

4 ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA CONSOMMATION DE DROGUES DANS LE CANTON DE VAUD

4.1 INTRODUCTION

Ce chapitre est consacré à un inventaire et à une analyse des données épidémiologiques disponibles dans le canton de Vaud concernant la consommation de drogue et les problèmes liés à celle-ci. La première partie du chapitre présente les informations relatives aux indicateurs de la consommation et à l'abus de drogue, de l'état de santé et de la situation sociale des consommateurs dépendants. Ces données sont complétées lorsque cela est possible par des données suisses. La deuxième partie procède à une synthèse des différents indicateurs épidémiologiques qui va nous permettre de développer des hypothèses concernant l'évolution du nombre de consommateurs de drogues et de la gravité des problèmes liés à la consommation dans le canton de Vaud depuis le dernier rapport, soit 2001.

L'analyse des différents indicateurs épidémiologiques est structurée dans la première partie selon les thèmes suivants :

- **l'évolution de la prévalence et des modes de consommation** de l'héroïne, de la cocaïne et du cannabis auprès de la population générale et chez les consommateurs dépendants, ainsi que de l'alcool et du tabac (chez les jeunes uniquement) ;
- **l'évolution de l'état de santé et de la situation sociale des consommateurs dépendants** : décès, VIH et hépatites, exposition aux risques et caractéristiques démographiques et sociales ;
- **l'évolution des prises en charge et des traitements** : traitements à la méthadone, traitements résidentiels et traitements dans le cadre des institutions psychiatriques vaudoises ;
- **l'évolution des dénonciations** par la police.

Les principales sources de données utilisées sont soit des statistiques de routine, soit des enquêtes de population (cf. Tableau 4.1).

Tableau 4.1 Sources des données utilisées

Nom de la statistique/enquête et population/sujet couvert	Années utilisées ou disponibles	Couverture	Détenteur des données
Enquête HBSC : écoliers de 15-16 ans en 9 ^e année scolaire	1986-1990-1994-1998-2002	Suisse	ISPA
Enquête ESPAD : écoliers dans leur 16 ^e année	2003	Suisse	ISPA
Enquête SMASH : étudiant et apprentis entre 16 et 20 ans	1993-2002	Suisse	IUMSP, UniBe, UPVS
Enquête suisse sur la santé : population résidente âgée de 15 à 39 ans	1992-1997-2002	Suisse	OFS
Enquête pour l'évaluation de la prévention du Sida en Suisse : population résidente âgée de 17 à 45 ans	1987 à 1992, puis 1994-1997-2000	Suisse	IUMSP

Nom de la statistique/enquête et population/sujet couvert	Années utilisées ou disponibles	Couverture	Détenteur des données
Enquête auprès de la clientèle des centres à bas seuil	1993,1996,2000, 2004 (VD seul.)	Suisse / Vaud	IUMSP
Statistique des décès liés à la drogue	1987-2003	Suisse / Vaud	OFSP
Statistique suisse des stupéfiants : dénonciations et saisies	1995-2003	Suisse / Vaud	OFSP
Statistique des traitements de méthadone	1979-2003 1987-2003	Suisse / Vaud	OFSP / Santé publique
Statistique nationale des traitements résidentiels	2002-2003	Suisse / Vaud	FOS-Act-Info
Statistique des institutions psychiatriques OPAL-axia	1996-2001	Vaud	DUPA
Statistique de remise de matériel d'injection	1993-2003 1996-2003	Suisse / Vaud	IUMSP
Système de surveillance des maladies transmissibles : VIH et hépatites	1985-2003 VIH 1996-2003 hép.	Suisse / Vaud	OFSP

4.2 ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

Résumé Les résultats des diverses enquêtes chez les écoliers et apprentis, ainsi que dans la population adulte indiquent que l'expérimentation du cannabis a désormais atteint un niveau très élevé en Suisse. L'usage régulier de cette substance a lui aussi connu une hausse, tout comme l'usage régulier et l'usage épisodique à risque d'alcool chez les jeunes. S'agissant des autres substances, on observe que la consommation d'héroïne reste à un niveau très faible. La situation est moins claire pour la consommation de la cocaïne et des drogues de synthèse qui pourraient afficher une très légère hausse chez les écoliers de 15-16 ans et une hausse plus prononcée chez les 16-20 ans.

4.2.1 Consommation de drogues chez les écoliers de 15-16 ans en Suisse

Deux enquêtes menées par l'ISPA en 2002^a et 2003^b permettent d'observer et de valider l'évolution de l'expérimentation et de la consommation actuelle de drogues légales et illégales chez les écoliers de 15-16 ans.

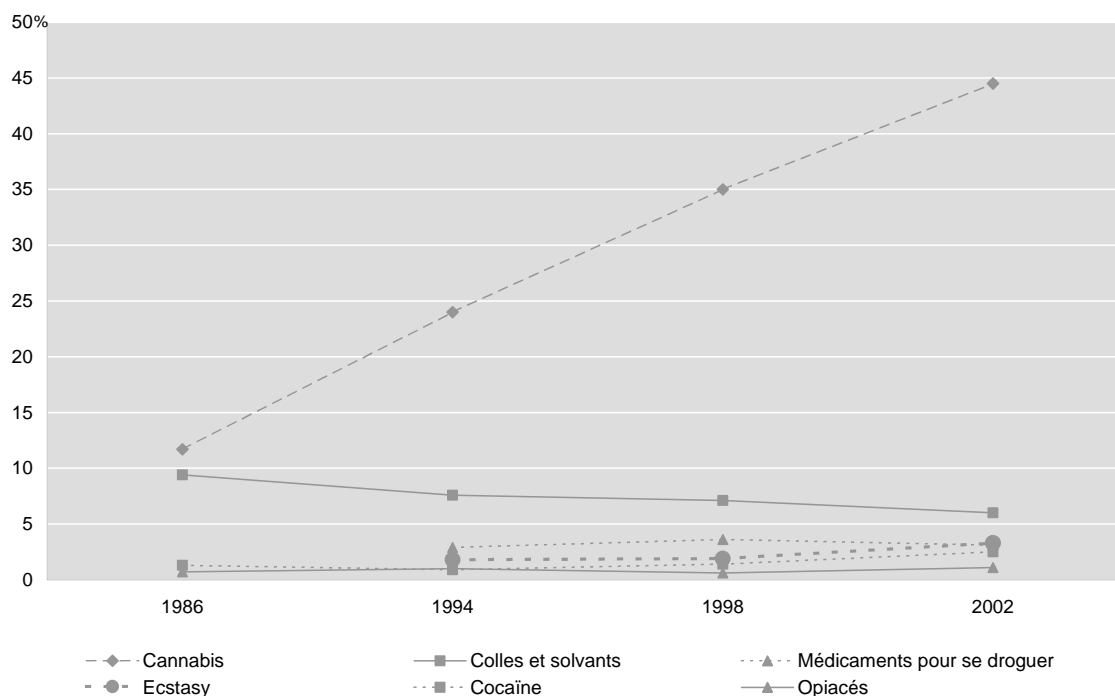
La Figure 4.1 fait apparaître deux tendances : la première est la croissance continue de la part des écoliers ayant expérimenté le cannabis. En 2002, environ 50% des écoliers et 40% des écolières de 15-16 ans rapportent avoir déjà consommé cette substance. La seconde tendance est une relative stabilité de l'expérimentation pour les autres drogues. Cette stabilité concerne surtout les opiacés et les médicaments pris pour se droguer, mais elle vaut aussi pour les autres substances même si une légère fluctua-

^a Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC): enquête internationale, menée sous l'égide de l'OMS et portant sur les comportements en matière de santé des écoliers entre 11 et 16 ans.

^b European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): enquête internationale, menée sous l'égide du Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs et du Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, et portant sur la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les écoliers qui sont dans leur seizième année.

tion à la hausse (ecstasy, cocaïne) ou à la baisse (colles et solvants) de la proportion des consommateurs est observable parmi les écoliers. Le cannabis constitue donc la principale substance illégale consommée par les 15-16 ans.

Figure 4.1 Evolution du pourcentage d'écoliers de 15-16 ans en 9^{ème} année scolaire ayant consommé diverses substances illégales durant la vie en Suisse, 1986-2002 (Source : ISPA/HBSC)



L'enquête ESPAD¹⁴ fait, elle aussi, apparaître un niveau élevé de l'expérimentation de cannabis chez les écoliers suisses. En outre, elle permet de constater que la grande majorité des jeunes qui ont consommé du cannabis ont reproduit cette expérience à différentes reprises : ainsi, plus d'un écolier sur dix (11%) déclare avoir consommé cette substance à plus de quarante reprises à l'âge de 15-16 ans.

Le canton de Vaud n'a pas financé, comme il l'avait fait lors de la vague d'enquête précédente, un sur-échantillonnage local dans l'enquête 2002 de HBSC. Dès lors, les données vaudoises les plus récentes datent de 1998 et ne sont plus guères pertinentes. Toutefois, on peut noter qu'à cette époque les résultats vaudois montraient une consommation de cannabis et d'autres drogues illégales chez les écoliers très similaire à celle observée pour l'ensemble des écoliers suisses.

4.2.2 Consommation de drogues chez les adolescents et jeunes adultes en Suisse et dans le canton de Vaud

L'enquête SMASH^a s'intéresse aux comportements en matière de santé des apprentis et écoliers de 16 à 20 ans. Ses résultats permettent de suivre l'évolution des consommations chez les jeunes au-delà de l'école obligatoire¹⁵.

^a Swiss Multicenter Adolescent Study on Health (SMASH): enquête nationale, menée par l'ITUMSP de Lausanne, l'Institut de psychologie de l'université de Berne et l'UPVS de Bellinzone, et portant sur la santé et les styles de vie des adolescents de 16 à 20 ans engagés dans les filières de formation publiques (gymnases, écoles professionnelles).

Les données de cette enquête montrent que la proportion des jeunes qui expérimentent le cannabis ne croît plus que lentement après 16 ans. Ainsi, si près d'un écolier sur deux a expérimenté le cannabis à la fin de l'école obligatoire, cette proportion atteint environ deux sur trois à 20 ans, sans grande différence entre les garçons (68.9%) et les filles (64.2%).

Les données de SMASH révèlent aussi qu'environ deux tiers des adolescents entre 16 et 20 ans qui ont expérimenté le cannabis n'avaient pas consommé de cannabis durant le mois précédant l'enquête. Parmi le tiers ayant consommé du cannabis durant le mois, 8.7% des garçons et 4.7% des filles ont consommé 10 fois ou plus par semaine ; 12.7% des garçons et 3.8% des filles signalent un usager quotidien de cette substance.

Concernant les autres drogues illégales, l'étude montre que c'est après l'école obligatoire et plus particulièrement vers l'âge de 18 ans, que leur expérimentation se diffuse. Ce constat ne vaut cependant pas pour l'héroïne, qui reste une substance très rarement consommée (1.4%) et pour les colles et solvants dont l'expérimentation (7.9%) n'évolue guère par rapport à celle observée chez les écoliers de 15-16 ans (6%). En revanche, l'expérimentation de stimulants synthétiques (8.2%), d'hallucinogènes (9.2%) et de cocaïne/crack (6%) se diffuse assez nettement chez les 16-20 ans (renvoi au chapitre Drogues de synthèse).

Deux tiers des jeunes ayant expérimenté des drogues de synthèse et/ou de la cocaïne avaient néanmoins arrêté ou interrompu leur consommation au moment de l'enquête. Quant aux consommateurs actifs, il s'agissait essentiellement de consommateurs occasionnels ayant fait usage de la substance à une ou à deux reprises durant le dernier mois. Finalement, les cas de consommation quotidienne ou hebdomadaire étaient extrêmement rares.

Les données de SMASH montrent aussi que les garçons et, plus spécifiquement, les jeunes dans la filière de l'apprentissage affichent les prévalences les plus élevées s'agissant de l'expérimentation des substances illégales autres que le cannabis.

L'enquête SMASH de 2002 comprenait 815 jeunes interrogés dans le canton de Vaud. Les comportements de ceux-ci correspondent dans l'ensemble à ceux des autres jeunes interrogés en Suisse. Ainsi, 66.1% des garçons et 53.9% des filles interrogés ont indiqué avoir expérimenté le cannabis et 15.6% des garçons et 3.5% des filles ont déclaré en consommer tous les jours.

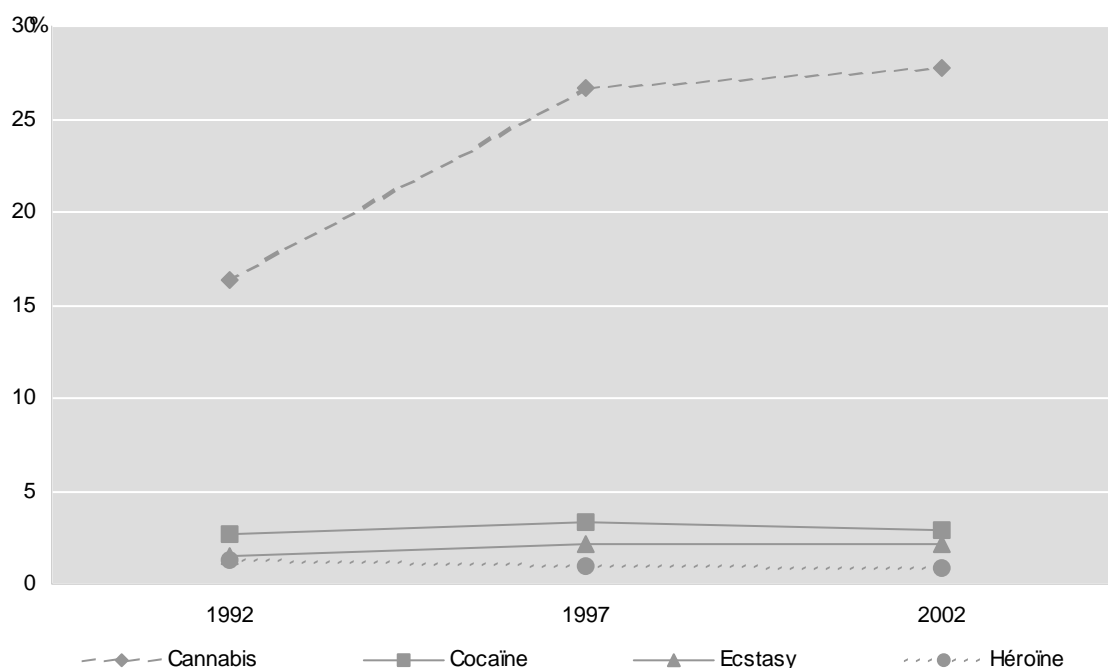
4.2.3 Consommation de drogues dans la population adulte en Suisse et dans le canton de Vaud

L'enquête suisse sur la santé (ESS) permet de suivre l'évolution des comportements de consommation au sein de la population âgée entre 15 et 39 ans et domiciliée en Suisse^{16,17}.

Les données de l'enquête suisse sur la santé (ESS) de 2002 posent quelques problèmes, en particulier parce qu'elles ne font guère apparaître d'évolution entre 1997 et 2002 dans les comportements de consommation des plus jeunes, ce qui paraît peu vraisemblable au regard des résultats des autres enquêtes présentées jusqu'ici. Il est donc possible que certains résultats de cette enquête sous-estiment la réalité et ne reflètent pas les évolutions qui ont eu cours entre 1997 et 2002.

Quelques constats peuvent tout de même être faits à l'aide des données de cette enquête. Le premier est que la grande majorité des personnes de 15-39 ans qui déclarent avoir consommé du cannabis durant leur vie ne sont plus des consommateurs actifs. La seconde est que la Suisse romande est la région linguistique qui affiche les valeurs les plus élevées s'agissant de la consommation des drogues illégales. À titre d'exemple, 31.9 % des romands ont déclaré avoir déjà consommé du cannabis en 2002 contre 27.2% d'alémaniques et 13.1% de Suisses italiens. Les Vaudois sont représentatifs de leur région linguistique puisque 32.5% des 365 personnes interrogées dans ce canton ont déclaré avoir déjà consommé du cannabis.

Figure 4.2 Evolution du pourcentage d'expérimentateurs de diverses substances illégales dans la population générale en Suisse et dans le canton de Vaud (Sources : OFS/ESS)



4.2.4 Consommation d'alcool et de tabac chez les écoliers et apprentis en Suisse

Les enquêtes menées auprès des écoliers et apprentis fournissent également des données sur la consommation de substances légales, telles que l'alcool et le tabac.

La consommation régulière (hebdomadaire) de tabac chez les 15-16 ans semble avoir quelque peu régressé ces quatre dernières années, mais elle concerne toujours plus d'un quart des écoliers de 9^{ème} année. Quant à la consommation quotidienne, elle concerne environ 18% de ces écoliers, sans différences importantes entre filles et garçons. Les données chez les 16-20 ans font ensuite apparaître que cette proportion croît sensiblement dans la classe d'âge suivante, puisqu'elle atteint environ 30% pour les filles et 40% pour les garçons de vingt ans interrogés dans SMASH¹⁵.

La situation en matière de consommation d'alcool est passablement différente. Ici, la proportion de consommateurs réguliers (hebdomadaires) a sensiblement augmenté entre 1998 et 2002 chez les 15-16 ans, alors que la différence entre filles (25,8%) et garçons (40,5%) s'est maintenue. L'augmentation de cette consommation est attribuée notamment à l'usage des alcopops. Dans la classe d'âge suivante (16-20 ans), la proportion des consommateurs hebdomadaires croît sensiblement pour atteindre respectivement 42% chez les filles et 67% chez les garçons, avec une hausse de plus de 10% sur les dix dernières années¹⁵.

ESPAD montre que plus de la moitié (58,3%) des écoliers ont déjà expérimenté l'ébriété à 15-16 ans. Près d'un écolier sur six (17%) de cette classe d'âge déclare aussi avoir déjà été ivre à 10 occasions ou plus. Les auteurs de l'enquête estiment par ailleurs que plus d'un quart des garçons et environ 15% des filles de 15-16 ans sont engagés dans une consommation épisodique à risque. Finalement, s'agissant des jeunes de 16 à 20 ans, la proportion rapportant un état d'ivresse durant les trente derniers jours est de 30% chez les filles et de 52% chez les garçons¹⁵.

4.3 ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUE DÉPENDANTS

Résumé Le nombre de consommateurs réguliers dans la clientèle vaudoise des structures à bas seuil est resté stable. On observe par contre une baisse de la poly-consommation (définie par la consommation d'héroïne et de cocaïne durant le dernier mois) et de la consommation par injection, que ce soit au cours de la vie ou durant les 6 mois précédant l'enquête. Cependant, on relève une augmentation de la consommation régulière de cocaïne et une augmentation du nombre moyen d'injections par semaine chez les injecteurs actifs. L'exposition au risque de transmission de maladies infectieuses (VIH, VHC) par voie sexuelle a augmenté, de même que le partage de seringues pour ceux qui s'injectent. Le mélange de types de consommateurs au sein des structures nécessite une réflexion sur les différenciations à apporter aux interventions selon la phase de consommation dans laquelle les usagers se trouvent, notamment en ce qui concerne les messages de prévention et de réduction des risques.

Depuis 1993, l'UEPP a développé une enquête nationale dans les centres à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection stérile. Apparues à la fin des années 80, ces structures visent la réduction des dommages liés à la consommation de drogues¹⁸.

Dans ce cadre, une enquête auprès de la clientèle des centres à bas seuil est répétée¹⁹. Elle a été conduite quatre fois dans le canton de Vaud (1993, 1996, 2000 et 2004). En 1993, elle s'est déroulée dans le cadre des activités du Rel'aids, qui n'était pas encore autorisé à distribuer des seringues. Trois années plus tard, cette enquête a été reconduite auprès des usagers des structures accréditées à distribuer des seringues autour de Saint-Laurent : la Pastorale de rue et la Soupe populaire. En 2000, cette enquête a été menée auprès de l'ensemble du dispositif bas seuil mis en place dans le canton^a et en Suisse. Enfin, en 2004, elle a eu lieu uniquement dans le canton de Vaud auprès des 5 centres d'accueil à bas seuil^b.

Les résultats présentés dans ce chapitre concernent l'ensemble du canton pour 2000 et 2004. Les données par structure figurent dans le cahier 2 (disponible sous format PDF). Les modes de consommation seront comparés avec les données suisses et vaudoises de 2000. On ne dispose malheureusement pas de données nationales plus récentes sur la consommation de drogues dures auprès d'usagers dépendants.

4.3.1 Modes de consommation

La présentation des indicateurs de consommation qui suit porte exclusivement sur les consommateurs de drogues dures fréquentant des SBS.

Au total, 157 consommateurs de drogues dures ont répondu au questionnaire en 2004 dans les SBS du canton de Vaud. Parmi eux, 62% rapportent avoir consommé des drogues dures au cours du mois précédant l'enquête (58% en 2000) ; ils sont appelés consommateurs actifs dans la suite du rapport.

La consommation régulière (quotidiennement ou plusieurs fois par semaine) de drogues dures (héroïne ou cocaïne) a légèrement augmenté et concernait la moitié des usagers des structures en 2004 (52%) contre 43% en 2000. L'héroïne est longtemps restée la substance consommée le plus régulièrement, pourtant cette tendance s'inverse en 2004 pour la première fois. Sa consommation est très fréquente en 1996, puisque 60% consomment plusieurs fois par semaine de l'héroïne versus 26% en 2000 et 18% en 2004. Le nombre de consommateurs réguliers de cocaïne atteint 25% (cocaïne seule) et 3% pour la consommation de cocktail en 2004, après s'être élevé régulièrement depuis 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%.

^a La Soupe Populaire, le Passage, Point d'Eau, Action Communautaire Toxicomanie (ACT); Zone Bleue (ZB) et Entrée de Secours (EdS), Centre St-Martin (CSM), Unité ambulatoire spécialisée pour toxicodépendants (UAS).

^b Le Passage, Le Parachute, Action Communautaire Toxicomanie (ACT); Zone Bleue (ZB) et Entrée de Secours (EdS).

Parmi les consommateurs de drogues dures actifs, en 2004 40% sont des multi-consommateurs (héroïne et cocaïne) : ce résultat est inférieur à ceux obtenus en 2000 pour le canton et pour la Suisse (62% en Suisse, 60% dans le canton). La consommation d'héroïne seule a aussi tendance à diminuer : 20% en 2000 et 13% en 2004. Quant à la consommation de cocaïne seule, elle semble être devenue une pratique plus fréquente entre 2000 et 2004 : 19% en 2000 et 46% en 2004.

De l'avis des intervenants du terrain, la baisse de la multi-consommation et de la consommation d'héroïne en général est à mettre sur le compte de la mauvaise qualité de cette substance et sur celui de l'abondance de cocaïne disponible. Il faut encore noter que si on inclut les benzodiazépines à la définition de la multi-consommation, le pourcentage de multi-consommateurs s'élèverait à 67% des usagers (la consommation d'alcool ou d'autres substances n'étant pas relevée dans cette enquête, on ne peut pas calculer une polyconsommation qui inclurait tous les produits).

Tableau 4.2 Etude clientèle : Evolution de la consommation, 1993-2004

	Total Suisse			Total Vaud	
	1993	1996	2000	2000	2004
Effectif	1119	944	924	179	157
% Consommation durant dernier mois (sur ddvie*)	96	95	85	58	62
Modèle de consommation (% sur consommateurs actifs)					
% multi-consommateurs**	69	75	62	60	40
% héroïne seule	29	23		20	13
% cocaïne seule	3	3		19	46
Fréquence de consommation (% sur conso ddvie)					
% consommateurs réguliers*** héroïne	61	67	54	26	18
% consommateurs réguliers cocaïne	23	31	27	16	25
% consommateurs réguliers cocktail	14	37	25	7	3
% consommateurs réguliers benzo.			24	22	29
Injection					
% injecteurs durant la vie			90	84	69
% injecteurs 6 derniers mois			79	58	43
nombre moyen d'injection par semaine			13.7	8.3	9.8
Traitement					
% en traitement méthadone	35	45	56	64	50

* ddvie = drogues dures à vie

** Héroïne et cocaïne

*** Plusieurs fois par semaine

La grande majorité des usagers des SBS a déjà eu recours à l'injection durant la vie, toutefois cette proportion a diminué entre 2000 et 2004 : 69% contre 84% en 2000 dans le canton de Vaud et 90% en 2000 pour la Suisse. Ce mode de consommation avait déjà connu une diminution depuis 1996, alors que les usagers ayant une expérience de l'injection constituaient le 95% de la clientèle.

La proportion d'injecteurs durant les 6 derniers mois a également diminué (43% en 2004). Elle était déjà nettement plus faible en 2000 au sein de la clientèle des SBS du canton de Vaud (58%) qu'en Suisse (79%). Le nombre moyen d'injections durant la dernière semaine a par contre légèrement augmenté (9.8 en 2004 et 8.3 en 2000). La moyenne suisse était de 13.5 en 2000.

Le nombre d'usagers des SBS en traitement à la méthadone a diminué dans le canton de Vaud et concernait 50% des usagers en 2004 contre 64% en 2000^a. Des changements sont observables concernant la dose et la durée des traitements. La dose moyenne par jour est passée de 28.8 ml. en 1996 à 40 ml en 2004^b. Quant à la durée moyenne de ces traitements, elle est passée de 30.7 mois en 1993 à 52 mois en 2004, soit une forte augmentation qui est liée probablement aux nombreux traitements initiés dans les années 1998-1999 dans le canton de Vaud.

En 2004, parmi les 79 usagers de SBS suivant un traitement à la méthadone, 54 ont consommé durant le dernier mois des drogues dures (héroïne ou cocaïne) soit 68% (65% en 2000). 34 de ces 54 usagers ont consommé régulièrement des drogues dures soit plusieurs fois par semaine. La substance qu'ils ont consommée le plus régulièrement est la cocaïne (25 usagers), suivie par l'héroïne (15 usagers). La consommation régulière de cocktail est peu fréquente et concerne 2 personnes. La proportion d'usagers ayant eu recours à l'injection durant les 6 derniers mois parmi les usagers en traitement est de 56% (86 % en 2000). Le nombre moyen d'injections chez les injecteurs en traitement est de 12.3 injections durant la dernière semaine (7.8 en 2000).

4.3.2 Exposition aux risques de transmission des maladies infectieuses

Si, du point de vue du mode de consommation, on observe une diminution du nombre de personnes qui s'injectent, on constate parallèlement chez les injecteurs, une augmentation des prises de risque de transmission des maladies infectieuses.

Ainsi, l'utilisation de seringues usagées^c durant les 6 derniers mois par les usagers des SBS du canton de Vaud s'élevait à 39% en 1993, il s'est abaissé en 1996 à 24% et à 22% en 2000, avant de remonter à 30% en 2004. Ces derniers taux sont supérieurs à la moyenne suisse de 2000, qui était de 12%. Le don de seringues usagées durant les 6 derniers mois qui avait diminué presque de moitié entre 1996 et 2000 (22% à 13%) est remonté à 20%.

D'autres prises de risques liées à l'injection sont encourues par les usagers des SBS : 50% en 2004 versus 70% des injecteurs de l'enquête 2000 ont partagé la cuillère avec quelqu'un d'autre durant les 6 mois précédents l'enquête. 46 % en 2004 (47% en 2000) ont utilisé le même filtre, 28 % (31%) la même eau, enfin 32% (13% en 2000) ont partagé le coton. L'ensemble de ces prises de risques varie au cours du temps : le partage de la cuillère a diminué, le partage de l'eau et du filtre est stable et l'usage commun du coton a augmenté.

Les différents indicateurs de protection contre la transmission du VIH par voie sexuelle ont diminué et sont proches de la moyenne suisse de 2000. 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, 72% en 2000 et 65% en 2004). Par contre, seule une minorité l'utilise systématiquement avec le partenaire stable (32% en 1993, 21% en 1996, 31% en 2000 et 22% en 2004). Ce taux de protection est faible, sachant que 52% d'entre eux en 2004 ont eu un partenaire stable qui ne consommait pas de drogue dure et 65% en 2000. Enfin, la proportion des usagers des SBS ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel a également diminué en 2004 : 39% versus 51% en 1996, 50% en 2000.

^a Il est possible que cette différence entre le canton de Vaud et la Suisse en 2000 et entre 2000 et 2004 pour le canton de Vaud soit due à une plus forte présence dans les centres d'accueil de personnes bien stabilisées sous méthadone du fait de la participation du centre St-Martin à l'enquête de 2000.

^b Ces questions n'ont été introduites qu'à partir de 1996.

^c Il s'agit de seringues utilisées par une tierce personne et non d'un consommateur qui réutiliserait son matériel.

Tableau 4.3 Etude clientèle : exposition au risque de transmission de maladies infectieuses, 2000-2004

	Total Suisse			Total Vaud	
	1993	1996	2000	2000	2004
Effectif consommateurs dd vie*	1119	944	924	179	157
UTILISATION DE SERINGUES USAGÉES^a					
durant les 6 derniers mois	17	11	12	22	30
DON DE SERINGUES USAGÉES					
durant les 6 derniers mois		9	9	13	20
PARTAGE D'AUTRE MATÉRIEL^a					
cuillère		68	51	70	50
filtre		46	38	47	46
coton		3	7	13	32
eau			26	31	28
UTILISATION DU PRÉSERVATIF					
Partenaire(s) stable(s)	60	53	56	62	55
toujours utilisé préservatif	26	27	29	31	22
jamais utilisé préservatif	55	58	55	50	53
Partenaire(s) occasionnel(s)	34	31	32	38	33
toujours utilisé préservatif	61	67	72	72	65
jamais utilisé préservatif	14	13	15	15	15
UTILISATION DU PRÉSERVATIF					
durant dernier rapport sexuel		51	48	50	39

* ddvie = drogues dures à vie

4.3.3 Typologie des consommateurs

Dans le but de mieux comprendre les circonstances accompagnant le partage de matériel d'injection stérile, nous avons procédé à deux analyses distinctes : la première concerne l'accessibilité au matériel et la deuxième les indicateurs de consommation accompagnant le partage.

4.3.3.1 Accessibilité du matériel stérile

Une des questions posées dans l'enquête de 2004 auprès de la clientèle des SBS était de savoir si les usagers rencontrent des difficultés à s'approvisionner en matériel stérile et si oui, à quel moment de la semaine. Au total, 9 personnes ont mentionné des difficultés, essentiellement en soirée et à Lausanne, ce qui représente 14% des usagers consommant par injection. 6 usagers parmi ces 9 fréquentent une SBS de Lausanne. Parmi ces 9 personnes, 5 rapportent avoir employé une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre.

^a Les seringues remises dans le cadre du Programme cantonal de remise de matériel stérile comportent des filtres qui rendent inutiles l'utilisation de coton. Dans le questionnaire de 2004, la question était reprise de l'enquête de 2000 sans modification et les usagers ont donné des réponses aussi bien par rapport au filtre qu'au coton, même si, théoriquement, ce dernier ne devrait plus exister. Il est dès lors difficile de savoir exactement ce que cette appellation recouvre comme matériel pour les usagers.

Parmi les personnes consommant par injection, environ un tiers déclare avoir des réserves de seringues à domicile (24 usagers sur 64). Toutefois, 5 usagers parmi ces 24 personnes ont consommé au cours des 6 derniers mois avec une seringue utilisée par quelqu'un d'autre.

4.3.3.2 Indicateurs de consommation associés

Dans le but de rechercher les facteurs associés au partage de matériel stérile, nous avons procédé à une analyse en correspondance multiple (HOMALS)²⁰.

Cette méthode d'analyse permet de tester l'homogénéité des variables et de dégager ainsi les associations existantes entre plusieurs données. Dans le cas de la prise de risque, l'homogénéité des variables concernant la fréquence de consommation, le mode de consommation (à vie et dans les 6 derniers mois), ainsi que la poly-consommation a été testée.

Dans cette analyse, le partage de seringues se trouve associé à la consommation de cocktail (héroïne et cocaïne) et/ou de mélange (héroïne ou cocaïne et benzodiazépines) au cours du dernier mois, à un nombre élevé d'injection durant la dernière semaine et à la consommation de nombreuses substances. Le partage est ainsi lié à la poly-consommation et à une grande activité de consommation par injection (pour plus de détail cf. annexe 8.1.2).

Trois types de consommateurs peuvent être définis sur la base de cette analyse (pour plus de détail cf. annexe 8.1.2, Figure 8.2) :

- **Le type des non injecteurs mono-consommateurs** (type 1, cadran supérieur gauche, Figure 8.2) est composé des usagers qui n'ont jamais consommé par injection, qui n'ont pas d'expérience de multi-consommation de drogues dures (héroïne et cocaïne), mais qui sont actuellement dans une phase active de consommation occasionnelle ou régulière.
- **Le type des injecteurs consommateurs occasionnels** (type 2, cadrans inférieurs, Figure 8.2) regroupe les usagers ayant déjà consommé par injection au cours de leur vie, qui ont expérimenté plusieurs substances, mais qui consomment plus occasionnellement. Parmi eux, on peut trouver des personnes ayant consommé par injection au cours des 6 derniers mois, mais avec un nombre moyen d'injection par semaine inférieur à 5.
- **Le type des injecteurs consommateurs à hauts risques** (type 3, cadran supérieur droit, Figure 8.2) correspond aux usagers qui sont des poly-toxicomanes actifs (cocktail et/ou mélange au cours du dernier mois), qui consomment par injection (plus de 6 injections en moyenne durant la semaine précédant l'enquête) **et qui ont partagé des seringues** au cours des 6 derniers mois.

En terme de fréquence, le type 2 est le plus répandu dans notre échantillon. Il représente, en 2004, 52% (n=81) des usagers des SBS ayant participé à l'enquête. Les usagers du type 1 forment le 31% (n=48) de l'échantillon, quant aux personnes présentant une consommation à risques ils forment le 17% (n=26) de la clientèle interrogée.

Ces types diffèrent non seulement par les indicateurs de consommation, mais présentent également des différences socio-démographiques (cf. Tableau 4.4). Ainsi, le type 1 se distingue des 2 autres, en termes d'âge et de sexe :

- les femmes sont moins présentes dans le type 1, soit 23% par rapport à 36% dans le type 2 et 31% dans le type 3 ;
- les personnes rattachées au type 1 sont plus jeunes (âge moyen de 31,2 ans et médiane à 29 ans). Les usagers du type 3 ont un âge moyen de 32,7 ans (médiane à 32,5 ans). Finalement, les consommateurs les plus âgés se retrouvent dans le type 2, avec un âge moyen de 35 ans et une médiane à 36 ans ;
- les catégories d'âge des 25 ans et moins sont plus représentées dans le type 1.

Concernant le domicile, le type 1 est caractérisé par un pourcentage plus élevé de personnes sans domicile fixe ce qui est peut-être à mettre sur le compte de la répartition en classe d'âge et la présence plus nombreuses des personnes de moins de 20 ans.

Tableau 4.4 Caractéristiques socio-démographiques par type de consommateurs, 2004

	Type 1		Type 2		Type 3	
	non injecteurs mono-consommateurs		injecteurs consommateurs occasionnels		injecteurs consommateurs à haut risque	
	n	%	n	%	n	%
Effectif	48		81		26	
Part de femmes	11	23	29	36	8	31
Âge moyen	31.2		35.0		32.7	
Âge médian	29.0		36.0		32.5	
Moins de 20 ans	3	6	2	2	1	4
21 à 25 ans	11	23	8	10	4	15
26 à 30 ans	11	23	11	14	5	19
31 à 35 ans	10	21	17	21	5	19
36 ans et plus	13	27	43	53	11	42
Domicile						
Fixe privé	31	65	68	84	21	81
Sdf	14	29	6	7	4	15
Institution	3	6	7	9	1	4

Au niveau de la prise en charge et de la santé, il y a également des différences entre ces 3 types d'usagers (cf. Tableau 4.5).

On trouve moins de personnes en traitement de substitution dans le type 1. Plusieurs facteurs explicatifs peuvent être avancés : phase de lune de miel avec les produits, problèmes de consommation moins graves en raison de l'absence de consommation par injection, quelques personnes qui ne consomment que de la cocaïne et pour lesquelles un traitement de substitution n'est pas indiqué, etc.

Tableau 4.5 Prise en charge et état de santé, par type de consommateurs, 2004

	Type 1		Type 2		Type 3	
	non injecteurs mono-consommateurs		injecteurs consommateurs occasionnels		injecteurs consommateurs à haut risque	
	n	%	n	%	n	%
Effectif	48		81		26	
Prise en charge						
En traitement	12	25	55	68	16	62
Structures de Lausanne	24	50	34	42	16	62
Santé						
Test VIH	36	75	78	96	25	96
VIH positif	1	2	9	11	3	11
Hépatite B	1	2	23	36	6	26
Hépatite C	0		45	67	13	56

La proportion de personnes qui prennent des risques est relativement plus élevée dans les structures lausannoises. Là aussi les facteurs d'explication sont probablement multiples : les personnes présentant les cas les plus graves de consommation migrent en ville où les produits sont plus disponibles (aspects multi-consommation).

Au niveau de la santé, les différences sont essentiellement entre le type 1 et les deux autres types, avec une séroprévalence au VIH, mais aussi aux hépatites beaucoup plus élevée dans les types 2 et 3 et certainement en lien avec le mode de consommation par injection.

Ce mélange de types de consommateurs au sein des mêmes structures nécessite une réflexion sur les différenciations à apporter aux interventions selon la phase de consommation dans laquelle ils se trouvent, notamment en ce qui concerne les messages de prévention et de réduction des risques.

4.4 ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE LA SITUATION SOCIALE DES CONSOMMATEURS DÉPENDANTS

Résumé Le nombre de décès liés à la drogue enregistrés dans le canton de Vaud a progressivement diminué entre 1994 et 2000 pour atteindre une dizaine de cas par année. Toutefois, en 2003 cette tendance s'est inversée puisque 24 cas ont été enregistrés, ce qui constitue un doublement du nombre de décès par rapport à l'année précédente.

Les estimations de l'OFSP présentent une augmentation depuis 1999 du nombre de tests positifs au VIH en général et chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en particulier : on estime qu'il y a eu 13 tests positifs au VIH chez des injecteurs de drogues dans le canton de Vaud en 2002 et 23 en 2003.

Les statistiques récentes auprès de différentes sous-populations de consommateurs de drogues du canton de Vaud montrent des tendances variables : le taux de prévalence au VIH diminue dans la statistique des institutions résidentielles et est de 8% en 2003 (13% en 2001). Cette diminution du taux n'est pas confirmée dans les traitements à la méthadone dont les taux restent stables (13% en 2001 et 14% en 2003). Quant aux enquêtes dans les SBS après une diminution en 2000 (séroprévalence de 7%) le taux remonte et se situe à 10%.

Ces diverses statistiques montrent un niveau élevé de l'hépatite C rapportée par les consommateurs de drogues : 57% sont positifs au VHC dans les traitements à la méthadone en 2003 (58% en 2001).

4.4.1 Décès liés à la drogue

Les décès liés à la consommation de drogues sont un reflet de la gravité de cette consommation. Pour différentes raisons, ne serait-ce que par les multiples causes possibles de décès liés au mode de vie des consommateurs de drogues, il est difficile d'estimer le nombre exact de décès liés à la drogue chaque année. Toutefois, cette statistique est utile pour mesurer l'évolution au cours du temps des décès.

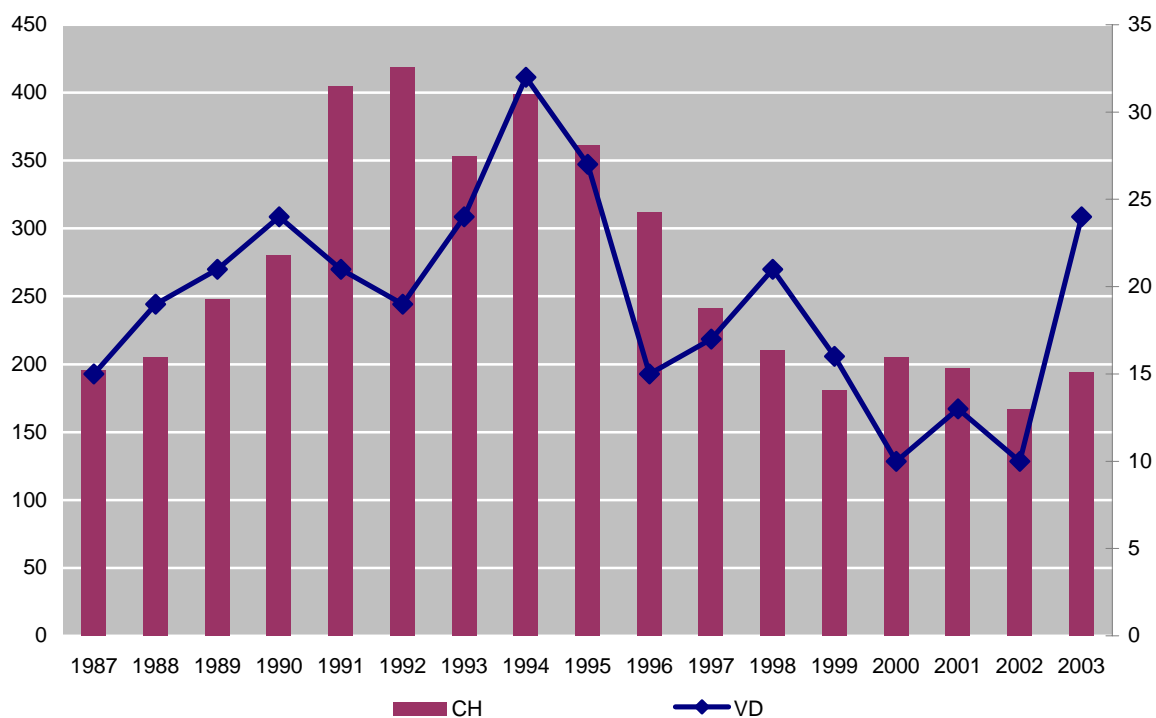
L'Office fédéral de la police est la source principale d'information pour les décès liés à la drogue, qui inclut principalement les overdoses, mais ne tient pas compte, par exemple, des décès attribuables au SIDA.

Le nombre de décès liés à la drogue en Suisse a connu un pic en 1992 (419 morts), suivi d'une diminution, puis d'une stabilisation autour de 200 décès par an depuis 1998 (Figure 4.3).

Dans le canton de Vaud, le maximum de décès a été atteint en 1994 (32 décès) et il a été suivi par une tendance générale à la diminution pour atteindre une dizaine de cas par année sur la période 2000-2002. Cette tendance a toutefois été contrecarrée l'année suivante puisque 24 cas de décès liés à la drogue ont été enregistrés en 2003. Ce nombre correspond aussi à un nouveau maximum, en termes de part des décès liés à la drogue en Suisse, qui provient du canton de Vaud (12%)^a.

^a Une première estimation du nombre de décès pour l'année 2004 montre une diminution du nombre de décès par overdose pour le canton de Vaud (8 cas en 2004) et la Suisse (95 cas en 2004). Ces résultats doivent cependant encore être confirmés.

Figure 4.3 Nombre de décès liés à la consommation de drogues en Suisse 1987-2003, (Source : données OFP)



4.4.2 VIH et hépatites

VIH

Les données présentées dans cette section proviennent des documents transmis par l'OFSP²¹, qui nous a directement fourni les données les plus récentes^a. Elles sont basées sur les déclarations des laboratoires de confirmation pour les tests VIH positifs, ainsi que sur les déclarations complémentaires des médecins (disponibles pour env. 70-80% des tests positifs) qui nous informent sur les proportions attribuées aux différentes voies d'infection permettant ainsi d'estimer le nombre de tests positifs VIH chez les usagers de drogues en Suisse et dans le canton de Vaud^b.

En Suisse, le nombre de tests positifs a diminué progressivement entre 1991 et 2000 (cf. Figure 4.4). En 2001, ce nombre a connu une légère augmentation, tendance qui s'est poursuivie en 2002 avant de se stabiliser en 2003. Chez les consommateurs de drogue, la diminution a été particulièrement forte avec une stabilisation des nouveaux cas depuis 1998. Cependant, on observe ici aussi une tendance à la hausse depuis 2001 et qui s'est confirmée en 2003.

^a Source : OFSP, Division épidémiologie et maladies infectieuses, Monsieur Gebhardt.

^b Il faut noter que, sur les conseils de l'OFSP, nous avons utilisé cette année des estimations basées sur les déclarations complémentaires des médecins relatives aux tests positifs enregistrés durant l'année (tests actuels) et non plus relatives aux premiers tests positifs. Ce changement entraîne, par rapport aux données présentées les dernières années, un accroissement du nombre estimé de tests positifs chez les consommateurs de drogue à la fin des années 80 et au début des années 90, ainsi que de très faibles variations par la suite.

