

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

EPIDEMIOLOGIE DE LA TOXICOMANIE
DANS LE CANTON DE VAUD ET
EVALUATION DES NOUVEAUX PROJETS
FINANCES PAR LE CANTON DE VAUD
DEPUIS 1996

*Thérèse Huissoud, Jean-Pierre Gervasoni,
Fabienne Benninghoff, Françoise Dubois-Arber*

Etude financée par :

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

Groupe de pilotage :

Madame le Dr I. Berclaz,
Monsieur le Dr J. Besson,
Monsieur P. Favrod,
Monsieur A. Féret,
Monsieur Y. Lanini,
Monsieur le Dr J. Martin,
Monsieur le Dr E. Rivier,
Monsieur E. Toriel (Président)

Remerciements :

A toutes les institutions qui ont participé à l'évaluation

Citation suggérée :

Huissoud T, Gervasoni, J-P, 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).

TABLE DES MATIERES

Préambule	7
Résumé du rapport	9
1. Introduction	13
1.1 Objectifs retenus et questions d'évaluation	13
1.2 Mandat de l'évaluation	14
1.3 Evaluation des nouveaux projets	14
1.3.1 Méthodologie d'évaluation pour les centres d'accueil et de traitement	17
1.3.2 Méthodologie d'évaluation pour les projets de travail de proximité	18
1.3.3 Méthodologie d'évaluation pour les autres projets	18
2. Centres d'accueil et de traitement	19
2.1 Centre St-Martin (CSM) : Centre d'accueil, d'orientation et de traitement ambulatoire pour toxicomanes à Lausanne	20
2.1.1 Historique et objectifs	20
2.1.2 Méthodes d'évaluation	20
2.1.3 Étapes dans la mise en route	21
2.1.4 Eléments facilitateurs	24
2.1.5 Obstacles et difficultés	24
2.1.6 Organisation interne	24
2.1.7 Résultats des feuilles de prise en charge	25
2.1.8 Résultats de l'étude des dossiers de suivi	28
Prise en charge au temps T0	29
Traitement des dossiers sur 6 mois et une année	29
Personnes adressées ailleurs	30
Drop out (DO)	31
Résultats du suivi sur 6 mois et 1 an	31
Evolution des prises en charge sur 6 mois et 1 an.	31
Evolution des doses de méthadone	33
Evénements durant la prise en charge	33
Intervenants extérieurs	34
Evolution de la consommation	34
Evolution de l'insertion des patients à 1 an	35
2.1.9 Conclusions	36
2.1.10 Enjeux et recommandations	37
2.2 Entrée de secours (EdS) :	
Centre d'accueil pour la région Morges - Aubonne	38
2.2.1 Historique et objectifs	38
2.2.2 Méthodes d'évaluation	38
2.2.3 Étapes dans la mise en route	38
2.2.4 Eléments facilitateurs	39
2.2.5 Obstacles et difficultés	39
2.2.6 Organisation interne	40
2.2.7 Résultats du monitoring 1997	40
2.2.8 Résultats des feuilles de prise en charge	41
2.2.9 Conclusions	44
2.2.10 Enjeux et recommandations	44

2.3	Zone Bleue (ZB) :	
	Centre d'accueil et de prévention pour toxicomanes à Yverdon	45
2.3.1	Historique et objectifs	45
2.3.2	Méthodes d'évaluation	45
2.3.3	Etapes dans la mise en route	45
2.3.4	Eléments facilitateurs	46
2.3.5	Obstacles et difficultés	47
2.3.6	Organisation interne	47
2.3.7	Résultats du monitoring, 1997	47
2.3.8	Résultats des feuilles de prise en charge	48
2.3.9	Conclusions	51
2.3.10	Enjeux et recommandations	51
2.4	Unité ambulatoire spécialisée de la Riviera	52
2.4.1	Historique et objectifs	52
2.4.2	Organisation interne	52
2.4.3	Méthodes d'évaluation	53
2.5	Comparaisons des trois centres d'accueil et de traitement (CSM, EdS, ZB)	53
3.	Travail de proximité	57
3.1	Travail éducatif de proximité de la Riviera (ACT)	57
3.1.1	Historique et objectifs	57
3.1.2	Méthodes d'évaluation	58
3.1.3	Etapes de la mise en route	58
3.1.4	Eléments facilitateurs	58
3.1.5	Obstacles et difficultés	59
3.1.6	Organisation interne	59
3.1.7	Résultats du monitoring	59
3.1.8	Conclusions	61
3.1.9	Enjeux et recommandations	61
3.2	Travail éducatif de proximité Morges-Aubonne	62
3.2.1	Historique et objectifs	62
3.2.2	Méthodes d'évaluation	62
3.2.3	Etapes dans la mise en route	62
3.2.4	Eléments facilitateurs	63
3.2.5	Obstacles et difficultés	63
3.2.6	Organisation interne	63
3.2.7	Résultats du monitoring	63
3.2.8	Conclusions	64
3.2.9	Enjeux et recommandations	64
3.3	Travail éducatif de proximité Aigle-Pays d'Enhaut	65
3.3.1	Historique et objectifs	65
3.3.2	Méthodes d'évaluation	65
3.3.3	Etapes de la mise en route	65
3.3.4	Eléments facilitateurs	66
3.3.5	Obstacles et difficultés	66
3.3.6	Organisation interne	66
3.3.7	Résultats du questionnaire	66
3.3.8	Conclusions	67
3.3.9	Enjeux et recommandations	67
3.4	Comparaisons des trois projets de travail éducatif de proximité	68

4.	Pistes de réflexion	69
5.	Les autres projets	71
5.1	Programme résidentiel pour adolescents du Levant	71
5.2	Le Parachute	71
5.3	Trampoline	73
5.4	La Mallette	75
5.5	Projet Voilà-Vaud	76
6.	Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud	78
6.1	Estimation du nombre de consommateurs de drogues	79
6.2	Consommation de drogues illégales chez les jeunes	80
6.3	Indicateurs de décès	80
6.4	Indicateurs de répression	81
6.5	Indicateurs de traitement et de prise en charge	84
6.5.1	Traitement ambulatoire : Méthadone	84
	Profil des patients en traitement à la méthadone	86
	La prise en charge de patients toxicomanes par le médecin praticien dans le canton de Vaud	87
6.5.2	Statistique nationale des traitements ambulatoires drogue et alcool SAMBAD (ISPA/OFS/OFSP)	87
6.5.3	Statistique traitements résidentiels de la toxicomanie FOS (Forschungsverbund stationäre Suchttherapie)	88
	Données relatives à l'activité de la Fondation du Levant	88
6.5.4	Statistiques des institutions psychiatriques OPALE	89
6.5.5	Conclusions	90
6.6	Indicateurs de réduction des risques	91
6.6.1	Enquête nationale des centres à bas seuil UEPP 1993, 1996	91
6.6.2	Données sur le nombre de seringues mises à disposition dans le Canton de Vaud	93
	Enquête nationale auprès des pharmacies	93
	Enquête nationale auprès des centres à bas seuil	94
6.6.3	Synthèse sur la distribution de seringues dans le Canton de Vaud	97
6.6.4	Données VIH / SIDA du canton de Vaud et de Suisse	98
6.6.5	Conclusions	99
6.6.6	Recommandations	99
6.7	Autres sources de données	100
6.7.1	Approches thérapeutiques mises à disposition dans les prisons	100
6.7.2	Admissions aux urgences par les ambulances et le SMUR, étude 1996	100
6.8	Conclusions et recommandations	101
6.8.1	Introduction	101
	Evolution des principaux indicateurs	101
	Nombre des consommateurs	104
	Gravité des problèmes liés à la toxicomanie	105
6.8.2	Recommandations	106

7.	Conclusions globales	107
7.1	Recommandations	110
	Références bibliographiques	112
	Liste des tableaux	114
	Liste des figures	115
Annexe 1	chapitres 2 et 3 : Centres d'accueil et de traitement et travail de proximité	
Annexe 2	chapitre 6 : Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud	
Annexe 3	chapitre 7 : Conclusions globales	

PREAMBULE

L'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) a obtenu un **mandat d'évaluation** agréé pour 2 ans par la Commission cantonale de prévention et de lutte contre la toxicomanie qui se décompose en **trois tâches principales** :

1. Mettre en place de manière progressive l'évaluation des divers projets retenus par la Commission en utilisant **diverses approches d'évaluation** en fonction de l'évolution de ceux-ci.
2. Répondre aux **questions d'évaluation spécifiques** qui se posent pour chacun des nouveaux projets financés par le Conseil d'Etat de façon à avoir une vue d'ensemble sur leur devenir et à guider les intervenants et la Commission dans leurs réflexions et leurs actions (cf. chapitre 2, 3, 4, 5 et 7 du rapport complet).
3. Répondre aux questions qui concernent **l'évolution de l'ensemble de la situation de la toxicomanie dans le canton**. Ceci est réalisé par un suivi épidémiologique des principaux indicateurs de la taille et de la gravité du problème de la toxicomanie dans le canton (avec comparaisons intercantoniales et nationales quand c'est possible, cf. chapitre 6 et 7 du rapport complet).

Il s'agit en particulier de **répondre à un certain nombre de questions** découlant des **cinq objectifs globaux** fixés par la Commission (voir ci-après). Le suivi de ce travail d'évaluation a été assuré par un groupe de pilotage émanant de la Commission. Différents problèmes rencontrés ont pu ainsi être discutés au sein de ce groupe.

Ce **rapport complet** présente les travaux réalisés durant la première année du projet et comprend :

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

Le **rapport abrégé** contient une brève description des objectifs de chaque projet et de la méthodologie d'évaluation et reprend l'ensemble des conclusions et recommandations formulées pour chaque projet. Il comprend également la synthèse de la situation épidémiologique de la toxicomanie dans le canton.