Figure 4.4 Evolution du nombre total de tests positifs au VIH dans la population générale et du nombre estimé de tests positifs au VIH chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en Suisse, selon l'année de déclaration, de 1988 à 2003, (Source : OFSP)

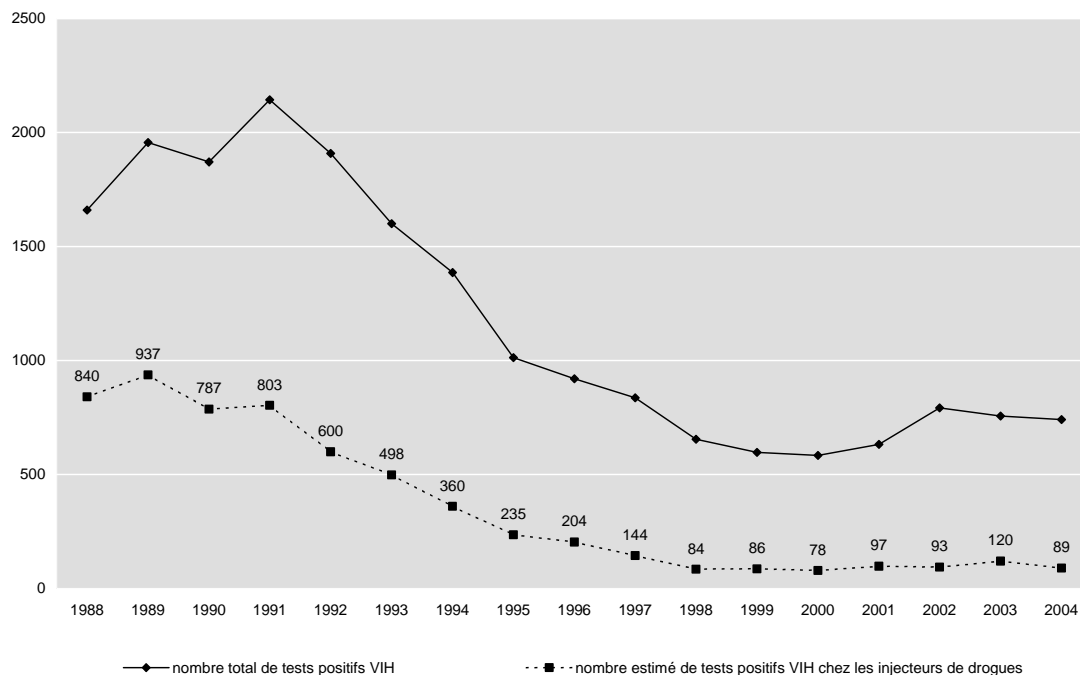
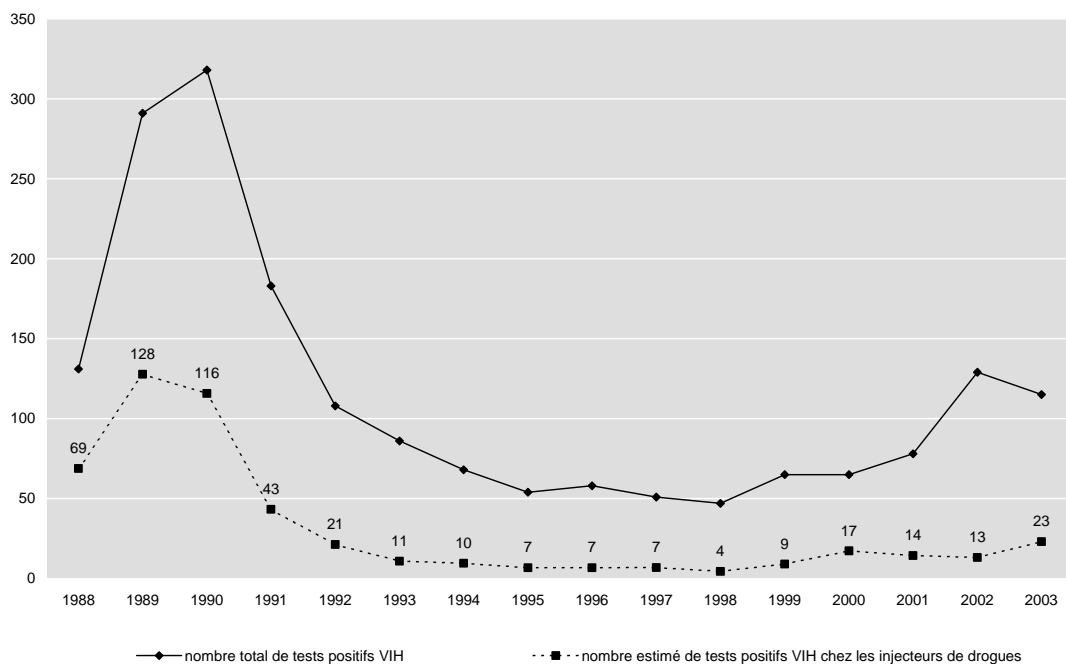


Figure 4.5 Evolution du nombre total de tests positifs au VIH dans la population générale et du nombre estimé de tests positifs au VIH chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans le canton de Vaud, selon l'année de déclaration, de 1988 à 2003 (Source : OFSP)



Les tendances observées pour le canton de Vaud sont un peu différentes (Figure 4.5). Le nombre total de tests positifs, comme le nombre estimé pour les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, a diminué depuis 1991 jusqu'en 1998. Depuis, on observe une augmentation du nombre total de tests positifs et du nombre estimé pour les consommateurs de drogues : ainsi, on est passé de 47 tests positifs au VIH au total en 1998 dans le canton, dont 4 estimés chez des consommateurs de drogues par voie intraveineuse, à respectivement 115 et 23 en 2003, soit des nombres similaires à ceux enregistrés en 1992.

Hépatite B^a

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^b.

En Suisse, la déclaration par les médecins des cas d'hépatites B aiguës nous renseigne sur les principaux facteurs de risque impliqués dans la transmission du VHB. Pour l'ensemble de la Suisse, le nombre annuel total de cas d'hépatites B aiguës a diminué de deux-tiers au cours de la décennie (annexe 8.2 page 119). 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 12 en 2003. On n'observe pas exactement le même portrait dans le canton de Vaud : le nombre de cas d'hépatite B aiguë déclarés n'a d'abord pas diminué et l'injection de drogues représentait en 1998 la principale voie d'infection^c (annexe 8.2, Figure 8.4). Cela n'est toutefois plus le cas depuis 2000, puisque l'injection de drogues est désormais associée à moins d'un tiers des cas recensés (deux à cinq cas par an entre 2000 et 2003).

Hépatite C^d

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.

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 aiguë 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, avec toutefois une légère hausse entre la fin des années 90 et le début des années 2000 et un pic en 2002 (cf. annexes 8.2). 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 (73% en 2003). Dans le canton de Vaud, on observe les mêmes tendances : l'injection de drogues est fortement associée aux hépatites C aiguës déclarées (cf. annexes 8.2). En 2002, 16 sur 19 cas d'hépatite C aiguë déclarés sont attribuables aux consommateurs de drogues, 11 sur 12 en 2003.

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

^a Source : OFSP, Division épidémiologie et maladies infectieuses, Madame Masserey.

^b Le vaccin pour l'hépatite B est disponible depuis plus de 10 ans. On peut signaler par ailleurs, que le Service 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.

^c 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.

^d Source : OFSP, Division épidémiologie et maladies infectieuses, Madame Masserey.

ce contexte, le test ne permet pas de connaître le moment précis où l'infection a été contractée. Entre 1996 et 1999, pour l'ensemble de la Suisse, le nombre estimé de personnes apprenant qu'elles sont infectées par le virus de l'hépatite C^a a augmenté, ce qui peut être un effet du dépistage plus fréquent de cette maladie (2'514 en 1996 versus 2'875 en 1999) (cf. annexes 8.2). En 2000, ce nombre est revenu à la valeur antérieure et est resté stable depuis, à environ 2'500 cas par an.

Pour le canton de Vaud, le nombre de personnes pour lesquelles une infection a été mise en évidence oscille entre 207 (1996) et 310 (2001) cas par an^a, avec une moyenne et une médiane d'environ 260 cas annuels. Ainsi, seulement dans le canton de Vaud, au cours des 5 dernières années, il y a eu près de 1'500 individus - qui sont presque tous des injecteurs de drogues - pour lesquels un dépistage a révélé l'infection (1999 à 2003: 1'405 pour Vaud, 12'712 pour l'ensemble de la Suisse, le canton de Vaud représentant ainsi 11% du total suisse).

Prévalence du VIH et des hépatites dans diverses sous-populations de consommateurs de drogues dans le canton de Vaud

Les données présentées dans ce chapitre proviennent de diverses sources statistiques obtenues auprès de différentes sous-populations de consommateurs (à des stades différents de la consommation ou fréquentant diverses structures d'accueil ou de traitement) dans le canton de Vaud :

- Structures d'accueil bas seuil **ÉTUDE BAS SEUIL** auprès de la clientèle des structures à bas seuil d'accès (cf. 4.3)
- Traitements résidentiels **STATISTIQUE FOS** statistique des usagers des structures résidentielles (cf. 4.5.2)
- Traitements méthadone **STATISTIQUE MÉTHADONE** statistique des consommateurs suivant un traitement à la méthadone (cf. 4.5.1)

Tableau 4.6 Données sur la séroprévalence rapportée au VIH et aux hépatites auprès de diverses sous-populations de consommateurs de drogues dans le canton de Vaud (1996-2004)

	% testés VIH	% VIH+	% testés hépatite B	% hépatite B+	% testés hépatite C	% hépatite C+
Étude Bas seuil						
SBS 1996	99	11				
SBS 2000	92	7	78	36	70	58
SBS-VD 2004	90	10	72	28	68	55
Statistique FOS						
FOS 2001	70	13				
FOS 2002	86	8				
Act-Info 2003	88	8				
Statistique Méthadone						
METHA 2001	97	13	95	36	94	58
METHA 2002	98	14	94	33	94	56
METHA 2003	97	14	95	35	96	57

Chez les consommateurs en traitement de substitution, le taux de séroprévalence rapportée au VIH est de 14% en 2003 (13% en 2001). Cette donnée apparaît comme la plus fiable en raison de l'effectif de consommateurs concernés et du pourcentage de personnes testées.

^a Plus précisément, le nombre estimé de *premiers* tests positifs à l'hépatite C.

La proportion d'usagers des SBS rapportant un test positif au VIH, qui avait baissée entre 1993 et 2000 (18% des personnes testées se déclaraient séropositives, 11% en 1996 et 7% en 2000), a connu une augmentation entre 2000 et 2004 et atteint 10%. La proportion de personnes séropositives est cependant nettement plus élevée à Lausanne, où 18% des personnes testées rapportent être séropositives, contre 3% dans le reste du canton. Parmi elles, 42% (5 personnes) suivent un traitement aux anti-rétroviraux.

En ce qui concerne les hépatites, les données à disposition montrent une stabilisation du développement de l'hépatite C chez les consommateurs de drogues. Plus de la moitié des usagers des SBS rapportent au moins un test positif à l'hépatite C (55% en 2004, la moyenne suisse étant à 59% en 2000), 28% pour l'hépatite B (36% en 2000 pour le canton et 40% pour la moyenne suisse). La statistique des traitements à la méthadone^a présente les mêmes tendances : près de 60% des consommateurs testés rapportent un test positif à l'hépatite C, 35% à l'hépatite B.

4.4.3 Caractéristiques démographiques et sociales des consommateurs de drogues

Résumé La proportion de femmes est stable au cours du temps, ainsi que dans les différentes sous-populations de consommateurs de drogues dans le canton de Vaud et s'élève à environ un tiers. L'âge moyen a quant à lui augmenté dans toutes les catégories de structures. La situation sociale liée au logement est stable. La proportion de personnes sans emploi est très élevée, particulièrement dans la population qui fréquente les centres à bas seuil. Le recours aux assurances et à l'assistance sociale est stable et élevé.

Les données présentées dans ce chapitre proviennent de diverses sources statistiques obtenues auprès de différentes sous-populations de consommateurs (à des stades différents de la consommation ou fréquentant diverses structures d'accueil ou de traitement) dans le canton de Vaud :

• Structure accueil bas seuil	ÉTUDE BAS SEUIL auprès de la clientèle des structures à bas seuil d'accès (cf. 5.4))
• Traitements résidentiels	STATISTIQUE FOS statistique des usagers des structures résidentielles (cf. 4.5.2)
• Traitements méthadone	STATISTIQUE MÉTHADONE statistique des consommateurs suivant un traitement à la méthadone (cf. 4.5.1)
• Unité de sevrage	STATISTIQUE OPALE À LA CALYPSO ^b statistique des consommateurs suivant un sevrage à la Calypso (cf. 5.3).

On constate dans le Tableau 4.7 que la proportion de femmes varie dans les différentes structures, entre 29% (Calypso 2001) et 36% (FOS 2000)^c. L'âge moyen est un peu plus élevé chez les usagers suivant un traitement à la méthadone (35.3 ans en 2003, versus 33.6 dans l'enquête SBS de 2004 et 31.0 dans les structures résidentielles en 2003).

Si l'on considère l'évolution au cours du temps, on constate une tendance au vieillissement dans toutes les catégories de structures. Celle-ci est particulièrement forte chez les usagers suivant un traitement à la méthadone : 31.1 ans en moyenne en 1997, 35.3 ans en 2003.

La situation du logement des consommateurs de drogue s'est dégradée après avoir connu une amélioration dans les années 2000-2002. Les personnes sans domicile fixe forment ainsi 15% de la clientèle des SBS en 2004 et 9% de la clientèle des résidentiels, mais seulement 2% des patients en traitement de substitution.

^a Le taux de non-réponse aux questions concernant la sérologie aux hépatites et au VIH est important (entre 20% et 21%).

^b Pour la comparaison des différentes sous-populations de consommateurs de drogues, on ne considère que les admissions hospitalières à la Calypso. On décrit bien une sous-population de consommateurs de drogues spécifique à une unité de sevrage.

^c Exception faite de SBS 1996.

Tableau 4.7 Données socio-démographiques de diverses sous-populations de consommateurs de drogues dans le canton de Vaud (1996-2003)

	% femme	Âge moyen	% sdf	% sans emploi	% AI, AVS, chômage	% assistance publique	Revenu illégal
Bas seuil							
SBS 1996	48	29.2	**14	85	38	47	14
SBS 2000	33	30.7	7	73	35	51	12
SBS 2004	31	33.6	15	89	31	54	12
FOS							
FOS 1999	32	27.8	11	63	8	*38	11
FOS 2000	36	28.2	8	61	4	*30	13
FOS 2001	31	28.9	8	62	4	*39	18
FOS 2002	34	29.3	3	83	11	*58	9
Act-info 2003	33	31.0	9	81	20	63	1
Méthadone							
Méthadone SSP 1997	32	H: 31.1 F: 30.1					
Méthadone SSP 1999	31	H: 32.3 F: 31.1					
Méthadone SSP 2001	33%	33.4	2%	57%	24%	29%	
Méthadone SSP 2002	31%	34.3	2%	62%	29%	29%	
Méthadone SSP 2003	31%	35.3	2%	65%	30%	29%	
Calypso							
OPALE 1999	29%	29.8	8%	78%			
OPALE 2000	29%	29.6	3%	79%			
OPALE 2001	29%	30.6	4%	65%			
OPALE 2004							

* Les données FOS concernant le chômage comme source de revenu ont été intégrées avec l'assistance publique.

** En 1996 seul Rel'Aids avait participé à l'enquête et sa clientèle est de loin plus marginalisée que celle ayant participé à l'enquête 2000.

L'accès au travail s'est également dégradé dans les SBS (85% sans emploi en 1996, 73% en 2000 et 89% en 2004) et chez les personnes en traitement de substitution (57% en 2001 et 65% en 2003). Chez les personnes en séjour résidentiel, le pourcentage de personnes sans emploi durant le mois précédant l'admission est plus élevé en 2002 et 2003. Le recours aux assurances (AI, chômage) et à l'aide sociale se stabilise, mais est plus important pour les usagers des SBS (54% des usagers des SBS bénéficient de l'assistance publique en 2004 et 31% d'une assurance sociale versus 29% et 30% chez les usagers suivant un traitement à la méthadone en 2003).

Les personnes en traitement à la méthadone représentent une population plus âgée, avec une situation sociale moins précaire que les personnes toxicodépendantes en résidentiel ou dans les SBS.

4.5 ÉVOLUTION DES PRISES EN CHARGE ET DES TRAITEMENTS

Résumé Le nombre de traitements à la **méthadone (statistique du Service de la santé publique)** qui augmentait régulièrement depuis 1996 dans le canton de Vaud a connu une légère diminution : il était de 1696 en 2003 contre 1'782 en 2001. Ce fléchissement est aussi observé au niveau national.

Le nombre de demandes d'un premier traitement a fortement diminué et s'élevait à 43 demandes en 2003.

Le nombre de **traitements résidentiels** est resté stable et s'élève à environ 110 entrées en séjour par an, mis à part une augmentation en 2001 (142 entrées).

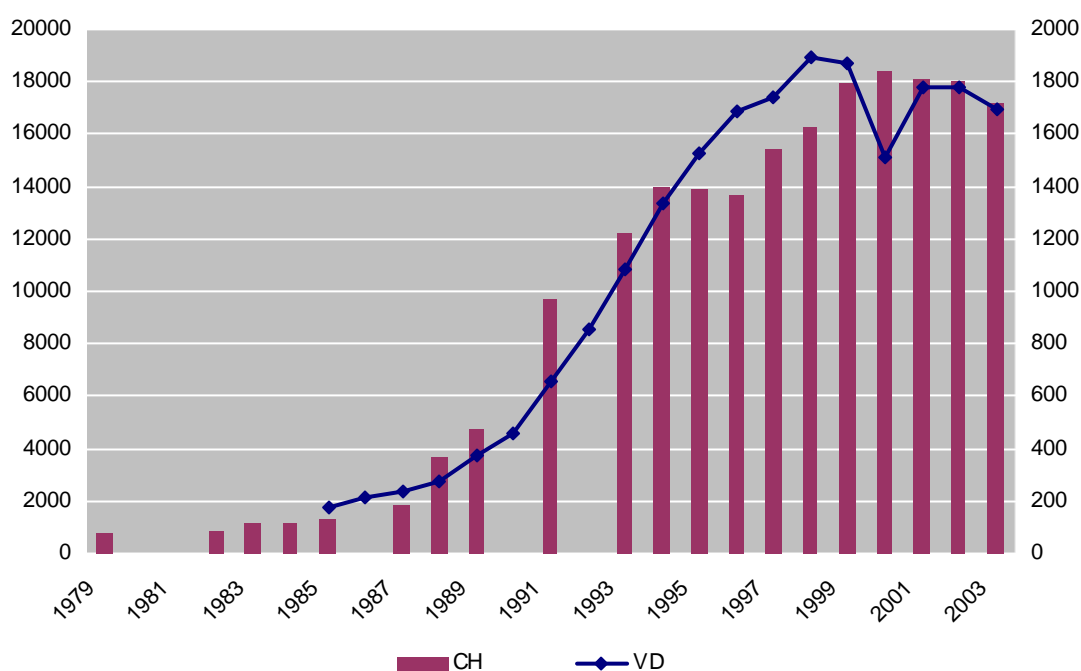
Le nombre de personnes n'ayant jamais eu un traitement avant de débiter une cure de méthadone ou un séjour résidentiel a fortement diminué (environ 5% dans chacune des deux statistiques).

4.5.1 Traitements de substitution à la méthadone

Nombre de traitements à la méthadone en Suisse et dans le canton de Vaud

Le nombre de traitements de substitution à la méthadone en Suisse a considérablement augmenté à la fin des années 80 et au début des années 90²². Il est ainsi passé d'un peu moins de 2'000 traitements en 1987 à près de 14'000 en 1994. Cette augmentation a été suivie d'une période de stabilité jusqu'en 1996. Celle-ci était sans doute due au développement de la prescription médicale d'héroïne. Dès 1997, le nombre de traitements à la méthadone a repris une tendance à la hausse et ce sont 18'393 traitements qui ont été enregistrés en 2000. Depuis 2000, le nombre total de traitement a légèrement diminué pour atteindre 17'194 traitements en cours en 2003 (Figure 4.6).

Figure 4.6 Nombre de traitements à la méthadone en Suisse et dans le canton de Vaud : 1979-2003 (Source : OFSP)

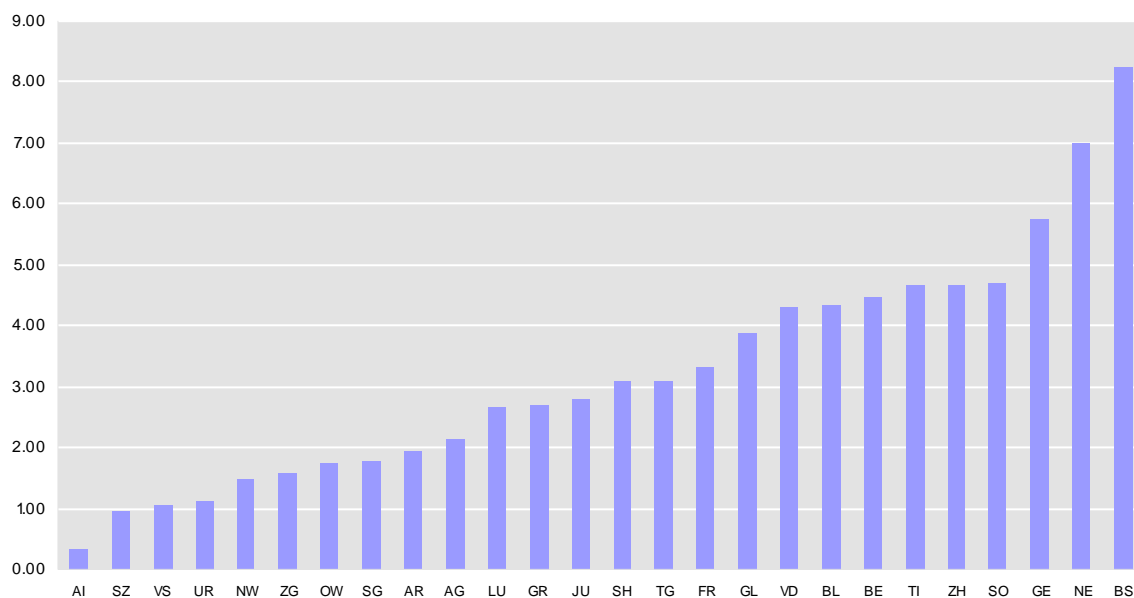


Quatre cantons enregistrent plus de la moitié de l'ensemble des traitements en Suisse, dont le canton de Vaud (ZH, BE, GE, VD). Cependant, si l'on calcule le nombre de traitements pour 1000 habitants de 20 à 64 ans, ce sont les cantons de Bâle-Ville, de Neuchâtel, et de Genève qui affichent les taux les plus élevés (Figure 4.7). Le canton de Vaud occupe la 7^{ème} place.

Jusqu'en 2000, les données relatives aux traitements de substitution dans l'ensemble du canton provenaient des données disponibles dans le registre des autorisations délivrées par le médecin cantonal. En 2000, le Service de la santé publique (SSP) a mis en place un nouveau logiciel permettant d'optimiser la gestion des traitements de substitution d'une part et de fournir un outil de recherche dans le domaine

des addictions d'autre part^a. L'extraction des données de ce nouveau logiciel reste à ce jour extrêmement complexe et pas encore systématisée. Avec 1'696 traitements en 2003, le canton de Vaud représente 9.7% des traitements en Suisse. Ce qui correspond à la proportion de la population vaudoise par rapport à l'ensemble de la Suisse.

Figure 4.7 Nombre de traitements pour mille habitants de 20-64 ans par canton, 2003 (Source : OFSP)



Données concernant les traitements à la méthadone dans le canton de Vaud

Nous présentons ici les premiers résultats d'une analyse des données de 2001 à 2003^b. Les données à disposition du SSP sont de quatre ordres :

- les questionnaires de demande d'autorisation (« questionnaire d'entrée ») ;
- les autorisations ;
- les demandes de prolongation d'autorisation (« questionnaire de suivi ») et les rapports de fin de cure ;
- les dossiers d'autorisation de traitement constitués au sein du service du médecin cantonal.

Il faut savoir que la base de données est incomplète, car les questionnaires d'entrée n'ont pas été systématiquement remplis pour les patients déjà en cure lors de la mise en place du nouveau logiciel. Pour les patients en cure en 2001, on dispose de questionnaire d'entrée pour seulement 29% d'entre eux (512 sur 1'782). Or les questionnaires d'entrée contiennent des informations importantes non comprises dans le questionnaire de suivi (par exemple : temps écoulé entre la première consommation et le premier traitement, histoire des traitements antérieurs, etc.). Il faut noter encore que ces questionnaires remplis par les médecins en charge du traitement sont relativement longs et complexes ; on dénombre malheureusement un taux élevé de non-réponses à beaucoup de questions.

^a La baisse du nombre de patients en traitement de substitution dans le canton de Vaud en 2000 est liée au changement de système informatique.

^b Cette analyse est cofinancée par la Santé publique du canton de Vaud et l'OFSP. Un rapport complet est prévu pour le printemps 2005.

Le nombre de traitements à la méthadone dans le canton de Vaud a augmenté fortement au cours des années 90, passant de 1'127 en 1994 à 1'710 en 1999. Depuis, il s'est stabilisé et a même légèrement diminué : 1778 traitements en 2002 et 1696 en 2003.^a

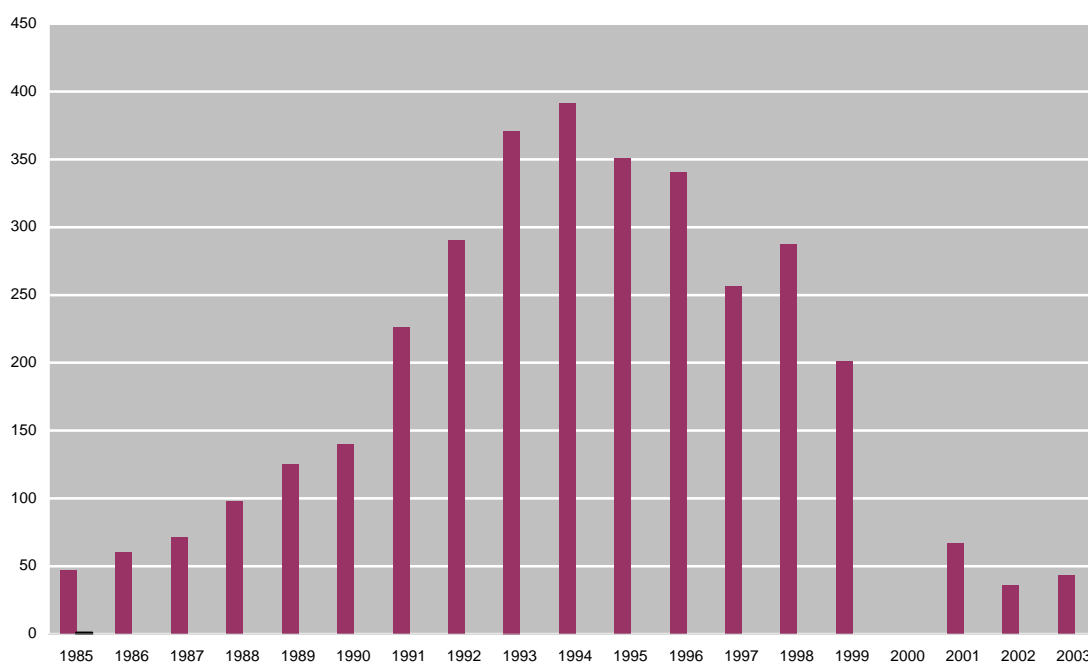
Environ un tiers des traitements de substitution sont suivis par des femmes (cf. Tableau 4.8). L'âge moyen des femmes est proche de celui des hommes. Par contre pour les deux sexes, l'âge moyen augmente au cours de la période étudiée : il passe chez les hommes de 33.7 ans en 2001 à 35.3 en 2003 (29.7 ans en 1994), chez les femmes de 32.6 à 34.4 ans (29.4 ans en 1994).

Tableau 4.8 Nombre de traitements de substitution, proportion de femmes et âge moyen de 2001 à 2003 (Source SSP)

	2001	2002	2003
Nombre de traitements	1782	1778	1696
Proportion de femmes	32.2%	31.6%	31.1%
Âge moyen			
▪ hommes	33.7 ans	34.6 ans	35.3 ans
▪ femmes	32.6 ans	33.5 ans	34.4 ans

Le nombre de personnes n'ayant jamais eu de traitement de substitution auparavant diminue : parmi les 1'696 cures suivies en 2003, 43 sont des premières cures (on en comptait 201 en 1999) (cf. Figure 4.8 et Tableau 4.9). Plus de 85% des personnes en traitement avaient déjà bénéficié d'au moins un traitement concernant leur problème de dépendance dans le passé ; parmi ces prises en charge 70 à 80% étaient des traitements à la méthadone.

Figure 4.8 Nombre de personnes débutant un traitement pour la première fois, 1985-2003



^a Les traitements en milieu carcéral ne sont pas comptabilisés ici.

Le nombre de médecins prescrivant de la méthadone est en diminution depuis 2000 : 248 médecins en 2000, 232 en 2001, 226 en 2002 et 217 en 2003.

Tableau 4.9 Nombre de traitements de substitution 2001-2003

	2001	2002	2003
Nombre total de documents	2473	2346	2276
dont : questionnaire d'entrée	558	483	439
questionnaire prolongation	1527	1427	1389
questionnaire de fin	388	436	449
Nombre de patients différents	1782	1778	1696
Nombre de premiers traitements	67	36	43
Nombre de patients ayant un questionnaire d'entrée	512	440	399
Nombre de patients ayant un questionnaire de fin	375	421	429

* Un patient pouvant avoir plusieurs dossiers de fin de cure, ce total est inférieur à celui de l'ensemble des fins de cure.

Le nombre de fin de cures est difficile à estimer correctement. En effet, lorsqu'une personne change de médecin traitant, un questionnaire de fin de cure est rempli alors même que le traitement n'est pas interrompu. Ainsi, lorsqu'un questionnaire de fin est suivi dans un délai de 60 jours maximum d'un questionnaire d'entrée, le traitement n'a pas été considéré comme étant interrompu, mais comme étant transféré. En 2001, 375 patients différents ont donc au moins un questionnaire de fin ; ils étaient 421 en 2002 et 429 en 2003.

Tableau 4.10 Motifs d'interruption de traitement, 2001-2003

	2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%
Décision du médecin	37	9.5	28	6.4	34	7.6
Abandon par le patient	56	14.4	53	12.2	54	12
Déménagement	19	4.9	18	4.1	7	1.6
Emprisonnement	25	6.4	24	5.5	34	7.6
Décès	18	4.6	22	5	29	6.5
Changement de canton	20	5.2	33	7.6	20	4.5
Abstinence et réinsertion	41	10.6	55	12.6	44	9.8
Abstinence, situation soc précaire	60	15.5	70	16.1	60	13.4
Sans nouvelle/rechute	15	3.9	17	3.9	21	4.7
Changement de médecin	54	13.9	89	20.4	91	20.3
Autres	27	7	14	3.2	21	4.7
Missing	16	4.1	13	3.0	34	7.6
Total	388	100	436	100	449	100

Entre 25 et 35% des fins de traitements sont liées à une abstinence. Cette catégorie se divise toutefois en deux selon le degré de réinsertion. Environ 10% des patients qui ont terminé un traitement étaient considérés comme réinsérés ; la situation sociale des autres est qualifiée de « précaire » (13% en 2003). Parmi les différents motifs de fin de traitement, figurent les déménagements, changements de canton ou de médecin qui représentent entre 20 et 30% des motifs notés dans les questionnaires de fin. Les ruptures de traitement de la part des patients ou les rechutes forment environ 15 à 20% des interrup-

tions de traitement. Les décès ont touché 29 patients en 2003 (22 en 2002) et les interruptions liées à une entrée en prison entre 25 et 35 personnes selon les années.

4.5.2 Traitements résidentiels (FOS)

En 1998, un répertoire des institutions résidentielles en Suisse a été publié par COSTE^{a,23}. Il comprend des renseignements sur l'organisation, le processus d'admission, le concept thérapeutique, le coût et les prestations offertes par les différentes institutions.

La Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS)^b décrit annuellement depuis 1995 la clientèle des centres de traitements résidentiels en Suisse. En 2003, la documentation nationale sur les établissements résidentiels a changé de nom pour s'appeler Act-info FOS. Le service de coordination Act-info FOS produit chaque année un rapport d'activité et publie les statistiques annuelles recueillies. En 2003, 65 établissements participaient à la statistique.

Le profil de l'ensemble de la clientèle des structures résidentielles vaudoises participant à Act-info FOS est présenté ici au niveau cantonal, les résultats par structure figurent dans le cahier 2.

Les données FOS montrent une fluctuation du nombre de personnes ayant commencé un séjour résidentiel : 101 en 1999, 114 en 2000, 142 en 2001, 66 en 2002 et 112 en 2003. Pour l'année 2002, un certain nombre de questionnaires d'entrée sont arrivés tardivement à Act-info et ont été comptabilisés en 2003.

Environ un tiers des personnes entrées sont des femmes. L'âge moyen est passé de 27.8 ans à 31 ans entre 1999 et 2003 (médiane à 31 ans). Environ 30% de la clientèle est âgée de 26 à 30 ans. La classe des moins de 30 ans diminue (70% à 47%).

Tableau 4.11 Profil des entrées dans les institutions résidentielles de 2000 à 2002 (Source FOS), 2003 (Source Act-Info)

	2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	114		142		66		112	
Nombre de femmes	41	36	44	31	22	34	37	33
Âge								
Âge moyen	28.2		28.9		29.3		31.0	
Âge médian	28.0		28.0		29.5		31.0	
Centre de traitement								
Relais	27	24	37	26	20	30	29	26
Bartimée	16	14	34	24	12	18	18	16
Levant	71	62	71	50	34	52	65	59
Traitement antérieur								
Aucun traitement	39	34	41	29			6	5
Traitement de substitution	51	45	54	38	32	48	88	79

Seuls 5% des résidents n'avaient pas eu de traitement en relation avec leur dépendance avant l'entrée en résidentiel en 2003 ; ils étaient près de 30% en 2000 et 2001. 79% avaient bénéficié d'un ou de plusieurs traitements de substitution, donc beaucoup plus que lors des années précédentes (max. 45% en 2000).

^a La banque de données gérée par COSTE est aussi accessible sur internet par le biais d'Infoset Direct (<http://www.infoset.ch>).

^b FOS : Forschungsverbund stationäre Suchttherapie.

La durée moyenne du séjour en résidentiel est de 8 mois en 2003. Les données de 2002 et 2001 sont incomplètes et rendent donc l'analyse de l'évolution de la durée de séjour difficile. Les données par institution résidentielle montrent cependant une augmentation de la durée de séjour (cf. 5.2.5).

4.5.3 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 Est^a. La gestion de cette statistique est conjointe pour les secteurs Nord/Centre/Ouest et permet d'obtenir des informations sur les patients 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.

En 2003, le système informatique Axia a remplacé la statistique OPALE. Des problèmes de ressources humaines attachées à l'extraction et à la production de donnée font que pour 2003 et 2004, les données qui ont pu nous être fournies sont lacunaires. Un nouveau programme d'analyse devrait permettre de remédier à cette situation en 2005.

Vu l'état des données, la statistique OPALE-Axia n'a pas été mise à jour dans ce rapport. Les données globales concernant les hospitalisations au cours des années précédentes sont reprises ici pour information.

Nombre d'admissions et diagnostics

Le nombre d'admissions hospitalières (excepté à la Calypso) enregistré par la statistique OPALE et qui contenait une indication de toxicodépendance diminue entre 1998 et 1999 et se stabilise ensuite (521 en 1998, 464 en 1999 et 2001). Ces admissions correspondent à un total de 398 patients différents en 1998, 402 en 1999 et 389 en 2001.

L'âge moyen des patients reste stable durant cette période (32-34 ans), avec un minimum de 14 ans et un maximum oscillant entre 83 et 89 ans. Un peu plus d'un tiers des patients sont des femmes (34% en 2000 et 40% en 2001).

Tableau 4.12 Nombre d'admissions et de patients par année comprenant une indication de toxicodépendance, 1998-2001 (Source : OPALE : hospitalisation hors Calypso)

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nb d'admission	521		464		484		464	
Nb de patients différents	398		402		393		389	
% de femmes ¹		37		40		34		40
Âge moyen ¹	32		34		33		33	
Âge médian ¹	30		31		30		30	
Âge min-max	15-89		14-83		15-87		15-86	

¹ Calculé sur le total de patients.

^a Dans le secteur Est, seule l'UAS remplit la statistique OPALE et de façon indépendante.

4.6 ÉVOLUTION DES DÉNONCIATIONS

Résumé Le nombre de dénonciations est un indicateur indirect du nombre de consommateurs, mais aussi de l'intensité de l'activité de la police. Le nombre total de dénonciations pour infraction à la Loi sur les Stupéfiants n'a cessé d'augmenter dans le canton de Vaud jusqu'en 2000, puis s'est stabilisé à environ 6'500 dénonciations par année. Les dénonciations pour consommation ont suivi la même évolution puisqu'elles représentent toujours près de 90% de l'ensemble des dénonciations. La plupart de celles-ci sont liées à la consommation de produits cannabiques, qui sont présents dans environ deux tiers des dénonciations pour consommation et dont la part a encore augmenté depuis 1999. Quant aux dénonciations relatives à la consommation d'héroïne, elles ont augmenté jusqu'en 1999 (1706 cas), puis ont très fortement diminué les années suivantes (569 cas en 2003). A l'inverse, celles concernant la consommation de cocaïne sont restées relativement stables (1300-1500 cas par année) après la forte hausse de la fin des années 90. Finalement, les saisies d'héroïne varient fortement d'une année à l'autre, alors que celles de cocaïne et de cannabis semblent en hausse.

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 pour le canton de Vaud de données sur les dénonciations pour infractions à la Loi sur les Stupéfiants (LStup)²⁴ Ces statistiques sont un reflet de l'ampleur de la consommation et du trafic de drogue, mais aussi de l'intensité de l'activité de la police. Comme on ne dispose pas d'indicateurs concernant cette dernière, il n'est pas possible d'apprécier dans quelle mesure les tendances observées pour les dénonciations correspondent effectivement à des variations en matière d'usage de drogue.

Trois formes de dénonciations sont distinguées, celles pour la consommation, le trafic et la contrebande. Dans ce rapport, nous présentons d'une part le nombre total de dénonciations - en distinguant les premières dénonciations et les dénonciations répétées - et d'autre part les dénonciations se rapportant uniquement à la consommation.

4.6.1 Dénonciations totales

Le nombre total (consommation, trafic et contrebande) de dénonciations pour infraction à la LStup a augmenté en Suisse depuis le milieu des années 70 jusqu'à la fin des années 90 (cf. Figure 4.9), puis il s'est progressivement stabilisé passant de 18'718 en 1990 à 45'726 en 1998 et 46'886 en 2003. Le nombre le plus élevé de dénonciations a été enregistré en 2002 avec près de cinquante mille cas (49'201).

Le taux de premières dénonciations est généralement de l'ordre de 40-45%. Seule exception, la période 1994-1998 où ce taux était systématiquement plus bas. En 2003, 18'814 premières dénonciations ont été enregistrées.

L'évolution des dénonciations pour infraction à la LStup dans le canton de Vaud connaît une dynamique similaire à celle qui peut être observée au niveau national : augmentation jusqu'à la fin des années 90, puis stabilisation progressive aux environs de 6'500 cas par année (Figure 4.10). La part des premières dénonciations a généralement légèrement augmenté, avec une récente baisse en 2003.

Figure 4.9 Evolution du nombre total de premières dénonciations, des dénonciations répétées et du pourcentage de premières dénonciations par rapport à l'ensemble des dénonciations pour infraction à la LStup, de 1987 à 2003 en Suisse (Source : OFP)

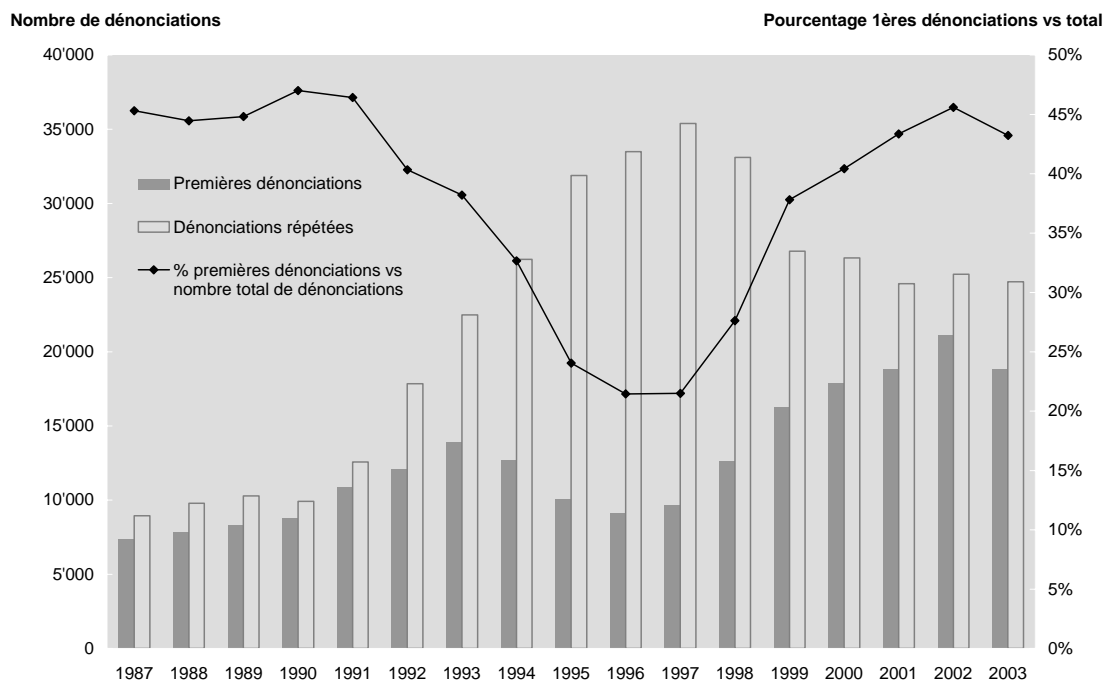
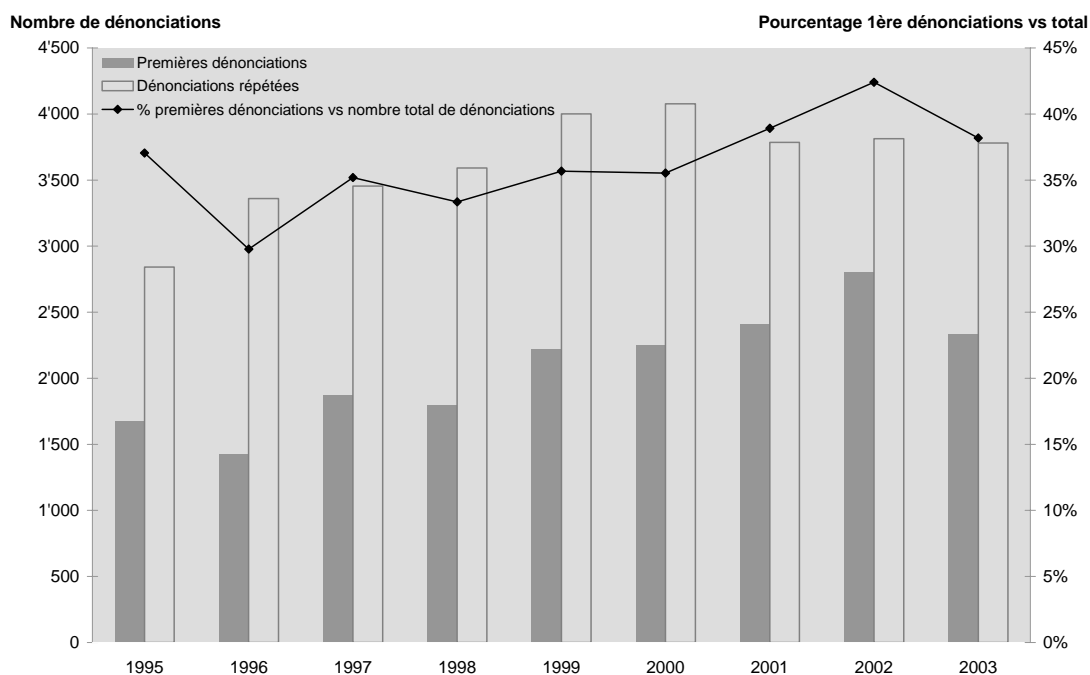


Figure 4.10 Evolution du nombre total de premières dénonciations, des dénonciations répétées et pourcentage de premières dénonciations par rapport à l'ensemble des dénonciations pour infraction à la LStup, de 1995 à 2003, canton de Vaud (Source : OFP)



Dénonciations pour consommation

Le nombre de dénonciations pour consommation dans le canton de Vaud a augmenté jusqu'en 1999 et s'est stabilisé par la suite aux environs de 5'500 cas par an, à l'exception de l'année 2002 (6'090). La proportion de dénonciations pour consommation dans le canton est stable et se situe entre 84% et 88% de l'ensemble des dénonciations pour infraction à la LStup. Ce taux est légèrement supérieur au taux national (80%-81%).

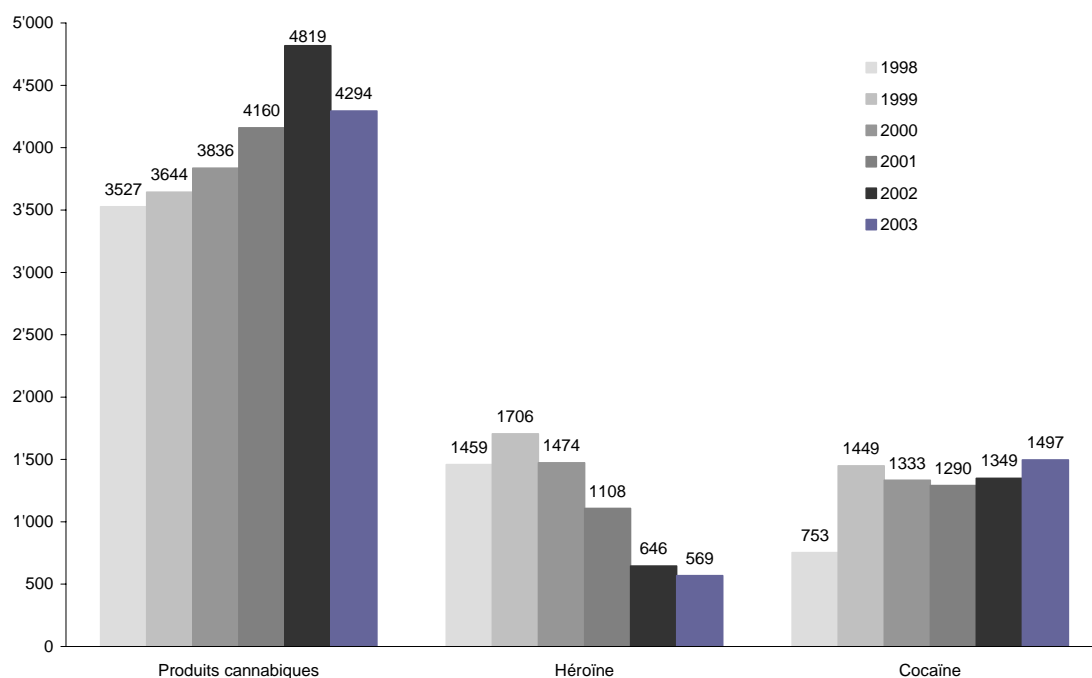
Tableau 4.13 Nombre de dénonciations pour consommation et dénonciations totales dans le canton de Vaud 1995-2003, (Source : OFP)

	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%
2000	5571	6522	85%
2001	5561	6427	87%
2002	6090	6908	88%
2003	5525	6386	87%

La Figure 4.11 présente le nombre de dénonciations de consommateurs de stupéfiants d'après les produits consommés. Les dénonciations pour consommation de produits cannabiques (haschisch et marijuana cumulés) constituent la part la plus importante, entre 50% et 65% du total de ce type de dénonciations. Elles sont en augmentation depuis l'année 1998 et ont atteint un pic à 4'819 cas en 2002. À l'inverse, les dénonciations pour consommation d'héroïne sont en baisse depuis 2000 et ne représentaient plus que 569 cas en 2003. Quant aux dénonciations liées à la consommation de cocaïne, elles connaissent une autre évolution puisqu'elles ont brusquement doublé entre 1998 (753) et 1999 (1449) et se sont maintenues à ce niveau depuis (1497 cas en 2003).