Le **résumé** présente les éléments actuels de réponses aux questions d'évaluation relatives aux cinq objectifs globaux, ainsi qu'une série de recommandations générales. Il est complété par un tableau récapitulatif qui présente les tendances mesurées et/ou appréciées en regard des objectifs globaux et des questions d'évaluation.

RESUME DU RAPPORT

De **manière générale**, on constate que la majorité des treize premiers projets évalués se développent conformément à ce qui était prévu. Un des trois projets de travail de proximité est encore en phase d'implantation. L'Unité pour Adolescents de la Fondation du Levant a décidé de réduire son activité d'environ 50% compte tenu d'une demande inférieure à celle qui avait été planifiée.

De **manière plus spécifique** - par rapport aux objectifs poursuivis -, on peut faire le bilan suivant :

OBJECTIF I Augmenter la capacité de prise en charge et de rétention en traitement des consommateurs de drogues

a) Comment évolue la demande d'aide et de traitement ?

La demande de traitement était très forte avant l'ouverture des nouvelles structures de traitement et d'accueil ambulatoire. Ces nouveaux centres ont permis d'absorber une partie de cette demande. Toutefois, celle-ci reste actuellement encore importante et supérieure à l'offre.

b) Quel est le profil de la clientèle des nouvelles structures ?

Les femmes constituent un tiers de la clientèle. La plupart des usagers sont des consommateurs au long cours, polytoxicomanes. Les jeunes de 15 à 20 ans (12 à 21% selon la structure) et les consommateurs sans traitement antérieur (environ 50% dans les premiers mois de l'activité du Centre St-Martin de Lausanne (CSM)) sont bien présents dans les trois structures, et cela conformément à leurs missions.

c) Quelle est la capacité de rétention ?

La capacité de rétention en traitement, évaluée seulement pour le CSM, est élevée (>70%). Les centres d'accueil ont réussi à stabiliser un pool d'usagers plus ou moins réguliers et à accompagner nombre d'entre eux dans une démarche sociale et thérapeutique.

OBJECTIF II Améliorer la diversité et la qualité de cette prise en charge, améliorer la chaîne thérapeutique

d) Comment évolue l'offre en aide et en traitement ?

Les indicateurs de traitement et de prise en charge montrent une augmentation de l'offre en traitement et en aide socio-éducative qui reste cependant toujours inférieure à l'ensemble des demandes formulées par les personnes toxicodépendantes. Cette augmentation des capacités repose essentiellement sur l'ouverture de nouvelles structures : CSM, Entrée de Secours à Morges et Zone Bleue à Yverdon. En ce qui concerne les traitements à la méthadone, ils ont passé de 1200 en 1995 à 1576 au début de l'année 1998. Le CSM suit à lui seul 280 patients en cure de méthadone au début 1998. Les médecins praticiens gardent cependant une place prépondérante dans l'offre de traitements de substitution (90% des cas en 1995, 75% fin 1997).

e) Est-ce que la qualité des traitements s'améliore ?

Avec l'ouverture des nouvelles structures, mais aussi avec les nouvelles orientations prises par le canton en matière de réduction des risques (autorisation de remise de matériel d'injection par certaines structures agréées, cf. objectif III), la diversité et la qualité de la prise en charge au sens large se sont

fortement accrues. On a multiplié les portes d'entrée vers une aide ou un traitement. L'offre s'est diversifiée (sevrages, prises en charge intégrées médico-psycho-sociales, groupes thérapeutiques, prises en charge mieux coordonnées entre intervenants de divers domaines, etc.). Ce processus est allé de pair avec une meilleure définition des rôles de chacun des acteurs du réseau médical et social. Néanmoins, des ajustements concernant la fonction de chacun dans le réseau sont encore nécessaires.

f) Est-ce que la chaîne thérapeutique fonctionne ?

La collaboration avec les partenaires du réseau s'est développée particulièrement dans le domaine de l'aide socio-éducative, moins surchargée, que dans le domaine du traitement. En effet, l'augmentation des traitements à la méthadone est essentiellement due à l'ouverture du CSM qui connaît des difficultés à transférer les patients stabilisés vers le réseau des médecins praticiens prescripteurs de méthadone. Cette situation commence seulement à s'améliorer.

Malgré ces goulots d'étranglements, la chaîne thérapeutique fonctionne mieux, du fait du rôle de plaque tournante que remplissent les nouvelles structures, qui ont développé des liens avec tous les acteurs du réseau. Toutefois, la détection et la prise en charge précoce des consommateurs de drogues dépendants doivent encore être améliorées. Il s'agit de développer le travail de proximité et les liens entre les divers intervenants qui sont en contact avec les jeunes en difficultés et les centres d'accueil et de traitement.

OBJECTIF III Améliorer la santé des consommateurs et leur insertion socioprofessionnelle

Les divers indicateurs à disposition montrent une évolution contrastée de la situation des consommateurs.

g) Est-ce que l'état de santé des consommateurs s'améliore ?

De manière générale, l'état de santé des consommateurs s'améliore, en tout cas pour ceux qui sont en contact avec des structures d'aide, de soins et de réduction des risques. Le nombre de décès liés à l'abus de drogues a également diminué depuis 1994. La prévention de la transmission du VIH s'est améliorée avec une diminution du partage du matériel d'injection (39% de partage durant les 6 derniers mois en 1993 vs 24% en 1996) et une meilleure accessibilité à celui-ci (17'300 seringues distribuées ou vendues par mois en 1994 vs 38'300 en 1996). Ceci a conduit à une stabilisation voire une diminution de la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues. Cependant, les efforts entrepris dans le domaine de la réduction des risques doivent se poursuivre et se développer dans tout le canton.

h) Quelle est la situation socioprofessionnelle des consommateurs de drogues ?

Dans les structures pour lesquelles il existe une information relative à l'évolution de la situation socioprofessionnelle, celle-ci s'est améliorée (CSM étude de dossiers : 78% sans travail au début de la prise en charge vs 41% après 1 an). De plus, en raison des difficultés de réinsertion, aggravées par la situation économique, l'augmentation de l'intervention dans le domaine social a réussi à empêcher une détérioration de la situation, celle-ci restant tout de même encore très précaire.

i) Est-ce que la délinquance et les problèmes qui lui sont associés diminuent ?

Il n'existe pas de données précises sur l'évolution de la délinquance associée. Tout au plus peut-on constater une augmentation du nombre de dénonciations pour infractions à la LStup (4346 en 1994 vs 5330 en 1997). Ceci essentiellement pour les dénonciations relatives à la cocaïne (395 en 1994 vs 698 en 1997). Par contre, les dénonciations concernant l'héroïne sont en baisse (1948 en 1994 vs 1348 en 1997).

j) Quelles sont les activités nouvelles dans le domaine de la prévention secondaire ?

Les activités de prévention secondaire se développent lentement, notamment par le biais du travail de rue. De telles activités demandent un long temps de mise en route (implantation, mise en confiance des

populations-cibles, etc.) et ne peuvent porter leurs fruits qu'à long terme. Elles doivent donc encore être soutenues.

OBJECTIF IV Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants

k) Quelle est l'évolution du nombre de consommateurs ?

Il n'existe pas de mesure directe du nombre des consommateurs dans le canton de Vaud. L'évolution de divers indicateurs indirects va plutôt dans le sens d'une stabilisation, voire d'une diminution du nombre des consommateurs dépendants. La combinaison de diverses estimations permet de situer le nombre de consommateurs de drogues sévèrement dépendants dans une fourchette de 2'500 à 3'000.

l) Que consomment-ils, comment et à quelle fréquence ?

Plusieurs indicateurs révèlent une aggravation de la consommation : augmentation de la poly-consommation (héroïne, cocaïne, benzodiazépines), augmentation de la fréquence de consommation et des injections. Cette évolution peut s'expliquer par l'abondance des produits sur le marché (baisse des prix, arrivée de la cocaïne), mais aussi par un certain laxisme dans la prescription des tranquillisants.

OBJECTIF V Renforcer les activités de prévention primaire et secondaire

Ces activités n'ont pas été évaluées de manière approfondie dans cette phase de l'évaluation.

m) Quelle est la couverture en prévention en milieu scolaire ?

Le travail de prévention primaire dans les écoles (projet La Mallette) développé par le Centre d'Aide et de Prévention touche toutes les régions du canton, reçoit de plus en plus de demandes et arrive à ses limites de capacité d'intervention.

n) Quelle est l'évolution des demandes faites aux médiateurs scolaires ?

En ce qui concerne les médiateurs, on relèvera qu'ils ne se sentent pas investis prioritairement dans un travail de prévention secondaire de la dépendance et que la plupart des demandes qui leur sont faites relèvent de difficultés personnelles et familiales, non spécifiques.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations relatives à chaque projet se trouvent dans les parties descriptives qui les concernent (chap. 2 à 5). Nous présentons donc ci-dessous une série de recommandations d'ordre plus général qui concerne notamment la suite de l'évaluation des projets et de l'épidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud.

- ◆ Le travail en réseau doit encore être renforcé, particulièrement pour la prise en charge et l'aide des nouveaux (jeunes) consommateurs de drogues. En ce sens, le rôle des projets de proximité doit encore être affiné en favorisant une approche de prévention secondaire centrée en priorité sur les populations à risques.

- ◆ Sur la base des connaissances acquises après cette première phase d'évaluation, nous proposons au groupe de pilotage et éventuellement à la Commission cantonale de participer à une réflexion approfondie autour des objectifs globaux et des nouvelles questions d'évaluation, afin de préciser ceux-ci pour la deuxième phase de l'évaluation.
- ◆ Si pour la majorité d'entre-elles les tendances mesurées ou appréciées vont dans le sens des objectifs poursuivis, il nous semble néanmoins judicieux de faire des choix quant aux priorités de chaque projet en regard des objectifs globaux une fois que ceux-ci auront été mieux précisés.
- ◆ Il est nécessaire d'implanter immédiatement, dès 1998 et avec saisie rétroactive des cas depuis le début de l'année, les statistiques nationales FOS (traitements résidentiels) et méthadone.
- ◆ Il serait utile de réfléchir à la mise sur pied d'un groupe de "veille" regroupant des intervenants de terrain, des policiers, éventuellement des chercheurs qui se réunisse régulièrement pour échanger les vues sur l'évolution de la situation sur le terrain dans les différentes régions du canton, y compris les régions périphériques pour lesquelles on manque de données : distribution des problèmes rencontrés, gravité, etc. Il serait ainsi possible d'avoir une vision en continu sur les fluctuations du marché ou des consommateurs dans différents endroits, sur les problèmes qui apparaissent et sur les réponses à donner.
- ◆ Les études que nous proposons pour la deuxième phase de l'évaluation sont les suivantes :
 - Une étude sur le réseau qui apportera des informations sur son fonctionnement (cf. Objectif II).
 - Une étude permettant une estimation ponctuelle plus fiable du nombre de consommateurs de drogues dépendants (cf. Objectif IV).
 - Des études de suivi de patients, de devenir à moyen-long terme (cohortes, études sur dossier, etc.) dans différentes structures de soins pour les consommateurs dépendants (cf. Objectif I-IV).

Tableau récapitulatif

↗ augmentation

↘ diminution

→ stable

Objectifs et questions d'évaluation	Projets contribuant aux divers objectifs	Tendances mesurées/appréciables
<p>I Augmenter la capacité de prise en charge et de traitement des consommateurs de drogues <i>Comment évolue la demande d'aide et de traitement ?</i></p> <p><i>Quelle est la capacité de rétention ?</i></p>	<p>CSM*, EdS**, ZB***, Unité Adolescents</p> <p>CSM EdS ZB Unité Adolescents CSM EdS, ZB</p>	<p>↗ augmentation</p> <p>↗ ↗ ↗ ↘ diminution >70% à mesurer phase II</p>
<p>II Améliorer la diversité et la qualité de la prise en charge, améliorer la chaîne thérapeutique <i>Comment évolue l'offre en aide et en traitement ?</i></p> <p><i>Est-ce que la qualité des traitements s'améliore ?</i> <i>Est-ce que la chaîne thérapeutique fonctionne ?</i></p>	<p>CSM, EdS, ZB, projets de proximité, Trampoline, Parachute</p> <p>CSM, EdS, ZB, projets de proximité, Trampoline, Parachute</p>	<p>↗</p> <p>↗</p> <p>à mesurer phase II → à ↗</p>
<p>III Améliorer la santé des consommateurs de drogues et leur insertion socioprofessionnelle <i>Est-ce que l'état de santé des consommateurs s'améliore ?</i> <i>Est-ce que la situation socioprofessionnelle des consommateurs s'améliore ?</i></p> <p><i>Est-ce que la délinquance et les problèmes qui lui sont associés diminuent ?</i></p> <p><i>Quelles sont les activités dans le domaine de la prévention secondaire ?</i></p>	<p>CSM, EdS, ZB, projets de proximité, Trampoline, Parachute</p> <p>CSM Trampoline Parachute EdS, ZB, projets de proximité Projets de proximité</p>	<p>→ à ↗</p> <p>↗ ↗ ↗ à mesurer phase II à mesurer phase II ↘ dénonciations héroïne ↗ dénonciations cocaïne ↗</p>
<p>IV Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants <i>Quelle est l'évolution du nombre de consommateurs ?</i></p> <p><i>Que consomment-ils, comment et à quelle fréquence ?</i></p>	<p>Tous les projets</p>	<p>→ à ↘ (environ 2'500, à mieux mesurer phase II) → à ↘ (environ 2'500, à mieux mesurer phase II) ↗ poly-consommation ↗ fréquence injection chez cocaïnomanes ↗ proportion injecteurs chez demandeurs de traitement</p>
<p>V Renforcer les activités de prévention primaire et secondaire <i>Quelle est la couverture en prévention en milieu scolaire ?</i></p>	<p>La Mallette, Voilà-Vaud, projets de proximité</p> <p>En dehors de La Mallette, pas abordé dans cette phase de l'évaluation</p>	<p>↗</p> <p>2'600 élèves dans 26 arrondissements scolaires (septembre 97-mars 98)</p>

* CSM = Centre St-Martin

** EdS = Entrée de Secours

*** ZB = Zone Bleue

1. INTRODUCTION

Pour renforcer le dispositif de prévention et de prise en charge de la toxicomanie dans le canton et combler les lacunes existantes, le Conseil d'Etat a décidé en 1996^a de soutenir un ensemble de nouveaux projets dans ces domaines. Ces projets ont été acceptés sur préavis de la Commission cantonale pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie, formée en 1995. Ils apparaissent dans le tableau 1.3.a. Le financement de ces projets est réparti entre le Canton et les communes à raison d'environ deux tiers pour le premier et un tiers pour les deuxièmes.

En parallèle, le Canton a chargé l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP):

- d'évaluer ou de soutenir l'évaluation des nouveaux projets financés,
- de suivre l'évolution de la situation épidémiologique de la toxicomanie dans le canton de Vaud par l'analyse et la synthèse de données existantes (statistiques, études ad hoc).

Ce projet est financé pour deux ans et ce rapport présente les résultats de la première année de travaux.

Structure du rapport d'évaluation

Ce rapport d'évaluation est composé de six parties en dehors de l'introduction. Le chapitre 2 contient les évaluations des trois projets d'accueil et de traitement. Le chapitre 3 porte sur les évaluations des trois projets de travail de proximité. Un chapitre comparatif suit la présentation des trois centres d'accueil et de traitement (cf. 2.5), ainsi que celle des projets de travail de proximité (cf. 3.4). Le chapitre 4 présente des pistes de réflexion pour les divers types de collaboration entre les structures et le travail de proximité. Le chapitre 5 décrit les cinq projets pour lesquels une évaluation interne a eu lieu. Le chapitre 6 porte sur la partie épidémiologique de la toxicomanie dans le canton de Vaud avec des comparaisons nationales et intercantionales. Le chapitre 7 présente les conclusions et recommandations globales, en offrant une vue d'ensemble sur le devenir des nouveaux projets qui permet une réflexion autour des 5 principaux objectifs retenus (cf. 1.1). Il fournit des éléments de réponse, encore partiels toutefois, aux questions d'évaluation qui se posent autour des mesures mises en place pour lutter contre les problèmes posés par la toxicomanie.

1.1 OBJECTIFS RETENUS ET QUESTIONS D'EVALUATION

Lors des séances préparatoires avec le comité de pilotage de l'évaluation et de l'épidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud, une série d'objectifs et de questions d'évaluation rattachées à ces objectifs ont été définis d'un commun accord. Nous les présentons ci-dessous en rappelant que la plupart de ces objectifs portent sur le long terme et qu'il n'est pas encore possible de répondre de manière détaillée et précise à l'ensemble des questions d'évaluation.

I. Augmenter la capacité de prise en charge et de rétention en traitement des consommateurs de drogues

Comment évolue la demande d'aide et de traitement ?
Quel est le profil de clientèle des nouvelles structures ?
Quelle est la capacité de rétention ?

II. Améliorer la diversité et la qualité de cette prise en charge, améliorer la chaîne thérapeutique

^a Extrait du procès-verbal du Conseil d'Etat du 26 juin 1996.

Comment évolue l'offre en aide et en traitement ?
Est-ce que la qualité des traitements s'améliore ?
Est-ce que la chaîne thérapeutique fonctionne ?

III. Améliorer la santé des consommateurs et leur insertion socioprofessionnelle

Est-ce que l'état de santé des consommateurs s'améliore ?
Quelle est la situation socioprofessionnelle des consommateurs de drogues ?
Est-ce que la délinquance et les problèmes qui lui sont associés diminuent ?
Quelles sont les activités dans le domaine de la prévention secondaire ?

IV. Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants

Quelle est l'évolution du nombre de consommateurs ?
Que consomment-ils, comment et à quelle fréquence ?

V. Renforcer les activités de prévention primaire et secondaire

Quelle est la couverture en prévention en milieu scolaire ?
Quelle est l'évolution des demandes faites aux médiateurs scolaires ?

D'autres questions évoquées lors de ces réunions sont plus fondamentales et générales et moins directement liées aux mesures mises en place. On peut les considérer comme des questions de recherche (à traiter séparément avec des moyens ad hoc) et celles-ci ne seront donc pas traitées dans ce rapport. Nous en donnons à titre indicatif et de clarification quelques exemples ci-dessous:

- Comment devient-on toxicomane? Etiologie ? Histoire naturelle ? Quel traitement adapté à quel type de toxicomane ? Quel est le devenir à long terme des personnes toxicomanes (étude de cohorte) ? Existe-t-il une population cachée de toxicomanes ?

1.2 MANDAT DE L'EVALUATION

A partir des objectifs généraux formulés et des questions qui en découlent (cf. 1.1), on peut découper le mandat en trois tâches :

1. Répondre aux questions d'évaluation spécifiques qui se posent pour chacun des nouveaux projets financés par la Commission de façon à avoir une vue d'ensemble sur leur devenir et à guider les intervenants et la Commission dans leurs réflexions et leurs actions (cf. chapitre 2, 3, 4, 5 et 7).
2. Répondre aux questions qui concernent l'évolution de l'ensemble de la situation de la toxicomanie dans le canton. Ceci est réalisé par un suivi épidémiologique des principaux indicateurs de la taille et de la gravité du problème de la toxicomanie dans le canton (avec comparaisons intercantionales et nationales quand c'est possible, cf. chapitre 6 et 7).
3. Mettre en place de manière progressive diverses approches d'évaluation en fonction de l'évolution des divers projets et des priorités retenues par la Commission et le groupe de pilotage.