L'évolution générale des dénonciations pour consommation de stupéfiants dans le canton de Vaud est donc relativement stable depuis 1999. Cette stabilité est toutefois trompeuse puisque les substances incriminées changent. Ainsi, le nombre de dénonciations pour consommation de produits cannabiques est en hausse, celui pour consommation de cocaïne est relativement stable et celui pour consommation d'héroïne est en nette diminution.

Figure 4.11 Evolution du nombre de dénonciations^a pour consommation de stupéfiants d'après les produits consommés dans le canton de Vaud de 1998-2003 (Source : OFP)



4.6.2 Saisies

Le nombre de saisies de stupéfiants, ainsi que les quantités séquestrées renseignent indirectement sur la quantité de substances qui circulent, mais sont aussi évidemment le reflet de l'intensité de l'activité policière et judiciaire. Les données qui concernent le canton de Vaud entre 1999 et 2003 indiquent une assez grande stabilité au niveau du nombre total de ces saisies. La ventilation des saisies par types de produits montre toutefois une croissance du nombre de cas liés au cannabis (plus de 3'000 par année), une stabilisation de ceux liés à la cocaïne (environ 400 cas par année) et une diminution de moitié de ceux liés à l'héroïne (environ 300 cas par année actuellement). Quant aux quantités saisies, elles varient évidemment en fonction de l'ampleur des trafics qui sont démantelés, ce qui explique le fait qu'aucune tendance nette ne puisse être dégagée. En 2003 sur la base des données de la police fédérale^b, ce sont 1'653 kg et 3670 plants de cannabis, 7 kilos de haschisch, 9 kilos d'héroïne et 10 kilos de cocaïne qui ont été saisis dans le canton de Vaud.

4.7 CONCLUSIONS À PARTIR DES INDICATEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

4.7.1 Rappel méthodologique

La synthèse des informations rassemblées dans ce chapitre épidémiologique permet d'émettre des hypothèses sur l'évolution du nombre de consommateurs de drogues et de la gravité des problèmes liés

^a Chaque dénonciation pour consommation figure autant de fois qu'il y a de stupéfiants consommés. Ainsi la somme des dénonciations pour consommation par produit peut être supérieure au total de dénonciations, une dénonciation pouvant concerner une personne consommant plusieurs produits.

^b Les données concernant les saisies ne coïncident pas entre la statistique fédérale et la statistique vaudoise qui, elle-même, n'est pas concordante d'une année à l'autre. Nous avons choisi, en accord avec un collaborateur de la police cantonale, les données fédérales parce que cette statistique est la plus ancienne et qu'elle devrait être la plus fiable.

à la consommation dans le canton de Vaud. Un tableau de synthèse est proposé à la fin de ce chapitre ; il présente les hypothèses de changement depuis le dernier rapport, soit depuis 2001.

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 exemple 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.

4.7.2 Synthèse des principaux indicateurs

Evolution de la prévalence et des modes de consommation

Les résultats des diverses enquêtes chez les écoliers, les apprentis et dans la population adulte confirment la poursuite de l'augmentation de la consommation de cannabis. La consommation d'alcool, qu'elle soit régulière et/ou sous forme d'épisodes de forte consommation, est, elle aussi, en augmentation. A l'inverse, la consommation de tabac semble être stable ou en légère baisse ; elle reste cependant à un niveau de prévalence élevée.

Les données à disposition (cf. chapitre 7) concernant les drogues de synthèse et la cocaïne en milieu festif montrent qu'une petite partie des jeunes adultes consomment de façon abusive de l'ecstasy et d'autres drogues, y compris de la cocaïne. Elles montrent aussi et surtout que, en milieu festif, c'est la consommation de nombreux psychotropes, légaux et illégaux, qui est en hausse.

Les enquêtes de population auprès des jeunes indiquent une stabilisation de la consommation d'héroïne et une augmentation probable de la cocaïne.

Les enquêtes auprès de la clientèle des SBS indiquent une stabilisation de la consommation de l'héroïne et une augmentation de la consommation de cocaïne. Une tendance à la baisse de l'injection se dégage depuis plusieurs années.

Les autres indicateurs, mesurant indirectement le nombre de consommateurs, donnent une image parfois contrastée :

- Les statistiques de répression montrent une diminution des dénonciations pour consommation d'héroïne, mais pas de cocaïne. Rappelons toutefois que ces statistiques sont aussi un indicateur de l'activité de la police qui peut avoir changé sa pratique.
- Les statistiques d'entrée en traitement et les enquêtes effectuées dans les structures à bas seuil montrent une augmentation de l'âge moyen des consommateurs et une diminution du nombre de premiers traitements. Cela peut indiquer une diminution de l'entrée en dépendance, mais aussi une augmentation de la rétention en traitement (cohorte vieillissante).
- Le nombre de traitements de substitution diminue, de même que le nombre de nouvelles personnes dans les SBS. Le pourcentage de personnes qui entament un séjour résidentiel comme premier traitement diminue également.

Ces statistiques ne couvrent pas les consommateurs dits « cachés » qui ne souhaitent pas être traités, qui ne fréquentent pas les SBS et qui n'ont jamais été arrêtés par la police. Toutefois, il faut rappeler qu'une enquête menée il y a quelques années mettait en évidence que la population véritablement cachée de consommateurs d'héroïne était probablement peu importante, particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes consommant par injection^{25,26}. Les consommateurs de drogues dures que l'on ne trouve pas dans les structures spécialisées seraient donc plutôt des personnes consommant de la cocaïne et/ou ne s'injectant pas de substance et dont on ignore le degré de dépendance.

Cette lente amélioration globale de la situation de la consommation des drogues dures ne doit toutefois pas faire oublier le problème de la multi-consommation (drogues dures + benzodiazépines + alcool, etc.), le fait que les benzodiazépines soient parfois injectées (comprimés dissous) et les abus aigus de cocaïne entraînant des épisodes d'injections très fréquentes avec des troubles du comportement. La

typologie des usagers des SBS vaudoises met en évidence un sous-groupe de consommateurs dont la consommation comporte de grandes prises de risques.

Santé

Dans le domaine de la santé, on observe à la fois une stabilisation et une dégradation de la situation selon les indicateurs :

- Le nombre de personnes en traitement se stabilise. La philosophie de maintenance et de réduction des risques (pas d'exclusion automatique du traitement en cas de consommation parallèle et insistance sur la permanence du lien thérapeutique) est associée cependant, pour une minorité des personnes en traitement, à une persistance de risques dus à la consommation intraveineuse (particulièrement de cocaïne et de benzodiazépines).
- Le nombre de décès par overdose, qui était stable ces dernières années, a doublé en 2003 (24 cas) par rapport à l'année précédente (10 cas), pour redescendre en 2004 selon les premières estimations de la police.
- Le nombre de tests positifs au VIH a également augmenté en général et chez les personnes toxicomanes (en 2003 seulement), ainsi que la prévalence rapportée du VIH dans les différentes structures d'aide et de traitement.
- Le dépistage plus systématique du VHC a confirmé une prévalence rapportée de l'hépatite C très élevée chez les consommateurs de drogues utilisant les SBS et/ou suivant un traitement à la méthadone. Une campagne de prévention et de sensibilisation à ce problème a démarré à la fin de l'année 2002 dans toutes les structures spécialisées du canton. On ne relève pas d'augmentation de la prévalence depuis 2001.
- Les dernières données sur le partage de matériel d'injection montrent que le taux de partage des seringues rapporté par les utilisateurs des centres d'accueil qui s'injectent a augmenté. Il est associé à un sous-groupe de consommateurs engagés dans une multi-consommation importante. En revanche, le nombre de personnes qui s'injectent a diminué.
- Le risque de transmission par voie sexuelle du VIH a augmenté aussi.

L'augmentation des nouveaux cas de VIH, l'ampleur du problème du VHC, ainsi que la persistance d'exposition au risque trop élevée demandent un renforcement de la politique de réduction des risques en matière de santé.

Situation sociale

La situation sociale est essentiellement décrite à partir des données concernant la situation en matière de travail, de revenus et de logement des consommateurs de drogue à l'entrée dans diverses formes de traitement ou dans les enquêtes SBS. On observe aussi dans ce domaine que :

- La situation du logement devient plus difficile, avec un nombre de consommateurs sans domicile fixe relativement stable, mais beaucoup de personnes en situation précaire. Cette situation risque encore de se dégrader compte tenu de l'état du marché foncier actuellement.
- La prise en charge offerte par les institutions résidentielles permet une amélioration de la situation professionnelle des résidents, surtout si le séjour dépasse une année. L'accès à l'emploi, et plus particulièrement l'emploi stable, reste très problématique pour une majorité de personnes toxicodépendantes.
- Le nombre de personnes bénéficiant des assurances sociales (AI, chômage) se stabilise, de même que le nombre de personnes bénéficiant de l'aide sociale/assistance publique.

Dans l'ensemble, on peut donc parler d'un bon fonctionnement du « filet de sécurité sociale » et, par conséquent, de la réduction des risques sociaux, mais certainement pas d'une progression marquante de la réinsertion sociale des consommateurs dépendants, dans le monde du travail en particulier.

Tableau 4.14 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 entre 2002 et 2003

Indicateurs**	Évolution	Hypothèses de changement	
		du nombre de consommateurs dépendants	de la gravité des problèmes liés à la dépendance
Nombre de dénonciations : héroïne cocaïne	↘ →	↓ →	↓ →
Âge moyen des consommateurs	↗	↓	○
Nombre de personnes en traitement : méthadone résidentiel	↘ →	±	→
Nombre de décès dus à la drogue	→ ↗ ↘	±	→↑
Nouveaux cas de VIH	↗	○	↑
Hépatites C	→	○	→
Exposition aux risques	↗	○	↑
Polytoxicomanie	→ ↘	○	→
Cocaïne	→ ↗	○	↑
Consommation par injection Fréquence d'injection	↘ ↗	○	↓ ↑
Insertion sociale : difficulté de logement	→ ↗	○	↑
Insertion sociale : sans travail assurance et aide sociale	↗ →	○	↑ →
Légende	↗ 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 dans les deux dernières colonnes comme indicateurs indirects de ces deux phénomènes.

**** Exemple de lecture : DIFFICULTÉ DE LOGEMENT**

2^e colonne : la proportion d'usagers ayant des difficultés de logement augmente.

3^e colonne : la proportion d'usagers ayant des difficultés de logement n'est pas un indicateur indirect du nombre de consommateurs.

4^e colonne : la proportion d'usagers ayant des difficultés de logement est un indicateur indirect de la gravité des problèmes liés à la dépendance. La proportion d'usagers ayant des difficultés de logement étant en augmentation, l'hypothèse suivante peut être formulée : les problèmes liés à la dépendance s'aggravent.

5 PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DES RÉSULTATS DU SUIVI DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE

Les principaux résultats du suivi des différentes structures évaluées au cours de la période IV de l'évaluation sont présentés ici de manière synthétique et regroupés selon le type de structures : centres de traitement ambulatoire, structures résidentielles, centres d'accueil. La Calypso figure séparément sous centre de sevrage et la prise en charge en milieu carcéral est brièvement présentée. Les activités liées à la remise de matériel d'injection stérile sont présentées pour terminer.

5.1 LA PRISE EN CHARGE DANS LES CENTRES DE TRAITEMENT AMBULATOIRE : SYNTHÈSE

Les centres de traitement ambulatoire qui ont fait l'objet d'une évaluation dans le présent rapport sont le Centre Saint-Martin (CSM) et l'Unité ambulatoire spécialisée pour toxicodépendants (Chablais, Pays-D'Enhaut, Riviera, Lavaux (UAS)). Ces deux structures ont pour vocation l'accueil, l'orientation et le traitement d'accès facilité pour la population toxicodépendante.

5.1.1 Objectifs

Dès le départ, le Centre Saint-Martin s'est donné pour mission d'offrir une prise en charge médico-psycho-sociale aux patients en situation d'urgence. L'équipe du CSM est pluridisciplinaire, composée de médecins psychiatres et somaticiens, d'infirmiers, de psychologues, d'éducateurs spécialisés et d'assistants sociaux. Son objectif général est 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.

De son côté, l'UAS a pour spécificité de concentrer les ressources à disposition sur la prise en charge et le traitement médico-psychiatrique des personnes toxicodépendantes. Son équipe est composée d'un médecin psychiatre, d'une équipe médico-psychologique et d'une équipe infirmière. 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 suivi social ou socio-éducatif.

L'UAS a clairement une identité psychiatrique, par son rattachement au secteur psychiatrique public 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).

Ces deux structures sont considérées dans le réseau de soins comme des centres spécialisés d'appui et de conseil, et toutes deux ont des activités de recherche et de formation auprès des médecins et des intervenants.

De plus en plus, les deux centres assurent 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 conseil et de formation. Ainsi, la mission de recherche et d'enseignement poursuivie par le centre vise entre autres à développer les compétences du réseau et des intervenants extérieurs.

5.1.2 Fréquentation et profil de la population

Le passage de la statistique OPALE à la statistique Axia pour le centre St-Martin entraîne d'importantes difficultés pour le suivi des données de la structure. Premièrement, il n'a pas été possible d'obtenir une

extraction pour 2002 des données OPALE, la demande ayant été formulée au début 2004 et l'ancien fichier étant archivé. D'autre part, les extractions fournies pour 2003 et 2004 sont extrêmement partielles. Ainsi, il n'a pas été possible d'obtenir l'ensemble des variables socio-démographiques traitées au cours des années précédentes (logement, travail) ni la nature du traitement mis en place. Par ailleurs, lors de la comparaison avec les années précédentes, il est apparu une très forte sous-estimation de la clientèle ayant reçu une prestation au cours de l'année. L'extraction donnait ainsi une liste de 220 patients contre environ 480 à 500 au cours des années précédentes. Un contrôle du fichier par la personne en charge de l'extraction a fait apparaître une file active d'au moins 370 patients pour 2004 sans qu'il soit possible d'élucider où se trouvait le problème d'extraction. Pour la présentation du profil des patients du CSM, nous nous sommes donc rabattus sur les données du fichier méthadone de la Santé publique qui nous fournit des données pour l'ensemble des patients suivant un traitement de substitution, soit 280 patients en 2003.

Pour l'UAS, la fréquentation est restée stable ces dernières années et correspond à la capacité prévue dans les projets initiaux, soit près de 200 patients. Si l'on retient les chiffres supérieurs fournis par le CSM, on obtient environ 400 patients (cf. statistique transmise par le CSM), soit une file active comparable à celle des années précédentes.

L'âge moyen des patients du CSM est identique à celui des patients de l'UAS. Les moins de 20 ans constituent environ 5% de la clientèle de l'UAS, mais sont absents au CSM en 2003, tandis que la catégorie des plus de 30 ans augmente encore légèrement, dépassant les 60% dans les deux structures. Pour le CSM, le fait que les données ne portent que sur les personnes suivant un traitement de substitution peut expliquer l'absence de patients de moins de 20 ans.

Tableau 5.1 Nombre total de patients par année, CSM-UAS (2002-2003)

	CSM				UAS			
	2002		2003		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre de patients	455	-	451	-	169	-	174	-
Nombre de patients en tt de substitution	307	-	272	-	-	-	-	-
% de femmes*	-	34		36		32		29
Âge moyen*	32.4	-	31.8	-	32.4	-	32.8	-
Âge median*	32	-	32	-	32	-	32	-
Âge min-max*	19-52	-	19-50	-	15-49	-	18-59	-
0 à 20 ans*	1	0	0	0	10	7	7	4
21 à 25 ans*	40	13	32	12	16	9	22	13
26 à 30 ans*	71	23	57	21	37	22	36	21
31 à 35 ans*	78	25	71	26	49	29	52	30
36 à 40 ans*	70	23	68	25	26	15	32	18
Plus de 40 ans*	47	15	44	16	27	16	25	14

* Calculé pour le CSM sur les patients suivant un traitement de substitution.

La consommation de drogues dures (DD) concerne 90% de la clientèle de ces centres. La consommation de cocaïne, qui semblait sous-codifiée selon l'avis des équipes lors de la précédente période d'évaluation, concerne environ 20% des patients de l'UAS en 2003. De l'avis de l'équipe du CSM, il y a une augmentation des demandes liées à une consommation de cocaïne, par forcément consommée par injection, et souvent accompagnée d'une consommation d'alcool. Les personnes dans cette situation peuvent être en phase de perte des acquis sociaux et arrivés à la fin des effets positifs de la cocaïne prise sous forme de sniff.

Dans 45% des cas environ au CSM et dans 60% des cas environ à l'UAS, un diagnostic psychiatrique est associé à la toxicomanie. Les chiffres plus bas du CSM sont liés à la mission d'accueil qui voit

souvent venir des patients avec un problème urgent d'abus de substance qui masque, dans un premier temps, les troubles psychiatriques. Le questionnaire OPALE étant rempli après le premier entretien, il y a donc une sous-estimation du facteur psychiatrique. À l'UAS, l'équipe exprime une certaine retenue à poser un diagnostic sans être certain de la gravité du trouble psychiatrique de l'utilisateur. La discussion a porté sur la possibilité de poser le diagnostic le plus léger en cas de doute.

Tableau 5.2 Consommation de DD et diagnostics psychiatriques, CSM (2000-2001) - UAS (2002-2003)

	CSM*				UAS			
	2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Consommation DD opiacé ou cocaïne	463	91	441	90	164	90	166	89
Opiacé	447	88	413	85	150	82	149	80
Cocaïne	138	27	133	27	32	18	38	20
Au moins un diagnostic psychiatrique cité	240	47	217	44	119	65	108	58

* Pas de données pour 2002 et 2003

5.1.3 Activités des structures

Le Centre Saint-Martin

Le CSM propose une prise en charge, allant du bas seuil au haut seuil. Le programme bas-seuil est organisé autour d'un groupe de référents ce qui permet de gérer les cas difficiles à plusieurs, mais également d'avoir plusieurs intervenants qui partagent l'information sur des situations problématiques et qui peuvent répondre quand un problème se présente. La prise en charge des autres patients est plutôt orientée «case management» et pour quelques patients plus avancés des démarches thérapeutiques ont été démarrées.

Depuis 2002, le CSM propose des traitements de l'hépatite C. Les premiers patients ont été intégrés dans une étude multi-centrique et actuellement un peu plus de 20 patients ont reçu un traitement. Depuis avril 2004, le CSM assure le suivi VIH des patients faisant partie de la file active du CSM qui peuvent difficilement être suivis par des structures habituelles telles que les consultations du service de Médecine 2 ou des médecins infectiologues. Ce suivi comporte des bilans réguliers qui permettent une meilleure réponse au traitement. Actuellement, ce suivi concerne plus de 50 patients dont environ 30 femmes, mais qui ne sont pas tous sous anti-rétroviraux.

L'augmentation des «interventions de crise» reflète une adaptation du CSM à la réalité du monde de la toxicomanie; il a en effet développé ce mode d'intervention pour faire face aux situations de crise que peut connaître un usager. Le cadre posé par le CSM permet alors de stabiliser la personne avant de pouvoir la réorienter dans le réseau, par exemple chez son médecin.

La salle de traitements et de dispensation de la méthadone est un des aspects importants dans le cadre du dispositif de prise en charge des patients. La remise de méthadone sera informatisée dès le début 2006.

Un groupe de travail a été mis sur pied autour de la comorbidité psychiatrique et pour réfléchir aux alternatives à l'hospitalisation psychiatrique. Après un round de consultation, l'équipe a le sentiment de pouvoir mieux travailler ensemble et de rencontrer une plus grande ouverture chez les psychiatres face aux problèmes de santé communautaire.

Le CSM est toujours en liaison avec la maternité du CHUV et les prisons pour le suivi de certaines situations. Un assistant social assure une liaison active avec le Levant ce qui permet aux intervenants de

cette structure de lui signaler les situations présentant un risque de rupture du séjour résidentiel. Un protocole a été établi portant sur la médication, mais aussi sur les cas de fugues.

L'Unité ambulatoire spécialisée pour toxicodépendants

L'équipe de l'UAS, en plus du traitement médical de la dépendance, a élaboré une diversité de prises en charge adaptées aux situations des patients suivis. Les traitements proposés sont de types psychiatriques ou psychothérapeutiques. L'UAS a également développé un modèle de consultation spécialisée au cabinet du généraliste, permettant un travail conjoint dans des situations lourdes, qui restent ainsi dans le circuit des soins de 1^{er} recours. Ceci permet aussi de transférer certaines situations cliniques de l'UAS dans le circuit de soins de 1^{er} recours. L'équipe a nommé cette approche l'"aide au suivi médical".

Le suivi de l'abstinence intervient après que le traitement de substitution soit terminé et consiste en la proposition d'une suite de traitement axé spécifiquement sur les stratégies de maintien de l'abstinence et d'une réflexion sur le fonctionnement psychologique de la personne, ceci dans le cadre d'un contrat de 6 mois, renouvelable si nécessaire.

Pour certains 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 supplémentaires selon les troubles observés), d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique avec un psychologue ou un psychiatre mais qui peut être menée par un infirmier, mais le plus souvent avec des approches corporelles telles que des cures PACKS, des massages ou encore une thérapie englobant des proches de l'utilisateur (couple, famille) ou avec le réseau de soins.

Le médecin somaticien délégué par l'hôpital de la Riviera a augmenté son activité et les patients ont bénéficié de bilans somatiques extensifs et des vaccinations contre les hépatites A et B. Par ailleurs des traitements Interféron-Ribavirine contre l'hépatite C ont été démarrés pour certains patients.

Par rapport à la situation de 2001, le dispositif thérapeutique offert s'est développé, notamment en raison de l'arrivée de jeunes consommateurs, abusant plutôt de drogues de synthèse, de cocaïne, d'alcool et de cannabis et pour lesquels un traitement de substitution n'est pas indiqué. Les approches corporelles, la mise sur pied d'un atelier d'art-thérapie et une attention particulière aux familles sont les éléments mis sur pied pour la prise en charge de ces nouvelles situations.

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 : médicale, psychologique, infirmière, sociale et éducative. Des assistants sociaux se déplacent volontiers à l'UAS, dans le cadre de leur mandat CSR^a. Cette situation nécessite une collaboration rapprochée et une grande confiance entre les partenaires du réseau qui s'avère précieuse puisqu'elle offre à l'utilisateur la possibilité de rencontrer différents intervenants soit dans les locaux de l'UAS, soit dans leurs bureaux respectifs (par exemple le bureau des services sociaux). 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.

5.1.4 Principales difficultés

Le CSM a dû faire face en 2004 à plusieurs cas de primo-infections au VIH. Elles concernaient des personnes toxicomanes de longue durée et qui étaient toutes des multi-consommatrices. Du point de vue de la santé, l'équipe a dû hospitaliser plusieurs patients pour des problèmes d'endocardie et des abcès inguinaux liés à des injections répétitives de cocaïne. Ces hospitalisations sont souvent liées à un placement à fin d'assistance et nécessitent une plus grande surveillance et parfois l'appel à la police pour que les patients arrivent à terminer le traitement anti-inflammatoire.

La collaboration entre l'UAS et le travail de proximité de ACT' a pris différentes formes. Au départ, la collaboration mise en place par les deux structures consistait en une présence dans les locaux de l'UAS

^a CSR : Centre social régional.

d'un collaborateur de ACT ainsi qu'en des bilans, si la nécessité s'en faisait sentir pour un "patient-usager" commun (ACT/UAS). Ce mode de collaboration s'est très vite retrouvé mis en question du fait des méthodes de travailler très différentes : prise en charge médico-psychiatrique d'un côté, travail de rue et accueil bas seuil de l'autre. Un certain nombre d'incompréhensions réciproques a alors surgi freinant le travail de complémentarité tel qu'il avait été envisagé initialement. Des changements dans l'équipe de ACT ainsi qu'un apprivoisement progressif et réciproque ont permis néanmoins de redéfinir des modes de collaboration, sans toutefois que la permanence de ACT dans les locaux de l'UAS ne reprenne. Actuellement, des échanges ont lieu autour de situations communes, dans le cadre de la campagne contre l'hépatite C ou encore pour des échanges d'informations.

5.1.5 Conclusion

Les deux centres de traitement connaissent une fréquentation stable qui correspond aux objectifs fixés lors de la conception des projets, entre 450 et 500 personnes suivies sur une année pour le CSM et entre 160 et 200 pour l'UAS.

Dans les deux structures, les patients reçus présentent pour 90% un problème de dépendance aux DD. Les patients n'entrant pas dans cette catégorie sont le plus souvent très rapidement orientés vers d'autres intervenants du réseau.

Pour le CSM, on relève un vieillissement de la clientèle, qui présente des problèmes de désinsertion importants tant du point de vue du logement que du travail. La clientèle de l'UAS semble connaître des problèmes un peu moins importants relativement à ces aspects.

Les deux centres de traitement ambulatoire ont de mieux en mieux aménagé leur place au sein du dispositif cantonal. Ils sont clairement identifiés et leurs offres sont connues et sollicitées. Au cours des années, ils ont développé des modes de collaboration tant avec les médecins installés qu'avec les structures bas seuil ou résidentielles, ce qui favorise une prise en charge complémentaire et adaptée à la réalité de chaque patient. Le soutien offert aux autres intervenants (consilium) et les contacts développés favorisent la continuité des traitements : il y a moins de ruptures abruptes et les usagers sont plus rapidement réintégrés dans le dispositif de soins.

Le travail de collaboration et d'échange s'est également étendu à des services non spécialisés dans la toxicomanie comme les services sociaux ou les instances juridiques, pour faciliter l'accès et les relations avec les personnes toxicodépendantes.

L'ouverture du centre Azimut a permis à l'UAS de transférer quelques patients de la région de Bex vers cette structure. La collaboration entre les deux équipes se traduit notamment par la participation d'un intervenant d'Azimut au colloque de l'UAS et la présentation, ainsi que la discussion de situations cliniques. Les contacts ont aussi permis à l'équipe de l'UAS de réfléchir au pôle éducatif et sur les aspects bénéfiques qu'il peut y avoir lorsqu'une telle offre est disponible dans un centre de soins.

Du point de vue des outils d'évaluation, les difficultés rencontrées avec la statistique Axia rendent l'interprétation des résultats pour le CSM difficile et ne fournissent pas un profil de l'ensemble de la clientèle suivie par l'équipe.

5.1.6 Recommandations

Une discussion doit être menée avec les responsables de la statistique Axia, pour savoir dans quelle mesure les extractions pourront être améliorées à l'avenir. Selon les résultats de cette discussion, une réflexion sur d'éventuels outils d'évaluation complémentaire devra avoir lieu.

La violence, qu'elle soit interne ou externe est un problème qu'il importe de prendre en considération et qui sera à résoudre ces prochaines années, dans un souci de sécurité, tant des usagers que des équipes qui travaillent avec eux.

Les deux centres doivent continuer à développer leur travail pour se faire connaître et « utiliser » comme centre spécialisé. Le partage des connaissances dans les domaines médico-psychiatrique et

somatique, doit être poursuivi, notamment à l'intention des autres intervenants : médecins généralistes et équipes socio-éducatives.

5.2 LA PRISE EN CHARGE DANS LES STRUCTURES RÉSIDENTIELLES : SYNTHÈSE

Les trois structures résidentielles du Levant à Lausanne, de la Fondation Bartimée à Grandson et du Foyer-Relais à Morges (voir le cahier annexe pour une présentation détaillée de chaque structure) ont fait l'objet d'un suivi durant cette 4^{ème} période 2002-2003. Dans ce chapitre, après un bref rappel de l'offre globale de ces trois structures (offres thérapeutiques, déroulement du séjour, transition vers l'extérieur, durée du séjour, etc.), nous présentons les données relatives à leur clientèle.

5.2.1 Offres thérapeutiques

Les trois structures résidentielles poursuivent des objectifs similaires, qu'il s'agisse d'offrir un soutien à l'abstinence, de développer l'autonomie de la personne ou encore de la préparer à une réinsertion professionnelle et sociale, avec toutefois chacune leurs spécificités.

Pour atteindre leurs objectifs, ces structures proposent aux personnes toxicodépendantes une prise en charge qui comprend le plus souvent différents volets (socio-éducatif, thérapeutique, formation) et elles recourent à des outils thérapeutiques multiples. Dans les trois structures, l'intervention est ancrée dans la réalité quotidienne.

Des nuances et variations existent cependant dans la façon dont les objectifs de prise en charge sont formulés, ainsi que dans les moyens mis en œuvre pour les atteindre.

Le Levant

Le Levant offre une prise en charge résidentielle diversifiée (dans trois maisons de traitement et de soins : La Pichollette, Couvet et l'Eventail), allant de l'abstinence à l'accueil pour un bilan de réflexion, en passant par une prise en charge de la dépendance et des problèmes médicaux. L'idée étant d'ajuster l'offre à certaines situations spécifiques comme les jeunes parents toxicomanes avec enfants ou les personnes présentant des troubles médico-psychiatriques en parallèle à une dépendance.

Bartimée

À **Bartimée**, seules les personnes abstinentes et sans traitement de substitution sont acceptées.

L'accent est mis sur le travail d'insertion sociale et sur la réinsertion professionnelle dans divers ateliers visant à développer les compétences de la personne dans son projet d'acquisition de l'autonomie, ainsi qu'à acquérir un comportement social adapté au milieu professionnel.

Dès l'automne 2004, un nouveau projet, appelé "Starting prof" a vu le jour. Élaboré en collaboration avec Intégration pour tous (IPT), les offices régionaux de placement (ORP), les lieux de formation, ce projet consiste à évaluer les compétences et aptitudes professionnelles des résidents par rapport aux demandes de l'économie privée. L'objectif est de favoriser une coordination des liens avec l'extérieur, en mettant à disposition des places de stage, ainsi qu'en facilitant l'accessibilité à des cours de remise à niveau, notamment. À l'issue de la formation, un diagnostic professionnel sera posé qui viendra compléter les évaluations thérapeutiques et éducatives également réalisées. Le diagnostic permettra d'indiquer ou non l'adéquation d'une demande de réinsertion professionnelle ou de rente AI.

Foyer-Relais

Le **Foyer-Relais** s'adresse aux personnes qui sont en situation d'exclusion sociale et n'est pas réservé aux personnes présentant des problèmes de toxicodépendance. Les personnes séjournant au Relais

peuvent présenter des problèmes de natures diverses ; il s'agit aussi bien de problèmes de toxicodépendance que de difficultés existentielles, relationnelles et psychologiques, ainsi que de difficultés d'insertion professionnelle, financières et judiciaires. Les personnes en traitement de substitution sont également admises au Foyer. Si la règle est de ne pas consommer à l'intérieur de la maison, il n'y a toutefois pas de contrôle au retour des sorties.

Le Foyer-Relais est un lieu ouvert qui propose un accompagnement exclusivement social. Pour cette raison, il n'y a pas de médecin ni de psychiatre attiré dans l'équipe, pas plus que de distribution de méthadone. Toutefois, des collaborations s'établissent avec les infrastructures publiques ou privées existantes, notamment lorsque des résidents suivent un traitement de substitution.

5.2.2 Déroulement du séjour

La durée proposée du séjour varie selon les institutions et, pour le Levant, selon le type de prise en charge choisi. Le déroulement du séjour, qu'il soit ou non organisé et formalisé en étapes, comprend plusieurs temps, dont un de préparation à la sortie qui sera présenté par la suite.

Le Levant

La procédure d'admission est identique pour les trois maisons de traitement et de soins de la Fondation du **Levant**. Elle consiste en un entretien de pré-admission avec le coordinateur résidentiel, les deux directeurs, ainsi que l'adjointe socio-administrative. Ensuite la maison qui semble être la plus adaptée est visitée, avant un second entretien qui a lieu, cette fois, avec le chef de maison.

La durée de séjour n'est pas fixée au moment de l'admission, puisqu'elle dépend du projet de chacun et n'est pas limitée dans le temps. Idéalement, selon la Fondation, la gestion du traitement devrait se faire sur une année, avec une dernière étape de réinsertion sociale et professionnelle dans le cadre du Centre de réinsertion professionnelle (CRP)^a.

Un changement important a été introduit depuis 2004. Il consiste à procéder à une réévaluation de la situation tous les trois mois environ. L'adjointe socio-administrative est responsable de cette évaluation, qui doit permettre, le cas échéant, de réorienter la personne vers une maison mieux adaptée à ses besoins.

Un second changement important a été introduit dans le déroulement du séjour. Il concerne la sortie et consiste à anticiper cette étape que ce soit à l'aide d'un projet de réinsertion socio-professionnelle, de contacts avec le réseau ou encore en faisant une demande AI.

La Fondation Bartimée

Le déroulement de la thérapie à la **Fondation Bartimée** est divisé en six étapes principales. La durée de chaque étape est de trois mois environ, avec une durée totale de la thérapie de 18 mois, y compris la phase d'expérimentation hors de l'institution (Etex)^b.

Chaque étape se termine par une évaluation, selon la nouvelle formule en accord avec Starting prof^c, à laquelle participent le résident, son référent, ainsi que le responsable du travail d'atelier. Le directeur prend connaissance de toutes les évaluations et en approuve la rédaction si celle-ci est conforme aux attentes.

Le Foyer-Relais

Le séjour au **Foyer-Relais** ne propose pas d'étapes ou de phases, la durée du séjour ne se prolonge qu'exceptionnellement au-delà d'un an (séjour moyen de 3 à 6 mois).

^a Le Centre de réinsertion professionnelle (CRP) fait également partie de la Fondation du Levant.

^b Etex pour Concept étape extérieure.

^c Projet d'évaluation des compétences et aptitudes professionnelles des résidents.

Considérant que la personne peut prendre en main sa vie, il s'agit moins pour les collaborateurs-trices d'intervenir et de "faire pour", que d'accompagner les résidents dans leur démarche.

Après le séjour au Foyer, les résidents peuvent choisir de bénéficier d'un suivi post-institutionnel (SPI).

5.2.3 La transition vers l'extérieur

Cette dernière phase du traitement dite de préparation à la sortie prend des formes différentes selon les structures, même si les objectifs sont similaires, puisqu'il s'agit d'assurer une sortie progressive, de tester ce qui a été acquis durant le traitement. Les trois structures proposent une offre spécifique en vue d'une réinsertion sociale et professionnelle.

Le centre de réinsertion professionnelle (CRP) du Levant

Le centre de réinsertion professionnelle (CRP) est ouvert aux personnes ayant atteint leurs objectifs thérapeutiques dans l'une des trois maisons du Levant. En tant que phase de traitement précédant la sortie, le CRP propose une prise en charge de 4 à 6 mois, avec pour objectif de préparer la réinsertion tant sociale que professionnelle des résidents. À la différence des deux autres structures (Bartimée et Foyer Relais), les résidents habitent encore dans l'institution.

Le premier mois, un bilan de la thérapie est fait au centre et des activités socialisantes sont proposées. Ensuite, en collaboration avec Puissance L^a, les résidents travaillent à la mise à jour d'un curriculum vitae (CV) ainsi qu'à la construction d'un dossier professionnel.

Si tous les résidents viennent au CRP pour le bilan, des scénarios différents sont ensuite envisagés en fonction des profils, en vue d'organiser l'avenir à l'extérieur.

La prise en charge individualisée, assurée par l'équipe socio-éducative du CRP, prend en compte les acquis et objectifs de chacun. En plus de la journée de travail à l'extérieur, les résidents ont toujours un suivi thérapeutique qui consiste en des entretiens individuels (entretien hebdomadaire avec leur référent). Ils participent au groupe de "prévention rechute" une fois par semaine et ont un suivi familial.

À l'issue de cette phase "intégrante", la personne peut chercher un appartement, pour autant qu'elle dispose d'un revenu. Lorsqu'elle quitte le CRP, un suivi ambulatoire peut alors être assuré par le Centre d'aide et de prévention du Levant (CAP)^b, ce qui correspond à la phase de poste-cure.

La transition vers l'extérieur (Etex) à la Fondation Bartimée

Le passage à l'Etex se fait après neuf mois de séjour résidentiel, suite à un bilan d'expérimentation. Pour cela, la personne doit, en plus de la volonté de poursuivre dans le sens de l'abstinence, disposer d'un logement indépendant (appartements mis à disposition par Bartimée), ainsi que d'une activité professionnelle à 50% minimum.

D'une durée de neuf mois, cette étape vise l'expérience graduelle de l'autonomie, de la responsabilité, de la négociation, ainsi que de l'interdépendance. C'est également l'occasion de vérifier des acquis thérapeutiques, de mettre en œuvre des démarches en vue d'une réinsertion professionnelle, ainsi que de développer un réseau social. L'enjeu est de préparer la sortie en mettant l'accent sur les compétences sociales des résidents, ceci tout en bénéficiant de l'offre d'une prise en charge ambulatoire.

L'équipe d'Etex (une assistante sociale en formation et une éducatrice) intervient en fonction des demandes et besoins du résident, que ce soit pour accompagner des démarches administratives, de gestion financière ou de recherche d'un emploi pour la sortie, ou encore dans le travail avec les familles.

^a Puissance L (programme ETS (programme de réinsertion professionnelle) de la Fondation du Levant) est une structure spécifique d'aide à la réinsertion qui accueille des personnes ayant terminé leur traitement au Levant (15%) ainsi que toute personne pouvant bénéficier d'un emploi temporaire (85%).

^b Le CAP est un centre ambulatoire spécialisé, composé d'une équipe pluridisciplinaire mais non médicalisée.

Le suivi consiste en un entretien individuel hebdomadaire d'une part, pour faire l'état des démarches, définir les objectifs et les programmer et en deux groupes de discussion hebdomadaires et obligatoires (le Groupe bilan du week-end et le Groupe de prévention rechute), d'autre part.

Un bilan marque la fin du parcours. À l'issue de cette étape, le résident devrait trouver un travail et être en mesure de trouver par lui-même un appartement, l'équipe de Bartimée intervenant alors uniquement pour guider les résidents dans les procédures à suivre.

Le suivi Post-Institutionnel (Spi) au Foyer-Relais

À la sortie du Foyer-Relais, l'accompagnement socio-éducatif peut se poursuivre sous forme d'un suivi post-institutionnel (SPI), si le résident en fait la demande. Le Spi s'inscrit dans la continuité de la prise en charge socio-éducative proposée aux personnes du Foyer-Relais.

L'objectif est alors de prolonger l'accompagnement dans les démarches de réinsertion sociale et/ou professionnelle des personnes vivant désormais en appartement et d'encourager la poursuite de leur chemin vers une vie plus autonome tant au niveau personnel, que professionnel et social. Cette offre de suivi s'adresse en premier lieu aux personnes qui, à l'issue de leur séjour au Foyer-Relais, ont acquis une certaine autonomie, la capacité à collaborer ainsi qu'une aptitude relationnelle.

L'admission volontaire nécessite cependant de faire une demande écrite. Un entretien avec un collaborateur du SPI et du foyer permet alors de préciser les objectifs et exigences du SPI, les demandes et projets de la personne, ainsi que d'établir un contrat. La durée de la prise en charge est personnalisée, le contrat de base se fait sur une année renouvelable.

Deux travailleurs sociaux interviennent en collaboration avec l'équipe éducative en fonction des demandes et des besoins de la personne suivie, qu'il s'agisse de poursuivre des démarches entreprises pendant le séjour au Foyer, de consolider des acquis, d'assurer un soutien psycho-social, d'accompagner lors de démarches professionnelles, administratives et de gestion financière ou encore d'assurer le suivi de la relation familiale.

Dans le cadre du SPI, le suivi socio-éducatif consiste en des rencontres, au moins une fois par semaine et un bilan tous les six mois pour faire le point sur l'état de la situation. En cas de besoin, des bilans intermédiaires peuvent être demandés.

5.2.4 Fréquentation et profil de la clientèle

Les données FOS montrent une fluctuation du nombre de personnes ayant commencé un séjour résidentiel dans le canton de Vaud : 101 en 1999, 114 en 2000, 142 en 2001, 66 en 2002 et 112 en 2003. Pour l'année 2002, un certain nombre de questionnaires d'entrée sont arrivés tardivement à Act-info et ont été comptabilisés en 2003.

Tableau 5.3 Profil des entrées dans les institutions résidentielles de 1999 à 2002 (Source FOS), 2003 (Source Act-Info)

	1999		2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	101		114		142		66		112	
Nombre femmes	32	32	41	36	44	31	22	34	37	33
Âge										
Âge moyen	27.8		28.2		28.9		29.3		31.0	
Âge médian	28.0		28.0		28.0		29.5		31.0	
15 à 20 ans	11	11	9	8	6	4	3	5	3	3
21 à 25 ans	22	22	31	27	33	24	13	20	16	14
26 à 30 ans	37	37	32	28	45	31	24	36	34	30

	1999		2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	101		114		142		66		112	
31 à 35 ans	22	22	27	24	31	22	18	27	34	30
36 ans et plus	9	9	15	13	27	19	8	12	25	22
Centre de traitement										
Relais	18	18	27	24	37	26	20	30	29	26
Bartimée	17	17	16	14	34	24	12	18	18	16
Levant	66	65	71	62	71	50	34	52	65	59

La clientèle accueillie dans les structures résidentielles vieillit : l'âge moyen est de 31 ans en 2003 (27.8 ans en 1999) et la classe des moins de 30 ans est passée de 70% à 47%. Les femmes constituent environ un tiers des effectifs. Elles sont toutefois un peu moins présentes à Bartimée et au Relais (30%) qu'au Levant (plus de 40%).

Plus de 90% des résidents du Levant et de Bartimée avaient consommé des drogues dures durant le mois précédant leur admission. Le Relais accueille une population plus diversifiée, mais dont toutefois 79% des résidents avaient consommé des drogues le mois précédent leur entrée en résidentiel.

La consommation de drogues dures durant le mois précédant l'admission a augmenté en 2003, après avoir connu une baisse entre 1999 et 2001 : 93% en 2003 versus 83% en 1999, 76% et 57% respectivement pour 2000 et 2001. Toutefois, les données manquantes en 2000 et 2001 (32 et 38 questionnaires) rendent l'interprétation de cette évolution délicate.

La consommation d'héroïne durant le dernier mois avant l'admission a diminué, avec environ 38% de personnes concernées en 2003 (68% en 2000, 47% en 2002). La consommation de cocaïne durant le mois, qui était passée de 68% en 2000 à 49% en 2002, a augmenté et concerne 67% des résidents en 2003. La consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne touche un peu plus de la moitié de la clientèle des résidentiels vaudois. Les trois structures connaissent une évolution identique de ces indicateurs.

Au cours de leur vie environ 80% des résidents ont consommé une fois au moins par injection. La proportion d'injecteurs durant le mois précédant l'admission a diminué et ils n'étaient plus que 43% à avoir consommé de cette manière durant le dernier mois avant l'admission en 2003, versus 88% en 1999 et 78% en 2001.

Tableau 5.4 Données autour de la consommation dans les structures résidentielles de 2000 à 2002 (Source : FOS), Act-info 2003

	2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	114		142		66		112	
Drogues dures durant le mois précédant l'admission								
Drogue dure durant le mois précédant l'admission	62	76	59	57	41	62	101	90
Héroïne	56	68	39	38	31	47	43	38
Cocaïne	53	68	48	46	32	49	75	67
Héroïne et cocaïne	44	54	28	27	22	33	58	52
Missing	32		38		0			
Injection								
Durant le mois (rapporté aux consommateurs de DD durant le dernier mois)	51	82	46	78	31	76	43	43
Durant la vie	75	91	81	78	51	77	92	82

	2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	114		142		66		112	
Missing	32		38		4			
Traitement antérieur								
Aucun traitement	39	34	41	29			6	5
Traitement de substitution	51	45	54	38	32	48	88	79

Deux tiers des résidents avaient comme source de revenu l'aide sociale ou le chômage le mois précédant leur admission. Un peu plus de 60% des résidents du Levant et de Bartimée avaient un logement fixe privé au cours de l'année précédant leur admission. Ils n'étaient que 41% au Relais.

Tableau 5.5 Nombre d'entrées et profil de la clientèle, 2003 (Act-Info)

	Levant		Bartimée		Relais	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs	65		18		29	
Nombre femmes	27	42	4	22	6	21
Âge						
Âge moyen	30.6		31.1		31.6	
Âge médian	31		30		31	
Logement durant les 6 derniers mois						
Fixe privé	39	60	12	67	12	41
Institution, prison, hôpital	20	31	3	17	8	28
SDF	6	9	1	6	4	14
Statut professionnel durant les 6 derniers mois						
Plein temps	6	9	2	11	3	10
Temps partiel	8	12	1	6	9	31
Sans travail	49	76	12	67	14	48
Statut professionnel durant le dernier mois						
Travail	2	3	1	6	3	10
Rente (AVS, AI)	14	21	1	6	2	7
Aide sociale, chômage, bourse	41	63	11	71	21	72

5.2.5 Durée de séjour

La durée moyenne de séjour varie en fonction des structures, principalement parce que les programmes proposés ne sont pas identiques. Ainsi, elle s'élève à dix mois au Levant, à cinq mois en moyenne à Bartimée et à trois mois et demi au Relais.

Si les différentes personnes impliquées dans la prise en charge sont informées en cas de départ prématuré ou de fugue, les ex-résidents disparaissent le plus souvent du réseau de soins pour une durée variable. Environ 50% achèvent leur séjour normalement. Pour les autres, peu d'informations existent^a.