1.3 EVALUATION DES NOUVEAUX PROJETS

Au total, treize projets ont démarré depuis octobre 1996 et ont fait l'objet d'une évaluation soit interne (ou auto-évaluation), soit externe. Le tableau récapitulatif 1.3.a rappelle les informations de base sur chacun d'entre eux. Deux projets, l'Unité de Sevrage de la Calypso (US) et l'Unité Ambulatoire Spécialisée de la Riviera (UAS) ont démarré au début de 1998 (cf. 2.4). Pour ces projets, une réflexion

sur le mode d'évaluation a déjà commencé et tire profit des enseignements de cette première année d'évaluation. Rappelons cependant que l'un des objectifs poursuivis par l'UEPP était de mettre en place des méthodes d'évaluation convenant à chaque projet et d'utiliser, quand cela était pertinent, des outils qui permettent la comparaison entre les structures ou les projets de même type (cf. 1.3.1 et 1.3.2).

Afin d'assurer le maximum de transparence relative à l'évaluation, nous avons transmis de manière régulière l'information disponible aux personnes concernées par celle-ci. De même tous les chapitres de ce rapport ont été préalablement relus par les responsables des projets afin d'éviter la présentation d'éléments erronés.

Tableau 1.3.A Présentation des projets soumis à l'évaluation

Nom du projet	Contenu résumé	Date début	Durée probable	Coût d'exploitation / participation du canton	Statistiques	Evaluation
Centre St-Martin	• Centre d'accueil et de traitement ambulatoire	ouvert fin sept 96	long terme	1'448'000 / 1'448'000*	Méthadone / Opale statistiques produites par le centre	en cours par UEPP, fiche de prise en charge, suivi de dossiers, réunions de suivi
Centre d'accueil et de prévention (Yverdon)	• Lieu d'information, de conseil et d'orientation thérapeutique ouvert 5 jours sur 7	avril 1997	long terme	636'000 / 480'000		en cours par UEPP, modèle proche de celui de St-Martin (simplifié)
Centre d'accueil de Morges-Aubonne	• Centre d'accueil, orientation et soutien	mai 1997	long terme	528'000 / 400'000		en cours par UEPP, modèle proche de celui de St-Martin (simplifié)
Unité ambulatoire spécialisée de la Riviera (Fondation de Nant)	• Centre d'accueil, orientation et traitement	mars 1998	long terme	803'000 / 451'000	Méthadone / programme informatique spécifique	de type St-Martin actuellement en discussion
Unité de sevrage	• Unité de sevrage (10 lits) pour sevrages classiques et ultra-courts	février 1998	long terme	1'450'000 / 1'450'000*	OPALE	en cours de définition
Travail de proximité (Aigle/Pays d'Enhaut)	• Travail de rue par 2 travailleurs sociaux de proximité, centré sur les jeunes	avril 1997	long terme	296'000 / 150'000		modèle comparable pour les 3 projets de travail de proximité : rapport d'activité, monitoring, réunions de suivi
Travail éducatif de proximité (Morges-Aubonne)	• Travail social de proximité, centré sur les jeunes à risques	novembre 1996	long terme	100'000 / 100'000		cf supra
Travail éducatif de proximité (Riviera)	• Action communautaire et socio-éducative (toxicomanes et jeunes à risque)	début 1997	long terme	- / 90'000**		cf supra
Programme résidentiel pour adolescents non volontaires	• Prise en charge d'adolescents toxicomanes Demandé par le SPJ	début 1997	long terme	200'000 / 200'000	proposition : participation à FOS a minima	évaluation interne
Parachute	• Lieu d'accueil et de conseil aux jeunes marginalisés	1997	long terme	540'000 / 360'000		évaluation interne
Trampoline	• Acitivité de l'AVPCD en créant des relations durables entre entreprises publics et privées pour faciliter le placement de personnes en fin de TTT à la méthadone	continue en 97	long terme	75'000 / 20'000		évaluation interne
Projet Voilà-Vaud	• Reprise du projet "Voilà" dans le canton de Vaud	début 1997	long terme	58'000 / 14'000		évaluation interne
La Mallette	• Projet de prévention primaire de type éducatif pour adolescents de 12 à 18 ans	suivi en 1997	long terme	80'000 (DISP) / 80'000		évaluation interne

* participation du canton et des caisses maladies

** participation supplémentaire du canton depuis 1996

1.3.1 Méthodologie d'évaluation pour les centres d'accueil et de traitement

Les trois centres d'accueil et de traitement de Lausanne (Centre St-Martin), Yverdon (Zone bleue) et Morges (Entrée de Secours) font partie des projets pour lesquels une évaluation externe a été développée.

Pour l'ensemble de ces projets, l'évaluation porte sur les questions qui découlent des objectifs généraux :

- Augmenter la capacité de prise en charge.

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

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

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

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

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

En résumé et présentées de façon transversale, les méthodes d'évaluation des centres d'accueil et de traitement figurent dans le Tableau 1.3.B.

Tableau 1.3.B Recueils de données pour les structures d'accueil et de traitement, 1997

	Feuille de contact	Interviews répétés	Utilisation de statistiques (traitement, clientèle)	Analyse du devenir à court terme (sur dossiers)	Comptage des contacts et prestations
St-Martin	+	+	OPALE <i>Méthadone dès 99 ?</i>	+	+
Morges-Aubonne	+	+	<i>Méthadone dès 99 ?</i>	*	+
Yverdon	+	+	<i>Méthadone dès 99 ?</i>	*	+
Unité ambulatoire spécialisée*		+	<i>programme spécifique</i>	**	
Unité sevrage*		+	OPALE	**	

* A développer éventuellement sur le modèle de St-Martin mais simplifié

** En cours de discussion vu leur ouverture différée

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

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

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

Enfin, l'évaluation se base sur les rapports d'activité annuels rédigés par chaque projet.

Tableau 1.3.C Recueil de données pour les projets de travail de proximité, 1997

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

1.3.3 Méthodologie d'évaluation pour les autres projets

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

2. CENTRES D'ACCUEIL ET DE TRAITEMENT

Les trois centres d'accueil et de traitement de Lausanne (Centre St-Martin), Yverdon (Zone bleue) et Morges (Entrée de Secours) font partie des projets pour lesquels une évaluation externe a été développée.

Pour l'ensemble de ces projets, l'évaluation porte sur les questions qui découlent des objectifs généraux :

- Augmenter la capacité de prise en charge.

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

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

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

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

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

En résumé et présenté de façon transversale, les méthodes d'évaluation des centres d'accueil et de traitement sont présentées dans le tableau 2.a :

Tableau 2.a Recueils de données dans les structures d'accueil et de traitement, 1997

	Feuille de contact	Interviews répétés	Utilisation de statistiques (ttt, clientèle)	Analyse du devenir à court terme (sur dossiers)	Comptage des contacts et prestations
St-Martin	+	+	OPALE <i>Méthadone dès 99 ?</i>	+	+
Morges-Aubonne	+	+	<i>Méthadone dès 99 ?</i>	*	+
Yverdon	+	+	<i>Méthadone dès 99 ?</i>	*	+
Unité ambulatoire spécialisée*		+	<i>programme spécifique</i>	**	
Unité sevrage*		+	OPALE	**	

* A développer éventuellement sur le modèle de St-Martin, mais simplifié

** En cours de discussion vu leur ouverture différée

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

2.1.1 Historique et objectifs

Le centre a ouvert ses portes à fin septembre 1996. Ce projet constitue une première dans le canton de Vaud en ceci qu'il s'agit de la première unité spécialisée pour patients toxicodépendants réunissant en un même lieu une équipe sociale et une équipe médico-psychologique. Il est intégré à l'Unité de toxicodépendances du DUPA^b et les aspects de médecine interne sont supervisés par la Policlinique médicale universitaire, dans une relation contractuelle.

L'objectif général du centre 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, dans un premier temps, des réponses adaptées à la demande des personnes toxicomanes telle qu'elles sont capables de l'exprimer. Il entend également jouer un rôle moteur dans la collaboration, les échanges et la formation des différents acteurs impliqués dans le réseau de prise en charge. Plus précisément, le CSM poursuit trois grands objectifs :

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

Le centre se veut une structure accessible aux personnes toxicomanes les plus précarisées, à ceux qui échappent à toute aide publique. Son rôle est celui d'une plaque tournante ou d'un lien entre la rue et les partenaires du réseau socio-sanitaire. La prise en charge se veut médico-psycho-sociale.

2.1.2 Méthodes d'évaluation

En ce qui concerne l'évaluation du CSM, des **réunions de suivi** avec l'équipe ont eu lieu régulièrement depuis son ouverture. Au cours de celles-ci, les points suivants ont été abordés : organisation interne, accueil et aiguillage, type de clientèle, type de prise en charge et de traitement, rapports avec l'environnement, problèmes potentiels ou sous-jacents, questions liées à l'évaluation.

Pour compléter ces réunions, des **entretiens individuels** ont été réalisés avec pratiquement tous les collaborateurs du CSM (personnel social, médical somatique, infirmier, médico-psychologique et administratif). Durant cet entretien, leurs impressions sur le fonctionnement du CSM (ses missions, les éventuelles difficultés rencontrées, etc.) et la manière dont ils conçoivent et vivent leur activité au sein du centre ont été abordées. Cette récolte d'information a fait l'objet d'une restitution à l'équipe.

Dès les premiers jours de fonctionnement et pendant les six premiers mois, une **feuille de premier contact** a été mise en place afin de recueillir des informations sur les personnes se présentant ou appelant pour la première fois le centre. Cet outil a été élaboré avec les responsables du centre. Les données ont été récoltées par chaque collaborateur. Elles ont ensuite été saisies et analysées par l'UEPP. Elles permettent de savoir qui établit le contact, par qui la personne a été adressée, quelle est la nature de sa demande, à qui elle est ensuite adressée. Quelques variables socio-démographiques (sexe, âge, état civil et logement) ainsi que des informations sur une éventuelle prise en charge et sur la consommation de certaines substances ont aussi été recueillies par cette feuille. Ce système a permis de suivre l'évolution du nombre et de la nature des contacts; c'est-à-dire de se faire une idée de la structure de la demande. Les premiers résultats obtenus grâce à cet outil ont fait l'objet d'une restitution à l'équipe du CSM. Par rapport au nombre total de dossiers ouverts pendant cette période, on estime avoir obtenu une couverture d'environ 70% des usagers qui semble suffisante pour ne pas amener de biais dans les résultats. Relevons cependant que du fait que cet outil est rempli lors du premier

^b Département universitaire de psychiatrie adulte.

entretien, certaines questions présentent un taux de réponses assez faible, les informations ne pouvant pas toujours toutes être récoltées lors du premier contact.

Une **étude sur dossier** du devenir à court terme des patients pris en charge par le CSM a également été réalisée. Son objectif est de suivre le parcours d'une partie de ces personnes (cohorte de 100 patients^c). Plus précisément, il s'agit d'examiner à intervalles réguliers (0, 6 et 12 mois) ce qu'il advient d'elles et de rendre compte de la dynamique de leur prise en charge. De plus, pour cerner ce qui se passe entre ces observations ponctuelles, les événements marquants du suivi ont été relevés. La prise en compte de ces deux niveaux permet de dégager les grandes tendances du devenir de la population en question : mise en évidence de trajectoires typiques, mouvements entre le CSM et d'autres structures de la chaîne thérapeutique, etc. La mise sur pied de cette étude a nécessité plusieurs entrevues avec certains collaborateurs du CSM. Un instrument pour récolter les données pertinentes dans les dossiers médicaux a été élaboré et pré-testé. Au stade actuel, les données ont été récoltées et analysées par l'UEPP pour la première cohorte de patients. La seconde phase de l'étude (constitution d'une seconde cohorte de 100 patients pris en charge par le CSM une année après son ouverture) est en cours.

2.1.3 Étapes dans la mise en route

Dès son ouverture (fin septembre 1996), le CSM a été confronté à un afflux de demandes. La plupart des contacts ont débouché sur une prise en charge ; beaucoup de cures de méthadone ont été mises en route. Durant les quatre premiers mois, les nombres de dossiers ouverts et de cures de méthadone suivies au CSM ont augmenté de manière pratiquement exponentielle. Chaque jour, les appels téléphoniques étaient nombreux, trois ou quatre traitements démarraient. Les collaborateurs ont rapidement dû suivre de nombreux cas (environ 25 patients par référent). Cette demande massive a constitué une forte pression pour le centre. Le risque de "burnout" et de dégradation de la qualité des prestations était important.

Pour gérer cette pression, différentes mesures ont été mises en place par l'équipe. Tout d'abord, une règle a été instaurée selon laquelle trois entretiens étaient nécessaires avant de débiter une cure de méthadone. Par ce biais, il s'agissait également de consolider la demande, et donc les chances d'un pronostic favorable. Cette mesure n'étant pas toujours bien reçue par les usagers, on a ensuite parlé de délai ou de liste d'attente. Par ailleurs, il a été décidé de mettre en place des groupes thérapeutiques, qui à la longue doivent alléger la charge de travail des collaborateurs, tout en maintenant un suivi de qualité. Enfin, la décision a été prise au bout d'environ six mois de fonctionnement de limiter les nouvelles cures aux cas d'urgence (mineurs, prochain séjour en prison, etc.).

Des efforts ont alors été entrepris pour contrecarrer l'effet attracteur du centre. Il s'agissait de faire davantage de "dispatching", notamment en adressant les patients stabilisés à l'extérieur (auprès de médecins installés). De plus, le travail en réseau a été progressivement développé, et ce à différents niveaux : d'une part certaines prises en charge ont été effectuées en collaboration avec d'autres intervenants du réseau socio-sanitaire et d'autre part des échanges interinstitutionnels ont eu lieu (rencontres, visites réciproques, etc.). Ces démarches ont surtout porté leurs fruits auprès des pharmaciens (pour la distribution de la méthadone) et dans une certaine mesure avec les médecins, par l'entremise de l'Association Vaudoise des Médecins Concernés par la Toxicodépendance (AVMCT)^d. La volonté était donc de cesser d'être une structure centripète pour devenir beaucoup plus centrifuge.

Ces différentes étapes de la mise en route ressortent des statistiques sur le nombre de dossiers ouverts. Fin novembre 96, plus de 170 dossiers avaient ainsi été ouverts. Par la suite, le rythme des nouveaux contacts s'est ralenti et fin mai 97, environ 400 personnes avaient un dossier ouvert au centre.

^c Il s'agit des 100 premiers dossiers ouverts au centre à l'exception des patients suivis auparavant par le Dr. Bertschy.

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

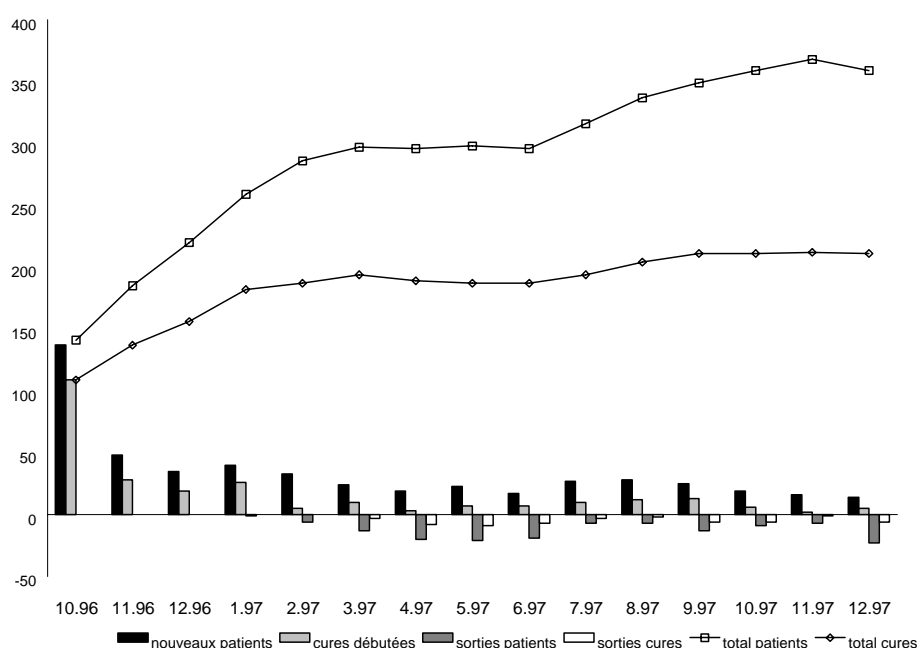
Tableau 2.1.A Profil des usagers du CSM et prise en charge au moment de leur admission (statistique OPALE, données trimestrielles, 1996-1997)

Date	N	% femmes	âge moyen	% < 20 ans	% sans domicile fixe	% sans emploi	% urgence	% cure méthadone
10. 96 - 12. 96	216	34.3	28.7	5.1	1.4	50.0	25.0	70.8
01. 97 - 03. 97	97	33.0	28.8	7.2	5.2	49.5	25.8	42.3
04. 97 - 06. 97	59	42.4	29.1	13.6	11.9	45.8	23.7	28.8
07. 97 - 09. 97	84	25.0	27.7	8.3	7.1	48.8	14.3	45.2
10. 97 - 12. 97	49	36.7	27.9	10.2	4.1	42.8	12.2	26.5
Total	505	33.7	28.5	7.5	4.6	48.5	22.0	51.9

Date	N	N sorties	% toujours suivis 1.98	% sorties	durée prise en charge : moins de 30 jours	durée prise en charge : 30 à 60 jours	durée prise en charge : 60 à 90 jours	durée moyenne prise en charge*
10. 96 - 12. 96	216	55	74.5	25.5	0.0	0.0	1.8	8 mois
01. 97 - 03. 97	97	50	48.5	51.5	10.0	14.0	14.0	4 mois
04. 97 - 06. 97	59	27	54.2	45.8	48.1	7.4	3.7	2.7 mois
07. 97 - 09. 97	84	12	85.7	14.3	8.3	25.0	41.7	2.9 mois
10. 97 - 12. 97	49	4	91.8	8.2	50.0	50.0	0.0	0.5 mois
Total	505	148	70.7	29.3	14.2	9.5	9.5	5.1 mois

* pour les personnes sorties, c'est-à-dire dont le dossier a été fermé

Figure 2.1.A Patients et nombre de cures méthadone au CSM, 1996-1997



Les données des tableaux et de la figure ci-dessus sont tirées de la statistique OPALE et montrent la saturation du centre dès le début de 1997, notamment du point de vue de la mise en route de nouvelles cures de méthadone dont le nombre total est resté stable depuis lors. Le nombre de patients suivis a également été stabilisé autour de 300 en mars 1997, ce qui s'est traduit par une augmentation des sorties: respectivement 51.5 et 45.8% des usagers entrés durant les deux premiers trimestres de 1997 n'étaient plus suivis au CSM au premier janvier 1998 contre seulement 25.5% des personnes admises dans les trois premiers mois depuis l'ouverture. Pour le deuxième trimestre, 60% de ces sorties ont eu lieu dans un délai de deux mois suivant l'admission (durée moyenne de prise en charge de 2,7 mois).