^a Ce sont souvent les structures à bas seuil qui voient revenir en premier ces usagers; ils présentent alors fréquemment une consommation importante et à risque, surtout s'il y a eu une période d'abstinence.

Le Levant

La structure du Levant offre 54 places de séjour au total. La durée moyenne de séjour est proche de 13 mois avec un minimum de 30 jours et un maximum de 3 ans et demi. Ceci correspond à un rallongement de la durée moyenne de séjour qui était de 10 mois environ au cours des années précédentes. 38% des résidents ont une fin imprévue de séjour. Parmi les autres, 33% terminent leur séjour et aucun transfert n'est prévu vers d'autres structures de prise en charge ou de soutien. Pour 29% des résidents sortant, un transfert est établi, le plus souvent sous la forme d'un traitement de substitution (12%). Pour les autres, il peut s'agir d'une hospitalisation, de l'entrée en prison pour effectuer une peine, d'un suivi de type ambulatoire. Une personne a quitté le Levant pour commencer un traitement de prescription d'héroïne.

Bartimée

La Fondation Bartimée peut accueillir jusqu'à 26 personnes. La durée moyenne de séjour est de 1 an, avec un minimum de 3 mois et un maximum de 22 mois. Par rapport aux chiffres des années précédentes, ces résultats montrent un allongement de la durée de séjour.

Un peu plus d'un tiers des résidents vont en appartement protégé à leur sortie. La même proportion interrompt son séjour de manière imprévue et le dernier tiers est orienté vers un suivi ambulatoire.

Le Relais

Le foyer du Relais dispose de 14 à 17 places. En moyenne, les résidents ont séjourné entre 4 et 5 mois dans l'institution avec un minimum de 3 jours et un maximum de près de 14 mois.

21 questionnaires de sortie ont été remplis en 2003. Un tiers des sorties se sont déroulées conformément à ce qui avait été prévu avec l'utilisateur ; 62% des séjours ont été interrompus de manière imprévue. Les interruptions ont eu lieu principalement dans les deux premiers tiers du séjour.

5.2.6 Principales difficultés

Dans les trois structures, la question du logement a été décrite dans le sens d'une péjoration. En effet, les difficultés pour trouver un logement se sont aggravées, alors qu'il s'agit d'une des exigences de la phase de transition vers l'extérieur. Les gérances sont de plus en plus réticentes à entrer en matière avec des personnes qui cumulent les handicaps, ayant souvent des poursuites, un travail temporaire et donc pas de salaire fixe. Cette situation a des répercussions sur la prise en charge, avec des répercussions non négligeables à la fois pour les résidents et la structure. Cela peut notamment avoir pour conséquence des situations d'allongement du séjour résidentiel, limitant aussi les possibilités d'accès à d'autres.

Quant au travail, si tous n'en ont pas à la sortie, différents dispositifs sont toutefois envisagés pour faciliter une réinsertion professionnelle et sociale.

Enfin, il faut évoquer encore les difficultés financières qui font partie des préoccupations dans chacune des structures, que ce soit en termes des subsides reçus ou des modalités de prise en charge des séjours par les assurances. Le système FIDE ayant été refusé dans le canton de Vaud, les structures résidentielles se trouvent actuellement dans une situation transitoire. Quant à l'OFAS, elle ne verse de subsides que s'il y a au moins 50% des résidents qui sont à l'AI. Cette incertitude au niveau du financement des structures a une incidence en termes de taux d'encadrement. Ainsi, le Levant est en dessous de ce qui existe dans des structures similaires. À Bartimée également, certains postes ne sont pas repourvus afin de pallier l'absence de financement OFAS. Et si au Foyer Relais, il n'y a pas encore eu de répercussions en termes de suppression de postes, la question du financement des structures à l'avenir est une préoccupation importante des équipes.

5.2.7 Collaborations avec le réseau

Concernant l'organisation interne et les collaborations avec le réseau, on peut distinguer d'une part la Fondation Bartimée et le Foyer-Relais dont l'une des priorités est de travailler avec l'extérieur et les structures existantes et, d'autre part le Levant qui a développé à l'interne un dispositif complexe d'offres, tenant compte des différentes phases du traitement résidentiel, comme l'insertion professionnelle et sociale avec PuissanceL et le CRP ou le CAP, pour une prise en charge ambulatoire à l'issue du résidentiel.

Toutefois, une des priorités de la nouvelle direction du Levant a été d'améliorer la collaboration avec le réseau au sens large et pas seulement celui spécifique à la toxicomanie. Désormais ces collaborations existent et le secteur résidentiel du Levant y a trouvé sa place. La collaboration avec les hôpitaux psychiatriques s'est également améliorée, donnant lieu à la mise sur pied de séjours de décharge (3-4 jours) pour les résidents de l'Eventail, ce qui permet de soulager une équipe très sollicitée et parfois confrontée à une tension importante.

Bartimée a également fourni un effort particulier pour les collaborations avec le réseau. Des contacts avec les services ambulatoires notamment ont été pris pour faire connaître les activités de la Fondation. Un questionnaire de satisfaction passé au sein du réseau a mis en évidence un certain nombre de critiques adressées à la Fondation, qui semblent résulter de visions contrastées de la prise en charge entre les secteurs ambulatoire et résidentiel. Ce constat a donné lieu à une réflexion en cours actuellement sur des interventions susceptibles d'être menées conjointement, ainsi que sur les modalités de collaborer.

Enfin, au Foyer Relais dont le rôle s'inscrit dans l'environnement social, économique et politique, l'encadrement socio-éducatif accorde une place centrale à la relation de la personne avec l'extérieur. Ainsi, en fonction de la problématique et des projets des résidents, des contacts et collaborations sont établis non seulement avec la famille, mais également avec toutes les structures et institutions publiques et privées, que ce soit les services sociaux et administratifs, les représentants du système judiciaire, le domaine médical, ainsi que les services privés et publics liés au travail ou encore les personnes travaillant dans le domaine des loisirs. Des synergies sont également établies avec les structures du Relais, comme les milieux ouverts, l'ASEMO ou le Relais 10 qui abordent les problématiques HIV et SIDA. Ces dernières années, la multiplication des situations de couples qui attendent un enfant ont aussi amené le Foyer à organiser davantage de réunions de réseau.

5.2.8 Conclusions

Les trois institutions suivies offrent des possibilités de prise en charge résidentielle diversifiées, avec le choix de l'abstinence ou du maintien d'un traitement de substitution.

Elles travaillent toutes avec la gestion du quotidien comme premier outil d'ancrage social. Par la suite, chacune propose divers outils thérapeutiques : entretiens individuels, approche systémique, groupe femme, expression artistique, prévention rechute, etc.

La prise en charge peut être très protectrice avec des phases excluant tout contact avec l'extérieur ou plus ouvertes. De même, les différentes prestations (médicales ou visant la réinsertion) peuvent être fournies soit en interne (médecin rattaché à l'institution par exemple) ou en collaboration avec différents partenaires extérieurs à l'institution (médecins généralistes).

L'âge moyen des résidents augmente et passe de 29 à 31 ans entre 2001 et 2003. Un pourcentage important est sans travail et dans une situation de logement précaire le mois précédant l'admission. Le séjour en institution permet surtout une amélioration de la situation professionnelle à la sortie. Par contre, de grandes difficultés existent pour trouver un logement fixe à la sortie.

La transition entre une prise en charge résidentielle et la vie extérieure reste une étape délicate malgré l'accompagnement ambulatoire proposé par les trois structures à la fin du séjour.

Environ la moitié des séjours se termine par une interruption prématurée et dans ces cas il y a des risques importants de rechute dans la consommation. Il existe à ce jour peu de possibilités pour rentrer

en contact avec ces personnes. Elles retournent le plus souvent au bout de quelque temps dans des centres d'accueil, parfois après des prises de risques considérables liées à une période d'abstinence.

Du point de vue des outils d'évaluation, le passage de la statistique FOS à Act-info a entraîné la suppression de données importantes du point de vue épidémiologique, notamment la prise de risque liée au partage des seringues, mais également les informations sur la prévalence des hépatites B et C ne sont plus disponibles.

Il n'y a actuellement aucun suivi du devenir des usagers après leur séjour en institution résidentielle mis à part lorsqu'un suivi ambulatoire est demandé par les résidents.

Enfin, il faut noter que les structures résidentielles sont dans une situation d'incertitude en ce qui concerne leur financement.

5.2.9 Recommandations

Une réflexion doit être menée sur les interruptions de séjour en vue de définir un moyen de limiter, ainsi que de prévenir les risques encourus par la personne qui quitte de cette manière une institution. Des modalités de collaborations devraient être développées avec les autres intervenants, notamment ceux du bas seuil face à ce problème.

Pour faciliter la transition vers la vie à l'extérieur, les équipes doivent renforcer leurs collaborations avec des services sociaux généralistes et des associations de type Sport'ouverte etc. pour encourager une resocialisation des résidents tout en maintenant pendant un certain temps un suivi ambulatoire.

5.3 UNITÉ DE SEVRAGE : LA CALYPSO

L'unité cantonale de sevrage, la Calypso, est rattachée administrativement au Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA)^a. Située sur le site de Cery, elle a ouvert ses portes en janvier 1998 et a pour mission d'accueillir les personnes toxicodépendantes désireuses de et motivées à entamer un sevrage, quelle que soit la substance concernée, à l'exception de l'alcool seul.

De par son rattachement au DUPA, la Calypso remplit également une mission universitaire de formation et de recherche.

5.3.1 Offre thérapeutique

Depuis 2001, il existe quatre programmes de sevrage : le premier vise l'abstinence de tout produit à la sortie, méthadone y compris. Le deuxième prévoit le maintien des benzodiazépines sur prescription. Le troisième permet le maintien d'un traitement de substitution à la méthadone, alors que le quatrième prévoit le maintien des benzodiazépines et de la méthadone. Ces programmes, appelés PROSPER^b, ne s'adressent pas forcément à des clientèles différentes, mais sont plutôt une proposition de sevrage par étapes successives, pour les personnes qui ne se sentent pas prêtes à se passer d'un coup d'une aide sous forme de médicaments.

^a Sur le plan fonctionnel, le CSM et la Calypso forment l'Unité de toxicodépendance rattachée au Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) qui, avec le Centre de traitement en alcoologie rattaché au Département universitaire de médecine et santé communautaire (DUMSC), constituent ensemble la Division d'abus de substances du CHUV (DAS).

^b Les PROSPER sont 4 PROgrammes de Sevrage PERsonnalisés.

Les techniques de sevrage consistent essentiellement en des méthodes classiques avec des traitements médicamenteux pendant une hospitalisation allant de 10 à 20 jours^a.

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.) et 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.

Pré-admissions

En vue de consolider la prise en charge et les chances de réussite des sevrages, la Calypso a développé la préparation à l'hospitalisation. Le patient peut ainsi être vu entre 1 et 5 fois pour discuter et améliorer son projet. Cela peut aussi être l'occasion d'entretien avec le réseau ou la famille. Environ 20% des patients de la Calypso profitent de cette pré-admission étendue. De l'avis de l'équipe, ce passage permet aux patients de mieux tenir le coup durant le sevrage et également d'améliorer le projet à la sortie.

Post sevrage

L'équipe offre également une possibilité de suivi ambulatoire post-sevrage. Il s'agit essentiellement d'une prévention de la rechute qui sert surtout pour les patients dont le projet à la sortie est un peu léger. Ce suivi peut durer quelques semaines, voir quelques mois et prendre éventuellement la forme d'une thérapie. Environ 10% des patients demandent ce suivi.

5.3.2 Organisation interne

Le membre de l'équipe qui est présent 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 un certain échange possible des intervenants.

Il semble que l'équipe fonctionne bien et grâce à la mise en place et à la définition de procédures standard pour certaines situations, les infirmiers disposent d'une certaine autonomie, notamment pour surveiller et documenter les effets négatifs liés à la prise de médicaments, etc. Ceci permet de dégager les médecins de tâches de routine, au profit de leur travail de chef de clinique.

Les Soucs ont été abandonnés car si les catamnèses avaient fait apparaître de légers avantages à 3 mois chez les patients ayant bénéficié de ce type de sevrage, ces avantages se perdent à 6 mois. La méthode des Soucs étant à la fois plus chère et plus risquée, il n'y avait pas de réels avantages à poursuivre l'expérience.

5.3.3 Méthode d'évaluation

Durant les années précédentes, l'évaluation s'est basée essentiellement sur les données statistiques OPAL ; complétées par quelques données internes, notamment sur la répartition des sevrages selon les PROSPER, ainsi que sur le taux d'occupation des lits. Avec l'introduction de la statistique Axia, il a

^a Dans le cadre d'une recherche entamée en avril 2000, les techniques de sevrage ultracourt (SOUC) avec anesthésie générale ont été appliquées à certains patients, en collaboration avec l'hôpital de St-Loup. Actuellement cette technique a été abandonnée.

été très difficile d'obtenir des données pour l'année 2003, dont les résultats doivent être considérés avec prudence. Un certain nombre de résultats nous ont par ailleurs été transmis par l'équipe pour le premier trimestre 2004.

Des réunions de suivi, organisées une à deux fois par année, ont par ailleurs permis de suivre l'évolution du projet.

5.3.4 Fréquentation de la structure

Pour chaque sevrage effectué à la Calypso, la statistique enregistre deux admissions, la première consiste en une admission ambulatoire durant laquelle l'équipe examine avec le patient la demande et les conditions du sevrage. Lors de l'entrée à proprement parler en sevrage, une nouvelle admission est codifiée comme hospitalière. Les admissions ambulatoires peuvent de ce fait être légèrement supérieures en nombre du fait que certaines personnes renoncent au dernier moment à se présenter pour le sevrage. La suite de l'analyse et le descriptif du profil de la clientèle se baseront exclusivement sur les admissions hospitalières. Au total, plus de 200 admissions ambulatoires sont enregistrées chaque année. En 2001, elles ont débouché sur 159 admissions hospitalières qui ont concerné 140 personnes différentes. Les données sont manquantes pour 2002. Pour 2003, l'extraction Axia indique 87 admissions et 104 pour 2004 ce qui semble une forte sous-évaluation. En effet, les statistiques internes produites par la Calypso font état de 98 admissions pour les 6 premiers mois de 2004.

L'âge moyen des personnes entamant un sevrage augmente et était de 33 ans en 2004 (30 ans en 2000). La proportion de femmes reste stable, elle est de 30% en 2004.

Tableau 5.6 Nombre total d'admissions et de patients par année, CALYPSO 1999-2004

	1999		2000		2001		2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Admissions ambulatoires								
Nombre d'admissions	237		204		216			
Nombre de patients uniquement ambulatoires	46		46		64			
Admissions hospitalières								
Nombre d'admissions	225		175		159		98	
Nombre de patients	181		153		140			
% de femmes ¹		29		29		29		30
Âge moyen ¹	29.8		29.6		30.6		33	
Âge médian ¹	29		29		30.5			
Âge min-max	18-54		17-46		18-49		18-50	

¹ Calculés sur le total de patients

Depuis leur introduction en 2001, l'attrait des différents PROSPER a évolué : dans les six premiers mois de 2001, les sevrages partiels ont été choisis par 5% des patients, entre septembre 2001 et septembre 2002, ils ont concerné plus de 20% de la clientèle de la Calypso. Cette évolution s'est poursuivie avec 32% de patients ayant fait un sevrage partiel au cours des 6 premiers mois de 2004.

Tableau 5.7 Recours aux différents PROSPER, CALYPSO, 2001-2004 (données internes)

Type de sevrage	Janvier 2001-août 2001	Sept 2001-sept 2002	Janvier 2004-juin 2004
Prosper 1 : toute substance	95	79	68
Prosper 2 : toute substance sauf benzodiazépines	1	3	10
Prosper 3 : toute substance sauf méthadone	4	14	13
Prosper 4 : toute substance sauf benzodiazépines et méthadone	0	4	9

Dans le diagnostic, la dépendance aux opiacés est présente pour 91% de la clientèle de la Calypso en 2004. Les problèmes liés à la cocaïne augmentent entre 1999 et 2004 et concernent 56% des admissions en 2004. Les benzodiazépines augmentent également et sont passées de 12% à 53% des admissions en 2004. Ce diagnostic est, à quelques exceptions près, toujours associé à une dépendance à l'héroïne ou à la cocaïne. Le diagnostic de dépendance à l'alcool devient aussi plus fréquent et concerne 20% des patients hospitalisés. Au total, quasi toute la clientèle est touchée par une consommation de drogues dures. Il n'est pas possible d'estimer pour 2004 les personnes qui consomment à la fois de l'héroïne et de la cocaïne, mais elles formaient un bon tiers de la clientèle (37%) en 2001.

Tableau 5.8 Fréquence des produits impliqués, ensemble des admissions hospitalières CALYPSO 1999-2004

Produit impliqué	1999		2000		2001		2004	
	n	%	n	%	n	%	n*	%
Opiacé	222	99	169	97	151	95	89	91
Cocaïne	40	18	57	33	63	40	55	56
Benzodiazépine	27	12	61	35	66	42	52	53
Cannabis	13	6	75	43	53	33	47	48
Hallucinogène	0		3	2	0		4	4
Alcool	15	7	28	16	20	13	20	20
Multiples produits	0		0		2	1		
Total drogues dures opiacé ou cocaïne	223	99	172	98	156	98		
Opiacé et cocaïne	39	17	54	31	58	37		

* 6 premiers mois de 2004.

5.3.5 Déroulement du séjour et sortie

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 admissions de 1999 à 2001, 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 comme nécessaire par l'équipe pour un sevrage physique adéquat. La proportion de sevrages interrompus avant le septième jour est passée de 34 à 26%, entre 1999 et 2001.

Parallèlement à cette relative augmentation de la durée de séjour, le taux d'occupation de la Calypso est passé de 50% environ, durant la première année de fonctionnement (1998), à un peu plus de 70% en 2004, malgré la diminution du nombre d'admissions.

Modalité d'arrêt du sevrage

Dans la statistique interne de la Calypso, le mode de définition de l'arrêt de sevrage est légèrement différent de celui retenu dans la statistique OPALE, puisque l'on parle de contrat achevé, de départ anticipé (soit à la fin du sevrage physique, au bout de huit à dix jours de séjour), de rupture de contrat, lorsqu'il y a une reconnaissance réciproque de l'incapacité de la structure à satisfaire le patient et enfin de fugue, qui intervient généralement très rapidement au début du sevrage.

Selon ces définitions, la part de séjours achevés augmente et concerne 81% des admissions entre janvier et mars 2004. À noter l'introduction d'un moratoire de deux heures qui est demandé au patient qui souhaite quitter prématurément la Calypso. Ce délai suffit souvent à permettre au patient de revoir sa décision.

Tableau 5.9 Mode de sortie, la Calypso, statistiques internes, 2001-2004

Mode d'arrêt de traitement	Janvier-août 2001	Sept 2001-sept 2002		Janvier 2004-mars 2004	
	%	n	%	n	%
Séjour achevé	54	142	76	38	81
Départ anticipé	14	14	7	6	13
Rupture de contrat	24	23	12	3	6
Fugue	8	9	5	0	0

Destination des patients

Pour les 6 premiers mois de 2004, environ 31% des admissions se terminent par une référence à un centre résidentiel (12% en 2001) et 69% des patients regagnent leur domicile. 17% profitent d'un suivi ambulatoire à la Calypso et 46% d'une autre forme de suivi ambulatoire.

5.4 LES CONSOMMATEURS DE DROGUE DANS LE SYSTÈME CARCÉRAL VAUDOIS

Résumé Le Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du canton de Vaud regroupe les services médicaux des 5 prisons du canton. Le nombre de toxicomanes incarcérés est stable et l'accès au traitement de substitution à la méthadone et au sevrage également. La distribution de pharmacies personnelles a quant à elle fortement augmenté. Les diagnostics des hépatites C chroniques ont connu une importante hausse.

5.4.1 Introduction

Le Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP) du canton de Vaud est rattaché au Département Psychiatrique du CHUV depuis le 1er janvier 2004 dont il constitue une Unité de base. Il assure les services médicaux et psychiatriques pour l'ensemble des prisons du canton (La Tuilière à Lonay, La Croisée à Orbe, Bois-Mermet à Lausanne, EPO à Orbe^a et la prison de Vevey) impliquant donc différentes modalités d'incarcération (exécution de peine, détention préventive, arrêts, semi-liberté), ainsi qu'une consultation ambulatoire. Le SMPP assure aussi le suivi psychiatrique des patients bénéficiant d'une cure de méthadone à L'Eventail, une des maisons résidentielles de la Fondation du Levant.

^a EPO : Etablissement de la Plaine de l'Orbe.

Le SMPP est indépendant des directions des établissements pénitentiaires et du Service pénitencier. 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. Le principe d'équivalence des soins avec un suivi médical à l'extérieur est acquis pour tout détenu, quel que soit le régime de détention ou sa pathologie (Directives de l'ASSM, 2003). Ce principe doit toutefois tenir compte des réalités carcérales.

5.4.2 Prise en charge proposée

La prise en charge des problèmes de dépendance a été définie dans un rapport aux autorités du canton en 1997^{27,28} et a fait l'objet d'un effort particulier de la part des équipes médicales dans un contexte souvent hostile aux thérapies de substitution. Il a notamment fallu que « le monde pénitentiaire accepte que les thérapies de maintenance font maintenant parties, sans restriction, des stratégies thérapeutiques unanimement reconnues par la communauté médicale »²⁹.

Actuellement diverses possibilités de prise en charge sont possibles :

- sevrage avec soutien médicamenteux ;
- poursuite du traitement si le patient est déjà en traitement de substitution à la méthadone même si la durée d'incarcération est longue ; cette pratique s'est encore assouplie depuis le précédent rapport^a ;
- possibilité de reprise d'un traitement de substitution à la méthadone en vue de la sortie si les risques de rechute sont importants.

Le sevrage d'un traitement de substitution n'est effectué qu'à la demande du patient et n'est plus proposé en cas de prolongation prévisible de l'incarcération comme c'était le cas auparavant. Le sevrage est surtout envisagé lorsque le patient demande un régime de fin de peine dans un centre résidentiel axé sur l'abstinence. Dans ce cas, un programme de sevrage est élaboré, mais exécuté de manière préférentielle à la Calypso à l'issue de la détention.

Lors d'une détention préventive, les patients incarcérés font l'objet d'un examen lors de leur arrivée en prison pour dresser un premier bilan des risques d'état de manque. La poursuite d'un traitement de substitution est reconduite par le médecin du SMPP après confirmation par le médecin prescripteur. En l'absence de confirmation, l'arrivant reçoit en attendant une partie de la dose qu'il déclare recevoir. En cas d'absence de traitement de substitution, le patient recevra un traitement de sevrage adapté.

Dans le cas d'une exécution de peine (EPO), le SMPP essaye d'organiser une consultation avant l'incarcération pour préparer le suivi médical en prison. Cette consultation permet selon le SMPP d'évaluer la compatibilité de l'état de santé du condamné avec la détention, de mieux répondre à ses besoins et de préserver une cohérence thérapeutique. Cette rencontre permet aussi de dédramatiser parfois l'incarcération et de prévenir les surconsommations avant l'entrée en prison. La poursuite du traitement en EPO fait l'objet de deux contrats: un médical et un multidisciplinaire incluant les secteurs médical, social et de la sécurité, dont le patient est cosignataire^b.

La dose de produit de substitution peut être augmentée pour répondre à la demande du patient ou prévenir une surconsommation de stupéfiants. Les médicaments sont distribués quotidiennement par les infirmiers. La méthadone est fournie sous forme de sirop à 0,25%. En cas de prescription de benzodiazépines, les médicaments à courte demie-vie sont remplacés par des benzodiazépines à longue demie-vie pour éviter les risques de trafic de substances.

Enfin, il est possible de débiter un traitement de substitution dans le cadre d'une détention préventive en fonction de l'évaluation de la situation du patient et notamment des risques de consommation lors de la sortie. Il faut rappeler que lors d'une détention préventive, la date de libération n'est pas connue et peut intervenir sans que le SMPP en soit informé. Il ne peut donc pas toujours anticiper la sortie d'un prévenu et en informer son répondant médical. Le centre St-Martin accueille toutefois de manière

^a Le plafond à 12 cures de méthadone simultanées exigé par les autorités pénitentiaires des EPO a été aboli.

^b Ce contrat précise notamment le rôle de chaque intervenant et les attitudes en cas de consommation illicite.

prioritaire les détenus libérés qui ont besoin de poursuivre leur traitement. Dans le cas d'une exécution de peine, la libération d'un condamné est préparée par l'équipe médicale en lien avec le réseau médical et social^a.

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. Les seringues stériles ne sont toutefois toujours pas distribuées ou échangées dans les prisons vaudoises à la différence d'autres prisons suisses (cantons de Berne et de Genève). Comme le relèvent les professionnels du SMPP, « les contraintes carcérales, la juxtaposition et parfois la contradiction des règles qui régissent l'activité professionnelle des divers partenaires en présence rendent parfois difficiles l'appréhension de la problématique de la santé et la clarification des paramètres en jeu. La politique de réduction des risques en milieu pénitentiaire et la remise de matériel d'injection est une illustration du conflit entre respect du principe d'équivalence et respect des politiques pénitentiaires et pénales »³⁰. Ce point reste donc l'objet d'un débat important.

5.4.3 Activités du service

Ce chapitre présente des données issues des statistiques du SMPP^b sur la population de toxicomanes incarcérés, leur état de santé et les traitements mis en œuvre.

Les données présentées ici (Tableau 5.10) sont des données individualisées et ne représentent pas l'ensemble des épisodes carcéraux au cours d'une année - un individu pouvant être comptabilisé plusieurs fois s'il a changé de prison ou s'il est sorti puis entré à nouveau.

La proportion de toxicomanes est stable au cours du temps : environ un quart des personnes incarcérées (485 en 2003) chaque année est ou a été un toxicomane^c (Tableau 5.10). Ces deux dernières années, on compte environ 10% de femmes parmi les toxicomanes incarcérés.

Tableau 5.10 Activités du SMPP en relation avec la toxicomanie : 1998-2003

	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre de détenus ¹	2043		2085		1899		1957		1941		2037	
Nombre de visites médicales d'entrée	1461		1378		1214		1148		1229		1273	
Au moins une consultation médicale ² durant l'année	0		0		1646		1453		1510		1553	
Pharmacies personnelles distribuées	589		611		982		1161		1480		1677	
Nombre de toxicomanes ³	445	22	435	21	348	18	421	22	492	25	485	24
Nombre de femmes	64	14	69	16	64	18	53	13	46	9	55	11

^a Pour plus de détail sur les différences entre les prises en charge en détention préventive ou en EPO voir Benmebarek, M. et al²⁹.

^b Communiquées par le Dr B. Gravier que nous remercions.

^c La définition retenue est une dépendance connue, passée ou présente, à l'héroïne ou/et à la cocaïne.

	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre de patients sous méthadone	152	34	161	37	131	38	149	35	121	25	157	32
Nombre de sevrages médicamenteux	98	22	81	19	92	26	68	16	49	10	79	16

* Données transmises par le Dr B. Gravier

¹ Population globale détenue (présents au 01.01 et entrants dans l'année)

² Nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins une consultation médicale durant l'année, 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.

³ Inclut les toxicomanes actifs et ceux qui ont un passé de consommation de drogues.

Près de la moitié des personnes ayant une anamnèse de toxicomanie ont bénéficié soit d'un traitement de méthadone, soit d'un sevrage médicamenteux^a. Ainsi, en 2003, 157 personnes différentes ont reçu en milieu carcéral de la méthadone (dans le cadre de la poursuite d'un traitement ou d'un sevrage régressif), ce qui représente 32% des individus toxicomanes détenus. Et 79 personnes différentes ont bénéficié d'un traitement de sevrage avec prescription de médicaments en 2003, ce qui représente 16% des individus toxicomanes détenus.

5.4.4 État de santé

En 2000, une distinction a été introduite concernant les visites médicales : les visites d'entrée ont été distinguées des visites médicales pour des détenus déjà présents au 1^{er} janvier. Ainsi, en 2003, 1273 personnes incarcérées ont bénéficié d'une visite médicale d'entrée et 1553 ont bénéficié d'au moins une consultation au cours de l'année.

La distribution de pharmacies personnelles a connu une importante augmentation durant les deux dernières années : en 2000, 982 pharmacies ont été distribuées, contre 1677 en 2003. Ces pharmacies ne contiennent toutefois pas de matériel d'injection stérile.

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 ce dernier 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 5.11 sont celles qui ont été inscrites dans les diagnostics pour les patients qui ont eu un suivi médical dans l'année. Il s'agit donc d'un chiffre plancher.

En 2000, le nombre d'infection au VIH repéré lors des consultations médicales a augmenté : il est passé de 20-21 entre 1997-1999 à 37 en 2000, puis il est redescendu à 22 en 2001, avant de remonter à 36 en 2003. En ce qui concerne les hépatites, le mode de recueil des diagnostics a été affiné, ce qui peut expliquer certaines variations. On peut toutefois relever que le nombre d'hépatite C chronique a fortement augmenté en 2000 et 2003 : 79 et 114 hépatites C chroniques ont été diagnostiquées en 2000 et 2003, alors qu'ils en avaient entre 41 et 49 durant la période 1997-1999.

^a Toute personne manifestant des symptômes de sevrage reçoit en principe un traitement (Dr Gravier, communication personnelle.)

Tableau 5.11 Diagnostics somatiques par année : patients suivis dans le cadre des consultations des généralistes et internistes, 1997-2003 (Source SMPP)

Maladies infectieuses	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Infection asymptomatique par le VIH	21	20	21	37	22	31	36
Maladies dues au VIH					7	13	11
Hépatites							
Hépatite B aiguë	13	13	24	32	4	1	
Autres hépatites virales aiguës (hépatite C)					1	2	1
Hépatite B chronique	14	13	23	29	43	47	47
Hépatite C chronique	41	48	49	79	101	97	114
Hépatite (non précisé)	29	51	21	12	15	5	8

Une étude financée par le Fond national suisse de la recherche scientifique (FNRS) sur l'épidémiologie des maladies infectieuses dans les prisons vaudoises est en cours. Elle poursuit les objectifs suivants :

1. connaître les circonstances où les personnes maintenues en milieu carcéral s'exposent à des maladies telles que les hépatites et le virus VIH ;
2. évaluer le nombre de personnes qui sont atteintes par ces maladies ;
3. introduire ou améliorer les mesures de prévention qui pourraient empêcher la transmission de ces maladies dans le milieu carcéral de Suisse romande.

Dans le cadre de cette recherche, une enquête sérologique a été menée auprès de détenus des prisons vaudoises^a. Cette étude est constituée d'un questionnaire (portant sur des données épidémiologiques, consommation, prises de risques, etc.) et d'une prise de sang (VIH, HBV, HCV et MST). Les données ont été récoltées de janvier à juin 2002. 352 personnes ont accepté de participer : parmi elles, 162 personnes sont incarcérées pour un motif en lien avec la drogue (48%). La prévalence VIH pour l'ensemble des personnes interrogées est de 1.1%, de 28.8% pour l'hépatite B et de 8.8 pour l'hépatite C.

5.5 LA PRISE EN CHARGE DANS LES CENTRES D'ACCUEIL : SYNTHÈSE

Les centres d'accueil qui ont fait l'objet d'un suivi au cours de cette période d'évaluation sont Entrée de Secours à Morges (EdS), Zone bleue (ZB) à Yverdon, Action Communautaire Toxicomanie (ACT) à Vevey, ainsi que le Passage et le Parachute à Lausanne (voir le cahier 2 pour une présentation détaillée de chaque structure). Dans ce chapitre, nous mettons en perspective ces cinq structures et les prestations qu'elles proposent, en montrant leurs spécificités, ainsi que les difficultés qu'elles rencontrent.

ZB, EdS et ACT desservent des régions, alors que le Passage et le Parachute sont des structures lausannoises, ce qui détermine des variations quant à la provenance des usagers, mais également quant au financement et à la participation des communes environnantes.

^a Epidémiologie et préventions des infections dans les prisons de Suisse romande, 2^{ème} phase. La récolte des données s'est déroulée de janvier à juin 2002. L'étude EPIPS a été présentée à 490 personnes détenues. Parmi elles, 352 ont accepté de participer.

5.5.1 Objectifs

Au-delà de leurs spécificités, qui seront précisées par la suite, ces structures ont pour objectif d'offrir un accueil à des personnes toxicodépendantes. Le Passage, depuis le 1^{er} mai 2002, est devenu un lieu d'accueil destiné spécifiquement aux personnes concernées par des problèmes de toxicodépendance ou d'abus de substance, les autres usagers étant réorientés vers d'autres institutions du réseau. Le Parachute est la seule structure qui s'adresse à toute personne dans le besoin, offrant un lieu d'accueil et d'hébergement. C'est également la seule structure ouverte en permanence (24H/24) et ceci tous les jours de la semaine.

Ces structures sont des lieux d'écoute et de parole, mais aussi d'orientation et de soutien ; des nuances et variations existent toutefois dans la façon dont ces objectifs sont formulés, ainsi que dans les moyens mis en œuvre pour les atteindre.

5.5.2 Activités des structures

Ces structures proposent différentes prestations aux personnes toxicodépendantes. Parmi celles-ci, on retrouve dans presque tous ces centres des entretiens avec les usagers, de l'orientation, une aide administrative, des prestations sanitaires et d'hygiène dont la distribution de matériel stérile, ainsi qu'un accompagnement dans le cadre du travail socio-éducatif.

L'accueil

Dans les activités d'accueil, les prestations sont principalement de nature collective : animation, conversation "à bâtons rompus", échanges sur le quotidien, etc. Ceci favorise le partage entre les personnes, crée un environnement familier et permet de valoriser les ressources de chacun. Ce travail avec le groupe permet souvent une amélioration de l'ambiance dans les structures : diminution de la violence et émergence d'une dynamique de groupe permettant un partage d'expérience au cours de discussions spontanées.

L'accueil est à bas seuil d'accès, avec un certain nombre d'exigences à respecter : pas de violence (physique ou verbale), pas de trafic ni de consommation de drogue, d'alcool ou de médicaments.

Prise en charge et accompagnement socio-éducatifs

La prise en charge et l'accompagnement socio-éducatifs sont offerts de façon régulière à ACT, ZB et EdS ainsi qu'au Parachute, mais avec des moyens réduits. La prise en charge socio-éducative consiste essentiellement en entretien individuel et aide pour des démarches administratives. Les sujets abordés vont de la prévention à la réduction des risques en passant par l'établissement de projet individuel ou de travail sur la motivation à suivre un traitement médical.

Si dans le projet de base, les usagers du **Passage** peuvent théoriquement bénéficier d'aide et d'accompagnement individuel, ceux-ci n'ont pas été développés en 2002 et 2003. Suite aux difficultés rencontrées en 2004 (fermeture temporaire, changements importants au sein de l'équipe, restructuration) le directeur espère arriver à mieux formuler une offre socio-éducative en 2005.

Travail de rue

Par rapport aux objectifs initiaux, seul ACT développe une activité de rue, ZB et EdS ayant pour l'instant concentré leurs efforts sur les activités dans le cadre de la structure.

Depuis les prémices d'ACT, le travail de rue fait partie des axes socio-éducatifs de l'institution et répond aux objectifs de prévention et de réduction des risques. Le travail de rue est considéré comme un moyen complémentaire à l'accueil au centre pour remplir le mandat essentiel des deux éducateurs qui consiste à créer ou recréer du lien social et à représenter les personnes en difficulté. Les éducateurs ont également un rôle de régulateur dans les lieux identifiés « à risques » des communes de deux districts de Vevey et Montreux.

ACT est aussi actif dans le domaine de la prévention. En effet, la Commission Prévention Riviera considère ACT comme un partenaire dans ce domaine et a décidé de lui donner la priorité pour toutes les interventions en milieu scolaire.

Orientation et accompagnement dans les démarches

A l'exception du Passage, l'orientation et l'accompagnement dans les démarches sont proposés dans toutes les structures, quoique de façon plus limitée pour le Parachute. L'orientation peut avoir pour but le démarrage d'une prise en charge de la consommation plus avancée (entrée en sevrage par exemple), mais également servir à mettre en contact l'utilisateur avec des services généralistes, à même de résoudre l'un ou l'autre des problèmes qu'il rencontre.

Différentes structures ont repris la forme de collaboration particulière à ZB : partant du constat que même lorsque l'information est donnée et que l'orientation des usagers est faite, ces derniers ont beaucoup de peine à prendre et à se rendre à des rendez-vous, l'équipe ouvre ses locaux à différents partenaires qui se déplacent ainsi sur le terrain des usagers et mettent leurs compétences à disposition pour une durée définie, en collaboration avec l'équipe et en fonction des besoins. Les éléments bénéfiques de cette forme de collaboration, où des spécialistes « non liés spécifiquement au domaine de la toxicomanie » se déplacent dans un centre d'accueil, sont relevés dans les trois exemples cités : apprentissage des univers réciproques (aussi bien pour les professionnels que pour les usagers), facilité d'accès pour les usagers, meilleure gestion du temps par rapport à des rendez-vous manqués, dédramatisation d'une approche psychiatrique, pour ne citer que les éléments les plus importants. Quant à l'équipe, elle peut ainsi limiter la pratique de l'accompagnement à l'extérieur, ainsi que le soutien à certaines démarches (existe actuellement avec Profa, des diététiciennes, un médecin psychiatre).

Dans le cadre de l'accueil, les intervenants du **Parachute** informent et orientent chaque usager selon ses besoins spécifiques. Le travail d'accompagnement est plus particulièrement consacré aux habitants (offre d'hébergement pour des jeunes à risques de dépendance ou de délinquance) notamment lorsqu'ils recherchent un lieu de cure ou de suivi post-cure et désirent visiter des foyers résidentiels.

Prestations sanitaires et d'hygiène

Toutes les structures offrent un minimum de prestations dans le domaine de la santé et de l'hygiène : douche, lessive, mais aussi soins infirmiers de base (pansements notamment), médicaments pouvant être distribués sans ordonnance, conseils en matière de prévention VIH et hépatites.

De même, toutes ces structures participent au programme de prévention des maladies transmissibles par l'échange de matériel stérile.

A **Entrée de Secours**, une consultation médicale est assurée par trois médecins, dans les locaux de EdS, deux à trois après-midi par semaine, selon un système de tournus. Une personne de l'équipe socio-infirmière prend part aux rendez-vous médicaux. Dans le cadre de ces consultations, les prestations médicales offertes consistent 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.

À ACT, il n'y a pas de présence médicale dans les locaux, mais une collaboration avec l'infirmière de l'UAS pour des bilans de santé. L'équipe a par ailleurs réalisé avec un groupe de pairs une affiche de prévention contre l'hépatite C qui semble susciter passablement d'intérêts chez les autres usagers du centre et chez ceux de l'UAS.

5.5.3 Fréquentation de la population

Après avoir connu une augmentation de la fréquentation quotidienne au cours des années 1999-2001 dans tous les centres d'accueil, le nombre de personnes vues quotidiennement s'est stabilisé ou a diminué légèrement. Ainsi, environ 30 personnes par jour fréquentent EdS et ACT et 40 à 50 ZB et Le

Parachute. Au Passage, des données existent uniquement depuis août 2004 et les intervenants relèvent environ 70 contacts quotidiens. Chaque centre accueille encore régulièrement de « nouvelles têtes », mais elles sont un peu moins nombreuses ces deux dernières années.

Tableau 5.12 Evolution de la fréquentation et du volume des prestations des SBS, 2002-2003

	EdS	ZB	ACT	Passage	Parachute
Nouveaux cas	→	↘	Pas de données	↘	↘ ¹
Fréquentation	→	↘	↗	→	→
Volume des prestations	→	→	↗	↘	→

¹ Hébergement 'consommateurs'

5.5.4 Profil de la population

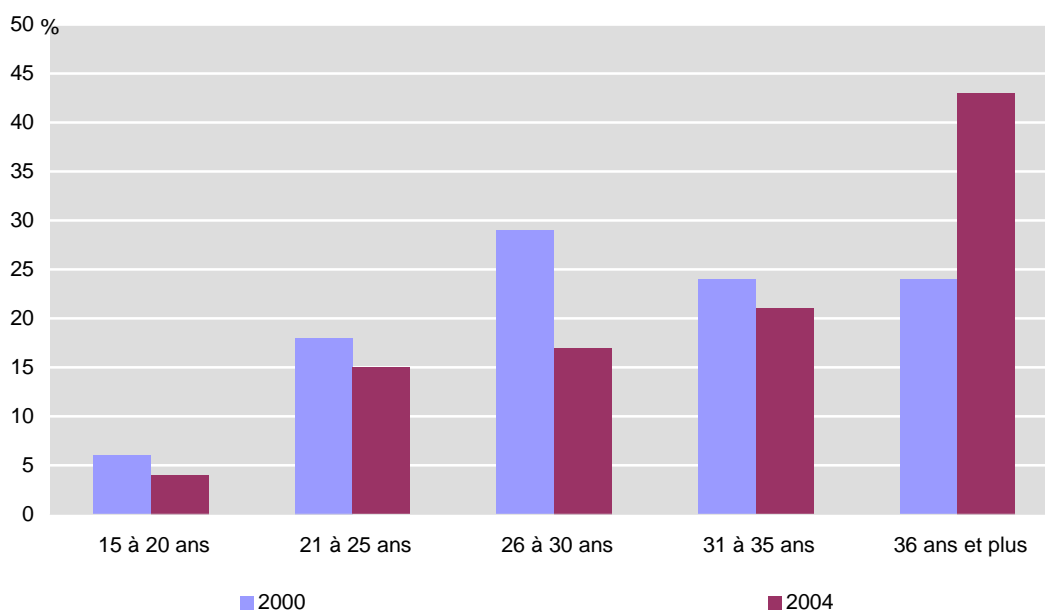
Sur les 194 clients des structures à bas seuil qui ont rempli un questionnaire en 2004, 157 avaient une fois ou l'autre consommé des drogues dures au cours de leur vie, soit 81% (78% en 2000).

Sur la base des files actives recensées par les équipes des SBS, on estime que les personnes ayant répondu au questionnaire en 2004 représentent un peu plus du tiers de la clientèle fréquentant ces centres. La description qui suit est tirée de ces questionnaires.

La proportion de femmes est resté stable pour l'ensemble de la clientèle des SBS ; elle est toutefois nettement plus importante dans les structures situées en dehors de Lausanne, où elle dépasse les valeurs généralement connues pour ce type de structures (42 à 48% contre environ 1/3 dans les structures prenant en charge des personnes toxicodépendantes).

L'âge moyen des consommateurs de drogues dures fréquentant les structures à bas seuil s'est élevé (31.4 ans en 2000, versus 33.8 en 2004). Les usagers d'EdS, du Passage et du Parachute ont un âge moyen de 34-35 ans. Par contre ZB et ACT présentent une moyenne moins élevée (31 ans). Toutes les catégories d'âges ont diminué entre 2000 et 2004 au profit des usagers de 36 ans et plus.

Figure 5.1 Evolution des classes d'âge, 2000-2004, ensemble des structures à bas seuil du canton



La moitié des consommateurs ont un certificat d'apprentissage (59% en 1996 et 50% en 2004), environ un tiers n'a effectué que sa scolarité obligatoire (27% en 1996 et 38% en 2004) et 14% ont une formation supérieure en 1996, 12% en 2004.

La proportion de personnes ayant un domicile fixe est stable au cours du temps (80% en 1993, 85% en 1996 et 78% en 2004). Toutefois, en 1996 et en 2004, les sans domicile fixe sont proportionnellement plus nombreux (respectivement 14% et 15% versus 8% en 1993 et 7% en 2000).

Peu de clients des SBS disposent d'un emploi à temps complet, soit 4% en 2004 (8% en 1993, 5% en 1996 et 10% en 2000). Environ la moitié bénéficie d'une aide sociale, 57% en 1993, 47% en 1996, 51% en 2000 et 54% en 2004. 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, 35% en 2000 et à 31% en 2004. 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 et en 2004). La prostitution comme source de revenu est plus importante en 1996 (17% versus 8% en 1993, 7% en 2000 et 4% en 2004) et chez les femmes, ce taux s'élève à 19% en 1993, 36% en 1996, 20% en 2000 et 8% en 2004.

Les contacts avec la police ont fortement diminué entre 1993 et 2000, puis se sont stabilisés. 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% pour 2000 et 2004. La dernière enquête nous indique qu'en 2004 les contacts avec la police sont légèrement plus nombreux à Lausanne que dans le reste du canton (36% versus 26%). 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, 53% en 2000 et 43% en 2004).

Tableau 5.13 Profil des usagers des centres d'accueil, Enquête Clientèle 2004

	EdS		ZB		Le Passage		ACT		Parachute ¹	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	25		37		66		24		42	
Nb femmes	12	48	17	46	12	18	10	42	1	2
Âge										
Min-max	20-59		20-57		19-59		19-44		17-62	
Âge moyen	34		31		35		32		35	
Âge médian	34		29		36		32		35	
15 à 20 ans	1	4	1	3	2	3	1	4	4	9
21 à 25 ans	2	8	7	12	9	14	5	21	3	7
26 à 30 ans	4	16	14	38	6	9	4	17	7	17
31 ans et plus	18	72	15	40	45	74	14	58	28	67
Domicile										
Sans domicile fixe	1	4	2	5	13	20	1	4	19	45
Fixe privé	20	80	34	92	50	76	23	96	17	41
Institution	3	12	1	3	2	3	0		6	14
Travail										
Sans travail	16	63	26	70	51	77	19	79	24	57
Régulier	7	29	5	13	5	8	1	4	5	12
Occasionnel	2	8	3	8	10	15	4	17	13	31
Consommation actuelle DD²										
Drogues dures	12	48	22	65	42	69	16	70	6	43
Traitement de substitution										
En traitement	19	76	16	47	25	41	17	74	2	14

¹ Les données concernent l'ensemble de la clientèle du Parachute en 2004.

² % sur drogues dures à vie.

5.5.5 Conclusion

Les centres d'accueil connaissent une fréquentation stable et continuent de recevoir de nouveaux usagers, toxicomanes, qu'ils ne connaissaient pas encore, mais leur nombre diminue.

À l'exception du Parachute qui a toujours eu une orientation large, toutes les structures se consacrent spécifiquement à la toxicodépendance.