Dès le mois d'août, le nombre d'usagers suivis au centre a légèrement augmenté, tandis que le nombre de cures de méthadone restait stabilisé autour de 200 cures. Le nombre de nouvelles cures débutées depuis cette période correspond grosso modo au nombre de cures qui ont pu être transmises à l'extérieur ou qui ont été terminées. Alors que durant le premier trimestre de fonctionnement du centre, 70% des usagers se voyaient proposer un traitement à la méthadone^e, ils n'étaient plus que 26.5% à y avoir accès une année plus tard. Le profil des consommateurs, tel qu'il ressort des données OPALE, est resté cependant relativement identique depuis l'ouverture du centre.

En mars 1998, le centre estimait avoir ouvert 770 dossiers au total dont 476 étaient toujours ouverts et 294 clos. Parmi les personnes suivies, 139 suivaient une cure de méthadone au centre auxquelles il faut ajouter une centaine de personnes qui s'approvisionnent en pharmacie, tout en faisant l'objet d'une prise en charge médico-sociale par le centre.

D'une manière générale, la proportion de personnes qui quittent le centre reste peu élevée (29%).

Le centre a également repris l'activité de PPMT^f et est devenu le centre de référence en la matière. Si la fréquentation reste relativement stable et inchangée depuis l'époque Bertschy, on peut relever un roulement important parmi les médecins qui participent à cette formation. Cette activité est très prenante pour le médecin cadre du fait des nombreux déplacements que nécessite le suivi des sept

^e Le total des «nouveaux patients» englobent néanmoins les patients de l'ère Bertschy qu'il n'est malheureusement pas possible d'isoler dans la statistique OPALE.

^f Programme de perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicomanie.

groupes régionaux. On peut relever dans le domaine une augmentation des offres de formation, soit dans le cadre de la division des abus de substances, soit à travers la PMU, qui multiplie les occasions de contact entre médecins généralistes et les médecins du CSM.

2.1.4 Eléments facilitateurs

Parmi les éléments qui ont facilité la mise en œuvre du centre, on peut relever la motivation et le dynamisme de l'équipe en place. On peut parler d'une bonne ambiance de travail, d'une solidarité entre collègues et d'une valorisation de l'activité de chacun. Il n'y a pas eu de conflits majeurs au sein de l'équipe, qui auraient pu entraver son fonctionnement. Plus décisif encore, nous semble être la faculté d'auto-organisation dont l'équipe a fait preuve. Elle a su s'adapter à l'évolution de la situation, générer de nouvelles réponses, trouver des solutions aux problèmes. Enfin, il faut relever que les consommateurs de drogues se sont rapidement familiarisés avec cette nouvelle structure. Ils ont aussi pris conscience du sérieux et des exigences du CSM; il ne s'agit pas seulement d'une structure de plus dans le paysage socio-sanitaire, dans laquelle on peut passer une partie de son temps.

2.1.5 Obstacles et difficultés

La principale difficulté rencontrée par le centre est l'affluence et la surcharge de travail qui en découle. De toute évidence, pour répondre à cette demande, le personnel disponible n'était pas suffisant. Cette remarque vaut pour l'ensemble des secteurs, y compris le secteur administratif. Quelques solutions transitoires ont bien été trouvées, mais de manière plus durable ce point reste d'actualité. Par contre, les problèmes de locaux, qui étaient quelque peu sous-dimensionnés par rapport à certaines des activités projetées (par exemple pour les groupes thérapeutiques ou les colloques) ont été résolus par l'extension du centre vers le deuxième étage.

On doit également relever certaines difficultés rencontrées dans la manière de profiler l'image du CSM. Il semble qu'à certains moments, il existait un hiatus entre les intentions du CSM et la manière dont il était perçu par les consommateurs de drogues et par les autres partenaires du réseau socio-sanitaire. L'image était volontiers celle d'un centre hyper-médicalisé, ne sachant pas toujours apprécier l'urgence des situations, voire imposant des barrières perçues comme "arbitraires" à la prise en charge. Ces tensions ont été résolues par une série de rencontres entre institutions qui se sont soldées notamment par l'acceptation de la règle qu'un cas présenté comme une urgence par un autre partenaire (Le Relais par ex.) était par principe accepté comme tel par le CSM.

Durant les premiers mois de fonctionnement, des rumeurs persistantes faisaient état de trafic à proximité du centre aux heures de distribution de la méthadone. Sur ce point, l'équipe a rapidement réagi en cherchant à responsabiliser les usagers. Quant au voisinage immédiat, on aurait pu s'attendre à certains problèmes. Or, ceux-ci ne se sont jamais posés avec acuité, probablement en raison des efforts de relations publiques menés par l'équipe pour prévenir d'éventuelles difficultés, ou de la compréhension de l'entourage.

2.1.6 Organisation interne

L'équipe s'est mise en place progressivement. Actuellement, elle compte plus d'une quinzaine de personnes qui, outre le secrétariat, se répartissent dans les services suivants : service infirmier, service médical somatique, service médico-psychologique et service social. En ce qui concerne son organisation interne, on note une faible spécification des rôles, voire même un refus des clivages classiques (par exemple entre infirmiers et sociaux). Une vision globale ou pluri-focale des problèmes est privilégiée. Dans certains cas, les patients sont suivis en duo, par exemple, un assistant social est épaulé par un infirmier, ou vice versa. L'idée générale est celle d'un espace commun à l'ensemble de l'équipe, à l'intérieur duquel chacun garde sa spécificité.

Concrètement, ce mode de fonctionnement implique que les différents collaborateurs sont amenés à accomplir des tâches relativement variées, dépassant souvent leur domaine de spécialisation : suivi des patients, animation des groupes, tâches administratives, participation aux colloques, supervision, etc. Un système de permanence pour les urgences a été mis en place. Le personnel infirmier assure la

distribution de la méthadone selon un système de tournus. De manière générale, on peut dire que cette organisation interne est perçue comme satisfaisante.

Les personnes assurant les urgences décident de la première orientation d'un nouveau patient. Les colloques du lundi permettent par la suite de rediscuter des cas, des situations d'urgences et d'adapter si nécessaire la prise en charge et le suivi de l'utilisateur.

Le principal point sur lequel on peut mettre un bémol concerne l'absence de véritable mise en commun. Sans doute par manque de temps, il faut bien admettre qu'il y a parfois une certaine ignorance de ce qui se passe à l'intérieur du CSM ou un manque de compréhension du rôle professionnel de chacun. De même en ce qui concerne les dossiers, le mode de faire spécifique à chacun conduit à une palette d'informations présentes très diverse et visiblement, le temps manque pour arriver à définir une plate-forme commune.

2.1.7 Résultats des feuilles de prise en charge

Les résultats qui sont présentés ici sont tirés des feuilles de prise en charge remplies lors du premier contact avec un usager et ceci pendant les 6 premiers mois de fonctionnement du CSM (Annexe 1). Au total 315 fiches ont été utilisées après élimination des doublons. Les taux de non réponse sont parfois assez élevés ce qui tient principalement à l'outil utilisé qui devait être rempli lors du premier contact quand toutes les données ne sont pas encore forcément connues.

L'échantillon des usagers du Centre est composé à 65% d'hommes dont l'âge moyen est sensiblement plus élevé que celui des femmes (28.2/27.1 ans). Celles-ci sont par ailleurs majoritaires (55%) dans la catégorie des moins de 20 ans. La catégorie des célibataires est largement majoritaire (69%) et les personnes sans domicile fixe représentent 15% des usagers⁸.

Dans 59% des cas, le premier contact est établi par la personne dépendante et dans 22% des cas, ce sont les médecins qui prennent le contact (le plus souvent pour un conseil).

60% des usagers ont un médecin traitant et plus de la moitié a déjà essayé antérieurement un traitement de substitution ou un sevrage.

Quelques variations significatives interviennent dans la prise en charge antérieure au contact avec le CSM, en relation avec l'âge des usagers.

- 46,2% des personnes de 20 ans et moins ont un médecin traitant contre 73,9% des plus de 35 ans,
- 28,6% des personnes de 20 ans et moins ont un traitement au moment du contact avec le CSM contre 50,0% des plus de 35 ans,
- enfin 57.1% des personnes de 20 ans et moins n'ont pas suivi de traitement antérieurement contre 42.9% des personnes de plus de 35 ans. La différence est déjà sensible avec les catégories des 26 à 30 et 31 à 35 ans parmi lesquelles les personnes n'ayant pas encore suivi de traitement forment respectivement le 39% et le 36%.

Le 93% des personnes qui viennent consulter à St-Martin consomment de l'héroïne et 146, soit le 58%, sont polytoxicomanes.

La polytoxicomanie est liée à l'âge et nettement plus fréquente dans le groupe des 20 ans et moins (72% contre 59% pour l'ensemble de référence).

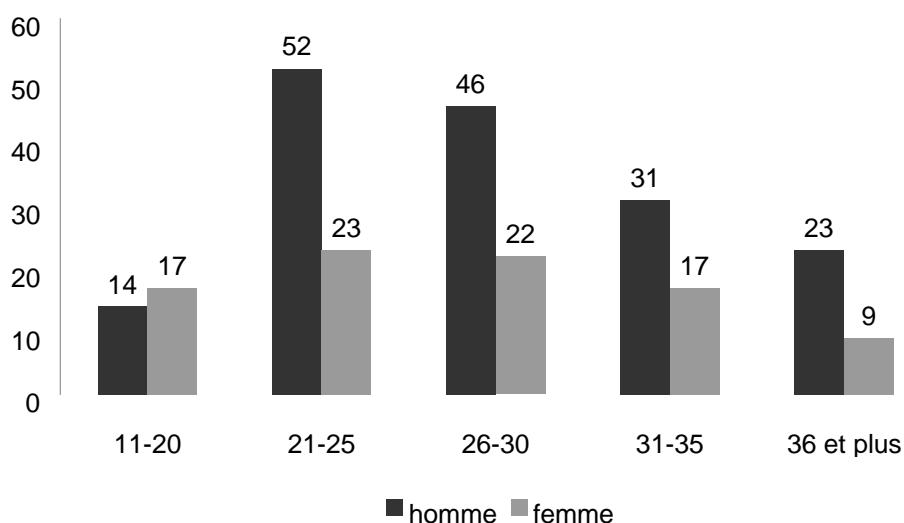
⁸ Des données établies par ailleurs par la médecin de rue (Dresse Monnat) indiquent que 30% des femmes consultant à St Martin ont des enfants.