Dans tous les centres, on observe un vieillissement de la clientèle. À ZB et ACT, l'âge moyen reste toutefois inférieur à la moyenne cantonale. Les structures lausannoises présentent une faible proportion de femmes.

La clientèle rencontre d'importants problèmes sociaux tant du point de vue du logement que de l'insertion professionnelle. De l'avis des équipes, le problème du logement augmente ce qui mobilise des ressources pour aider les personnes à retrouver un logement, conserver un appartement, etc.

Concernant la consommation, l'étude Clientèle montre que des types de consommateurs très différents se retrouvent dans les mêmes structures (cf. 4.3). Ce mélange de types de consommateurs au sein des mêmes structures nécessite une réflexion sur les différenciations à apporter aux interventions selon la phase de consommation dans laquelle ils se trouvent, notamment en ce qui concerne les messages de prévention et de réduction des risques.

Les équipes sont confrontées à des moments de surcharge liés souvent à une consommation momentanée de cocaïne chez quelques usagers, mais aussi dus aux tensions et violences provoquées par des usagers présentant des troubles psychiatriques. La gestion de l'accueil est dans ce cas très délicate et exige beaucoup de ressources.

Les prestations proposées se sont étoffées surtout à ACT qui rejoint maintenant EdS et ZB du point de vue de l'offre de prestations. La prise en charge offerte dans les centres évolue avec le développement de relation de confiance entre intervenants et usagers. Ainsi, avec certains usagers l'objectif de créer le lien est atteint ce qui ouvre la relation sur un travail plus en profondeur sur la personne et ses objectifs.

L'apparition de clandestins présentant des problèmes de dépendance n'a que peu été évoquée par les équipes.

5.5.6 Recommandations

Les centres d'accueil jouent un rôle important dans la prise en charge socio-éducative et le suivi de personnes toxicodépendantes. Actuellement, la couverture du canton n'est cependant pas entièrement assurée, notamment dans la région de Nyon et de la Broye, qui ne bénéficient pas de structure de réduction des risques.

Les équipes doivent pouvoir garder de la disponibilité pour gérer les moments de crises et de surcharge temporaires si elles veulent pourvoir maintenir la pratique de l'accueil.

Au vu des demandes de prise en charge et d'aide formulées par les usagers à la plupart des centres d'accueil, le Passage doit absolument développer son offre de prestations.

Les équipes doivent rester attentives à toujours favoriser l'accès de leur structure à la population toxicomane très marginalisée. Une réflexion sur d'éventuelles populations cachées de personnes consommatrices devrait avoir lieu, de même qu'il conviendrait de prospecter si possible la problématique des appartements pouvant servir de lieux de rassemblement et de consommation.

5.6 REMISE DE MATÉRIEL STÉRILE ET DE PRÉSERVATIFS^a

Depuis 1996, l'IUMSP établit les statistiques concernant la remise de matériel stérile dans les structures à bas seuil de Lausanne et du canton. Durant les premières années de monitoring, les institutions autorisées à remettre du matériel d'injection à Lausanne se ravitaillaient auprès d'une seule pharmacie vaudoise qui tenait un décompte précis du stock délivré aux diverses institutions. Ainsi, nous disposons depuis mars 1996 et jusqu'à juillet 2001, de statistiques mensuelles sur le stock de seringues et de préservatifs demandés par les intervenants accrédités. Pour d'autres structures réparties dans le canton – telles que Zone Bleue, Entrée de Secours, Action Communautaire et Toxicomanie – des relevés statistiques ont été tenus depuis leur ouverture ou depuis le début de la remise de seringues.

En 2001, le Service de la santé publique et Rel'ier ont reçu un mandat du canton pour la mise en place d'une nouvelle politique avalisée par le Conseil d'Etat cherchant un juste équilibre entre logiques de santé publique et de sécurité publique. Il s'agissait d'éviter la transmission des maladies infectieuses, de prévenir la dégradation physique des personnes s'injectant des drogues, tout en diminuant les risques de trouver des seringues usagées sur la voie publique.

Ce programme fait l'objet d'un financement par le Service de la santé publique et le suivi statistique a été confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (description du programme, annexe 8).

Avec la mise en place du nouveau programme cantonal, la comptabilisation du matériel d'injection mis à disposition dans le canton a été unifiée. Depuis juillet 2001, toutes les structures accréditées^b relèvent mensuellement :

- le nombre de seringues distribuées,
- le nombre de seringues récupérées,
- le nombre de préservatifs distribués,
- le nombre de contacts avec des personnes venant chercher du matériel d'injection stérile (une personne peut donc être comptée plusieurs fois par jour).

5.6.1 Structures participantes

Au total, ce sont aujourd'hui douze structures qui remettent du matériel stérile dans le cadre du Programme cantonal. Six d'entre elles se trouvent à Lausanne ou en région lausannoise. Cinq sont réparties dans le canton et une couvre tout le canton (Rel'aids). Il reste toutefois des régions non couvertes par le Programme et dans lesquelles les pharmacies restent dès lors les principaux lieux d'approvisionnement pour les consommateurs de drogue par injection.

Avec l'ouverture du centre Azimut³¹, une nouvelle structure a été accréditée en 2002 pour échanger du matériel stérile dans la région de Bex.

Par ailleurs, en novembre 2002, l'Unité d'intervention socio-éducative de terrain (UnISET³²) a été mise sur pied à Lausanne. Depuis mars 2003, l'UnISET fonctionne comme structure de dépannage et remet du matériel stérile en dehors des heures d'ouverture des autres lieux d'approvisionnement.

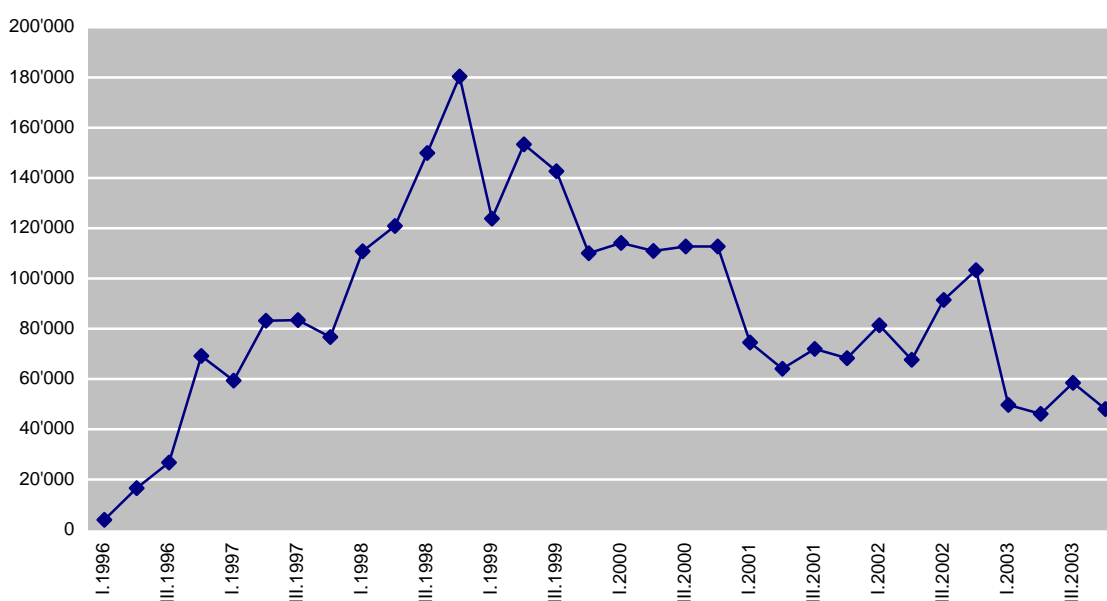
^a Arnaud S. Monitoring du Programme d'échange de seringues dans le canton de Vaud 2003. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004. (Document non publié).

^b « Grand Lausanne » : Centre Saint-Martin (CSM), Fleur de Pavé, le Passage, Point Fixe, la Soupe, Travail social de rue Prilly (TdR), UnISET ; Canton : Action Communautaire Toxicomanie (ACT - Vevey), Entrée de Secours (EdS - Morges), Rel'aids (tout le canton), Unité Ambulatoire de Soins Spécialisés (UAS - Montreux), Zone Bleue (ZB - Yverdon), Azimut (Bex depuis fin 2002).

5.6.2 Évolution de la remise de seringues depuis mars 1996

La Figure 5.2 présente l'évolution de la remise de seringues dans le canton de Vaud par trimestre depuis mars 1996. Les données par trimestre permettent de « lisser la courbe » de remise de seringues et d'avoir ainsi une vision plus synthétique. Après un pic à la fin 98, la courbe connaît une baisse importante depuis la fin 99^a avant de se stabiliser en 2001. On observe ensuite une nette augmentation aux 3^{ème} et 4^{ème} trimestres 2002, la remise de seringues atteignant presque le niveau de distribution de 2000. Au cours du premier trimestre 2003, on relève une forte baisse puis une stabilisation sur le reste de l'année. Le nombre de seringues remises par trimestre atteint alors le niveau le plus bas depuis la mise en place du Programme cantonal. Il correspond à ce que l'on avait à la fin de l'année 1996.

Figure 5.2 Evolution de la remise de seringues dans le canton de Vaud par trimestre depuis mars 1996



5.6.3 Évolution du nombre total de seringues remises par structure

Depuis la mise en place du Programme cantonal, ce sont plus de 700'000 seringues qui ont été remises. On relève une baisse importante (plus de 40%) du nombre de seringues remises en 2003. C'est une diminution de la distribution à la Soupe et au Passage qui influence la tendance générale (cf graphique par structure, Annexe 8).

La **Soupe** a assuré la distribution lors du changement de structure en 1999 (fermeture de la Pastorale de rue et ouverture du Passage). Elle a alors distribué jusqu'à 50% du volume total cantonal. En 2000, la Soupe a retrouvé le volume de distribution de 1999 et, depuis, ce chiffre a suivi la courbe au niveau cantonal. Le nombre de seringues remises a alors constamment diminué, sauf en 2002 où l'on observe une augmentation importante (environ 160'000 seringues en 2000, 131'000 en 2001 et 204'000 en 2002). Cette augmentation a eu lieu essentiellement au cours de la deuxième partie de l'année avec un pic en octobre. En 2003, le volume de distribution de la Soupe accuse une baisse considérable, puisqu'on atteint un niveau inférieur à celui de 1997.

^a Il ne faut pas interpréter l'allure aplatie de la courbe 2000, car les données s'y rapportant sont annuelles. Nous avons dû faire une moyenne par trimestre.

Le **Passage** quant à lui a vu le nombre de seringues remises fortement diminuer en 2001, puis se stabiliser autour des 100'000-120'000 seringues par année entre 2001 et 2002. En 2003, le volume de seringues remises a encore diminué de plus de 10%.

Quant aux autres structures lausannoises, elles connaissent des tendances diverses. Cependant, toutes ont vu leur volume de distribution fortement augmenter entre 2002 et 2003. À noter l'arrivée de **UnISET** en mars 2003, qui au cours de l'année a accusé une augmentation constante et importante du nombre de seringues remises.

Dans les structures du reste du canton, la remise évolue de manière erratique. À **Zone Bleue** (Yverdon), on observe une diminution de plus de moitié du nombre de seringues remises entre 2000 et 2001, mais avec une reprise fin 2001 qui se poursuit jusqu'en juillet 2002. Le nombre annuel de seringues remises en 2002 (20'000) est nettement supérieur à celui de 2001 (13'000). Ce chiffre tend de nouveau à la baisse en 2003 (18'000). Dans d'autres régions du canton, comme à **Entrée de Secours** à Morges, où la distribution était moins développée, le nombre de seringues a augmenté en 2001 puis s'est stabilisé en 2002 (3'400) pour ré-augmenter de manière importante en 2003 (5'000). À Vevey dans le cadre de **Action Communautaire et Toxicomanie** (ACT), on observe également une diminution de la distribution dès 1999, mais en 2001 la distribution augmente à nouveau et se stabilise à partir de 2002 (5'800).

Il est à noter en revanche que la distribution dans les lieux de dépannage a plus que doublé et représente aujourd'hui 3% du volume total (versus moins de 1% en 2001 et 2002). Cette évolution est principalement due à l'arrivée de UnISET dans le réseau. Le volume de seringues qu'elle remet représente plus de 40% du volume total dispensé par les structures de dépannage.

Tableau 5.14 Nombre total de seringues remises depuis la mise en place du Programme cantonal

	Structures distribuant du matériel stérile*	Lieux de dépannage**	Total
2001 (2^e semestre)	159'764	879	160'643
2002	340'828	3'131	343'959
2003	195'272	7'144	202'416
Total			707'018

* Structures distribuant du matériel stérile: ACT, EdS, Fleur Pavé, Passage, Soupe, TdR Prilly, ZB.

** Lieux de dépannage: UAS, CSM, Point Fixe (jusqu'en déc.01), Azimut (début 2003), Rel'aids, UnISET (depuis mars 2003), Paléo, Hôpital de Morges (depuis 2002), Hôpital de Nyon (depuis 2003).

5.6.4 Évolution du taux de retour des seringues usagées

Depuis la mise en place du Programme cantonal, la politique adoptée est celle de l'échange de matériel sous la forme n+2. C'est-à-dire que le nombre de seringues distribuées est équivalent au nombre de seringues ramenées, augmenté, si le consommateur le souhaite, de 2 seringues supplémentaires.

Le taux moyen de retour^a sur l'ensemble des structures vaudoises s'élève à 92% en 2001, ce qui signifie qu'il y a légèrement moins de seringues récupérées comparativement à celles remises. En 2002, on observait une nette baisse du taux moyen général (77% pour l'ensemble des structures). Cette baisse apparaît en août 2002 et se poursuit jusqu'à la fin de l'année. En 2003, le taux de retour accuse une hausse importante pour se situer au-delà de 100% entre janvier et mai (sauf février). Dans la deuxième partie de l'année, le taux moyen redescend et se stabilise autour de 80%. Au final, le taux moyen de retour de seringues pour l'ensemble des structures s'élève à 97%.

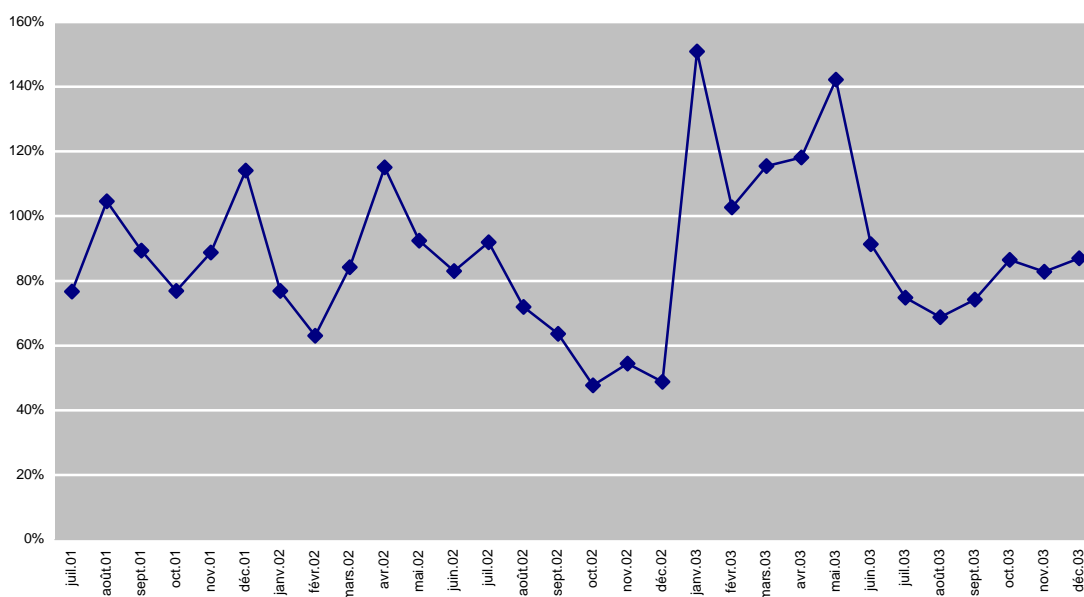
^a Taux de retour = N seringues récupérées / N seringues distribuées.

La baisse observée entre août et décembre 2002 est essentiellement due à la Soupe qui a vu son taux de retour de seringues chuter de manière importante (99% juillet, 67% août, 37% en décembre). La brusque augmentation observée au début 2003 résulte principalement de taux calculés supérieurs à 100% dans toutes les structures, sauf une (Fleur de Pavé) et ce, plusieurs fois au cours de la période.

En fait, en termes de chiffres absolus, il semble que l'augmentation importante des taux de retour (au-delà de 100% pour plusieurs structures, cf. tableau en annexe) soit davantage provoquée par la brusque diminution de la remise de seringues au début de l'année 2003 plutôt que par une augmentation du nombre des seringues récupérées.

Les taux de retour fluctuent passablement au cours de l'année au sein des structures et d'une structure à l'autre. Dès lors, ce sont plutôt les taux annuels finaux qu'il faut prendre en considération.

Figure 5.3 Evolution du taux de retour de seringues usagées dans le canton de Vaud, de juillet 2001 à décembre 2003



La forte chute du taux de retour en 2002 est difficilement explicable. Cependant, au vu du taux important pour 2003, on peut estimer qu'il y a eu un effet de décalage entre ces deux années. Si l'on fait la moyenne entre 2002 et 2003, on obtient un taux de 87%, proche de celui de l'année précédente (92%).

Il faut relever qu'en plus des seringues récupérées au cours de l'échange, les seringues ramassées aux abords des structures sont maintenant aussi comptabilisées. Ce sont principalement le Passage et UnISET qui mentionnent ces chiffres. Le volume total des seringues récupérées de cette manière représente en moyenne 1% du volume total de seringues usagées récupérées.

À noter encore qu'une partie des seringues remises par les structures est susceptible de ne pas donner lieu à un échange systématique, mais peut être déposée dans les poubelles prévues à cet effet (du moins dans la région lausannoise). En effet, la Ville de Lausanne a fait poser des bacs de récupération de seringues depuis déjà quelques années. Ce sont aujourd'hui 22 bacs qui sont répartis dans la ville. Leur contenu est régulièrement vidé et pesé. En 2003, ce sont ainsi 37,5 kg de matériel qui ont été recueillis. Des boîtes spécifiques pour la récolte de seringues ont aussi été installées dans les toilettes publiques depuis avril 2003. Elles existent aujourd'hui dans 35 lieux différents. Il est certes impossible de comptabiliser le nombre de seringues contenues dans ces récipients et de les intégrer à la statistique, mais la simple utilisation de ces bacs témoigne de la prise de conscience des messages de prévention.

Par ailleurs, il faut encore relever qu'un certain nombre de seringues sont retournées en pharmacie.

5.6.5 Synthèse

La Soupe et le Passage (et avant lui la Pastorale de rue) sont très nettement les principales structures pourvoyeuses de seringues. La baisse générale observée au niveau cantonal est le résultat de celle observée dans ces deux structures. En revanche, le volume de distribution tend à la hausse dans la plupart des autres structures intégrées au Programme d'échange de matériel stérile.

En résumé, le nombre de seringues remises dans le canton suit une tendance générale à la baisse et ce, depuis la fin de l'année 1998. Il faut toutefois relever un pic de distribution fin 2002. Deux hypothèses sont possibles pour interpréter ce pic : un changement dans les habitudes de la clientèle ou un changement dans les habitudes de remise des structures. En l'occurrence, les seules données statistiques ne sont pas suffisantes pour expliquer le phénomène.

Le taux de retour des seringues usagées accuse quant à lui une baisse importante en 2002, reflétant à nouveau la situation de la Soupe en particulier. Au début de l'année 2003, de nombreuses structures rapportent des taux supérieurs à 100%. Au terme de l'année, la moyenne générale est proche de 100%.

5.6.6 Remise de préservatifs

Les mesures de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle connaissent également un développement important au cours des années observées. En cinq ans, le nombre de préservatifs distribués a été multiplié par six : il est passé de 25'000 en 1996 à presque 156'000 en 2000.

Les deux principales institutions qui mettent à disposition des préservatifs en 1996 sont la Pastorale de rue, avec 14'000 préservatifs et Rel'aids, avec 8'000 préservatifs. En 2000, le Passage a distribué près du tiers des préservatifs au niveau des structures du canton.

Tableau 5.15 Nombre de préservatifs remis entre mars 1996 et décembre 2000

	Pastorale de rue	Passage	Croix-Rouge	Médecin de rue	Fleur de Pavé	Rel'aids	Soupe populaire	Zone Bleue	Total
1996	13'700		300	1'500	1'300	8'300	0		25'100
1997	16'000		0	4'000	7'000	4'011	0		31'011
1998	33'500		1'000	5'000	18'150	4'510	2'500		64'660
1999	3'000	14'000	0	3'500	71'000	0	5'000		96'500
2000		30'500			118'000		6'000	1'500	156'000

En octobre 1996, l'Association Fleur de Pavé est créée. Ciblante les femmes prostituées, elle devient une importante source de distribution de préservatifs. Cette offre n'est pas destinée uniquement à des consommatrices de drogues. Ainsi, pour la statistique des préservatifs, il est préférable de traiter cette structure séparément. En 2000, Fleur de Pavé a distribué 118'000 préservatifs.

À partir de 2001, le mode de relevé pour les statistiques a changé. Elles sont maintenant basées sur les données fournies par les structures elles-mêmes (préservatifs distribués annuellement) et non plus sur les données de stock fournies par la Pharmacie 24. Le volume total de préservatifs calculé sur la base des stocks indiquait un total de 307'000 préservatifs distribués en 2003, contre 270'000 en 2002 et 206'000 en 2001. Concernant les résultats de 2001 et 2002, il faut relever que trois structures ne faisaient pas état du nombre de préservatifs distribués. En 2003, les données sont disponibles pour presque toutes les structures (cf. Tableau 5.16).

Depuis la mise en place du Programme cantonal, le nombre total de préservatifs distribués a augmenté de manière importante. Cette évolution est à nuancer puisque Fleur de Pavé, qui remet environ 80% du

volume total, n'est pas une structure destinée uniquement aux personnes toxicomanes. Quant aux autres structures, l'évolution de la distribution de préservatifs y est plus variable.

La forte augmentation de la remise de préservatifs à **Zone Bleue** en 2003 trouve son explication dans le fait qu'il y a eu pendant une période une fréquentation importante de la structure par des prostituées.

Tableau 5.16 Nombre de préservatifs remis entre 2001 et 2003

	ACT	EdS	¹ Fleur de Pavé	Passage	Rel'aids	Soupe	TdR Prilly ³	UAS	CSM	ZB	Azimut	UnISET	Total	Total Pharmacie 24 ⁴
2001	n.d.	1'000	160'000	n.d.	3180	n.d.	1'180	1'250	n.d.	2'530			169'140	206'000
2002	n.d.	1'000	197'000	n.d.	n.d.	n.d.	720	1'970	n.d.	7'000			207'690	270'000
2003	1'000	1'200	222'500	8'000	2'000	n.d.	430	1'390	n.d.	37'000	0	² 1'560	275'080	307'600

n.d : données non disponibles.

- ¹ Pour Fleur de Pavé, ce sont le nombre de sachets de préservatifs remis aux prostituées qui sont comptabilisés mensuellement. Le nombre de préservatifs dans chaque sachet n'est pas constant. En revanche, en fin d'année, il est possible d'avoir une indication du nombre total de préservatifs distribués au cours de l'année écoulée.
- ² UnISET distribue des boîtes Flash dans lesquelles, hormis des seringues, se trouve un préservatif. Pour 2003, ce sont 1523 boîtes qui ont été dispensées, ainsi que 37 préservatifs supplémentaires.
- ³ En 2002 et 2003, des préservatifs ont été offerts par la FVA et ont été distribués aux usagers. Cela représente 100 préservatifs pour 2002 et 150 pour 2003.
- ⁴ Ces données correspondent au nombre total de préservatifs facturés par la Pharmacie 24 au Service de la santé publique et reflètent le nombre de préservatifs "acheté" ou commandé par l'ensemble des structures. Elles permettent de suivre l'évolution générale indépendamment des données non disponibles.

6 ENQUETE PHARMACIE

Parmi les lacunes énoncées tant par rapport à l'évaluation du dispositif de prise en charge que par rapport au volet épidémiologique, le précédent rapport d'évaluation mettait en avant l'absence de connaissances récentes sur le **rôle des pharmacies dans la réduction des risques et dans la prise en charge des personnes toxicodépendantes**.

Plus particulièrement, deux aspects ont motivé le choix d'une enquête auprès des pharmacies : d'une part, la diminution du nombre de seringues remises par les structures accréditées et, d'autre part, un engorgement relevé par certaines équipes pour la remise de méthadone auquel s'ajoute la difficulté énoncée de trouver des pharmacies partenaires dans la distribution de méthadone (tâche qui soulagerait les centres de traitement ambulatoire).

Les dernières données recueillies sur le matériel stérile remis par les pharmacies au niveau national datent de 1996⁶. Quant à la dernière enquête menée auprès des pharmacies vaudoises pour connaître les interactions entre usagers de drogues et pharmacies date de 1994 ; elle a été menée conjointement par le Rel'Aids et l'IUMSP⁷.

6.1 QUESTIONS ET MÉTHODE DE RECHERCHE

Les questions qui ont guidé cette étude sont :

- Quel est le volume de matériel stérile remis, le nombre de contacts avec les personnes consommatrices, ainsi que le nombre de traitements de méthadone distribués ?
- Quelle est actuellement la place des pharmacies dans la prise en charge des personnes toxicodépendantes ?
- Quels sont les problèmes rencontrés face à cette clientèle et/ou dans cette prise en charge ?
- Quelles actions pourraient être lancées pour favoriser un plus grand engagement des pharmacies dans le dispositif de prise en charge des personnes toxicodépendantes ou faciliter leur tâche face aux problèmes rencontrés ?

L'étude comprend deux volets, d'une part un volet quantitatif sous la forme d'un questionnaire envoyé à tous les pharmaciens et pharmaciennes du canton et, d'autre part, un volet qualitatif consistant en des entretiens individuels semi-directifs auprès de pharmaciens afin de compléter les données statistiques récoltées à l'aide du questionnaire.

6.1.1 Enquête quantitative

L'enquête quantitative a eu lieu entre les mois de juillet et août 2003. Le questionnaire (voir Annexe 8.6) a été envoyé à toutes les pharmacies du canton (N = 247). Parmi celles-ci, sept sont des pharmacies internes à des hôpitaux qui nous ont répondu qu'elles n'étaient pas concernées par notre enquête n'étant pas en lien direct avec le public ; à cela s'ajoutent une mauvaise adresse et un questionnaire renvoyé hors délai. Ainsi, parmi les 238 pharmacies entrant dans le cadre de notre enquête, 195 nous ont retourné le questionnaire dûment rempli, soit un taux de participation de 82%, ce qui est tout à fait comparable au taux de réponse de l'enquête de 1996 (78%) et peut être considéré comme un très bon taux de participation.

6.1.2 L'enquête qualitative

L'enquête qualitative a été menée auprès d'un échantillon (N = 10) de pharmacies qui ont répondu positivement à la question "Accepteriez-vous de rencontrer un membre de notre équipe pour un entretien plus approfondi sur la place que pourraient prendre les pharmaciens dans la prise en charge des personnes toxicodépendantes ?".

Dans ce volet de l'étude ont été abordés de façon plus spécifique les thèmes suivants :

- La nature des contacts qu'ont les pharmaciens avec les personnes toxicodépendantes et les difficultés rencontrées ?
- Les relations et contacts qu'ont les pharmaciens avec le dispositif en place (médecins traitants, structures de prise en charge spécifiques des personnes toxicodépendantes) ?
- La définition par les pharmaciens de leur rôle par rapport au dispositif existant ?

Choix de la population

Parmi les personnes disposées à s'exprimer dans le cadre d'un entretien, nous avons sélectionné dix pharmacies en faisant varier l'emplacement géographique (ville/campagne), la taille des villes (petite, moyenne et grande ville), mais aussi l'attitude générale du pharmacien face à la problématique toxicomanie et l'importance du nombre de personnes en traitement. Cet échantillon n'est cependant pas représentatif de l'ensemble, mais permet d'apprécier la diversité des points de vue.

Nous n'avons pas pu rencontrer des pharmaciens refusant totalement d'avoir à faire avec des personnes toxicodépendantes que ce soit pour la vente de matériel stérile ou pour des traitements à la méthadone, ceux-ci n'ayant pas répondu positivement à la question de savoir s'ils acceptent de participer à un entretien. Ainsi, toutes les personnes rencontrées vendent dans leur officine du matériel stérile et suivent des personnes avec un traitement de substitution à la méthadone, en étant à des degrés divers convaincues de ces démarches et en s'investissant également de manière différenciée.

Les pharmaciens retenus ont été contactés par téléphone afin de fixer un rendez-vous pour l'entretien. Sur les 15 personnes sélectionnées, nous n'avons finalement réalisé un entretien qu'avec 10 d'entre elles. En fonction du principe de saturation théorique développé par Strauss (Strauss et Corbin, 1990), nous avons renoncé à multiplier davantage les entretiens en nous apercevant que lors des dix entretiens les mêmes difficultés, besoins et situations étaient évoquées avec bien évidemment des variations, chacun réagissant à sa façon. Les difficultés rencontrées sont identifiées et présentées de façon relativement homogène.

Déroulement des entretiens

À l'exception d'une pharmacie qui a été visitée, les entretiens ont été réalisés par téléphone. D'une durée de 45 minutes à une heure, les entretiens de type semi-structuré ont été réalisés en s'appuyant sur une grille d'entretien (cf. annexe 8.6) qui comprenait les différents thèmes retenus. Après avoir été enregistrés, avec l'accord de nos interlocuteurs, les entretiens ont été retranscrits en fonction des thèmes abordés. La confidentialité des informations a été garantie à chaque interlocuteur.

Nous avons procédé à l'analyse de ce matériau en recourant à une analyse qualitative thématique transversale. Il s'agissait non pas d'étudier chaque situation en soi, mais bien de mettre en évidence la réalité du travail des pharmaciens en officine avec les personnes toxicodépendantes, les difficultés rencontrées et les besoins exprimés.

6.2 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE

6.2.1 Vente de matériel stérile

La grande majorité des pharmaciens vendent du matériel d'injection aux consommateurs de drogues (n=189 soit 97%) et leur l'attitude face à la remise est généralement favorable : 67% approuvent totalement la remise. Néanmoins, 13% distribuent du matériel parce qu'ils y sont obligés, 17% le font parce qu'il n'y a pas d'alternative, enfin 2,6% (soit 4 pharmacies) refusent la vente. Par rapport à l'enquête de 1994, il y a moins de pharmacies qui refusent totalement la vente, par contre le nombre de pharmaciens qui le font par obligation ou parce qu'il n'y a pas d'autres possibilités est légèrement plus important (30% contre 21% en 1994).

Tableau 6.1 Attitude des pharmaciens face à la vente de matériel d'injection, 2003

	Réponse*	
	n	%
J'approuve totalement la remise de seringues et j'estime que cela fait partie de mon travail de pharmacien	130	67
Je distribue des seringues parce que j'y suis obligé en tant que pharmacien	25	13
Par principe je suis contre, mais je distribue quand même des seringues parce qu'il n'y a pas d'alternative	33	17
Je suis totalement contre et je refuse de distribuer des seringues	4	2

* Données manquantes=2.

Afin d'estimer le nombre total de seringues remises en pharmacie, nous avons calculé le nombre moyen de seringues distribuées par les pharmacies^a qui ont répondu au questionnaire, moyenne que nous avons ensuite extrapolée à l'ensemble du canton.

Au total, on estime que le nombre de seringues vendues en pharmacie était de 8'520 seringues par mois en 2002 et de 9'591 seringues par mois en 2003. Il s'agit d'une moyenne mensuelle estimée à partir des résultats du dernier trimestre 2002 (octobre-décembre) et du deuxième trimestre 2003 (avril-juin). Par rapport à la situation en 1996, cela représente une diminution importante, vu qu'à l'époque, le nombre de seringues remises était estimé à 15'542 pièces. Il ne faut pas oublier que depuis 1996, plusieurs institutions ont reçu l'accréditation pour remettre gratuitement du matériel stérile. En 2002 ces structures distribuaient en moyenne 29'000 seringues par mois, contre 10'000 environ en 1996. Entre 1996 et 2002, il y a eu donc au total une augmentation du volume de matériel d'injection distribué par mois, avec comme différence un rôle plus restreint des pharmacies. En 2003, le nombre moyen de seringues distribuées par mois par les structures spécialisées a cependant diminué (moyenne de janvier à juin 2003) et le niveau de remise de matériel stérile est à peine supérieur à celui de 1996.

^a Nombre moyen de seringues vendues par mois, additionné avec celles vendues dans les boîtes Flash (en multipliant le nombre de boîtes par 2).

Tableau 6.2 Remise mensuelle estimée de matériel d'injection dans le canton de Vaud, 1994-1996-2002-2003

	1994	1996	2002	2003
Nombre total de seringues pharmacie	17281	15542	8520	9591
Nombre seringues institutions	0	9702	28651	15973
Nombre total y compris les institutions	17821	25244	37171	25494
Min-max par pharmacie			0-830	0-1020
Moyenne par pharmacie	83	74	36	40

* Distribuées uniquement en 1996.

D'importants écarts existent cependant entre les pharmacies puisque certaines remettent moins d'une seringue par mois et que le maximum s'élève à 1020 seringues distribuées en un mois par une pharmacie. La localisation de ces dernières joue un rôle prépondérant dans ces variations, les officines situées en centre-ville étant davantage sollicitées.

Près des deux tiers des seringues remises en 2003 le sont sous la forme de boîtes Flash, qui ont l'avantage de comprendre également du matériel annexe servant lors des injections : de l'eau stérile, de l'acide ascorbique, deux tampons d'ouate et un préservatif.

Au total, on estime qu'un peu plus de 300 personnes toxicodépendantes se rendent chaque jour dans l'une ou l'autre pharmacie du canton pour se procurer du matériel d'injection. Là de nouveau, les chiffres varient fortement, allant de moins de 1 personne par jour en moyenne à 40 personnes en moyenne selon les pharmacies.

Mode de remise

La majorité des pharmacies vendent toujours le matériel d'injection (89%) ; seuls 6% remettent les seringues gratuitement, contre l'échange de seringues usagées, enfin 2% les distribuent gratuitement, sans condition de retour. Dans ces cas, la distribution se fait aux frais du pharmacien. Près de 2/3 des pharmaciens seraient d'accord de remettre le matériel gratuitement, s'ils pouvaient se le procurer gratuitement. Les personnes opposées à la distribution gratuite le sont pour deux raisons essentiellement : des questions d'éthique, elles considèrent que cela déresponsabilise les personnes consommatrices et les encourage à poursuivre leur consommation, mais également en raison du coût du service que représente ces contacts, qui selon les pharmaciens doit être pris en compte.

Remise durant la garde

En ce qui concerne la remise de matériel durant les heures de garde (par exemple durant la nuit), il faut tout d'abord relever que sur Lausanne, l'organisation a changé et qu'actuellement toutes les gardes ont lieu à la Pharmacie 24 (Av Montchoisi) où les pharmaciens se rendent à tour de rôle pour effectuer des gardes. Il n'y a pas d'autres officines ouvertes en dehors des horaires normaux dans toute la ville de Lausanne^a. Dans le reste du canton, le système d'alternance de garde entre différentes pharmacies est toujours en vigueur.

Parmi les pharmaciens qui sont de garde, environ 50% (47 officines) acceptent toujours de remettre du matériel durant les heures de garde, 14% ne le font que dans des cas exceptionnels. Enfin, 36% ne remettent pas de seringues durant ces heures.

Si on ajoute le cas de la Pharmacie 24, l'accès à du matériel stérile en dehors des horaires d'ouverture réguliers est donc limité à 48 officines sur 195 (+ 13 officines qui distribuent exceptionnellement durant les gardes).

^a La pharmacie A la Gare, à Lausanne, a toutefois un horaire plus large (7h-22h).

Restrictions et difficultés par rapport à la remise

Plusieurs réponses étaient proposées dans le questionnaire quant aux éventuelles restrictions posées lors de la remise de matériel stérile. D'une manière générale, les pharmaciens posent plus de restriction en 2003 qu'en 1996, puisque seul un tiers distribue les seringues sans restriction contre la moitié lors de l'enquête de 1996. 40% prennent une décision en fonction de l'attitude et du comportement de la personne toxicodépendante, 22% imposent l'échange et 15% limitent le nombre de seringues par personne. Enfin, 11% posent d'autres conditions : dans la plupart des cas, ils essaient d'exiger le retour ou le conseillent très fortement, mais acceptent quand même de remettre du matériel si cela n'est pas possible. Parmi ces pharmaciens, deux mentionnent l'échange selon la formule n+2, en vigueur dans les institutions accréditées selon la décision du concept cantonal.

Tableau 6.3 Restrictions imposées lors de la remise de seringues, 1996-2003

	1996		2003	
	%	n	%	n
Je remets les seringues sans y attacher de condition	50	66	34	66
Je limite le nombre de seringues par toxicomane	9	30	15	30
Je ne remets les seringues qu'en échange des seringues usagées	20	43	22	43
Je prends une décision en fonction de l'attitude et du comportement du toxicomane	30	77	40	77
Autre restriction	12	21	11	21

Les « n » ne figurent pas dans le rapport de 1996.

Les principales difficultés rapportées par les pharmaciens en ce qui concerne la remise de matériel stérile sont les suivantes : la difficulté la plus fréquemment mentionnée (29%) est un problème d'image par rapport au reste de la clientèle. Viennent ensuite les problèmes éthiques, la remise de matériel étant ressentie comme une forme d'encouragement à la consommation par 27% des pharmaciens. Enfin, 22% mentionnent des problèmes de vols ou de menaces, ainsi que des problèmes de contact avec les personnes toxicodépendantes. Pour la moitié des pharmaciens, la remise ne pose cependant pas de difficulté.

92% des pharmacies acceptent toujours de reprendre les seringues usagées et 8% le font à certaines conditions. Malgré cette attitude positive et l'encouragement de ce mode de faire, le retour en pharmacie est faible et se monte à environ 1250 seringues retournées par mois. Pour 62% des pharmaciens, ce retour ne pose pas de difficulté. Par contre, 37% relèvent le risque de contamination pour eux-mêmes et pour leur personnel, 20% mentionnent le dégoût du personnel confronté à cette reprise. Pour 12% ce sont les craintes exprimées par le reste de la clientèle qui posent problèmes, enfin 8% jugent qu'il subsiste trop de problèmes liés au traitement ultérieur des seringues usagées. Parmi les autres difficultés mentionnées, les frais liés à la récupération sont cités 5 fois.

Remise de matériel stérile selon les régions

Afin d'estimer l'importance de la distribution dans les différentes régions du canton, nous avons agrégé les résultats par district.

C'est dans la région de Lausanne que sont vendues la majorité des seringues en pharmacie. La deuxième région correspond au district de Vevey où la vente de matériel stérile a surtout lieu dans les centres urbains de Vevey et de Montreux. Les districts d'Yverdon et de Morges viennent ensuite avec 200 à 300 seringues vendues chaque mois. Payerne, Aigle, et Nyon suivent avec plus d'une centaine de seringues par mois. Moudon et Grandson approchent de la centaine ; par contre, dans les autres districts, la vente de seringues est faible, voire inexistante.

Tableau 6.4 Remise de matériel stérile par mois et par district, 2003 (données non corrigées selon la participation)

District	Nb total de seringues	Min-max par pharmacie	Moyenne par pharmacie	Nb de pharmacies ayant répondu
Lausanne	5319	0-1020	69.1	77
Vevey	1141	0-270	51.9	22
Yverdon	293	2-75	32.6	9
Morges	272	0-56	17.0	16
Payerne	187	2-108	26.7	7
Aigle	171	0-76	15.5	11
Nyon	115	0-48	7.2	16
Moudon	85	4-41	21.3	4
Grandson	74	6-56	24.7	3
Orbe	38	0-18	6.3	6
Aubonne	12	0-8	2.4	5
Lavaux	12	0-8	3.0	4
La Vallée	12	2-10	6	2
Rolle	7	3-4	3.5	2
Oron	2	2	2	1
Cossonay	1	0-1	0.3	3
Echallens	0	0	0	4
Pays d'en Haut	0	0	0	1
Avenches	0	0	0	0

6.2.2 Dispensation de méthadone

177 pharmacies sur 195 dispensent des traitements de substitution à la méthadone correspondant à un total de 858 patients (le total corrigé serait de 1119 personnes prenant leur traitement en pharmacie). Par rapport à la situation de 1994, le rôle des pharmacies s'est développé, puisqu'à l'époque, elles assuraient la dispensation de méthadone pour environ 40% des traitements, alors qu'aujourd'hui leur part s'élève à 51% (Tableau 6.5).

Parmi les motifs pour ne pas accepter cette tâche, cinq pharmaciens se disent peu convaincus par l'efficacité d'un traitement de substitution (pas de résultats, abstinence jamais atteinte, méthadone n'est pas une bonne solution, etc.); cinq autres citent des difficultés liées aux risques de cambriolage, menaces, vols, mais aussi à la surcharge de travail entraînée par ces traitements. D'autres enfin ne souhaitent pas avoir de clientèle toxicodépendante dans leur officine.

En moyenne, les pharmacies qui dispensent de la méthadone suivent près de cinq personnes. On relève cependant des écarts importants, le minimum étant une personne suivie et le maximum 27. 40% des pharmacies suivent une à deux personnes, 50% en suivent entre trois et neuf et seuls 10% des pharmacies ont plus de dix personnes en traitement.

60% des pharmacies dispensant actuellement de la méthadone seraient cependant d'accord pour suivre quelques traitements de substitution supplémentaires. Certaines précisent, toutefois, que leur offre ne concerne que les cas qui ne sont pas trop lourds ou qui sont en règle avec leur assurance.

Tableau 6.5 Dispensation de traitements de substitution à la méthadone en pharmacie, 1994-2003

	1994	2003
Nombre total de pharmacies	121	177
Nombre total de cures	439	858
Min-max	1-24	1-27
Moyenne par pharmacie	3.6	4.7
Nombre total de cures dans le canton	1100	1696
Part de cures en pharmacie	40%	51%

Parmi les raisons pour lesquelles une pharmacie ne souhaite pas augmenter le nombre de traitements suivis, figure en premier lieu le manque de ressources (en temps et en personnel) pour assurer une dispensation de qualité (cité par 25 pharmacies). Parmi les autres freins figurent le manque de conviction par rapport à cette forme de traitement, la crainte de vols, les problèmes de paiement et le manque de motivation par rapport à ce type de travail.

Les deux tiers des pharmacies qui dispensent de la méthadone travaillent en collaboration à la fois avec des médecins généralistes et des institutions spécialisées. Seul un tiers n'a de contact qu'avec des médecins installés. Une pharmacie travaille essentiellement avec une institution pénitentiaire.

Tableau 6.6 Difficultés liées à la dispensation de méthadone, 2003

	2003	
	n	%
Je manque d'information/connaissance sur la gestion des cures de méthadone	26	13
Je ressens un manque de collaboration avec les médecins/institutions gérant la cure	46	24
Je ressens un manque de suivi des patients de la part des médecins/institutions gérant la cure	81	42
Problème d'image par rapport au reste de la clientèle	35	18
Vols, cambriolages et autres menaces	42	22
Problèmes de contact avec les toxicomanes	51	26
Surcharge de travail, manque de temps	67	34
Autre difficulté	15	8

Parmi les difficultés mentionnées dans le travail de dispensation, le manque de suivi des patients de la part des médecins/institutions gérant le traitement est la plus fréquemment mentionnée (42% des pharmacies). Dans certains questionnaires, la mention institution était biffée ou une remarque figurait pour signaler que le problème se posait davantage avec les médecins qu'avec les institutions. La deuxième difficulté mentionnée est la surcharge de travail lié à la dispensation (34% des pharmacies), suivie des problèmes de contact avec la clientèle toxicodépendante. Les pharmaciens ressentent également un manque de collaboration avec les médecins et institutions (24%) ; ils sont 22% à craindre les vols et les cambriolages ; 18% sont soucieux du problème d'image par rapport au reste de la clientèle. Enfin 13% ressentent un manque d'information et de connaissance par rapport à la gestion des traitements de méthadone.

6.2.3 Autres prestations des pharmacies

Certains pharmaciens offrent d'autres services aux personnes toxicodépendantes : les moments d'écoute et d'entretien sont les plus cités, 37% des pharmaciens disent le faire souvent et 32% de temps en temps. Seuls 8% ne le font jamais. La remise d'autre matériel stérile pour compléter les seringues, comme des aiguilles, des tampons ou de l'ascorbine, par exemple, est mentionnée comme étant fréquente par 7% des pharmaciens ; 19% le font de temps en temps et 31% rarement. Les soins infirmiers sont par contre plus rares et plus de la moitié des pharmaciens ne le fait jamais. Parmi les autres prestations mentionnées par les pharmacies, on peut relever la dispensation de médicaments autres que la méthadone qui apparaît à plusieurs reprises, de même que l'information et l'orientation vers des structures spécialisées.

De l'information sur les hépatites ou le VIH n'est donnée que rarement ou de temps en temps. À la question de savoir si les pharmaciens se sentaient suffisamment préparés et équipés pour délivrer des messages de prévention sur ces maladies, 44% des pharmaciens se sont dits suffisamment informés pour le VIH et 29% pour les hépatites (Tableau 6.7). Dans les deux cas, le besoin le plus exprimé est celui d'une information écrite à remettre aux personnes toxicodépendantes, ainsi qu'une liste d'adresses utiles. Même des pharmaciens qui se sentent suffisamment informés et préparés ont exprimé un besoin pour ce matériel complémentaire.

Tableau 6.7 Besoin en formation et matériel pour des messages de prévention VIH et hépatites, 2003

	VIH		Hépatites	
	n	%	n	%
Je suis suffisamment équipé et informé pour délivrer un message de prévention	84	44	57	29
J'aurais besoin d'information écrite à remettre à cette clientèle	102	52	123	63
J'aurais besoin d'une formation personnelle	49	25	64	33
J'aurais besoin d'une formation pour mes collaborateurs	56	29	83	43
J'aurais besoin d'une liste d'adresses utiles	89	46	106	54

6.2.4 Problèmes rencontrés avec la clientèle toxicodépendante

Un tiers des pharmaciens ayant répondu déclare avoir rencontré des problèmes avec des clients toxicodépendants au cours des trois derniers mois précédant l'enquête.

Lorsqu'ils existent, les principaux problèmes rencontrés sont de deux ordres. Le premier concerne le comportement de la personne toxicodépendante qui est décrite comme impatiente, pressée, excitée, qui souvent ment ou insulte le personnel présent et plus rarement la clientèle (cité 21 fois). Le deuxième problème qui apparaît aussi 20 fois est en relation avec la gestion du traitement : perte d'une dose, flacon renversé ou cassé, besoin d'une double dose pour un départ en week-end, demande de doses supplémentaires parfois en évoquant l'accord du médecin, mais sans que ce dernier puisse être contacté.

Plus rarement, mais toujours dans le même registre, sont évoqués les problèmes d'agressivité, les menaces et la violence citées par 12 pharmaciens. Viennent ensuite (cités 5 ou 6 fois) le vol, le non-respect des horaires, les difficultés liées à un médecin peu disponible ou le retard dans l'envoi des ordonnances, ainsi que des problèmes liés au remboursement par les assurances dans le cas de l'introduction du principe du tiers garant.

6.2.5 Résultats de l'enquête qualitative

Pour compléter les données recueillies à l'aide du questionnaire et apporter un éclairage plus qualitatif sur la situation des pharmaciens, nous avons réalisé une série d'entretiens qualitatifs (N = 10). Parmi les thèmes abordés, certains figuraient également dans le questionnaire comme la vente de matériel stérile ou les traitements à la méthadone, d'autres, tels que le profil de la clientèle toxicodépendante qui se rend en officine ou le rôle des pharmaciens dans le dispositif de prise en charge des personnes toxicodépendantes et leurs contacts avec le réseau n'ont été traités que dans les entretiens.

Nous présentons ici les principaux résultats de l'analyse des entretiens qualitatifs individuels réalisés avec les pharmaciens.

Nous ferons également référence aux commentaires faits par les pharmaciens dans le questionnaire quantitatif lorsqu'ils permettent de renforcer et de confirmer ou à l'inverse de nuancer les propos recueillis lors des entretiens.

Les éléments présentés ici relèvent des propos de dix pharmaciens et il n'y a donc pas lieu de généraliser ces propos à l'ensemble des pharmaciens du canton de Vaud.

6.2.6 Profil de la clientèle toxicodépendante dans les pharmacies

Globalement, la population toxicodépendante qui se rend en pharmacie est présentée comme étant en mauvaise santé, facilement repérable (tenue vestimentaire, manque d'hygiène parfois), souvent pressée et fuyante pour reprendre les propos d'un pharmacien. Pour un des pharmaciens, il s'agit d'une population marquée et reconnaissable à distance et souvent ce sont des jeunes.

Du point de vue de l'insertion, les situations apparaissent comme étant très variables ; les pharmaciens relèvent un lien entre le degré d'insertion et la consommation. Ainsi, un traitement semble porter davantage ses fruits lorsqu'il est accompagné d'une insertion professionnelle ou familiale.

A la question du profil de la clientèle toxicodépendante en pharmacie, trois de nos interlocuteurs ont tenu à faire une distinction entre les consommateurs actifs, soit les personnes toxicodépendantes qui viennent en pharmacie pour acheter du matériel stérile d'une part, et les personnes en traitement de substitution à la méthadone d'autre part.

Si les premiers sont décrits comme étant dans une moins bonne condition physique, souvent sans travail et peu insérés socialement, les seconds semblent présenter un meilleur état de santé, ainsi qu'une meilleure insertion sociale, même si ce n'est pas toujours le cas, de l'avis de nos interlocuteurs. L'état de santé relativement bon est alors attribué au fait que ces personnes sont suivies par une structure spécialisée.

Lorsqu'ils dressent le profil de cette population, les pharmaciens interviewés pointent également certains comportements qu'ils considèrent comme caractéristiques de cette population. Les personnes toxicodépendantes sont alors décrites comme étant le plus souvent pressées, avec parfois des manifestations agressives et une tendance à mentir, "ce sont de fieffés menteurs", "ils essaient de nous tordre", disent-ils.

Mais dans l'ensemble, l'existence de contacts de confiance et d'une bonne entente est soulignée. Elle concerne plus spécifiquement les personnes en traitement à la méthadone qui entretiennent des contacts fréquents et réguliers avec les pharmaciens, venant quotidiennement ou en tous les cas plusieurs fois par semaine chercher leur traitement.

6.2.7 La vente de seringues

Les pharmaciens rencontrés vendent toujours les seringues et de préférence sous forme de boîtes Flash, dans la mesure où celles-ci contiennent tout le matériel nécessaire à une injection^a. La plupart disent du reste avoir cessé de vendre des aiguilles séparément, ou seulement à de rares exceptions.

La vente de seringues ne s'accompagne quasiment jamais d'un message de prévention. En revanche, les pharmaciens demandent de façon systématique s'il y a des seringues usagées en retour. Le cas échéant, les bacs jaunes de récupération sont mis à disposition. Dans les faits, le retour des seringues est plutôt rare, la plupart des personnes toxicodépendantes disent ne rien avoir à rendre ou alors avoir un bac de récupération à domicile.

Seul un pharmacien interviewé affirme ne vendre qu'un nombre de seringues équivalent à celui des seringues rendues.

Pour les autres, le principe de "n+2" bien que théoriquement louable est toutefois difficilement applicable en pharmacie. En effet, pour nos interlocuteurs, dans une perspective de santé publique refuser de vendre des seringues à des personnes toxicodépendantes, c'est courir le risque qu'elles consomment quand même, mais sans précautions ; dès lors, ils préfèrent leur fournir du matériel propre. Il s'agit là précisément d'une démarche de réduction des risques. Un pharmacien relève cependant le sentiment qu'il a de fournir à la personne toxicodépendante "l'arme", selon son expression.

Le retour des seringues semble cependant plutôt rare, mais plusieurs pharmaciens mentionnent l'existence d'une structure à proximité susceptible de récupérer les seringues et qui souvent ramène ses boîtes jaunes à la pharmacie (Prilly, Montreux). Ainsi, par exemple, à Prilly il existe dans la ville un nombre important de bacs de récupération et un travailleur de rue s'occupe également de remettre des bacs à domicile qu'il ramène ensuite à la pharmacie.

Le concept seringue

Une des raisons pour lesquelles nous avons renouvelé cette étude tient au fait que les pharmacies ne sont pas intégrées dans le Concept cantonal en matière de remise de matériel stérile. Nous avons donc voulu savoir si les pharmaciens connaissaient l'existence de ce concept d'une part et s'ils étaient intéressés à être tenu au courant des activités de ce groupe de l'autre.

Parmi les dix personnes avec qui nous avons eu un entretien, une seule connaît l'existence de ce concept. À l'exception de deux pharmaciens qui ne souhaitent pas d'information (une personne par manque de temps et l'autre davantage par absence d'intérêt à l'égard de la population toxicodépendante), les huit autres sont très demandeurs d'informations. Ils se sentent isolés et tenus à l'écart, peu informés de ce qui se passe sur le terrain, ainsi que du dispositif de prise en charge existant pour les personnes toxicodépendantes.

6.2.8 Les traitements à la méthadone

Tous les pharmaciens rencontrés suivent dans leur officine des personnes toxicodépendantes en traitement de substitution à la méthadone.

Des contacts agréables avec les personnes toxicodépendantes sont mentionnés, même si deux pharmaciens insistent sur l'attitude souvent fuyante et pressée de cette clientèle. Plusieurs pharmaciens insistent sur le fait qu'ils connaissent bien les personnes en traitement et que de leur côté, celles-ci savent qu'elles peuvent venir discuter. De fait, le pharmacien cherche presque toujours à entamer une discussion et à encourager le dialogue. Lorsque la personne se présente pour chercher sa dose de méthadone, nos interlocuteurs s'enquêtent de sa santé et demandent si elle a quelque chose à dire, s'il y a un changement de situation. Sans pouvoir généraliser à l'ensemble des pharmaciens, il ressort des dix

^a Les boîtes Flash contiennent tout le matériel permettant de faire une injection, soit deux aiguilles, deux seringues, de l'eau stérilisée, du désinfectant, de l'acide ascorbique, deux tampons d'ouate et un préservatif.

entretiennent l'existence d'une attention soutenue de la part des pharmaciens pour les personnes en traitement dans leur officine. Ils sont attentifs à leur état de santé, aux difficultés ou situations de crise qui peuvent se présenter.

Certaines personnes en traitement, d'entente avec leur médecin, viennent une fois par semaine chercher les doses qui sont ensuite prises à l'extérieur de la pharmacie, il s'agit dans ce cas le plus souvent des patients les plus stabilisés. D'autres viennent plusieurs fois par semaine, voire tous les jours et prennent leur dose à la pharmacie.

Les pharmaciens disent accompagner la remise de méthadone d'une forme de suivi : établissement d'un dialogue, amorces de discussions.

Bien que toutes les personnes en traitement ne soient pas enclines à discuter, les pharmaciens trouvent que dans l'ensemble les contacts sont bons et qu'il est plutôt facile d'entrer en relation avec ces personnes. Même si les échanges verbaux ne sont pas très fournis, ils sont en revanche réguliers. Comme le précise un pharmacien, l'important c'est de laisser la porte ouverte, sans pour autant prétendre remplacer les psychiatres, et alors parfois les discussions sont étonnantes et les personnes toxicodépendantes disent des choses qu'elles ne disent peut-être pas à leur thérapeute. C'est ici de la complémentarité du dispositif dont il est question et sur laquelle nous revenons par la suite.

Dans l'ensemble, la dispensation est décrite comme ne posant pas de problème majeur quand tout se passe bien. Mais si une difficulté survient, un changement de dose ou un changement d'assurance par exemple, alors tout peut se compliquer et prendre d'un coup beaucoup de temps et d'énergie.

Deux pharmaciens ont élaboré un petit programme informatique, avec une fiche individuelle par personne, comprenant des informations sur les buts du traitement, l'évolution de la situation et une rubrique "remarques" pour consigner tout événement spécifique. Ce document facilite et améliore le suivi de leurs patients, permettant également de transmettre ces informations au médecin traitant.

Tous nos interlocuteurs sont attentifs à aménager la dispensation du traitement de telle sorte qu'un minimum de discrétion soit respecté, notamment en prenant les personnes derrière, à l'abri des regards.

Trois des pharmaciens rencontrés dispensent aux patients en traitement à la méthadone également leurs autres médicaments, d'entente avec le médecin.

Pour ce qui est de la facturation, chaque passage en pharmacie est facturé 10,80CHF, pris en charge par l'assurance de base et chaque dose emportée 1,60 CHF pour la préparation. Dans l'ensemble, les pharmaciens n'ont pas de problème pour être payés. Certains nous ont toutefois attiré l'attention sur le changement qui pourrait intervenir l'année prochaine et leur crainte à cet égard si effectivement le système du tiers garant entre en vigueur. Deux pharmaciens ont clairement dit qu'ils cesseraient alors de prendre des personnes en traitement à la méthadone pour éviter de se retrouver dans des situations où les personnes toxicodépendantes ne payeraient pas leur traitement, utilisant l'argent de l'assurance pour autre chose. Des remarques à ce propos ont également été formulées à la fin des questionnaires.

Les difficultés rencontrées

Les traitements à la méthadone sont présentés comme prenant passablement de temps. Pour certains c'est la préparation et le dosage qui sont longs et demandent une attention spécifique. La méthadone faisant partie des stupéfiants, sa dispensation est soumise à un contrôle annuel des quantités utilisées. De plus, tous ne prennent pas le même sirop ni la même concentration ce qui nécessite parfois une préparation individualisée. D'autres pharmaciens mettent en avant le côté administratif comme prenant beaucoup de temps et notamment les contacts avec les médecins pour obtenir les ordonnances. En effet, c'est généralement au pharmacien que reviennent les démarches en vue de l'obtention des demandes d'ordonnances, avec des réponses plus ou moins rapides en fonction des médecins traitants, parfois plusieurs rappels sont nécessaires pour recevoir le document attendu.

Collaborations avec les médecins

De façon unanime les pharmaciens interviewés mentionnent l'importance de contacts de qualité et réguliers avec le médecin traitant, mais dans les faits, les situations sont diverses et varient selon les

médecins. Avec certains d'entre eux les contacts et la collaboration se passent bien, les informations circulent de part et d'autre, les ordonnances s'obtiennent facilement. D'autres médecins se montrent en revanche moins enclins à établir des contacts avec le pharmacien et sont difficilement joignables, toujours selon nos interlocuteurs. Il semble que ce soient ces mêmes médecins qui sont parfois considérés par les pharmaciens interviewés comme trop laxistes dans leur attitude à l'égard de leurs patients en traitement de substitution à la méthadone, cédant facilement à leurs demandes.

Les pharmaciens qui n'ont pas de bons contacts avec les médecins traitants ou certains d'entre eux, le déplorent et mettent en évidence l'impact notamment au niveau du traitement de la personne en traitement. Ils insistent à cet égard sur la régularité des contacts qu'ils entretiennent avec les personnes en traitement, sur les observations qu'ils sont à même de faire et les informations qu'ils pourraient ainsi transmettre aux médecins.

Ces pharmaciens souhaiteraient que leur rôle dans la prise en charge soit davantage reconnu par les médecins, ce qui nécessite de part et d'autre d'apprendre à mieux se connaître.

Le souhait des pharmaciens se résume en des contacts réguliers avec les médecins, même s'il ne s'agit que d'une courte discussion, afin de se tenir mutuellement au courant des situations et de pouvoir mettre en commun leurs informations respectives. Ces contacts sont présentés comme étant nécessaires dans un souci de qualité de la prise en charge du patient.

Certains pharmaciens ont des collaborations avec des structures de prise en charge spécialisées ; l'importance et la qualité de ces contacts sont alors soulignées. Ces échanges sont particulièrement appréciés dans la mesure où ils permettent aux pharmaciens de sortir de leur isolement et d'avoir le sentiment de faire partie d'une équipe. Ces collaborations sont également l'occasion de travailler avec des spécialistes du domaine et d'acquérir ainsi des connaissances et des compétences sur la façon de travailler avec la population toxicodépendante qui ne font pas partie des études de pharmacie.

Les ressources nécessaires

Parmi les ressources nécessaires en vue d'améliorer et de faciliter le travail avec les personnes toxicodépendantes, une meilleure information sur cette population est souhaitée. Les pharmaciens insistent sur le fait qu'ils sont parfois confrontés à des situations où des décisions doivent être prises - bien que celles-ci soient normalement du ressort du médecin - qui nécessitent une meilleure connaissance de cette population, de ses problèmes et besoins. Ainsi, par exemple quand une personne se présente et demande que sa dose soit ajustée, le pharmacien est seul pour répondre à la demande et donc aussi en première ligne pour faire face aux réactions des clients. Ces situations, qui relèvent normalement de l'autorité du médecin, doivent en son absence et souvent dans l'urgence être réglées par le pharmacien.

Un de nos interlocuteurs suggère une formation en santé publique, mais plus simplement c'est une information sous forme de conférences ou colloques qui est demandée. Des connaissances sur les pathologies dont souffrent les personnes toxicodépendantes, sur leurs comportements, ainsi que sur les dispositifs d'aide existants sont recherchées. Les pharmaciens sont également demandeurs d'informations sur la structure sociale existante autour des personnes toxicodépendantes. Pour les pharmaciens, mieux connaître cette population contribue à pouvoir mieux les aider. Seul un pharmacien ne voit pas la nécessité d'avoir des informations supplémentaires étant satisfait de la situation et un autre qui se sent dans l'obligation de suivre des personnes en traitement de méthadone ne souhaite pas avoir davantage à faire avec eux, comme nous l'avons déjà évoqué par rapport au concept seringue.

6.2.9 La prévention

La prévention apparaît comme le parent pauvre du travail des pharmaciens avec les personnes toxicodépendantes. Les pharmaciens rencontrés ne délivrent pas ou très peu de messages de prévention, que ce soit autour de la pratique d'injection, du VIH ou des hépatites.

Tous les pharmaciens rencontrés reconnaissent ne pas disposer de document de prévention du VIH et des hépatites B et C dans leur officine et de manière générale ne pas adresser des messages de prévention aux personnes toxicodépendantes qui prennent leur traitement de substitution à la méthadone en pharmacie.

Plusieurs pharmaciens s'interrogent du reste sur l'utilité de tels messages de prévention, soulignant que les personnes toxicodépendantes sont en général peu enclines à écouter ces informations, qu'elles disent déjà connaître.

Il ressort des entretiens que les campagnes de prévention d'envergure, comme celle contre les hépatites dernièrement mise en place par le BRR et l'OFSP par exemple, ne sont pas connues des pharmaciens. Il semble donc qu'aucune démarche ne soit faite auprès de ces dernières pour les informer des campagnes en cours.

6.3 SYNTHÈSE

Les demandes et les attentes des pharmaciens peuvent être synthétisées de la façon suivante :

6.3.1 Les besoins par rapport à la remise de matériel stérile

La préférence va à une information directe (conférence, colloque) et à la rencontre des gens du terrain, en soirée, parce qu'il est souvent difficile pour un pharmacien de s'absenter dans la journée. À plusieurs reprises nos interlocuteurs ont suggéré que ce type d'information /formation pourrait émaner d'une association professionnelle comme l'Association des pharmaciens vaudois.

À cette absence d'information s'ajoute l'absence de supervision relevée par deux pharmaciens. Ils en ont toutefois trouvé une forme auprès des structures spécialisées situées à proximité de leur officine. Ces collaborations sont très appréciées.

6.3.2 Le rôle et la place de la pharmacie dans le dispositif de prise en charge

Les pharmaciens rencontrés estiment jouer un rôle central dans le dispositif de prise en charge des personnes toxicodépendantes. Ils parlent de "rôle primordial", "rôle de relais permanent", "rôle clé", "relais ambulatoire", soulignant le fait qu'ils sont en première ligne pour voir l'évolution de l'état de la personne, constater une évolution, un changement ou détecter un problème, comme par exemple une décompensation. Tous ont insisté sur la régularité et la fréquence des contacts avec les personnes en traitement qu'ils voient au minimum une fois par semaine, ce qui leur confère un regard différent sur la personne. La possibilité d'en discuter avec le médecin traitant permettrait de transmettre à ce dernier leurs observations. Ce rôle n'est cependant pas ou peu reconnu par les médecins traitants. En effet, plusieurs pharmaciens regrettent d'être perçus comme de simples "distributeurs automatiques", notamment de la part des médecins traitants et de ce fait de ne pas véritablement être considérés comme des partenaires avec lesquels il importe de discuter et d'échanger. Ces mêmes pharmaciens souhaiteraient être davantage sollicités et consultés par les médecins traitants, notamment lorsqu'une décision concernant le patient doit être prise.

Un interlocuteur résume la situation des rôles respectifs en relevant "dans l'âme le médecin est prescripteur, chef d'orchestre, le pharmacien est exécutant, premier violon, ce sont deux rôles à respecter". C'est donc bien la complémentarité des rôles qui est soulignée, mais pour être efficace et de qualité, elle nécessite un minimum de consultation et d'échange. Un seul pharmacien rencontré trouve que la pharmacie n'a pas un grand rôle à jouer, mais insiste cependant sur l'importance de la qualité et de la cohérence de la collaboration avec les médecins.

6.3.3 Les besoins par rapport à la dispensation de méthadone

Un autre souhait exprimé par la quasi-totalité de nos interlocuteurs concerne l'élaboration de directives communes médecins/pharmaciens pour le suivi des traitements de substitution à la méthadone. Fixer des règles de bonnes pratiques est une proposition qui a été formulée par plusieurs interlocuteurs et qui va dans le sens d'une plus grande reconnaissance du travail du pharmacien et du fait qu'il est en contacts réguliers avec les personnes toxicodépendantes. Les pharmaciens comme nous l'avons déjà évoqué sont demandeurs de contacts réguliers avec les médecins traitants, estimant qu'ils connaissent bien la situation du patient et qu'ils devraient pouvoir transmettre au médecin les informations dont ils disposent. L'idée est donc bien que les pharmaciens soient davantage intégrés et considérés en tant que partenaires dans la prise en charge d'un traitement de substitution à la méthadone.

Cet aspect renvoie de façon très directe au rôle des pharmaciens dans le dispositif de prise en charge des personnes toxicodépendantes qui regrettent d'être trop souvent considérés comme de simples "distributeurs automatiques", sans considération pour le travail de suivi des personnes qui prennent leur méthadone en officine.

6.3.4 Constat d'un manque par rapport à la prévention (manque d'information).

Il ressort un besoin en information principalement en ce qui concerne la prévention des hépatites. Bien que des documents d'information existent, ils ne semblent pas être connus ou le cas échéant utilisés par les pharmaciens. Certains d'entre eux s'interrogent par ailleurs sur la pertinence de telles interventions suite à un certain nombre de réactions négatives de la part de la clientèle toxicodépendante.

6.4 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En conclusion, on peut relever :

- Le rôle important des pharmaciens dans la prise en charge des personnes toxicodépendantes (volume de matériel stérile et traitements à la méthadone, ainsi que la perception du rôle par rapport aux autres intervenants du dispositif).
- Le rôle des pharmacies en dehors du district de Lausanne est particulièrement important, surtout dans la dispensation de traitements de substitution à la méthadone.
- Les pharmaciens se sentent concernés par la problématique et souhaitent être davantage considérés comme partenaires, notamment dans la gestion des traitements de substitution.
- Plusieurs pharmaciens ont mentionné la nécessité de disposer de directives communes pour établir un réel partenariat.
- Il faut relever aussi un manque de connaissance évoqué par les pharmaciens dans plusieurs domaines (prévention, gestion des traitements, population toxicodépendante en général).
- Et en lien, leur souhait d'être davantage informés sur les activités existantes dans le réseau au niveau formation et information.

Quant aux recommandations, elles portent sur l'importance :

- **d'organiser une formation/information** pour les pharmaciens portant à la fois sur : la population toxicodépendante, la réduction des risques, la gestion des traitements, la prévention VIH- hépatites. Ces formations pourraient être proposées par des Associations professionnelles ;
- de réfléchir en termes de collaboration entre intervenants spécifiques et non spécifiques, en vue d'élaborer des directives communes aux médecins et pharmaciens pour faciliter leur collaboration dans le suivi des traitements de substitution à la méthadone ;
- d'exploiter davantage le **réseau des pharmacies vaudoises** qui est une couverture régionale extrêmement développée, pour répondre aux besoins de prise en charge des personnes toxicodépendantes.

7 DROGUES DE SYNTHÈSE ET COCAÏNE EN MILIEU FESTIF

7.1 INTRODUCTION : OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE^a

Cette étude a pour objet général la consommation de drogues de synthèse et de cocaïne dans un espace géographique donné : le canton de Vaud. Toutefois, comme l'essentiel des travaux d'évaluation et de recherche menés dans ce canton porte sur la population des consommateurs de drogue dépendants, ainsi que sur les structures mises en place pour répondre à leurs besoins, la recherche s'intéresse en priorité aux autres populations (adolescents, jeunes adultes) et milieux (festifs, autres), qui sont concernés par la consommation de ces substances.

L'objectif est de spécifier les caractéristiques générales de la diffusion de la consommation de ces substances, des conséquences qui y sont liées, ainsi que des moyens existants ou qui doivent encore être mis en place pour réduire les problèmes rencontrés. Le but final de ce travail est donc la mise à disposition d'une analyse de situation, portant sur la consommation des drogues de synthèse et de la cocaïne, ainsi que des recommandations à propos d'éventuelles interventions ou recherches qui doivent ou peuvent encore être mises en place.

Nous avons identifié et formulé **cinq questions de recherche** qui, ensemble, permettent de saisir la problématique de la consommation de ces substances, tant en termes de prévalence, de modes de consommation et de conséquences, qu'en termes d'interventions existantes.

Ces questions sont :

1. Quelle est la **prévalence** estimée de la consommation de drogues de synthèse et de cocaïne (consommation festive) dans la population générale ?
2. Quels sont les **milieux ou les catégories de l'offre de loisirs nocturnes** où ces substances sont consommées ?
3. Que sait-on des **patterns (fréquence, quantité, mélanges, contextes)** de consommation de ces substances ?
4. Que sait-on des **conséquences (prise de risques, morbidité, problèmes d'ordre public)** de ces consommations ?
5. Quelles sont les **mesures** existantes de prévention, de réduction des risques et de traitement pour les consommateurs de drogues de synthèse et de cocaïne (en milieu festif) ?

7.2 MÉTHODE DE RECHERCHE

Le travail présenté ici s'inspire de deux 'familles' de méthodes. D'une part, la *Rapid Assessment and Response Method (RAR)*^{33,34} qui a été développée pour élaborer des diagnostics communautaires (besoins, ressources, contexte) et des interventions appropriées lorsqu'il n'est pas possible de réaliser de grandes collectes de données spécifiques. La méthode consiste à recourir aux données et informations qui sont déjà disponibles (enquêtes et statistiques) ou facilement accessibles (connaissances des professionnels et des experts) et qui permettent de réunir un ensemble d'informations pertinentes pour évaluer une situation. Les lacunes inhérentes aux différentes données et informations disponibles (biais, état incomplet, manque de spécificité) peuvent être compensées par une validation croisée des résultats les uns par rapport aux autres. Cette manière de faire de la recherche est particulièrement adéquate lorsqu'il s'agit de réaliser, de manière efficiente, un premier point sur une problématique peu connue.

^a Pour plus de détails, voir le rapport Drogues de synthèse et cocaïne en milieu festif, sur le site de l'Institut : www.iumsp.ch/.

La seconde famille de méthodes dont s'inspire ce travail est celle des systèmes de détection précoce des nouvelles tendances dans le domaine de la consommation de psychotropes. L'*Ohio substance abuse monitoring network (OSAM)*^{11,12}, le *Maryland drug early warning system (DEWS)*³⁵, le *Australian illicit drug reporting system (IDRS)* et le dispositif français *Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND)*^{36,37} ont tous pour objectif de mieux comprendre l'évolution des phénomènes de consommation de drogue en recourant simultanément à des données quantitatives existantes (enquêtes de santé, statistiques sanitaires et policières) et à des données qualitatives nouvelles qui permettent, ensemble, de mieux comprendre la situation en cours et son évolution³⁸. En particulier, il s'agit d'identifier et d'interroger les principales ressources (informateurs clés) qui sont susceptibles d'accroître le niveau des connaissances et de compléter ainsi les données objectives disponibles. La recherche présentée ici s'inspire des méthodes utilisées dans le cadre de ces systèmes, pour faire une utilisation optimale des connaissances facilement accessibles et obtenir des informations aussi pertinentes et valides que possible.

Concrètement, il s'agit donc d'une recherche exploratoire se basant d'une part sur l'analyse secondaire des résultats d'enquêtes et de statistiques existantes et, d'autre part, sur des entretiens originaux auprès d'informateurs clés vaudois. Ces entretiens ont été réalisés à l'aide d'une grille évolutive ajustée en fonction des connaissances des personnes rencontrées.

7.2.1 Enquêtes et statistiques existantes

Les différentes sources de données existantes utilisées pour cette étude sont :

- les enquêtes sur les comportements en matière de santé dans différentes populations et classes d'âge en Suisse – Enquête suisse sur la santé (ESS), *Health behaviour in school-aged children (HBSC)*, *European school survey project on alcohol and other drugs (ESPAD)*, *Swiss multi-center adolescent survey on health (SMASH)* – et au niveau européen, données compilées par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).
- Les enquêtes auprès des usagers de soirées Techno dans le canton de Vaud (données des enquêtes Prevtch/SUPEA), dans d'autres cantons (enquête de l'ISPA, données du projet Pilot-E bernois, données de l'enquête Aware Dance Culture biennoise, de l'enquête menée par le Streetwork à Zürich) et à l'étranger (enquête SONAR, enquête en milieu techno dans sept villes européennes).
- Certaines statistiques sanitaires ou policières suisses et/ou vaudoises (données de la statistique fédérale des stupéfiants et de la statistique nationale des traitements ambulatoires SAMBAD).

7.2.2 Données complémentaires (entretiens)

Quant aux données complémentaires, de nature qualitative, elles ont été recueillies lors de 29 entretiens avec :

- Des informateurs spécialisés (5 entretiens), soit des intervenants ou représentants d'institutions ou d'associations dont la mission est (notamment) liée à l'existence des drogues de synthèse et de la cocaïne et dont les connaissances doivent permettre de mieux comprendre et interpréter les données existantes, ainsi que de préciser quelles sont les mesures de prévention déjà en cours.
- Représentants ou collaborateurs des projets, institutions ou associations Prevtch, Pilot-p, Hémostaz, Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT) (groupe 'Night life romand') et Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).
- Des informateurs généralistes (17 entretiens), soit des intervenants ou représentants de services locaux, qui sont potentiellement confrontés à l'existence de ces substances et dont les connaissances doivent permettre de mieux apprécier les problèmes sanitaires et sociaux qui leur sont liés, ainsi que la réponse institutionnelle qui est développée à ce sujet.
- Responsables ou collaborateurs de la brigade des stupéfiants de la police cantonale vaudoise et de celle de la police municipale lausannoise, de l'Observatoire de la sécurité lausannois, de l'Institut de criminologie et de police scientifique de l'UNIL (IPS), de l'Institut universitaire de médecine légale

(IUML), de la justice pénale (opération S'TRADA), ainsi que de l'Institut de médecine du trafic (UMTR).

- Responsables ou collaborateurs de l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA), du Centre St-Martin (y compris le projet Départ), des urgences médicales du CHUV, du Centre d'interventions thérapeutiques brèves (CITB) et de l'Association vaudoise des médecins concernés par la toxicomanie (AVMCT).
- Responsables ou collaborateurs du travail de rue et/ou de proximité à Prilly, à Vevey et à la Vallée de Joux, du centre d'aide et de prévention (CAP) de la fondation du Levant, ainsi que d'un centre de loisirs lausannois.
- Des informateurs des 'milieux' (7 entretiens), soit des intervenants ou représentants de différents milieux festifs que l'on rencontre dans le canton de Vaud et qui doivent permettre de mieux comprendre l'étendue et les limites de la diffusion de ces substances.
- Responsables ou collaborateurs de trois 'clubs' lausannois, de Balélec, de la Fédération cantonale, ainsi que d'une association locale des jeunes campagnardes, du centre de premiers secours du Paléo festival de Nyon.

Sans être exhaustive, la liste de ces informateurs clés visait à couvrir un large éventail de domaines/personnes susceptibles de fournir des informations sur ces substances, leur diffusion et les conséquences pouvant résulter de leur consommation.

7.3 RÉSULTATS

Nous présentons ici les principaux constats qui ont été faits dans le cadre de cette étude ainsi que quelques recommandations permettant d'améliorer la situation en cours.

Ces résultats sont en fait les réponses aux cinq questions de recherche, auxquelles est venue s'ajouter une sixième portant sur la façon dont se présentent ces substances sur le marché.

Question (indicateur)	Données nationales et internationales	Données vaudoises existantes	Données vaudoises complémentaires
Marché des substances	Statistiques de la police fédérale (FedPol), d'Europol et de l'UN office on drugs and crime (UNODC)	Statistiques de la police vaudoise (CRIPOL)	Entretiens avec des représentants des polices vaudoise et lausannoise et de la justice, avec les intervenants des milieux festifs
Prévalence	Enquêtes de santé et statistiques policières suisses et européennes	Données vaudoises dans les enquêtes et statistiques suisses	
Milieux/diffusion	Enquêtes suisses et européennes réalisées en milieux festifs	Enquêtes vaudoises réalisées sur la scène techno	Entretiens avec les intervenants des milieux festifs, du domaine social et de la police
Modèles de consommation	Enquêtes suisses et européennes réalisées en milieux festifs	Enquêtes vaudoises réalisées sur la scène techno	Entretiens avec les intervenants dans les milieux festifs et des domaines sanitaire et social
Conséquences sur la santé	Littérature scientifique, statistiques de traitement, données et travaux européens		Entretiens avec les intervenants des domaines sanitaire et social, et des milieux festifs
Interventions existantes	Littérature scientifique		Entretiens avec les intervenants des domaines sanitaire et social, de la police, et des milieux festifs

7.3.1 Contexte

Résumé Le fait que le marché de la cocaïne et des drogues de synthèse soit important depuis de nombreuses années indique qu'il est peu probable que celui-ci disparaisse dans un futur proche. Dès lors, il faudra admettre que, en plus des activités de la police, il sera nécessaire de développer des interventions de santé publique qui permettent de réduire les problèmes à court et à long terme qui sont liés à la consommation de ces substances.

Une surveillance des substances en circulation, notamment à travers une meilleure utilisation des bases de données fédérales et cantonales existantes et la création de réseaux d'alerte sanitaire constituent probablement un premier élément nécessaire à la gestion de la consommation de ces substances.

La cocaïne et les drogues de synthèse (ecstasy, amphétamines, métamphétamines) sont très présentes sur le marché et apparemment assez facilement accessibles. Il ne s'agit pas là d'un phénomène récent ou passager.

La cocaïne fait l'objet d'un trafic international, dont les filières tendent à se diversifier depuis les années 80, avec probablement une multiplication des marchés locaux et un accroissement global de la présence de la substance. Les revendeurs sont très nombreux, présents dans la rue et dans d'autres milieux. Le trafic de cette substance est considéré comme le principal problème en matière d'ordre public par la police dans le domaine de la lutte contre le trafic de stupéfiants.

Les drogues de synthèse sont généralement produites en Europe (Pays-Bas avant tout, Belgique, Etats baltes, Pologne, Royaume Uni et Allemagne³⁹), souvent à relativement petite échelle, mais avec une possible domination progressive de ce marché par des organisations criminelles, sans frontières ethniques ou culturelles. Des arrivages de substances plus exotiques, à l'exemple des pilules thaïes, sont aussi parfois enregistrés. Au niveau local, les revendeurs sont principalement des consommateurs. A la différence de la cocaïne, la circulation de ces substances ne constitue pas une cible prioritaire de l'activité de la police, cela notamment à la suite de la décision du Tribunal Fédéral de classer l'ecstasy parmi les stupéfiants à faible dangerosité.

L'ecstasy est la principale drogue de synthèse en circulation. Les comprimés analysés contiennent généralement du MDMA en mono-substance, pas ou très peu de produits de coupage toxiques et les dosages sont généralement limités. Un principe de précaution s'impose toutefois, puisque des changements au niveau des substances (pilules thaïes, kétamine), des produits de coupage et des dosages existent sur ce marché.

Il existe apparemment une assez grande proximité des filières de vente en ce qui concerne la cocaïne, les drogues de synthèse et d'autres substances comme l'héroïne. Cela signifie sans doute que les consommateurs d'ecstasy sont aussi potentiellement en contact avec des substances qui sont davantage susceptibles de favoriser une dépendance.

7.3.2 Prévalence

Résumé Il ne semble pas de mise de développer une action spécifique relative à ces substances dans les écoles. En revanche la détection précoce des comportements à risques doit être privilégiée pour intervenir auprès de la très petite minorité d'écoliers qui est déjà engagée dans une consommation fréquente de différentes substances.

A l'inverse, une intervention de prévention ciblée à l'intention des apprentis, qui affichent des consommations nettement plus importantes que celles des gymnasiens, pourrait se justifier. Là aussi, le dépistage précoce des problèmes liés à une consommation abusive doit être privilégié.

L'expérimentation de la consommation de drogues de synthèse et de cocaïne dans la population générale reste limitée. Dans l'étude ESPAD 2003, un écolier sur 20 dans sa 16^{ème} année en a déjà

consommé. On peut cependant relever une probable légère augmentation de cette prévalence, qui est sans comparaison avec celle concernant la consommation de cannabis.

Il existe toutefois certains sous-groupes de la population dans lesquels la situation est différente. C'est notamment le cas des jeunes adultes de sexe masculin et particulièrement des apprentis, qui affichent des taux d'expérimentation parfois élevés. Parmi les apprentis de 16-20 ans, un sur dix a déjà consommé des stimulants et un sur six de la cocaïne (SMASH, 2002).

La consommation problématique (usage fréquent à un âge précoce, usage régulier durant l'adolescence) ne concerne apparemment qu'une très petite proportion des personnes qui ont expérimenté ces drogues (1 à 2% de l'ensemble des jeunes interrogés).

En revanche, la prévalence de la consommation des jeunes de 16-20 ans en dehors des filières de formation (environ 20% de la population) n'est pas connue.

Les quelques données existantes pour le canton de Vaud indiquent que la situation n'est pas différente de celle au niveau national, voire international.

7.3.3 Diffusion

Résumé Le milieu festif et en particulier la scène techno se présentent comme les principaux lieux de consommation des drogues de synthèse et de cocaïne. A ce titre, il s'agit d'une cible privilégiée pour les interventions de santé publique. Les stands de prévention et de réduction des risques – pouvant comprendre des activités de *testing*^a – ainsi que des activités de dépistage et de conseil vis-à-vis des jeunes qui sont engagés dans des consommations problématiques doivent être développés.

S'agissant des autres milieux de consommation, notamment par rapport à la cocaïne, il n'a pas été possible de les définir avec précision dans le cadre de cette étude exploratoire. C'est pourquoi il est suggéré de compléter ce travail par une brève étude complémentaire spécifiquement ciblée sur la consommation de cocaïne hors scène techno et sur la population des consommateurs dépendants. Une telle investigation devrait permettre d'identifier les autres milieux susceptibles d'être la cible de mesures de prévention et/ou de réduction des risques.

La scène techno est le berceau de la consommation de drogues de synthèse, principalement stimulantes (ecstasy, amphétamines). La prévalence de l'expérimentation à vie de ces substances chez les usagers de la scène techno se situe le plus souvent entre 30 et 50%. Ceci est cinq à dix fois supérieur à ce qui est observé dans la population générale. Cette consommation concerne principalement la classe d'âge des 16-25 ans, avec une part de ces consommateurs qui ont déjà consommé de l'ecstasy hors des soirées techno.

Dans d'autres milieux festifs (jeunesses campagnardes, centres de loisirs, etc.), ces substances semblent très peu présentes. Des milieux autres que festifs (professionnels, sportifs) ont également été évoqués, notamment par la police, mais il n'existe pas pour l'instant de données qui permettent de l'attester.

A la différence des drogues de synthèse, dont la consommation semble essentiellement liée à un environnement particulier (milieu techno), la cocaïne est diffusée dans de nombreux milieux et touche aussi des catégories d'âge plus diverses.

^a Le *testing* ou analyse de substances permettrait dans le cadre d'un dispositif de la vie nocturne, d'améliorer la prévention et la réduction des risques.

7.3.4 *Patterns*^a de consommation et prises de risque

Résumé La prévention et la réduction des risques en milieu festif devraient aujourd'hui être considérées comme une priorité. En particulier, il importe d'informer les usagers des différentes scènes, en particulier celle de la musique techno, des risques qu'ils prennent et des moyens de les réduire ou de les supprimer. En outre, des mesures plus structurelles devraient conduire à sécuriser le plus possible le milieu festif durant la fin de semaine. Un service de santé itinérant, des projets de prévention type 'Nez Rouge' et des mesures de réduction des risques dans les clubs et fêtes sont souhaitables.

Le deuxième volet souhaitable de l'intervention est celui de la détection et prise en charge précoce. Il s'agit en particulier d'identifier les jeunes dont la consommation va au-delà des fins de semaine et d'essayer de les mettre en contact avec le réseau socio-sanitaire.

Il convient également de réfléchir à la possibilité de développer des interventions brèves dans les hôpitaux qui permettraient de diminuer les prises de risques suite à un premier épisode d'intoxication sévère.

Plus généralement et il s'agit là d'une question centrale, il convient de suivre l'évolution du mésusage des substances en milieu festif, puisque c'est là que risque de se trouver dans le futur proche la plus grande partie des accidents et décès liés à la drogue.

La littérature distingue quatre *patterns* – ou conduites de consommation – qui correspondent à des niveaux de consommation différents.

- L'usage occasionnel, épisodique ou exploratoire, qui entraîne en principe peu de risques particuliers.
- L'usage inapproprié ou mésusage, qui correspond à des consommations occasionnelles de grandes quantités et/ou sous forme de mélanges et qui est lié à des risques immédiats pour la santé.
- L'usage nocif ou abus, qui correspond, selon le DSM - IVb, à une utilisation répétée d'une substance avec des répercussions défavorables pour la personne en termes de difficultés avec l'entourage, scolaires, professionnelles, etc.
- La dépendance, qui renvoie à une consommation compulsive, avec des conséquences psychosociales et physiques généralement très importantes.

Ces catégories peuvent être abordées comme une sorte de crescendo des risques liés à la consommation de ces substances. Toutefois, il faut préciser que le passage par l'une des catégories ne signifie en aucun cas un passage automatique vers la suivante. De plus, il faut encore noter que la grande majorité de la population ne consomme pas ces substances.

En milieu festif, nous avons pu mettre en évidence que les drogues de synthèse et la cocaïne viennent s'inscrire dans un contexte où l'alcool et le cannabis sont déjà très largement consommés. Dès lors, quel que soit le niveau de consommation, celui-ci s'inscrit dans des pratiques de mélange de substances.

Généralement, la majorité des personnes qui fréquentent le milieu festif et la scène techno ne consomme pas de drogues de synthèse et/ou de cocaïne. Parmi les consommateurs, la plupart affichent une consommation rare ou occasionnelle et il n'existe qu'une très petite proportion d'usagers fréquents.

Le principal *pattern* de consommation en milieu festif est celui qui correspond au profil de '*poly-drug occasional user*' identifié par Tossmann et al. (2001)^a. Il s'agit d'un consommateur occasionnel du week-

^a Les *patterns* renvoient aux modes de consommations, définis par la fréquence, les quantités, les mélanges, ainsi que les contextes de consommation.

^b *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994, 4th ed.*

end, qui consomme toutefois de nombreuses substances en parallèle, dont l'alcool et le cannabis. Ce profil renvoie à un *pattern* de mésusage, qui est synonyme de risques aigus (intoxications, accidents, pertes de repères, etc.). Il n'est pas spécifique aux drogues de synthèse et à la cocaïne et pourrait être responsable, aujourd'hui, d'une partie très importante de la morbidité et de la mortalité liées à la consommation de psychotropes.

Le second *pattern* est celui de l'usage abusif ou compulsif, qui concerne toutefois une très petite minorité de personnes. Il s'agit d'une consommation très régulière, qui se réalise aussi en dehors des fins de semaine et où la cocaïne est généralement très présente. Les individus qui affichent ce *pattern* cumulent des risques aigus avec des risques chroniques (dépendance, troubles de santé mentale, etc.) et sociaux (ruptures professionnelles et familiales). Il s'agit donc de la population qui est la plus en danger.

7.3.5 Conséquences

Résumé Afin de s'assurer que la faible proportion de conséquences identifiées sur le terrain ne résulte pas d'un problème de recensement, il conviendrait de mettre en place un suivi de la présence de drogues de synthèse ou de cocaïne 'festive' dans le parcours des personnes qui arrivent dans les centres de traitement, les centres à bas seuil, les hôpitaux psychiatriques ou chez les médecins de premier recours.

Il importe de suivre l'évolution de la recherche sur les conséquences neurotoxiques des substances de synthèse.

Il convient également d'améliorer les données concernant la conduite de véhicules sous l'influence de ces substances et la présence de celles-ci lors d'accidents.

La littérature scientifique identifie de nombreuses conséquences liées à la consommation de drogues de synthèse et de cocaïne. Elles peuvent résulter directement du contexte de consommation (lieux surchauffés, avec beaucoup de monde, etc.), d'un dosage trop élevé ou d'un usage compulsif et touchent autant la santé physique que mentale des individus. Une distinction est faite entre des conséquences aiguës (accidents, intoxication, attaques de paniques, etc.), qui font suite à un épisode de consommation en particulier et sont essentiellement liées aux effets psychotropes des substances et/ou à leur toxicité immédiate d'une part et, d'autre part, des conséquences chroniques (dépendance, maladies cardiovasculaires, etc.), qui font généralement suite à une succession d'épisodes de consommation et sont essentiellement liées au caractère addictif et à la toxicité générale de ces substances.

Les problèmes aigus ou chroniques observés par les professionnels sont rares, à l'exception bien sûr de la prise compulsive de cocaïne par la population des consommateurs dépendants. Sinon, seuls quelques cas problématiques arrivent aux urgences du CHUV durant les week-end, principalement pour des troubles anxieux, parfois délirants, des manifestations de tachycardie ou d'hypertension et quelques jeunes doivent momentanément être pris en charge à proximité des lieux festifs. Enfin, peu de conséquences en termes d'accidents de la route sont recensés, mais les données sont jusqu'ici insuffisantes.

Pour expliquer le contraste existant entre les données de la littérature concernant les conséquences de la consommation de ces substances, d'une part et leur faible représentation dans la réalité de l'autre, trois hypothèses peuvent être formulées.

La première est que ces conséquences ne sont pas recensées dans le milieu médico-social – parce que les professionnels ne savent pas dépister ces problèmes – ou qu'il n'y a tout simplement pas de demandes d'aide. Le fait que le milieu techno semble fonctionner de manière relativement fermée pourrait expliquer en partie que les cas de conséquences aiguës soient 'traités' sur place, par et avec les pairs.

^a Tossman P, Boldt S, Tensil MD. The use of drugs within the techno party scene in European metropolitan cities. *Europ Addict Res* 2001;7(1):2-23. Available at: URL: PM:11316921.

La deuxième hypothèse est que dans une population jeune (18-25 ans), au meilleur de ses capacités biologiques, les cas graves d'intoxication ou de problèmes cardiaques ne peuvent être que rares.

Enfin, la troisième hypothèse, qu'on ne peut pas exclure, consiste à dire que la littérature est un peu alarmiste au sujet des conséquences de la consommation de ces substances.

La rareté des conséquences recensées ne signifie cependant pas qu'il y ait absence de conséquences à plus long terme sur les plans sanitaire et social. Il est aussi possible que ces conséquences s'expriment ailleurs (ruptures d'apprentissage ou familiales, prises en charge par les psychologues et psychiatres en cabinet privé, délinquance liée à l'achat des substances, etc.).