Tableau 2.1.B Données du Centre St-Martin, tirées des feuilles de 1^{er} contact, octobre 1996 - mai 1997

	Proportion totale	Femmes	Hommes
Sexe (n=295)	100	34.6	65.4
Age moyen (n=254)	27.9	27.1 ans	28.2 ans
Classes d'âge	%		
15-20 ans	12.1		
21-25 ans	29.6		
26 à 30 ans	26.8		
plus de 30 ans	31.5		
Etat civil (n=263)	%	%	%
Célibataire	69.2	61.6	72.7
Marié	3.3	15.1	12.8
Concubin	6.5	10.5	4.7
Divorcé	8.7	9.3	8.1
Veuf	2.3	3.5	1.7
Type de domicile (n=136)			
Fixe	84.6	84.1	84.3
Pas de domicile fixe	15.4	15.9	15.7
Personne prenant le contact (n=309)			
Médecin	22.0	19.8	21.7
Services sociaux	7.1	6.9	7.4
Proches	3.6	3.0	4.2
Famille	4.5	5.0	4.8
Toxicodépendants	58.9	59.4	59.3
Autres	3.9	5.9	2.6
Adressée par qui/ sur le conseil de (n=254)			
Lui-même	57.5	58.6	56.6
Médecin traitant	9.8	8.0	11.3
Médecin de rue	1.2	0.0	1.9
Service social	1.6	2.3	0.6
Famille	2.0	2.3	1.9
CHUV	0.8	0.0	1.3
PMU	0.8	0.0	1.3
PPU	0.4	0.0	0.6
CITB	0.8	1.1	0.6
SUPEA	0.4	1.1	0.0
Cery	1.2	0.0	1.3
RelAids	3.1	1.1	4.4
Pasteur de rue	3.1	3.4	2.5
Autres	12.6	14.9	11.9

	Proportion totale	Femmes	Hommes
Amis, copains	4.7	6.9	3.8
Médecin traitant (n=236)			
oui	59.7	54.3	60.1
Traitement actuel (n=156)			
oui	34.0	29.6	36.6
Traitement antérieur (n=152)			
oui	53.3	50.9	54.2
Substances consommées*			
Héroïne (n=244)	92.8	88.0	94.5
Cocaïne (n=64)	45.7	40.0	50.0
Benzodiazépines (n=72)	52.9	51.0	51.9
Méthadone (n=70)	47.9	48.0	44.4
Cannabis (n=90)	65.7	67.4	63.0
Ecstasy (n=18)	16.8	15.0	19.0
Alcool (n=33)	29.5	23.8	33.3
Autre (n=14)	25.0	24.0	24.1
Nombre de substance (n=273)			
1 substance	42.1	36.1	42.8
2 substances	22.7	26.5	22.5
3 substances	17.2	20.5	16.2
4 substances et plus	18.0	17.0	18.5

* Plusieurs réponses possibles

Figure 2.1.B**Centre St-Martin : usagers selon le sexe et l'âge
(n=254), selon feuilles de 1^{er} contact, octobre 1996 - mai 1997**

Les conclusions que l'on peut tirer de ces premières données sont tout d'abord l'importance du nombre de personnes sans traitement lors des premiers contacts avec le centre. Dans ce sens, l'objectif du centre d'atteindre une population relativement en dehors du circuit de prise en charge peut être considéré comme atteint. Le profil des usagers montre par ailleurs qu'il s'agit de personnes à forte consommation de drogues dures (plus de 90% d'héroïnomanes) et très souvent polytoxicomanes. Plus de 15% sont par ailleurs sans domicile fixe.

2.1.8 Résultats de l'étude des dossiers de suivi

Les données qui suivent sont tirées de l'analyse des 100 premiers dossiers ouverts à St-Martin à l'exception des anciens patients du Dr G. Bertschy (Annexe 1).

La proportion de femmes est de 36%, d'un âge moyen de 25.9 ans contre 29.2 pour les hommes.

L'âge moyen de la première consommation de drogues dures est de 20,4 ans (± 6 ans). Cette variable permet de calculer un indicateur de la durée de consommation. Celle-ci est en moyenne de 7 ans (médiane à 5 ans), mais varie fortement : 10% des patients ne consomment que depuis 1 ou 2 ans, et 10% consomment depuis plus de 15 ans (Figure 2.1.C). Cette mesure reste en partie théorique car les éventuelles interruptions de la consommation ne sont pas prises en compte.

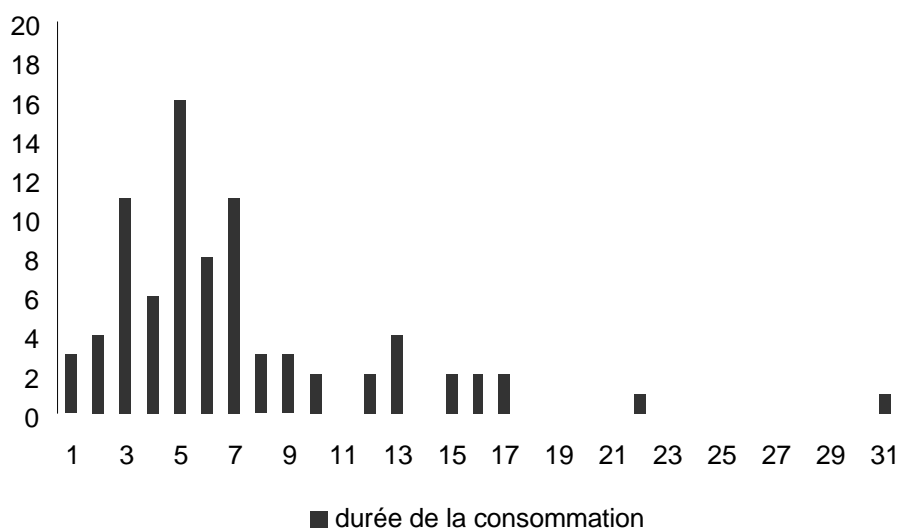
Si la durée moyenne de consommation est identique entre hommes et femmes, on retrouve un âge moyen lors de la première consommation de drogues dures plus bas chez les femmes : 18 ans contre 22 pour les hommes.

Par rapport aux données tirées des feuilles prises en charge, les variables relatives au logement sont légèrement péjorées, de plus on a des indications sur le travail et les relations avec la famille. Sur l'échantillon on obtient ainsi :

- 20% de personnes sans domicile fixe, 2% en institution et 77% avec un domicile fixe privé,
- 79% de personnes sans travail, 7% avec un travail occasionnel et 13% avec un travail régulier,
- Enfin, 24% ont des relations conflictuelles avec leur famille, 41% qualifient ces rapports de moyens et pour 35% ils sont bons.

Figure 2.1.C

Centre St-Martin : Durée de la consommation (années) (n=90), étude des dossiers de suivi, 1996-1997



Sur le total de l'échantillon, 25 usagers (48%) ont déjà séjourné en prison et 31 (52%) n'ont pas fait cette expérience. Pour 44, l'information n'est pas disponible. Le fait d'avoir recours à la prostitution est également lacunaire puisque les non réponses atteignent 73% (71.9% pour les hommes et 75.0% pour les femmes). Parmi les 27 patients restant, 4 déclarent avoir une expérience de la prostitution dont 3 sont des femmes. La séroposivité des patients est également peu connue puisqu'il y a 52 non mention, 2 réponses positives et 46 réponses négatives.

2.1.8.1 Prise en charge au temps T0

Les différentes prises en charge qui ont été proposées aux patients de l'échantillon lors de leurs premiers contacts avec le CSM peuvent être cumulées et se répartissent de la manière suivante :

- Cure de méthadone 68
- Sevrage 11
- Somatique 4
- Psycho-sociale 75
- Psychologique/psychiatrique 6
- Groupe thérapeutique 0

En tout, 86 personnes bénéficient de une, deux, voire trois, prises en charge différentes (les sevrages et les cures de méthadone s'excluent) et seules 14 personnes n'avaient pas, au temps zéro, de prise en charge clairement définie. Parmi les 69 personnes sous méthadone, 58 bénéficiaient également d'une prise en charge psycho-sociale. De même parmi les sevrages, 9 patients étaient suivis psycho-socialement. 7 personnes enfin avaient uniquement un suivi psychologique ou psychiatrique.