On ne connaît pas non plus l'ampleur des personnes qui passent à des consommations problématiques en ayant commencé par les drogues de synthèse.

7.3.6 Interventions existantes

Résumé Il n'est guère recevable que des gérants de clubs, qui savent que des substances psychotropes sont consommées chez eux, se refusent encore à adopter des chartes de prévention et de réduction des risques en milieu festif. Les autorités de santé publique seraient bien inspirées d'inviter ces entreprises à le faire et à leur offrir un logo et une procédure d'évaluation pour valoriser et assurer l'application de telles chartes.

L'association Prevtch constitue le principal vecteur des mesures de prévention et de réduction des risques en milieu techno. Il semble légitime qu'elle puisse bénéficier du soutien financier des autorités et qu'elle soit prise au sérieux lorsqu'elle souhaite la mise en place de mesures de *testing*. Toutefois, il existe sans doute encore des moyens pour améliorer son action. Parmi ceux-ci, on peut notamment citer la présence au stand d'un professionnel de la santé dont la tâche est de travailler au dépistage et à la prise de contact avec les jeunes qui sont engagés dans un *pattern* d'abus de drogue de synthèse et/ou de cocaïne.

Les principales interventions existantes aujourd'hui sont des interventions de prévention et de réduction des risques sur les lieux festifs et concernent principalement les stimulants de type amphétaminique (mise à disposition d'eau, *testing*, etc.). Elles peuvent cependant cibler aussi la consommation d'autres substances, comme la cocaïne, le cannabis ou surtout l'alcool. Ces interventions sont généralement le fait d'associations de pairs bénévoles ou de militants conscients des problèmes qui existent dans le milieu techno.

Concrètement, dans le canton de Vaud, Prevtch est la seule association qui mène ce genre d'activités et met en place des stands de prévention dans les soirées techno. Aux stands, Prevtch distribue de l'eau, des tampons auriculaires, ainsi que de l'information, tant sur les risques liés à la consommation que sur la composition des pilules (classeur de résultats d'analyses). L'association a aussi rédigé des feuillets contenant les informations principales relatives aux différentes substances en circulation dans les soirées. Il est intéressant de noter que les stands semblent fonctionner de manière interactive. D'une part les informations diffusées par Prevtch sont relayées par certains jeunes auprès du public. D'autre part, ces mêmes jeunes sont susceptibles d'apporter des informations sur les substances qui circulent dans la soirée, permettant ainsi à Prevtch, si besoin est, de diffuser des messages d'alerte.

Il existe d'autres formes de prévention comme les *flyers* ou l'élaboration de chartes destinées aux organisateurs de soirées. Dans le canton de Vaud, la Charte de réduction des risques pour les organisateurs de soirées techno du GREAT n'a pas reçu un accueil favorable de la part des milieux festifs, alors qu'une version allemande est largement utilisée à Zürich.

Enfin, le *testing* doit être ici mentionné, bien qu'il ne soit actuellement pas mis en oeuvre dans le canton de Vaud. Il se pratique toutefois dans d'autres cantons et permet notamment d'entrer en contact avec les consommateurs, ainsi que d'identifier d'éventuelles substances exotiques en circulation.

Les interventions spécifiques du milieu socio-sanitaire sont rares. Seule la cocaïne fait l'objet de recherches en matière de traitement.

7.4 LES PRIORITÉS POUR L'AVENIR

Parmi les différentes recommandations qui apparaissent, un certain nombre trouvent déjà un début de réponse à travers des projets existants. On pense ici plus particulièrement au projet 'Départ' : dépistage, évaluation, parrainage d'adolescents consommateurs de substances, qui s'adresse aux jeunes, mais aussi aux parents, à l'entourage et aux professionnels, offrant des conseils et un soutien spécifique, ainsi qu'une démarche visant à se situer par rapport aux produits consommés. 'Départ' répond en cela à certains besoins de dépistage et de prise en charge précoces par exemple, ainsi que de coordination du réseau.

Il existe déjà un certain nombre d'interventions concernant la consommation des drogues de synthèse et de cocaïne en milieu festif. Celles-ci pourraient être améliorées.

- En renforçant et soutenant les activités des associations de pairs existantes et notamment de Prevtch.
- En développant un concept de dispositif de 'sécurisation' et de réduction des risques de la vie nocturne urbaine dans le canton de Vaud. Celui-ci devrait cibler les différentes pratiques de mésusage (mélange de substances, consommations excessives, conduite de véhicule sous l'influence de drogues) de substances psychotropes qui ont lieu en milieu festif. Il s'agirait notamment :
 - a. d'élaborer un diagnostic, au travers d'une étude, sur l'ampleur et les différentes formes de risques aigus (intoxications, accidents, violences, rapports sexuels non protégés, etc.) qui sont encourus par les jeunes en milieu festif, particulièrement en fin de semaine.
 - b. d'élaborer un inventaire des différents acteurs présents dans ce milieu (organisateur de soirées, propriétaires de clubs, intervenants sociaux et médicaux, etc.) et de développer la coordination entre ceux-ci sur la base des besoins apparus dans le diagnostic ci-dessus.

7.5 BIBLIOGRAPHIE

- 1 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. (Raisons de santé, 20a).
- 2 Huissoud T, Morency P, Samitca S, Benninghoff F, Geense R, Dupertuis V, et al. 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).
- 3 Huissoud T, Benninghoff F, Samitca S, Geense R, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. Toxicomanie dans le canton de Vaud, phase III de l'évaluation, 2000-2002: cahier 1. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, 86).
- 4 Blättler R, Dobler-Mikola A, Steffen T, Uchtenhagen A. Decreasing intravenous cocaine use in opiate users treated with prescribed heroin. *Soz Praventivmed* 2002;47:24-32.
- 5 Killias M, Aebi MF, Ribeaud D, Rabasa J. Rapport final sur les effets de la prescription d'héroïne sur la délinquance des toxicomanes. Lausanne: Université de Lausanne, Institut de police scientifique et de criminologie; 2002.
- 6 Chollet-Bornand A, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Enquête nationale des pharmacies 1997. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997.
- 7 Marro J-J, André G, Gervasoni J-P, Bleeker-Massard P, Ziegler G, Dentan A. Toxicomanie et pharmacies: situation dans le canton de Vaud. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne; 1994. (Cah Rech Doc IUMSP, no 114).
- 8 Chinet L, Bernard P, Stéphan P, Rubin A. Enquête dans les soirées techno: nouvelles consommations et accès au réseau de soins. *Med Hyg (Geneve)* 2003;(2429):631-4.
- 9 Stimson GV, Fitch C, Rhodes T, editors. Rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people (EVYP-RAR). Geneva: World Health Organization Programme on Substance Abuse and UNAIDS, UNDCP, UNICEF; 1998.
- 10 Rapid assessment and response. *Int J Drug Policy* 2000;11:(Special Issue 1-2):1-197.
- 11 Ohio substance abuse monitoring network (OSAM), editor. Surveillance of drug abuse trends in the state of Ohio. 2000. Available at URL: www.state.oh.us/ada/OSAM/OSAM.html.
- 12 Siegal HA, Carlson RG, Kenne DR, Starr S, Stephens RC. The Ohio substance abuse monitoring network: Constructing and operating a statewide epidemiologic intelligence system. *Am J Public Health* 2000;90(12):1835-7. Available at: URL: PM:11111251.
- 13 University of Maryland / CESAR, editor. DEWS: drug early warning system. 2002. Available at URL: <http://www.cesar.umd.edu/dews.htm>.
- 14 Gmel G, Rehm J, Kuntsche EN, Wicki M, Grichting E. Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse 2003 und aktuelle Empfehlungen. Lausanne: ISPA; 2004.
- 15 Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris J-C, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA. SMASH-02: Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). Lausanne: IUMSP; 2004.
- 16 Office fédéral de la statistique (OFS). Enquête Suisse sur la Santé 2002: premiers résultats. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS); 2003.
- 17 Office fédéral de la statistique (OFS). Enquête Suisse sur la Santé: tableaux standards niveau suisse. Neuchâtel: OFS; 2004.
- 18 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, editors. Santé,

- médecine et société: contributions à la sociologie de la santé. Zurich: Seismo Verlag; 1999. p. 315-331.
- 19 Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1998;46:205-17.
 - 20 Michailidis G, de Leeuw J. The Gifi system of descriptive multivariate analysis. *Statistical Science* 1998;4:307-36.
 - 21 Gebhardt M. Sida et VIH en Suisse: situation épidémiologique à fin 2002. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2003.
 - 22 Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B, et al. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: quatrième rapport de synthèse 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.
 - 23 Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue, editor. Stationäre Therapieangebote im Drogenbereich = Offres de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues = Offerte di trattamento residenziale inerenti i problemi di droga. Berne: CDAS (Conférence des Directeurs cantonaux des Affaires sociales); OFSP (Office fédéral de la santé publique); 1998.
 - 24 Office fédéral de la police. Statistique suisse des stupéfiants, de 1996 à 2004. Berne: Office fédéral de la police; 2004.
 - 25 Kübler D, Hausser D. Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical: étude exploratoire auprès d'une population cachée. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.7).
 - 26 Hausser D, Kübler D, Dubois-Arber F. Characteristics of heroin and cocaine users unknown to treatment agencies: Results from the Swiss hidden population study. *Soz Praventivmed* 1999;44(5):222-32. Available at: URL: PM:10588038.
 - 27 Iten A, Gravier B. Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse romande: rapport concernant la première phase de l'étude. Lausanne: Office fédéral de la santé publique; Commission de contrôle et de recherche sur le sida; 1999.
 - 28 Devaud C, Gravier B. La prescription de méthadone dans les prisons: entre réalités et contraintes. *Med Hyg (Geneve)* 1999;57:2045-9.
 - 29 Benmebarek M, Delessert D, Gravier B. Prise en charge médicale des personnes toxicodépendantes dans le système pénitencier vaudois. *Rev Med Suisse Romande* 2004;124:419-23.
 - 30 Iten A, Gravier B, Elger B. Difficultés rencontrées lors de la prise en charge médicale de patients vivant en milieu carcéral. *Med Hyg (Geneve)* 2003;2435:928-35.
 - 31 Huissoud T, Balthasar H, Dubois-Arber F. Evaluation du centre de compétences en dépendance Azimut. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2005. (Raisons de santé 109). Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.
 - 32 Huissoud T, Solai S, Dubois-Arber F. Evaluation du projet UniSET. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2004. (Raisons de santé, 100). Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.
 - 33 Rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people. Stimson GV, Fitch C, and Rhodes T, Eds. Geneva: WHO; 1998.
 - 34 Rapid assessment and response. *J Drug Policy* 2002;11:(1-2):
 - 35 University of Maryland / CESAR, editor. DEWS: Drug early warning system. 2002. Available at URL: <http://www.cesar.umd.edu/dews.htm>.
 - 36 Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), editor. Rapport TREND mars 2000. Paris: OFDT; 2000.

- 37 Bello P, Toufik A, Gandilhon M. Rapport TREND Juin 2001. Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT); 2001.
- 38 Zobel F, Arnaud S. Un système d'alerte pour les drogues illégales: développement de scénarios. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 79). Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.
- 39 United Nations: Office on Drugs and Crime, editor. Rapport mondial sur les drogues: résumé analytique. Vienna: 2004.
- 40 Calafat A, Stocco P, Mendes F, Simon J, van de Wijngaart GF, Sureda P, Palmer A, Maalsté N, Zavatti P. Characteristics and social representation of ecstasy in Europe. Palma de Mallorca: IFRERA Espana; 1998.
- 41 Calafat A, Bohrn K, Juan M, Kokkevi A, Maalsté N, Mendes F, Palmer A, Sherlock K, Simon J, Stocco P, Sureda P, Tossmann P, van de Wijngaart GF, Zavatti P. Night life in Europe and recreative drug use: Sonar 98. Palma de Mallorca: IFRERA Espana; 1999.
- 42 Calafat A. Risk and control in the recreational drug culture Sonar Project. Palma de Mallorca: IFRERA Espana; 2004.
- 43 Tossmann P, Boldt S, Tensil MD. The use of drugs within the techno party scene in European metropolitan cities. *Europ Addict Res* 2001;7(1):2-23. Available at: URL: PM:11316921.
- 44 Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P. OFDT, editor. Regards sur la fin de l'adolescence. Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000. 2000.
- 45 Ayer S, Gmel G. Consommation d'ecstasy en Suisse romande: rapport final d'un projet soutenu par l'Office fédéral de la santé publique. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 1996. (Rapport du département de recherche).
- 46 Allemann D, Pauli H. Pilot-e, ein Präventionsprojekt des Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern und der Stiftung Contact Bern: Bericht 1998-99. Bern: Stiftung Contact Bern; 2000.
- 47 Prävention und Pillentesting an Zürcher Parties 2001-2003. Zürich: Ambulante Drogenhilfe; Streetwork Zürich; 2004.
- 48 Rezny L, Bachmann A. Umfrage zu Partys und Substanzenkonsum. Bienne: Aware dance culture peergroup project Streetwork Biel; 2004.

8 ANNEXES

8.1.1 Annexe au chapitre 4.3 Évolution de la consommation chez les consommateurs de drogue dépendants

Tableau 8.1 Indicateurs socio-démographique et d'intégration sociale des consommateurs de drogues dures clients des structures à bas seuil (1993-1996-2000)

	1993		1996		2000		
	Rel'aids	SUISSE	Saint-Laurent	SUISSE	Lausanne	Canton	TOTAL VAUD
ÂGE 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
INTÉGRATION 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 8.2 Indicateurs de consommation auprès des consommateurs de drogues dures clients des structures à bas seuil (1993-1996-2000)

	1993		1996		2000		
	Rel'aids	SUISSE	Saint-Laurent	SUISSE	Lausanne	Canton	TOTAL VAUD
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
% multi-consommateurs*	58	69	62	75	67	51	60
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

* Multi-consommateurs = consommateurs d'héroïne et de cocaïne en même temps (cocktail) ou séparément.

** Consommation régulière = plusieurs fois par semaine.

Tableau 8.3 Etat de santé et prises de risques des consommateurs de drogues dures clients des structures à bas seuil (1993-1996-2000)

	1993		1996		2000		
	Rel'aids	SUISSE	Saint-Laurent	SUISSE	Lausanne	Canton	TOTAL VAUD
ÉTAT DE SANTÉ PERÇU							
% 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 USAGÉE*							
% 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 USAGÉE*							
% durant les 6 derniers mois			22	9	9	17	13
UTILISATION DU PRÉSERVATIF **							
% 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 PRÉSERVATIF							
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*

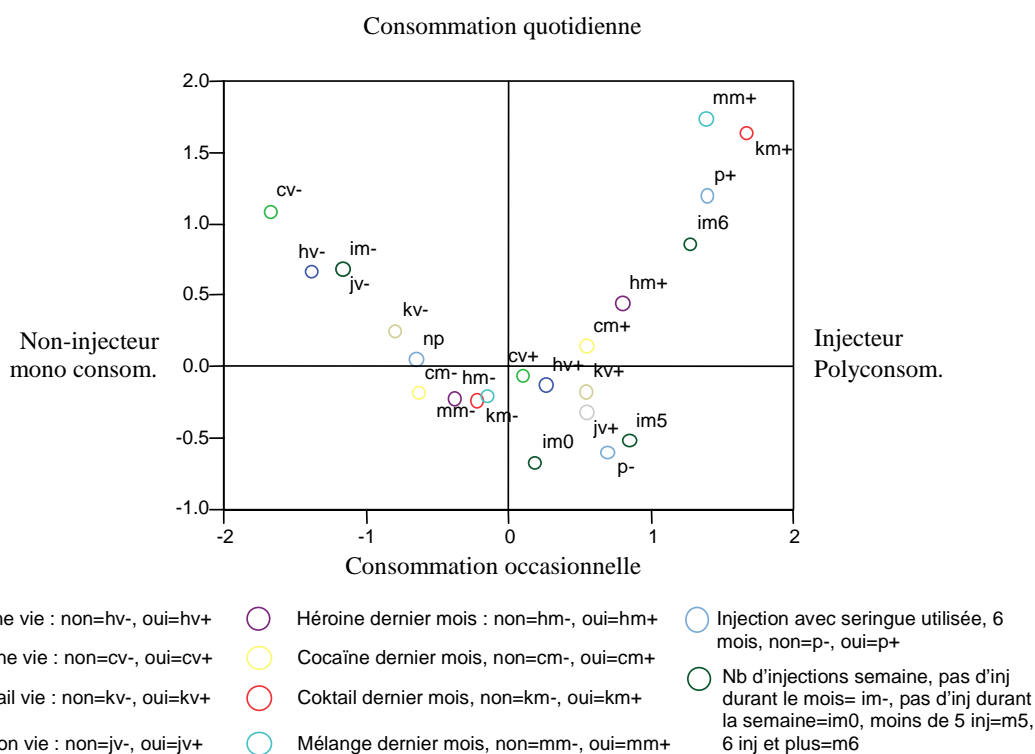
8.1.2 Annexe au chapitre 4.3 : Analyse Homals et typologie des consommateurs de drogues dures

La consommation par injection caractérise l'axe des X, avec sur la gauche de la figure, les indicateurs de non-consommation par injection, que ce soit durant la vie ou au cours des 6 derniers mois. Sont associés à ce mode de consommation, le fait de n'avoir jamais consommé soit de l'héroïne, soit de la cocaïne au cours de la vie. A l'opposé de cet axe, on trouve l'injection au cours des 6 derniers mois, liée à l'expérimentation de nombreuses substances au cours de la vie.

La fréquence de consommation au cours du mois précédant l'enquête se trouve sur l'axe des Y, avec les consommateurs réguliers en haut de l'échelle et les consommateurs occasionnels, voire abstinents, dans les cadrans inférieurs de la figure.

L'analyse met ainsi en évidence deux composantes caractéristiques de la consommation, la première pouvant être décrite comme le « parcours dans la toxicomanie », allant de la non injection (vie-mois) à la consommation par injection, mais aussi de la mono consommation à la poly-consommation. La seconde composante étant la phase de consommation actuelle dans laquelle se situent les usagers.

Figure 8.1 Variables de consommation associées, analyse Homals, 2004



Si l'on projette les individus en fonction des résultats qu'ils ont obtenus dans l'analyse Homals, on obtient un nuage de points (cf. Figure 8.2). Sur cette figure, chaque individu est représenté par un point. Toutefois, lorsque plusieurs personnes obtiennent les mêmes scores, le point est plus gros.

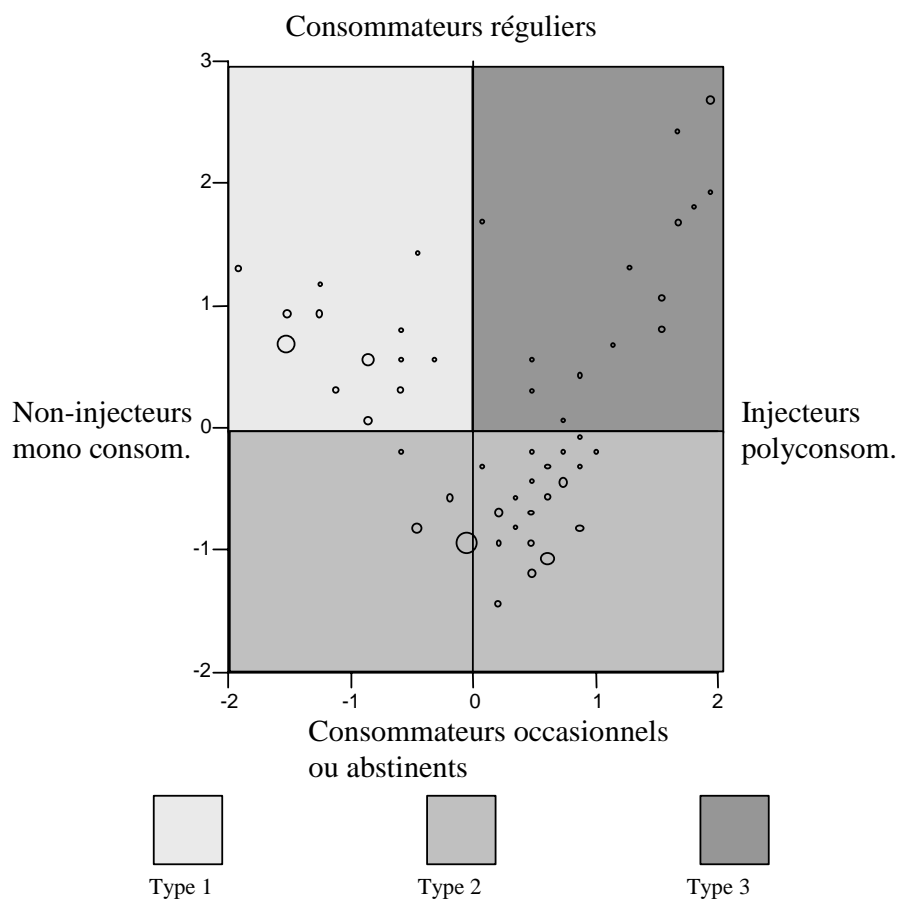
Trois noyaux sont visibles sur cette projection graphique : le premier occupe le cadran gauche supérieur, le deuxième, les 2 cadrans inférieurs (à cheval sur l'axe des Y) et enfin, le troisième est situé dans le cadran supérieur droit. Ces trois nuages permettent de définir trois types de consommateurs :

- **Le type des non injecteurs mono-consommateurs** (type 1, cadran supérieur gauche) est composé des usagers qui n'ont pas d'expérience de poly-consommation de drogues dures (héroïne

ou cocaïne), qui n'ont jamais consommé par injection, mais qui sont actuellement dans une phase active de consommation occasionnelle ou régulière.

- **Le type des injecteurs consommateurs occasionnels** (type 2, cadrans inférieurs) regroupe les usagers ayant déjà consommé par injection au cours de leur vie, qui ont expérimenté plusieurs substances, mais qui consomment plus occasionnellement. Parmi eux, on peut trouver des personnes ayant consommé par injection au cours des 6 derniers mois, mais avec un nombre moyen d'injection par semaine inférieur à 5.
- **Le type des injecteurs consommateurs à hauts risques** (type 3, cadran supérieur droit) correspond aux usagers qui sont des poly-toxicomanes actifs (cocktail et/ou mélange au cours du dernier mois), qui consomment par injection (plus de 6 injections en moyenne durant la semaine précédant l'enquête) **et qui ont partagé des seringues** au cours des 6 derniers mois.

Figure 8.2 Projection des individus, analyse Homals, 2004



Précisons encore pour la lecture du graphique, que plus les individus sont éloignés des origines des axes, plus ils présentent les éléments caractéristiques utilisés pour décrire chacun des types.

Tableau 8.4 Répartition par classes d'âges et par type d'habitation, Etude clientèle 2004

		Lieu d'habitation			Total
Classes d'âge		df	sdf	inst	
-20 ans	Total	2	2	2	6
	% par classes d'âges	33.3	33.3	33.3	100.0
	% par lieu d'habitation	1.7	8.3	18.2	3.9
	% du total	1.3	1.3	1.3	3.9
21-25 ans	Total	16	6	1	23
	% par classes d'âges	69.6	26.1	4.3	100.0
	% par lieu d'habitation	13.3	25.0	9.1	14.8
	% du total	10.3	3.9	.6	14.8
26-30 ans	Total	22	4	1	27
	% par classes d'âges	81.5	14.8	3.7	100.0
	% par lieu d'habitation	18.3	16.7	9.1	17.4
	% du total	14.2	2.6	.6	17.4
31-35 ans	Total	25	6	1	32
	% par classes d'âges	78.1	18.8	3.1	100.0
	% par lieu d'habitation	20.8	25.0	9.1	20.6
	% du total	16.1	3.9	.6	20.6
36+ ans	Total	55	6	6	67
	% par classes d'âges	82.1	9.0	9.0	100.0
	% par lieu d'habitation	45.8	25.0	54.5	43.2
	% du total	35.5	3.9	3.9	43.2
Total	Total	120	24	11	155
	% par classes d'âges	77.4	15.5	7.1	100.0
	% par lieu d'habitation	100.0	100.0	100.0	100.0
	% du total	77.4	15.5	7.1	100.0

8.2 ANNEXES AU CHAPITRE 4.4.2 VIH ET HÉPATITES

Figure 8.3 Evolution du nombre total d'hépatites B aiguës déclarées et du nombre d'hépatites B aiguës chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en Suisse de 1990 à 2003 (Source OFSP)

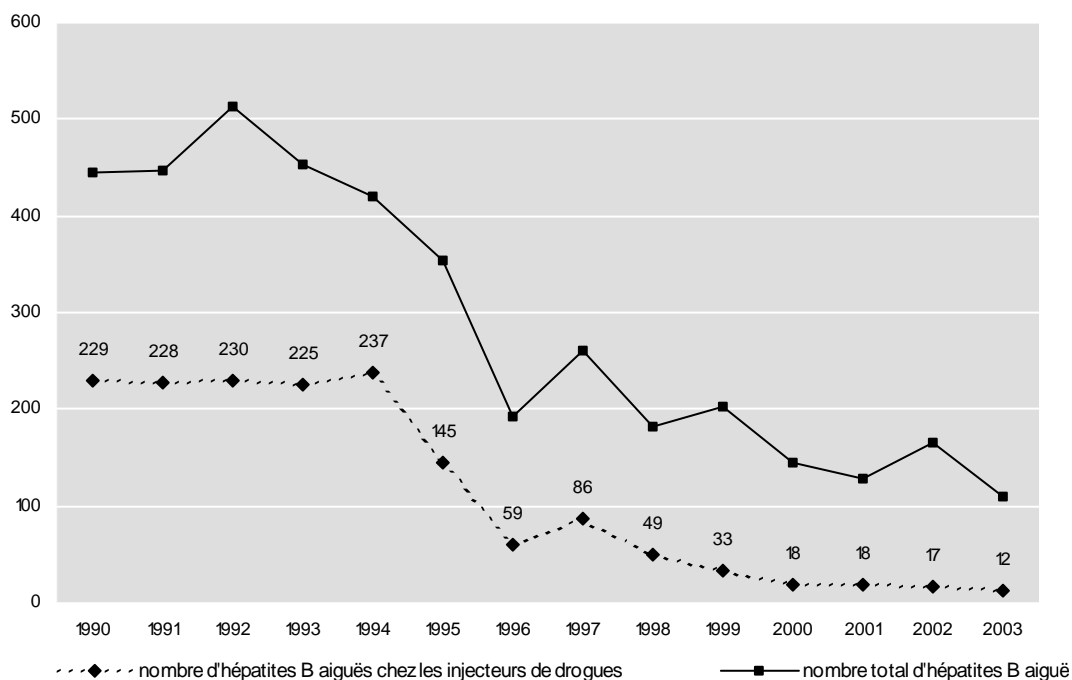


Figure 8.4 Evolution du nombre total d'hépatites B aiguës déclarées et du nombre d'hépatites B aiguës chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans le canton de Vaud de 1990 à 2003 (Source OFSP)

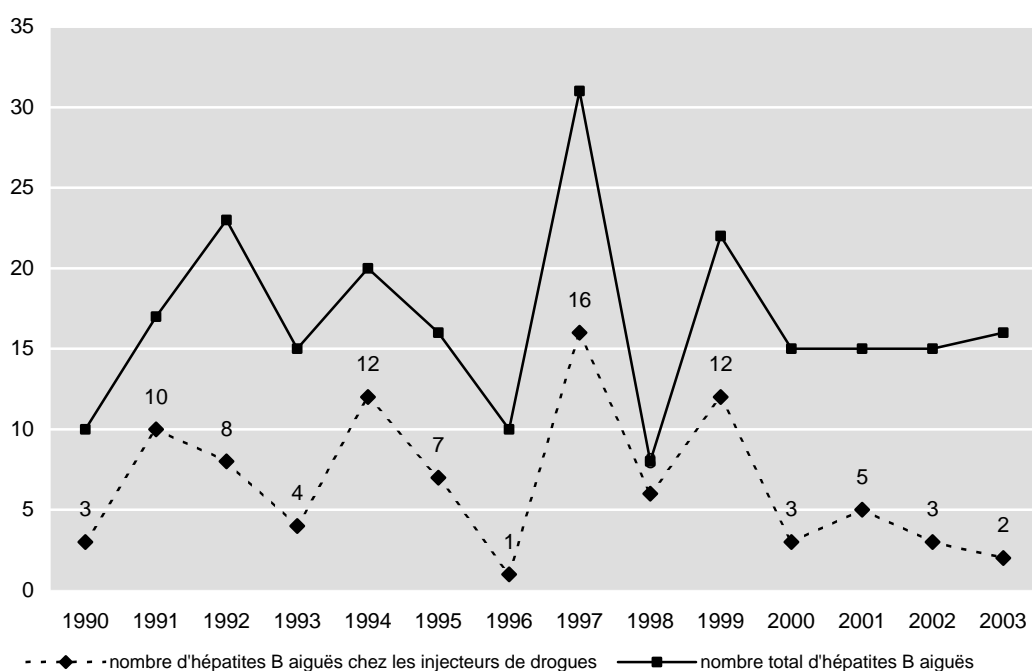


Figure 8.5 Evolution du nombre total d'hépatites C aiguës déclarées et du nombre d'hépatites C aiguës chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en Suisse de 1993 à 2003 (Source OFSP)

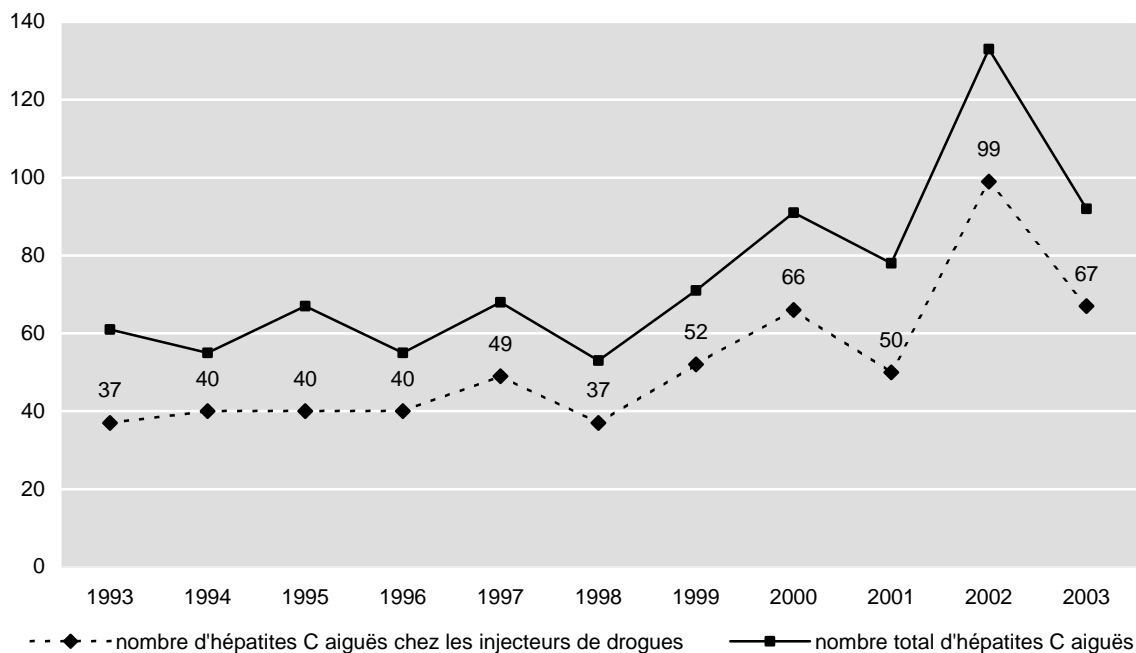


Figure 8.6 Evolution du nombre total d'hépatites C aiguës déclarées et du nombre d'hépatites C aiguës chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans le canton de Vaud de 1993 à 2003 (Source OFSP)

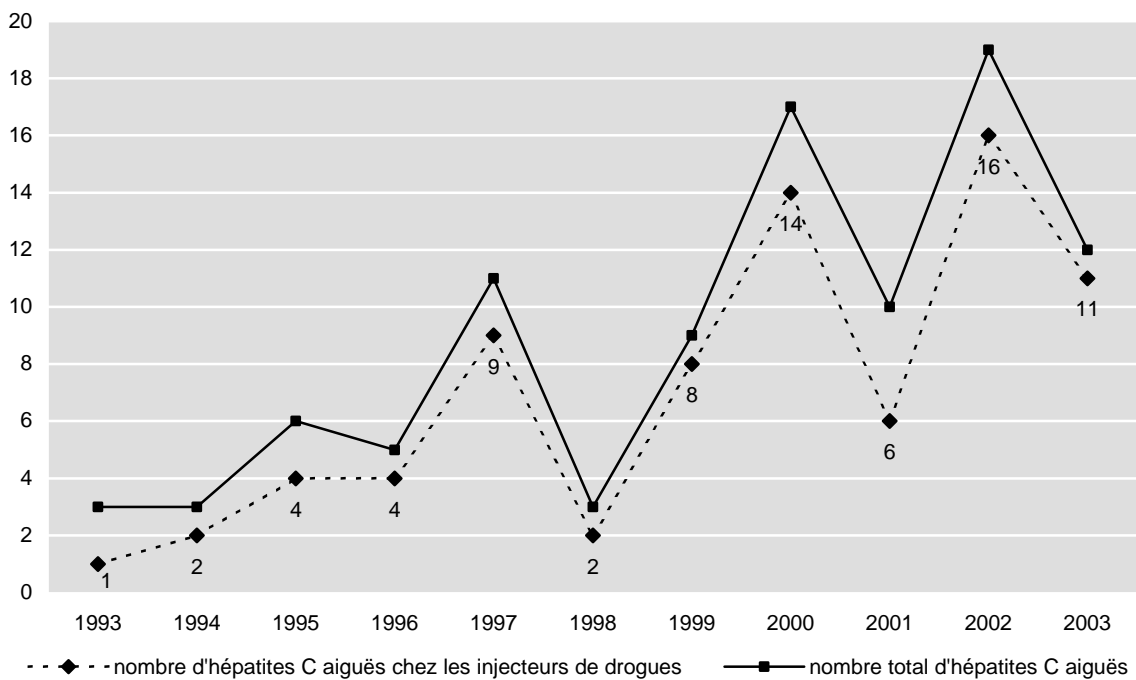


Figure 8.7 Evolution du nombre estimé de premiers tests positifs démontrant l'infection par le virus de l'hépatite C en Suisse de 1996 à 2003 (Source OFSP)

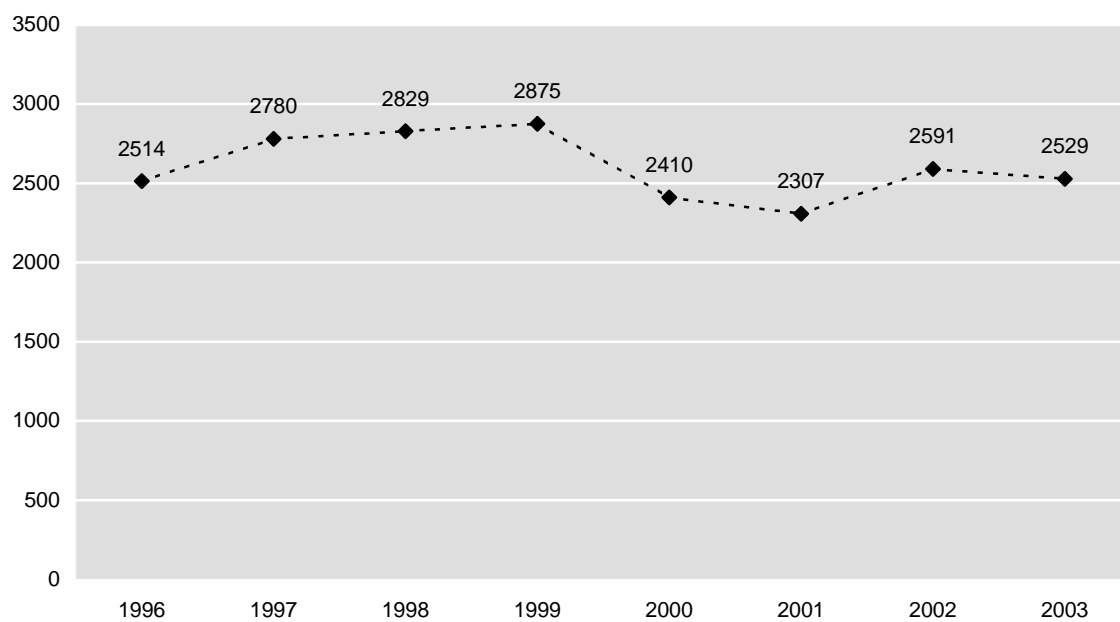
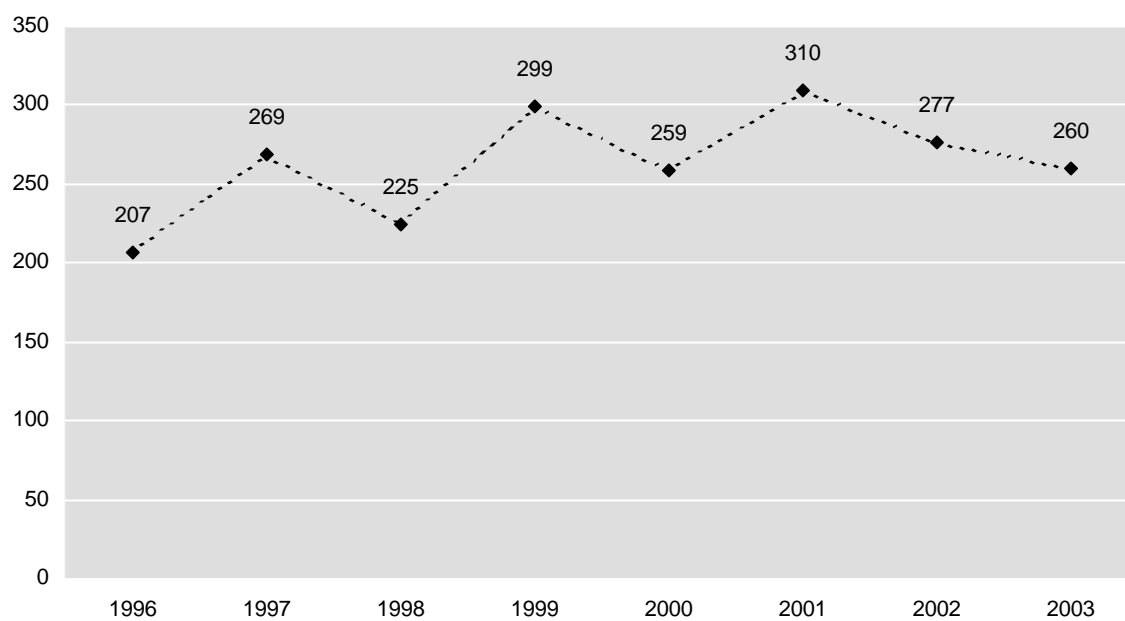


Figure 8.8 Evolution du nombre estimé de premiers tests positifs démontrant l'infection par le virus de l'hépatite C dans le canton de Vaud de 1996 à 2003 (Source OFSP)



8.3 ANNEXES AU CHAPITRE 4.5.2 TRAITEMENTS RÉSIDENTIELS (FOS)

Tableau 8.5 Variables socio-démographiques, ensemble des résidentiels vaudois, Act-Info, 2003

	2003	
	n	%
Effectif	112	
Logement		
Fixe privé	63	58
Institution, prison, hôpital	31	28
SDF	11	10
Statut prof durant les 6 derniers mois		
Plein temps	11	10
Temps partiel	7	6
Travail occasionnel	11	10
Sans travail mais en recherche	12	11
Sans travail et sans recherche	61	55
Missing	8	7
Revenu principal durant le dernier mois avant l'entrée		
Travail	6	5
Rente (AVS, AI)	17	15
Aide sociale, chômage, bourse	73	65
Revenus illégaux	1	1
Autre (famille, économie, emprunts)	5	4

Tableau 8.6 Données autour de la consommation, ensemble des résidentiels vaudois, Act-Info, 2003

	2003	
	n	%
Effectif	112	
Drogues dures durant la vie		
Drogues dures durant la vie	104	93
Héroïne	68	61
Cocaïne	86	77
Cocktail	19	17
Somnifère (Benzo)	57	51
Stimulants	35	31
Hallucinogènes	16	14
Héroïne et cocaïne	58	52

	2003	
	n	%
Drogues dures durant le mois précédant l'entrée		
Drogues dures durant le mois	101	90
Héroïne	43	38
Cocaïne	75	67
Cocktail	13	12
Somnifères (Benzodiazépine)	35	31
Stimulants	8	7
Hallucinogènes	1	1
Héroïne et cocaïne	58	52
Injection		
Durant la vie	92	82
Durant le mois (rapporté aux Cdd dans le mois)	43	43
Âge consommation		
Âge consommation héroïne	17.6	
Âge consommation cocaïne	19.1	
Âge 1ère injection	21.0	
VIH		
Personnes testées	99	88
Test VIH positif	9	8
Traitement antérieur		
Aucun traitement indiqué	6	5
Traitement de substitution	88	79
Séjour résidentiel	69	62
Sevrage	62	55
Traitement en cours		
Traitement de substitution (méthadone ou autre)	69	62
Entrée institution		
Suite à mesures pénales	17	15
Condamnation en lien avec la drogue		
Condamnation	70	62
Condamnation pour consommation, détention	51	46
Condamnation pour commerce, importation	43	38

Tableau 8.7 Sorties, ensemble des résidentiels vaudois, Act-Info, 2003

	2003	
	n	%
Effectif		
Effectif de sortie	92	
Mode de sortie		
Comme convenu et sans transfert	27	29
Vers prescription héroïne	2	2
Vers traitement substitution	8	9
Vers traitement résidentiel	2	2
Vers suivi ambulatoire	5	5
Vers hospitalisation	2	2
Vers détention	1	1
Fin imprévue	40	44
Décès	1	1
Appartement protégé	4	4
Fin imprévue		
Dans le 1er tiers du séjour	17	44
Dans le 2ème tiers	14	36
Dans le 3ème tiers	8	20
Missing		
Durée du séjour		
Moyenne		334
Min		3
Max		1296
Consommation durant les 30 jours précédant la sortie		
Héroïne	16	17
Cocaïne	28	30
Benzodiazépines	11	12
Alcool	19	21
Cannabis	25	27
Injection au cours des 30 derniers jours	25	28
Abstinent (attention, beaucoup de données manquantes)	27	29
Revenus		
Salaire	15	16
Rente (AVS, AI)	3	3
Aide sociale	52	57
Chômage	2	2
Famille, proche	1	1
Missing	19	21
Logement		
Fixe privé	53	58
Institution	10	11
Sdf	6	6
Missing	23	25

8.4 ANNEXES DU CHAPITRE 5.5 LA PRISE EN CHARGE DANS LES CENTRES D'ACCUEIL : SYNTHÈSE.

Tableau 8.8 Caractéristiques socio-démographiques, données Clientèle 2000-2004, total de la clientèle

	Total VD 2000		Passage 2004		Parachute 2004		ACT 2004		EdS 2004		ZB 2004		Total VD 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	179		66		42		24		25		37		194	
nb femmes	59	33	12	18	1	2	10	42	12	48	17	46	52	27
Âge														
min-max	16-64		19-59		17-62		19-44		20-50		20-57		17-57	
âge moyen	30.7		35.4		34.8		31.8		34.1		30.8		33.6	
âge médian	30		36.5		34.5		31.5		34		29		34	
15 à 20 ans	10	6	2	3	4	10	1	4	1	4	1	3	9	5
21 à 25 ans	32	18	9	14	3	7	5	21	2	8	7	19	26	13
26 à 30 ans	52	29	6	9	7	17	4	17	4	16	14	38	35	18
31 ans et plus	85	47	49	74	28	67	14	58	18	72	15	41	124	64
Domicile														
sans domicile fixe	12	7	13	20	19	45	1	4	1	4	2	5	24	12
fixe privé	151	84	50	76	17	40	23	96	20	80	34	92	122	63
institution	7	4	2	3	6	14	0	0	3	12	1	3	9	5
Travail														
sans travail	146	82	51	77	24	57	19	79	16	64	26	70	139	72
Revenu														
plein temps	17	10	5	8	5	12	1	4	7	29	5	13	7	4
temps partiel	16	9	10	15	13	31	4	17	2	8	3	8	11	7
aide sociale	91	51	30	45	8	19	13	54	14	58	24	65	84	54
assurances	62	35	23	35	7	17	10	42	9	38	8	22	48	31
revenus illégaux	21	12	10	15	1	2	3	13	3	13	2	5	19	12
prostitution	12	7	3	5	2	5	2	8	0		0		6	4
Formation														
scolarité obligatoire	64	37	30	46	17	43	7	29	7	28	12	34	59	38
apprentissage, école prof	87	50	28	43	13	32	14	58	16	64	19	54	77	50
maturité, école prof sup	24	14	7	11	10	25	3	13	2	8	4	11	18	12

Tableau 8.9 Consommation, données Clientèle 2004, consommateurs de drogues dures seulement, n=157

	EdS 2004		ZB 2004		Act 2004		Passage 2004		Parachute 2004		Total 2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	25		34		23		61		14		157	
Consommation dernier mois	12	48	22	65	16	70	42	69	6	43	98	62
Fréquence de consommation (% sur conso ddvie)												
Consommation régulière	10	40	16	47	14	61	37	61	5	36	82	52
Consommateurs réguliers héroïne	6	24	6	18	2	9	13	21	2	14	29	18
Consommateurs réguliers cocaïne	3	12	7	21	6	26	21	34	3	21	37	24
Consommateurs réguliers cocktail	0	0	0	0	0	0	4	7	0	0	4	3
Consommateurs réguliers benzo.	7	28	6	18	11	48	18	30	4	29	46	29
Modèle consommation (% sur conso dernier mois)												
Multi-consommateurs	7	58	7	32	3	19	20	48	2	14	39	40
Consommateurs héroïne seule	2	17	4	18	2	12	5	12	0	0	13	13
Consommateurs cocaïne seule	3	25	11	50	11	69	17	40	4	29	46	47
Injection (% sur ddvie)												
Injecteurs durant la vie	18	72	20	59	19	83	47	77	4	29	108	69
Injection 6 derniers mois	9	36	14	41	11	50	30	49	3	21	67	43
Nombre moyen d'injection par semaine	5.2		3.8		6.2		15.7		3.0		9.8	
Traitement												
En traitement méthadone	19	76	16	47	17	74	25	41	2	14	79	50
Dose moyenne/jour (en ml)	45		28		43		42.8		39		40	
Durée moyenne (en mois)	54		52		50		50		14		52	

Tableau 8.10 Exposition aux risques des clients des structures à bas seuil consommateurs de drogues dures, 2004 (Source IUMSP)

2004	Passage		Parachute		ACT		EdS		ZB		Total VD	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Overdoses												
ayant eu une overdose	23	49	4	100	14	74	12	67	14	70	67	72
Injection*	47		4		19		18		20		108	
durant la vie	47		4		19		18		20		108	60
6 derniers mois	30	64	3	75	11	61	9	50	14	70	67	63
Partage de seringue usagée*												
durant la vie	28	60	1	25	14	74	8	44	14	70	65	60
durant les 6 derniers mois	13	43	0		4	36	0		3	21	20	30
Don de seringue usagée*												
durant les 6 derniers mois	6	21	0		5	46	1	11	1	7	13	20
Partage autre matériel*												
même cuillère	17	57	1	33	9	82	1	11	5	39	33	50
même filtre	15	50	1	33	9	82	2	22	3	23	30	46
même coton	12	40	0		4	33	1	11	4	29	21	32
même eau	10	33	0		4	33	1	11	4	29	19	28
Lieu d'injection												
domicile	21	70	2	50	8	73	8	89	14	100	52	79
lieu public dehors	5	17	1	33	3	27	1	11	0		9	13
local public	3	10	0		0		0		0		4	6
local d'injection	1	3	0		0		0		0		1	2
Approvisionnement seringue												
structures	23	77	3	100	7	64	4	44	13	93	50	75
pharmacies	7	23	0		4	36	5	56	1	7	17	25
difficultés	6	21	1	25	1	10	1	11	0		9	14
soir	5		1		1		0		0		7	
week-end	1		1		1		1		0		4	
réserve chez soi	9	30	2	50	3	70	2	25	8	62	24	37

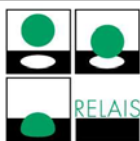
2004	Passage		Parachute		ACT		EdS		ZB		Total VD	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Etat de santé perçu												
Bonne santé	43	72	8	62	15	65	17	68	20	59	103	66
Test VIH												
consommateurs testés	56	93	10	71	21	91	23	92	31	91	141	90
séropositifs parmi les testés	9	16	3	30	1	5	1	4	0		14	10
en traitement parmi les séropositifs	4	44	1	50	0		0		-		5	33
Hepatitis B												
% consommateurs testés	46	75	5	36	18	78	20	80	24	71	113	72
% ayant eu au moins un test positif	15	33	2	40	6	33	6	32	3	12	32	28
% ayant été vacciné	28	48	4	33	12	52	11	44	16	52	71	48
Hepatitis C												
consommateurs testés	44	76	3	23	19	83	21	84	20	61	107	70
ayant eu au moins un test positif	20	44	1	33	17	90	10	48	11	55	69	55
en traitement parmi les positifs	0		0		1	6	0		0		1	2
Utilisation du préservatif **												
Partenaire(s) stable(s)												
toujours utilisé préservatif	26	43	3	21	18	78	15	60	24	71	86	55
parfois utilisé préservatif	4	15	1	33	8	44	2	13	5	22	20	29
jamais utilisé préservatif	13	50	0		9	50	11	73	13	57	46	54
partenaire non consommateur	14	54	1	33	17	74	12	80	12	50	45	52
Partenaire(s) occasionnel(s)												
toujours utilisé préservatif	26	43	4	29	6	26	6	24	10	29	52	33
parfois utilisé préservatif	5	19	0		1	17	1	17	3	30	10	19
jamais utilisé préservatif	2	8	2	50	2	33	1	17	1	10	8	15

2004	Passage		Parachute		ACT		EdS		ZB		Total VD	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Prostitution												
prostitution vie	10	16	2	14	2	9	7	28	6	18	27	17
Prostitution 6 mois												
Présé parfois/jamais prost	4	44	1	50	0		2	29	2	40	9	36
Utilisation du préservatif												
Durant dernier rapport sexuel	17	35	4	40	14	67	13	67	18	63	66	52

* Taux rapporté à la population concernée.

** Durant les 6 derniers mois. Trois fréquences d'utilisation du préservatif : *toujours, parfois, jamais*.

8.4.1 Résultats d'une mini-enquête de Reli'er sur la collaboration de trois centres d'accueil et d'orientation, non rattachés à une structure médicale ou psychiatrique, avec les structures généralistes



Rel'ier, Rue Enning 1, 1003 Lausanne – 021 323 60 58 – relier@relais.ch

Commission cantonale pour la
prévention et la lutte contre la
toxicomanie (CCPLT)
DSAS – Secrétariat général
M. Eric Toriel
BAP – Caserne 2

1014 LAUSANNE

Lausanne, le 23 novembre 2004

Monsieur,

Comme annoncé dans notre courrier du 26 août dernier, nous sommes en mesure de vous apporter des informations complémentaires.

Selon votre demande faisant référence à l'un des axes prioritaires décidés par le Conseil d'Etat en octobre 2003^a, nous avons procédé à une brève enquête auprès des trois centres d'accueil et d'orientation cantonaux non-rattachés à une structure médicale ou psychiatrique, soit Action communautaire et toxicomanie (ACT, Vevey), Entrée de Secours (Morges) et Zone bleue (Yverdon).

La liste, non-exhaustive des structures généralistes annexée à ce courrier, permet de prendre connaissance de la diversité des services avec lesquels les trois centres ont établi des collaborations. Le nombre des structures citées permet également de saisir la complexité et l'étendue des problématiques sociales rencontrées par les personnes fréquentant ces trois centres.

Cette consultation permet de mettre en évidence les éléments suivants:

a) Modèles de collaboration

Deux modèles de collaboration avec les services généraux coexistent et se complètent :

- *Externe* : rencontre entre les différents partenaires se déroulant hors du centre spécialisé.

^a « Solliciter et renforcer les liens entre les centres spécialisés et les services généraux pour assurer le suivi et/ou la transition entre les différentes phases de la prise en charge de la personne toxicodépendante ».

- *Interne* : le collaborateur du service extérieur assure une permanence régulière dans les locaux du centre spécialisé. Ce mode de faire favorise la mise en contact de la personne toxicodépendante avec un nouveau service et facilite l'accès aux structures généralistes.

Selon les situations, ces deux modèles peuvent s'exercer simultanément.

b) Mises en place de collaborations

La mise en place de collaborations, ainsi que leur poursuite se déclinent selon différentes modalités.

- *Autour de la présentation des prestations des services* qui permet de définir les modes de collaboration et d'explicitier les difficultés spécifiques engendrées par la toxicodépendance.
- *Autour de la situation de la personne toxicodépendante*. Par exemple, avant tout accompagnement de cette dernière au Centre social régional (CSR), l'intervenant du centre spécialisé doit faire un travail préparatoire, en vue de réunir tous les documents nécessaires à la demande qui sera formulée au CSR et informer la personne des modes de fonctionnement du service qui le recevra. La préparation de cette transition entre deux services est une des étapes indispensable à la mise en place de passerelles entre les différentes phases de la prise en charge.
- *Autour d'un thème spécifique concernant les divers partenaires du réseau*. Par exemple, une rencontre au sujet de la problématique des jeunes en rupture permettra aux services en présence de faire un bilan des problématiques et des réponses à apporter et ainsi de développer les possibilités de suivis des personnes en difficulté.

La mise en place de ces types de collaboration, ainsi que leur nombre vont dépendre directement du dispositif régional. Ces trois formes de collaboration sont complémentaires.

c) Facteurs favorisant la mise en place des collaborations entre les services

La provenance de la demande de collaboration

- Les collaborations citées ont toutes été activées de manière régionale par les acteurs concernés. De cette façon, le risque de résistance de la part de l'une ou l'autre des parties a été évité.

La forme structurelle du centre spécialisé

- La gestion du centre est assurée par le comité de l'association, composé de membres intégrés professionnellement dans le dispositif médico-social régional. Les informations circulent alors plus aisément et la connaissance mutuelle se développe au gré des séances.

La durée d'activité du centre

- Avec le temps, le nombre d'usagers référés à un autre service augmente, la collaboration s'en trouve renforcée. Des modalités de travail sont mises en place et le rôle de chacune des parties est clarifié. Les expériences positives de collaboration facilitent également les bons rapports entre les services et permettent ainsi d'améliorer la qualité du suivi proposé.

Le dispositif régional

- La proximité géographique des services renforce les collaborations.

d) Eléments pouvant perturber la collaboration

- Les lacunes, au niveau de la formation des intervenants des structures généralistes en matière de toxicodépendance, peuvent parfois poser problème. A cet effet, nous rappelons que ARIA, organisme spécialisé, propose un catalogue de cours apportant une réponse à cette situation.
- Les changements dans les équipes qui occasionnent une perte de savoir.

- Le cadre de référence ou la méconnaissance des concepts socio-pédagogiques des parties en présence peut entraîner des difficultés d'ajustement.
- La charge professionnelle importante des uns et des autres qui ne facilite pas les rencontres et le travail de réseau.
- La situation actuelle du marché du travail. Le décalage entre les critères de placement au travail et la situation des personnes toxicodépendantes est problématique : lacunes au niveau de la scolarité, de la formation et manque d'expérience professionnelle. Il ne s'agit pas de difficulté de collaboration, mais d'un problème socio-économique préterrant les personnes en grande difficulté.

Au terme de cette démarche prospective, nous pouvons relever que les trois centres consultés mettent en évidence que les relations avec les différents services généraux sont bonnes et que l'évolution de ces collaborations est jugée comme constructive et positive. Dès lors, nous pouvons relever que la question de la transition entre les différentes phases de la prise en charge de la personne toxicodépendante et de son suivi tout au long de son parcours ne dépend pas seulement des collaborations, mais également des conditions socio-économiques actuelles.

Tout en vous remerciant de votre lecture et en restant à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'agréer, Monsieur , l'expression de nos sentiments les meilleurs.

N. Christinet

V. Dupertuis

V. Prats

Copies à :

- Association du Relais, M. J.-C Pittet, Directeur, Grand-Rue 82, 1110 Morges
- ACT, M. C. Fazan, Directeur, Ancienne- Monneresse 5, 1800 Vevey
- Entrée de Secours, M. F. Perrinjaquet, Directeur, Rue des Fossés 4, 1110 Morges
- Zone Bleue, M. P.-Y. Bassin, Directeur, Rte de Neuchâtel 4, 1400 Yverdon-les-Bains

LISTE DES SERVICE GENERAUX AVEC LESQUELS DES COLLABORATIONS ONT ETE MISES EN PLACE PAR ACT, ENTREE DE SECOURS ET ZONE BLEUE

Services sociaux

- Centres sociaux régionaux
- Fondation vaudoise de probation
- Tuteur Général
- Fondation vaudoise contre l'alcoolisme
- Travailleurs sociaux de proximité
- Offices cantonaux de l'assurance invalidité
- Service de protection de la jeunesse
- Justice de Paix
- Services pénitentiaires

Services de santé

- Médecins traitants
- Médecins psychiatres
- Hôpitaux régionaux
- Hôpitaux psychiatriques (yc consultations ambulatoires)
- Services psychiatriques pour enfants et adolescents
- Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires
- Fondation Profa
- Espaces prévention

Services de l'emploi

- Semestres de motivation (pour les 16-25 ans)
- Offices régionaux de placement
- Fondation Intégration pour tous

Soutien des usagers et de leur famille

- Narcotiques anonymes
- Eglises
- Groupes de parents

Rel'ier/novembre 2004

Programme cantonal de prévention des maladies transmissibles Échange de matériel stérile pour les personnes toxicodépendantes

Préambule

Le Service de la santé publique et Rel'ier, après avoir effectué une large concertation auprès des partenaires concernés, rédigent un rapport^a présentant un bilan de la situation et des recommandations. En 2001, ces deux services reçoivent un mandat du canton pour la mise en place d'une nouvelle politique avalisée par le Conseil d'Etat cherchant un juste équilibre entre logiques de santé publique et de sécurité publique. Il s'agit dès lors, d'éviter la transmission des maladies infectieuses, de prévenir la dégradation physique des personnes s'injectant des drogues tout en diminuant les risques de trouver des seringues usagées sur la voie publique.

Le Programme fait l'objet d'un financement par le Service de la santé publique et le suivi statistique est confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Le matériel remis aux personnes toxicodépendantes est fourni par l'intermédiaire de la Pharmacie 24 à Lausanne.

Buts du Programme

- rendre le matériel stérile accessible sur l'ensemble du territoire vaudois
- unifier les pratiques par le biais de l'échange « n+2 »
- améliorer la récupération des seringues usagées
- permettre une évaluation de la situation.

Participation et travail en réseau

- une accréditation du Médecin cantonal est nécessaire pour être intégré au Programme ;
- douze structures réparties sur la canton (centres d'accueil, centres de traitement, éducateurs de rue et un délégué de la Pharmacie 24) travaillent en réseau ;
- une coordination cantonale se réunit régulièrement et permet de régler les questions en cours ;
- une formation spécifique est rendue obligatoire pour tous les intervenants auprès de ARIA^b.

Matériel fourni et modalités d'échange

- l'échange du matériel « n+2 » est la règle. Dans une logique de prévention des risques de maladies transmissibles, la personne reçoit 2 seringues même si elle n'est pas en mesure de ramener du matériel usagé ;
- le matériel est fourni gratuitement aux personnes toxicodépendantes ;
- liste du matériel : seringues à filtre, eau stérile, tampons désinfectants, acide ascorbique, cupules pour préparation du produit, boîtes de récupération du matériel usagé, préservatifs masculins et féminins, lubrifiant.

^a « Concept cantonal de remise de matériel d'injection stérile pour les personnes toxicodépendantes », à consulter sur www.infoset.ch/f/textes/risques/vaud_concept_cantonal.pdf. Pour la dernière version du rapport, s'adresser directement au service de la Santé publique.

^b ARIA, organisme de formation spécialisé dans les questions de dépendance, Yverdon-les-Bains. Le programme des cours peut être consulté sur : <http://www.infoset.ch/inst/great/aria/>

Où trouver ce matériel dans le canton de Vaud^a ?

Lausanne et environs

<p>Le Passage, centre d'accueil de jour Pl. du Vallon 4 1005 Lausanne Tél.: 021 311 11 15 mailto:abs@urbanet.ch</p>	<p>Soupe Populaire (Fondation Mère Sofia) Rue St Martin 18 1007 Lausanne Tél.: 021 661 10 15 mailto:soupe@fondation.ch http://www.fondation.ch</p>
<p>Centre St Martin Rue St Martin 7 1003 Lausanne Tél : 021/316 16 16 http://www.infoset.ch/inst/das-vd/st-martin.html</p>	<p>Association Fleur de Pavé / bus pour les personnes exerçant les métiers du sexe Sévelin 32 1004 Lausanne Tél.: 021 661 31 21 mailto:fleurdepave@bluewin.ch http://www.infoset.ch/inst/fleur</p>
<p>Uniset est présent à St Laurent pour du dépannage en matière de matériel stérile Lausanne Tél : 079/615 21 21 mailto : uniset@ausanne.ch http://www.lausanne.ch/uniset</p>	
<p>Prilly Monsieur J.-François Schlaeppli Métiers 1, C.P. 76 1008 Prilly Tél.: 079 229 11 37 Fax: 021 622 72 87 (CSR Prilly) mailto:jeff-@romandie.com</p>	<p>Lausanne et canton Rel'aids (Association du Relais) Grand-Rue 82 1110 Morges mailto:relaids@relais.ch http://www.relais.ch Jean-Jacques Marro 079 233 30 06 Patricia Fontannaz 079 212 78 87 Lionel Vandel 079 210 58 13</p>

Riviera

<p>Vevey Action Communautaire et Toxicomanie /ACT Ancienne Monneresse 5 1800 Vevey Tél.: 021 921 50 50 mailto:a.c.t@urbanet.ch</p>	<p>Bex Azimut - Centre de compétences dépendances Gare 14 1880 Bex Tél.: 024 463 03 77 mailto:azimut@nant.ch</p>
<p>Montreux UAS Unité Ambulatoire Spécialisée Alpes 66 1820 Montreux Tél.: 021 965 44 65 mailto:uas@nant.ch http://www.nant.ch</p>	

La Côte

<p>EDS Entrée de Secours Rue des Fossés 4, C.P. 1110 Morges 1 Tél.: 021 803 67 47 mailto:entreedesecours@bluewin.ch http://www.entree-de-secours.ch</p>

^a Ce matériel peut également s'acheter dans les pharmacies.

Nord-vaudois

Zone Bleue

Rte de Neuchâtel 4
1401 Yverdon-les-bains
Tél.: 024 420 24 44
<mailto:zonebleue@freesurf.ch>

De plus amples informations concernant les structures citées sont accessibles sur le site www.infoset.ch/inst/relier: ***L'aide aux toxicomanes – Répertoire pour un réseau vaudois***

Pour tout renseignement, vous pouvez vous adresser à
Nathalie Christinet
Rel'ier
Rue Enning 1 – 1003 Lausanne
Tél. 021 323 60 58, fax 021 323 60 61, Email : nchristinet@relais.ch

Service du Médecin cantonal
Cité-Devant 11
1014 Lausanne
Tél. 021 316 42 26

Programme cantonal de prévention des maladies transmissibles Échange de matériel stérile pour les personnes toxicodépendantes

Que faire en cas d'accident avec une seringue usagée?

Le sang est le mode de transmission des virus HIV et de certaines hépatites (B et C). Tout accident (piqûre avec une seringue usagée) est à prendre au sérieux. Il est important d'agir au plus vite pour limiter les risques d'infection et de demander une consultation médicale. Selon la situation, un traitement prophylactique à prendre dans les 72h suivant l'accident peut être proposé.

Marche à suivre

- rincer abondamment la blessure à l'eau courante et désinfecter
- mettre un pansement
- téléphoner à l'hôpital et se présenter à une consultation médicale pour une évaluation de la situation
- informer l'employeur afin qu'il puisse aviser les assurances (accident, éventuellement perte de gain) concernées.

Adresses de consultation

CHUV / Consultation des maladies infectieuses
Rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne
Du lundi au vendredi de 9h à 17h - tél. 021 314 10 22
Hors horaires d'ouverture : tél. 021 314 11 11, demander le médecin de garde de l'infectiologie.

Hôpitaux régionaux

Service des urgences de l'hôpital le plus proche du lieu de travail.

Tests anonymes de dépistage du virus HIV

Polyclinique médicale universitaire (PMU)
Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne
Tél. 021 314 60 60

Vaccination contre l'hépatite B

Il est recommandé aux personnes exerçant une profession à risque de se faire vacciner contre l'hépatite B. Votre médecin vous conseillera volontiers.

Matériel d'information

- « Qui s'y frotte, ne s'y pique pas forcément », guide pratique pour les professions occasionnellement concernées par les personnes s'injectant des drogues, peut être commandé gratuitement à Rel'ier.
- Documentation de la SUVA concernant la prévention des infections transmises par voie sanguine et recommandation pour la vaccination du personnel sur : www.suva.ch

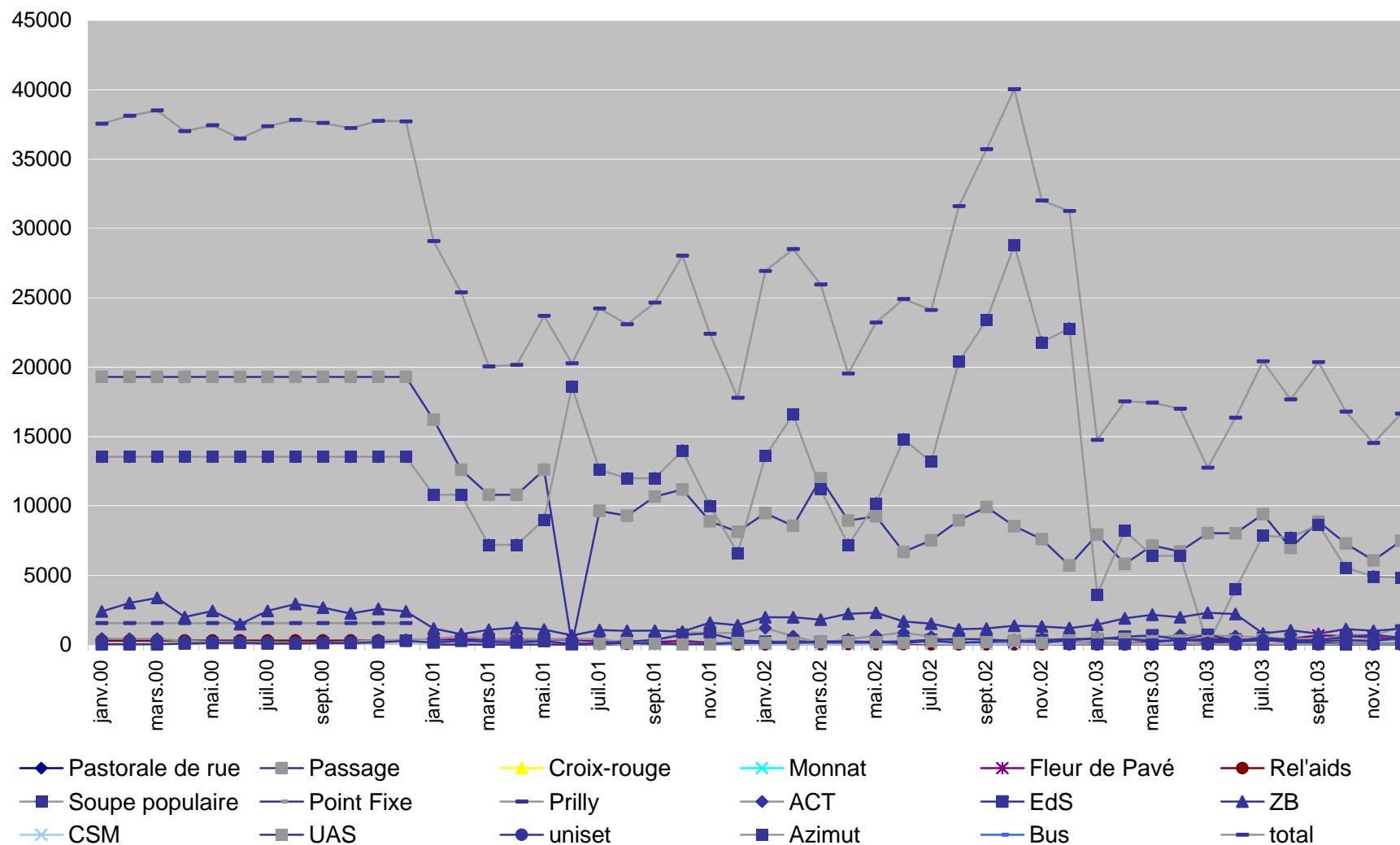
Pour tout renseignement, vous pouvez vous adresser à

Nathalie Christinet
Rel'ier
Rue Enning 1 – 1003 Lausanne
Tél. 021 323 60 58, fax 021 323 60 61, Email : nchristinet@relais.ch

Service du Médecin cantonal
Cité-Devant 11
1014 Lausanne
Tél. 021 316 42 26

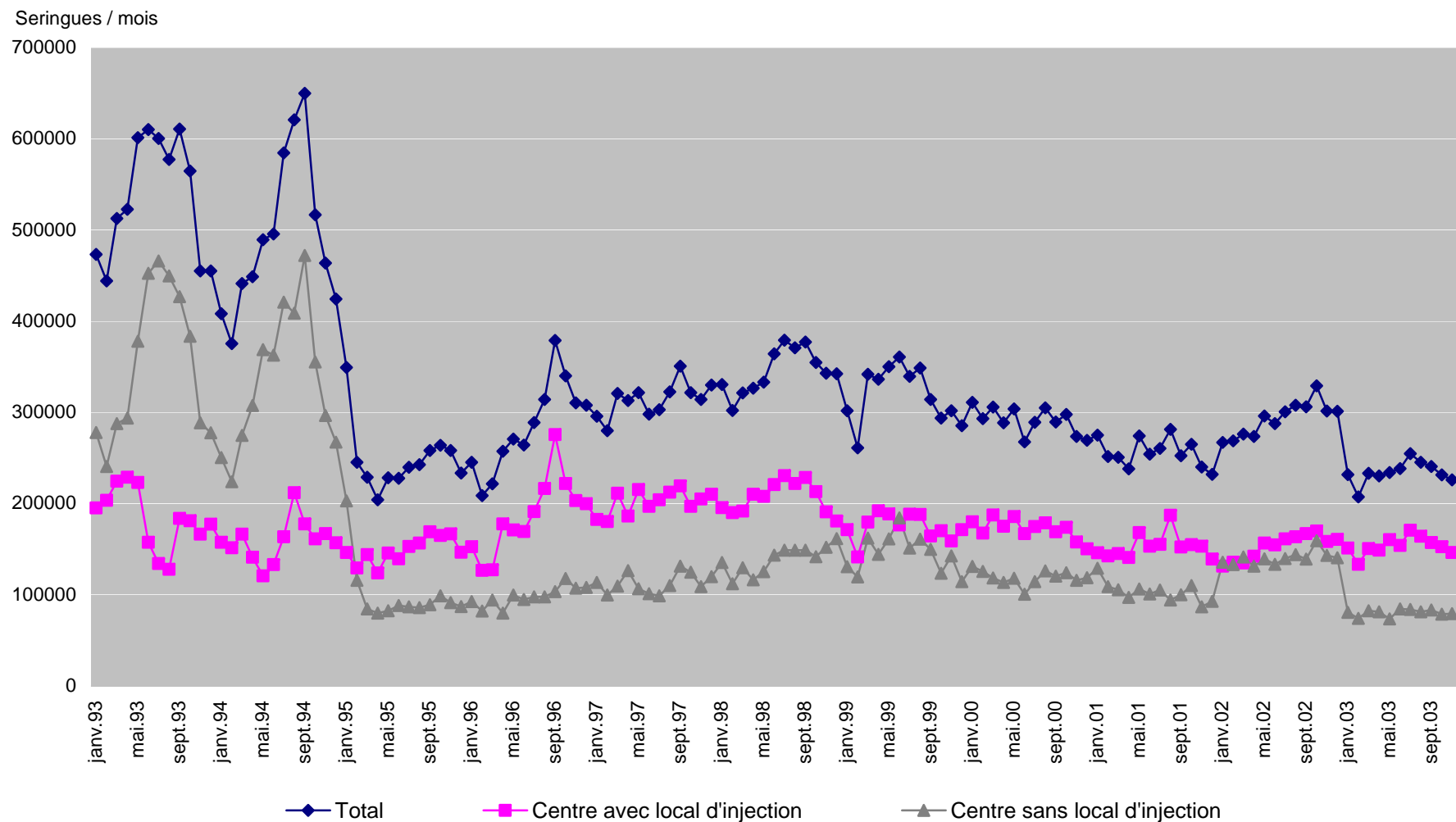
N.Christinet/Rel'ier
2004

Figure 8.9 Evolution de la distribution de seringues dans le canton de Vaud, données par mois de mars 1996 à décembre 2003 (Source IUMSP)



* Données de stock jusqu'en juin 2001. Relevé mensuel par les structures depuis juillet 2001.

Figure 8.10 Evolution de la distribution de seringues dans les structures à bas seuil en Suisse de 1993 à 2003 (Source IUMSP)



8.6 ANNEXES AU CHAPITRE 6 ENQUÊTE PHARMACIE

8.6.1 Questionnaire aux pharmaciens

ENQUETE AUPRES DES PHARMACIENS DU CANTON DE VAUD SUR LA REMISE DE SERINGUES ET DE TRAITEMENTS A LA METHADONE

Remise de matériel stérile

1 Laquelle de ces formules correspond le mieux à votre attitude personnelle en ce qui concerne la remise de matériel stérile aux toxicomanes ?

UNE SEULE REPONSE SVP

- 1.....J
'approuve totalement la remise de seringues et j'estime que
cela fait partie de mon travail de pharmacien
- 2.....J
e distribue des seringues parce que j'y suis obligé en tant que pharmacien.....
- 3.....P
ar principe, je suis contre, mais je distribue quand même des
seringues parce qu'il n'y a pas d'alternative
- 4.....J
e suis totalement contre et je refuse de distribuer des seringues.....
-

2. Combien de toxicomanes entrent en moyenne chaque jour dans votre pharmacie pour chercher du matériel stérile?

- toxicomanes par jour
- Moins d'une personne par jour
-

3. Combien de seringues (seringues stériles simples, sans compter les boîtes « Flash+ ») remettez-vous en moyenne chaque mois aux toxicomanes?.

- | estimation en fonction
des mois d'oct. à déc. 2002 | estimation en fonction
des mois d'avril à juin 2003 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> seringues par mois | - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> seringues par mois |
-

4. Vendez-vous les seringues ou est-ce que vous les distribuez gratuitement?

- Je vends toujours les seringues
- Je les remets gratuitement en échange de seringues usagées ; dans les autres cas,
je les fais payer.....
- Je les distribue toujours gratuitement
-

5. Si vous les distribuez gratuitement, est-ce à vos frais ou par le biais de structures spécialisées ?

- A mes frais
- Je m'approvisionne dans une structure spécialisée

6. Si vous vendez actuellement les seringues, accepteriez-vous d'accord pour les remettre gratuitement si on vous les fournissait gratuitement ?

- Oui...
 - Non..
-

7. Avez-vous des sets d'injection « Flash + » dans votre assortiment?

- Oui...
 - Non.. > Si non passez à la question 9
-

8. Combien de sets d'injection « Flash + » vendez-vous en moyenne chaque mois?

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| estimation en fonction
des mois d'oct. à déc. 2002 | estimation en fonction
des mois d'avril à juin 2003 |
| - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> sets par mois | - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> sets par mois |
-

9. Remettez-vous des seringues pendant les heures de garde (par ex. la nuit ou le week-end) ?

- Oui, toujours
 - Oui, mais dans des cas exceptionnels
 - Non
 - Je ne suis jamais de garde
-

10. Quelles restrictions imposez-vous lors de la remise des seringues?

PLUSIEURS REPONSES SONT POSSIBLES

- Je limite le nombre de seringues par toxicomane
 - Je ne remets les seringues qu'en échange des seringues usagées
 - Je prends une décision en fonction de l'attitude et du comportement du toxicomane
 - Je remets les seringues sans y attacher de conditions
 - Autre restriction: _____
-

11. Acceptez-vous de reprendre les seringues usagées?

- Oui, toujours.....
 - Oui, dans certaines conditions.....
 - Non, sauf exception
 - Non, jamais > si non, passez à la question 14
-

12. Si oui, combien de seringues récupérez-vous en moyenne chaque mois? Faites une estimation en fonction des 3 derniers mois (avril-juin 2003).

- seringues par mois
-

13. Quels sont les problèmes liés à la reprise des seringues usagées dans votre officine?

PLUSIEURS REPONSES SONT POSSIBLES

- La reprise des seringues usagées ne me pose aucun problème
- Risque de contamination pour moi et mon personnel
- Problèmes liés au maniement et au stockage des seringues usagées.....
- Problèmes liés au traitement ultérieur des seringues usagées (solutions inexistantes ou insuffisantes).....
- Dégoût du personnel.....
- Craintes exprimées par le reste de la clientèle.....
- Autre problème: _____ .

Dispensation de méthadone

14. Acceptez-vous de dispenser de la méthadone dans votre pharmacie?

- oui
- non
- si non pourquoi ? _____

15. Actuellement, combien de personnes viennent chercher de la méthadone dans votre pharmacie?

- personnes.

16. Pourriez-vous accepter de suivre davantage de cure de méthadone ?

- oui - si oui, combien ? _____
- non - si non pourquoi ? _____

17. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez par rapport à la distribution de méthadone dans votre pharmacie?

PLUSIEURS REPONSES SONT POSSIBLES

- Je manque d'information/connaissance sur la gestion des cures de méthadone
- Je ressens un manque de collaboration avec les médecins/institutions gérant la cure ...
- Problème d'image par rapport au reste de la clientèle
- Vols, cambriolages et autres menaces
- Problèmes de contact avec les toxicomanes
- Surcharge de travail, manque de temps
- Autre difficulté _____

18. Avec qui collaborez-vous pour le suivi des personnes en cure de méthadone

- Uniquement avec des médecins en cabinet
- Uniquement avec des centres spécialisés en toxicomanie
- Avec des médecins en cabinet et des centres spécialisés en toxicomanie
- Autres partenaires : _____

Prévention

19. Est ce que vous offrez d'autres prestations aux personnes toxicomanes qui utilisent votre pharmacie ?

Pour chaque prestation ci-dessous, indiquez si vous l'offrez fréquemment, rarement ou pas du tout

	fréquemment	rarement	jamais
- Remise d'autre matériel stérile, tel que tampon, ascorbine, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Entretien, écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Informations sur le VIH ou les hépatites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autres prestations(préciser lesquelles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Estimez-vous être suffisamment équipé et préparé pour délivrer un message de prévention VIH (spécialement aux toxicomanes) ?

- Oui

- Non Si non, quels seraient vos besoins ? (plusieurs réponses possibles)

Information écrite à remettre à cette clientèle

Formation personnelle

Formation des collaborateurs

Liste d'adresses utiles

Autres (préciser)

21. Et par rapport aux hépatites B et C, estimez-vous être suffisamment équipé et préparé pour délivrer un message de prévention (spécialement aux toxicomanes) ?

- Oui

- Non Si non, quels seraient vos besoins ? (plusieurs réponses possibles)

Information écrite à remettre à cette clientèle

Formation personnelle

Formation des collaborateurs

Liste d'adresses utiles

Autres (préciser) _____

22 La remise de seringues et/ou de méthadone dans les pharmacies vous semble-t-elle poser des problèmes qui n'ont pas été abordés dans ce questionnaire ? Y a-t-il des possibilités d'améliorer la situation ?

Vos remarques et commentaires sont les bienvenus :

23. Accepteriez-vous de rencontrer un membre de notre équipe pour un entretien plus approfondi sur la place que pourraient prendre les pharmaciens dans la prise en charge des personnes toxicodépendantes ?

- Oui Si oui, nous vous contacterons d'ici à la fin de l'été

- Non

8.6.2 Liste des pharmaciens ayant participé à un entretien

Tableau 8.11 Liste des pharmacies retenues pour un entretien plus approfondi

Pharmacie	Lieu	Attitude	Seringues (Environ)	Méthadone	Problèmes avec les toxicomanes	Commentaire
1	Prilly	+/-	10	10	Non	Problèmes image Écoute /entretiens Manque info VHB/C
2	Lausanne	-	Plus de 500	3	Oui	Agressivité, disputes Quid convention Ass ? Métha OK, seringues non
3	Bex	+/-	30	10	Non	Problème image Agressivité + prob contacts avec tox Manque formation /suivi p/ contact et réactions face tox
4	Ste-Croix	+	30	8	Non	Prob : vols, contacts, image, ... Besoin d'info VIH/VHB Manque suivi médical
5	Montreux	+	50	8	Oui	Besoin info prévention Besoin d'un contrat médecin-patients. Limite nb métha pour assurer qualité
6	Le Sentier	+	4	5	Oui	Prob contacts avec tox. Métha prend bcp temps et énergie. Cures métha pas assez strictes. Manque info + suivi
7	Lausanne	-	20	7	Non	Prob image + contacts avec tox Gros prob avec médecins et ass./caisses maladie Patients fuient dialogue
8	Nyon	+	40	4	Oui	Manque de suivi des médecins Souvent entretiens. Manque respect cure métha Manque info p/ prévention
9	Morges	+	3	14	Oui	Métha = gros travail administratif Difficulté avoir ordonnances
10	Renens	-	90	17	Oui	Problèmes d'image et éthiques ; dégoût du personnel et craintes Impression de remettre de la drogue

8.6.3 Guide d'entretien avec les pharmaciens vaudois

La grille présentée ici ne contient que les questions de base posées lors des entretiens. Celles-ci ont été complétées ou précisées à l'aide de questions plus spécifiques lors de chaque entrevue et en fonction de sa dynamique propre.

1. Comment qualifieriez-vous la clientèle toxicomane qui entre dans votre officine ?
2. En quoi consiste la vente de seringues et pratiquement, comment cela se passe-t-il dans votre pharmacie ?
3. Est-ce que vous connaissez l'existence du concept seringue du canton de Vaud ?
4. Quels sont les différents aspects de la dispensation de méthadone (préparation, dosage, dispensation - boire sur place ou emporter, message de prévention) ?
5. Qu'est-ce que cela implique pour vous comme travail ? (avant, pendant et après la dispensation) ?
6. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait faciliter votre travail par rapport à la dispensation de méthadone (information, formation, autres, ...) ?
7. Avez-vous des contacts avec le dispositif existant ? /avec qui collaborez-vous plus spécifiquement ?
8. Comment vous sentez-vous pour délivrer des messages de prévention spécialement aux toxicomanes ?

8.7 ANNEXE AU CHAPITRE 7 DROGUES DE SYNTHÈSE ET COCAÏNE EN MILIEU FESTIF

8.7.1 Présentation des enquêtes

▪ Enquête SONAR (1998, 2004)

Le projet de recherche SONAR a démarré en 1996 dans le cadre du réseau européen IREFREA (réseau formé de sept bureaux qui développe des partenariats avec des experts européens dans le domaine des difficultés de la jeunesse, de la prévention contre les toxicomanies et de la prévention de l'usage de drogues).

Ce projet consiste à étudier les habitudes des jeunes dans le cadre des loisirs de fin de semaine, en particulier la vie festive, avec pour objectif de mieux comprendre les jeunes et leurs différentes sous-cultures, ainsi que plus spécifiquement l'usage de drogues en milieux festifs.

Initialement, un large collectif de consommateurs d'ecstasy dans différentes villes européennes a été étudié, avec une recherche approfondie sur les représentations sociales vis-à-vis de l'ecstasy et les autres caractéristiques de ces consommateurs. Cette étude a donné lieu à un rapport *Characteristics and social representations of ecstasy in Europe (1997)*⁴⁰.

Sur cette base, la deuxième étude *Night life in Europe and recreative drug use (1998)*⁴¹, a porté sur la consommation de drogues en général, partant du constant que le plus souvent il y a multi-consommation. 2700 jeunes dans neuf villes européennes (Athènes, Berlin, Coimbra, Manchester, Modène, Nice, Palma, Utrecht et Vienne) ont répondu à un questionnaire proposé dans les lieux festifs (nocturnes). En plus de l'enquête quantitative, une étude ethnographique sur la vie festive dans ces neuf villes a été réalisée.

Dans chaque ville, l'échantillon comprend 300 personnes choisies de façon aléatoire dans les lieux festifs identifiés dans la phase exploratoire. Ainsi, l'échantillon (N=2662) est composé d'une majorité d'hommes (57,6%) et l'âge moyen est de 21,8 ans.

Enfin, en 2004 est paru une troisième étude, *Risk and control in the recreational drug culture*⁴², qui est une étude approfondie des données provenant du même échantillon, complétées par une nouvelle recherche qualitative menée en 1999.

▪ Enquête Tossman, Boldt et Tensil (1998)

L'enquête *The use of drugs within the techno party scene in european metropolitan cities*⁴³ a été réalisée en 1998, en milieu techno, dans sept villes européennes (Amsterdam, Berlin, Madrid, Prague, Rome, Vienne et Zürich).

L'objectif de l'étude est d'examiner la consommation de drogues dans un contexte spécifique, la scène festive techno d'un certain nombre de villes européennes.

Afin d'obtenir des échantillons relativement comparables dans les différentes villes, 500 personnes fréquentant des soirées techno ont été sélectionnés de façon aléatoire dans chacune d'entre elles et ont répondu au questionnaire.

L'enquête portait sur une population de "visiteurs de soirées techno" (N=3'503), dont un peu plus d'un tiers de femmes (38,2%). L'âge moyen était de 21 ans, avec une majorité des répondants dans le groupe d'âge des 18-20 ans et un participant sur quatre qui avait entre 22 et 25 ans. Enfin, seuls 16,4% de l'ensemble des participants avaient plus de 25 ans.

▪ Enquête ESCAPAD (2000)

L'Enquête sur la santé et les comportements lors de l'Appel de Préparation A la Défense (ESCAPAD) a été mise en place en 1997^a et permet d'interroger tous les adolescents qui passent leur Journée d'appel de préparation à la défense une semaine donnée.

L'objectif de cette étude transversale est de fournir des résultats précis sur une tranche d'âge réduite. Plus précisément, il s'agit de disposer d'indicateurs sur la santé et les conditions de vie, de connaître la

^a Elle remplace les *enquêtes annuelles de suivi épidémiologique sur les conduites toxicophiles* menées par le Service de la santé des Armées qui ont été abandonnées depuis 1996, suite à l'abolition du service national obligatoire.

prévalence de consommation des différentes substances psychoactives (licites et illicites), les âges de début de consommation, ainsi que de connaître l'évolution de ces indicateurs et enfin d'identifier les caractéristiques et facteurs associés à ces pratiques.

Lors de sa première réalisation en mai 2000⁴⁴, l'enquête a permis de recueillir les réponses à un questionnaire auto-administré pour près de 14'000 jeunes. Pour une majorité, il s'agit de jeunes de 17 ans des deux sexes (36,2% de garçons et 24,1% de filles) et une proportion importante de jeunes entre 18 et 19 ans (26,8% de garçons et 12,9% de filles).

▪ **Enquête ISPA (1996)**

L'enquête *Consommation d'ecstasy en Suisse romande*⁴⁵ a été réalisée en 1996 dans le milieu techno. L'objectif étant de connaître le portrait (caractéristiques socio-démographiques) des consommateurs d'ecstasy, les caractéristiques de la consommation (fréquence, lieux, dosage), de même que les risques encourus et enfin les connaissances qu'ont ces consommateurs des produits.

L'échantillon a été constitué en deux temps et avec des méthodes différentes (méthode boule de neige auprès de personnes fréquentant le milieu techno, lors de soirées, distribution par une association, ...).

Au total, sur les 1060 questionnaires distribués, seuls 211 ont été retournés. L'échantillon (N=211) comprend 108 personnes qui consomment ou ont consommé de l'ecstasy (29 personnes) et 103 personnes qui n'ont jamais consommé d'ecstasy. Les répondants sont pour une large majorité des hommes (82%), avec l'âge des répondants allant de 14 à 37 ans. Deux tiers des consommateurs ont plus de 20 ans, dont 46% entre 21 et 25 ans.

▪ **Enquête Fondation Contact Berne (1999)**

La Fondation Contact Berne a mené une enquête durant sa présence sur les stands dans les soirées techno, afin de savoir qui a besoin d'un projet de prévention avec *testing* de pilules tel que Pilot E. Il s'agissait de recueillir des données sur les caractéristiques démographiques des consommateurs, ainsi que des données sur les comportements de consommation et l'estimation des risques.

Un questionnaire a été proposé aux personnes venant faire tester leur pilule (N=89) au cours des 17 occasions.

Dans l'échantillon de 89 personnes, 4 sur 5 sont des hommes et la moyenne d'âge est de 21 ans.

Les résultats de cette enquête sont publiés dans le rapport plus général *Ein Präventionsprojekt der Gesundheits-und Fürsorgedirektion des Kantons Bern und der Stiftung Contact Bern*⁴⁶.

▪ **Enquête Zürich (2001)**

L'équipe du Streetwork de Zürich a réalisé entre octobre 2001 et novembre 2003 une enquête⁴⁷ dans 21 soirées où elle était présente. L'objectif étant de documenter les comportements de consommation (substances consommées, fréquences, mélanges, ...) des personnes fréquentant les soirées et notamment la scène techno.

Au cours de ces soirées, 890 demandes de conseil lui ont été adressées. L'étude porte sur un échantillon (N=299) composé des personnes qui ont eu un entretien de conseil (toutes ont demandé un test de pilule) et qui, au préalable, ont rempli un questionnaire. Il s'agit majoritairement d'hommes (245), les femmes n'étant que 48. Les répondants avaient entre 15 et 53 ans, avec une moyenne d'âge de 25 ans.

▪ **Enquête Aware Dance Culture (2003)**

Entre mars et juillet 2003, l'équipe d'Aware Dance Culture à Bienne a réalisé une petite enquête⁴⁸ lors de rassemblements techno dans trois clubs, concernant la consommation de substances.

L'étude porte sur un échantillon restreint (N=73) de personnes qui se sont rendues au stand d'Aware Dance Club et qui ont répondu au questionnaire. L'échantillon comprend un tiers de femmes (24) et l'âge des répondants se situe entre 14 et 39 ans, avec un âge moyen de 23 ans.

▪ **Enquêtes PREVTECH/SUPEA (2002 et 2004)**

Prevtech en collaboration avec le SUPEA a réalisé en 2002 (mars-septembre) une enquête sur le phénomène de la culture techno en Suisse romande⁸.

Il s'agit d'un questionnaire destiné aux personnes qui fréquentent les soirées techno afin de mieux connaître les profils de consommation, les prises de risques ainsi que l'accès à l'aide.

Dans cette première enquête, les questionnaires étaient mis à disposition sur le stand de prévention de Prevtech et récoltés de façon à préserver l'anonymat.

L'échantillon (N=126) comprend un tiers de femmes et, bien que la fourchette d'âge soit étendue (15 à 58 ans), trois personnes sur quatre (75,5%) ont entre 15 et 22 ans, avec une moyenne d'âge de 21 ans.

La deuxième enquête a été réalisée entre juin et juillet 2004 dans trois clubs lausannois et deux soirées techno à la Vallée de Joux. Cette étude a pour particularité d'avoir fait passer un questionnaire à l'entrée des soirées et clubs et non pas uniquement aux visiteurs des stands de prévention. C'est sans doute cela qui explique que les prévalences, plus représentatives de l'ensemble des usagers fréquentant la scène techno, sont aussi plus basses qu'ailleurs.

L'échantillon (N=302) comprend 40% de femmes. Les répondants ont entre 16 et 46 ans, avec une moyenne d'âge de 22,7 ans. Les trois quart ont entre 16 et 25 ans.