2.1.8.2 Traitement des dossiers sur 6 mois et une année

Sur les 100 dossiers examinés, 65 personnes, dont une personne sevrée, sont toujours suivies au centre au bout de 6 mois, 15 ont été adressées ailleurs^h et 20 sont en situation de drop out (Figure 2.1.D). Les

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

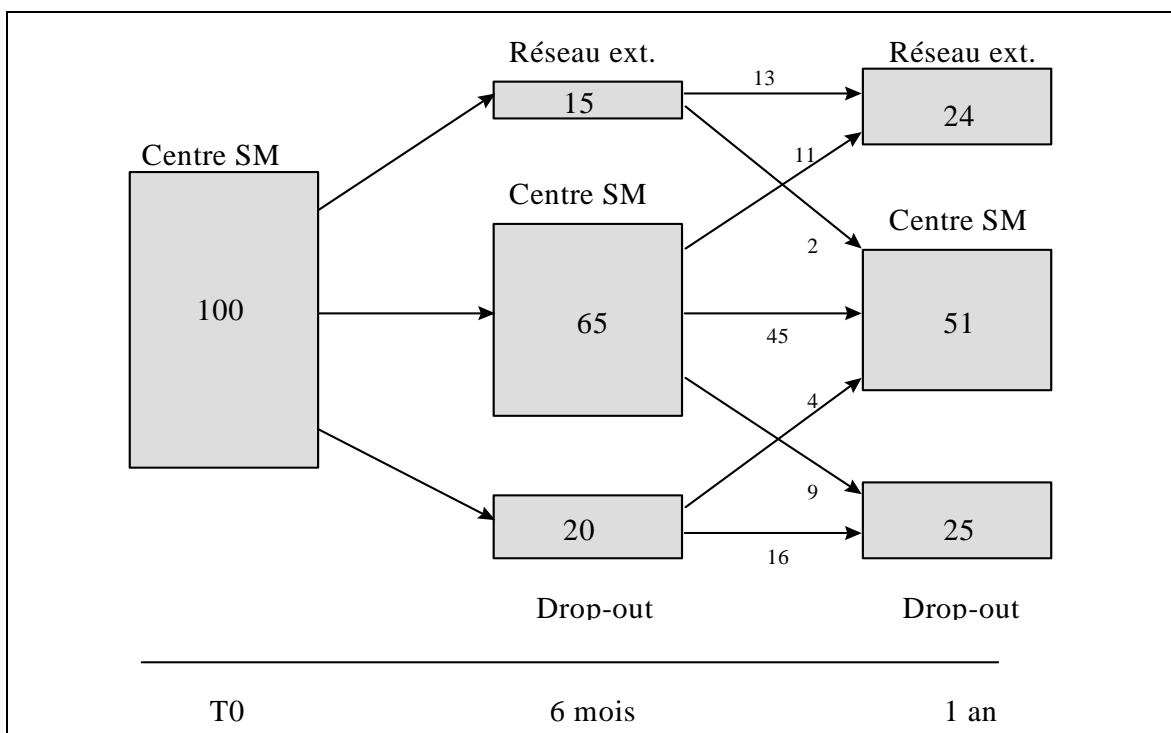
mêmes dossiers repris au bout d'une année montrent que les personnes orientées vers l'extérieur sont au nombre de 24 et constituent ainsi un quart de l'échantillon de départ. Les personnes en situation de drop out ont également augmenté et forment un quart de l'échantillon. Enfin, 51 personnes restent toujours suivies par le centre dont 3 sont considérées comme sevrées.

Le graphique montre également quelques mouvements de retour, soit de personnes qui après avoir été adressées à l'extérieur reviennent pour être suivies à St-Martin (2 personnes), soit d'utilisateurs en situation de drop out au bout de 6 mois qui ont, par la suite, réintégré le centre (4 personnes). Une personne considérée comme drop out est revenue de voyage en étant sevrée.

À la fin de la première année écoulée, 21 dossiers ont été fermés, soit suite à une situation de drop out (7), soit après que l'utilisateur ait été adressé ailleurs (12), soit enfin lorsque la prise en charge ne s'avérait plus nécessaire (2).

Au cours des 6 premiers mois, il y a eu 6 cas de personnes hospitalisées et 5 qui ont dû faire un séjour en prison. Durant la deuxième période d'observation, on enregistre 10 hospitalisations, dont trois pour une interruption de grossesse, et 7 peines carcérales.

Figure 2.1.D Evolution de la prise en charge à 6 mois et une année, étude des dossiers de suivi, 1996-1997



2.1.8.3 Personnes adressées ailleurs

Parmi les personnes adressées ailleurs au cours des 6 premiers mois de prise en charge, 6 patients ont été adressés immédiatement à un médecin privé (dont 3 étaient domiciliés dans un autre canton) et 3 après un début de cure au CSM. 5 patients sont entrés en institution pour suivre un sevrage.

Pour les 13 personnes adressées ailleurs par la suite, la plupart l'ont été après avoir été stabilisées avec une cure de méthadone qui peut dorénavant être poursuivie chez un médecin privé (7). 6 usagers ont trouvé une place dans un foyer pour un séjour résidentiel en vue d'un sevrage.

2.1.8.4 Drop out (DO)

Les usagers pour lesquels on ne retrouvait pas d'information pendant plus de deux mois dans le dossier ont été considérés comme étant en situation de drop-out, c'est-à-dire en rupture de suivi et de traitement. Au bout des 6 premiers mois, 20 personnes ont été considérées comme DO dont 4 après une seule consultation, 11 après l'abandon d'une prise en charge (5 sevrages, 4 mtd, 2 psycho-soc.). Deux personnes sont caractérisées par une série d'interruption et de rendez-vous manqués qui se sont conclus par une absence de plus de deux mois à 6 mois. Enfin, 3 dossiers sont très peu documentés.

Parmi ces 20 personnes, 4 ont recommencé une prise en charge plus ou moins régulière au centre dans la deuxième phase de 6 mois, cependant que 9 nouvelles personnes sont venues gonfler la catégorie des DO qui regroupe 25 personnes à un an.

Le profil des "DO" était le suivant au début de leur prise en charge :

- légèrement plus âgés (40% de plus de trente ans contre 28% chez les non DO),
- plus forte proportion d'hommes(80% contre 60%),
- d'une durée de consommation plutôt plus courte, 2 personnes étaient non consommatrices de drogues, une personne avait déjà suivi 10 sevrages,
- la fréquence ou le mode de consommation au temps zéro n'influence pas significativement le risque de DO.

Au niveau de l'insertion, on relève une moins bonne insertion en terme de logement bien que les différences ne soient pas vraiment significatives: les personnes ayant quitté le centre étaient 26% à n'avoir pas de domicile fixe, versus 18% pour le reste de l'échantillon, 78% d'entre elles n'avaient pas de travail fixe et 11 sur 20 jugeaient leur contact avec leur famille comme mauvais.

2.1.8.5 Résultats du suivi sur 6 mois et 1 an

Différents aspects qui concernent le suivi et l'évolution des prises en charge commencées aux mois d'octobre-novembre 1996, le développement de certaines prestations au cours de l'année écoulée et la collaboration avec le réseau extérieur peuvent être relevés. Un autre point important est l'évolution, en terme de consommation et d'insertion, de la situation des usagers au terme d'une année de suivi.

2.1.8.6 Evolution des prises en charge sur 6 mois et 1 an.

Parmi les 68 patients ayant commencé une **cure de méthadone** au temps T0, 1 personne est considérée comme sevrée au bout des 6 premiers mois, 49 sont toujours en traitement, 7 continuent leur traitement via le réseau extérieur. Pour 3 usagers, l'information fait défaut, enfin, 9 sont en situation de DO (Figure 2.1.E).

Dans la deuxième phase de 6 mois, 10 nouveaux patients ont quitté le CSM pour poursuivre leur cure de méthadone auprès d'un médecin privé ou avec une institution, tandis que 7 nouvelles personnes étaient considérées en situation de DO.

Figure 2.1.E Evolution des patients en cure de méthadone au temps T0, étude des dossiers de suivi, 1996-1997

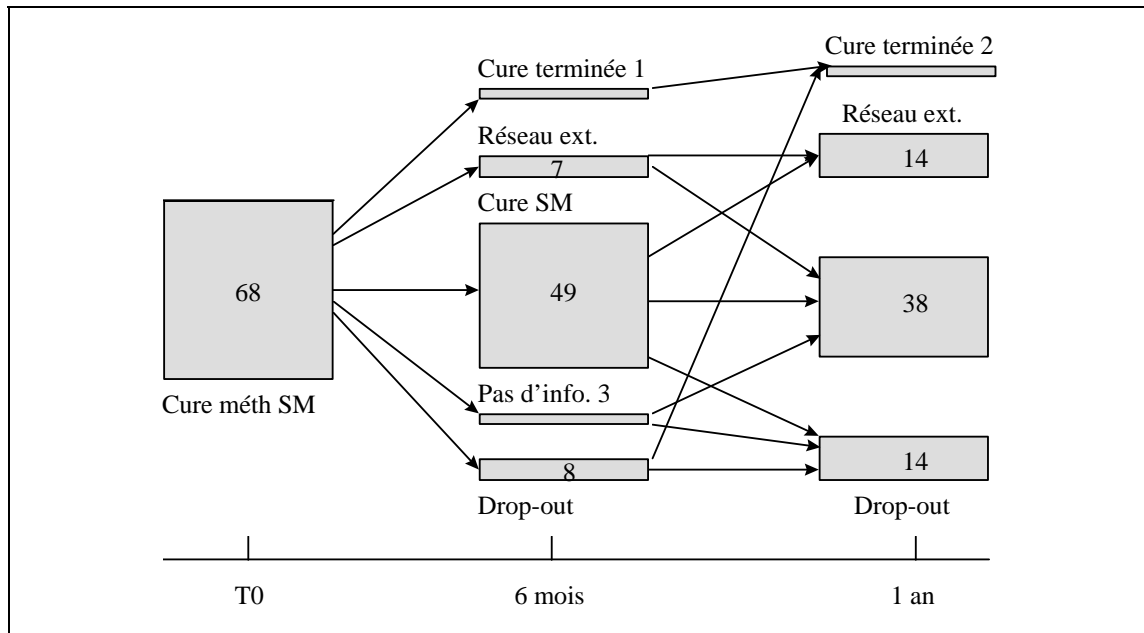
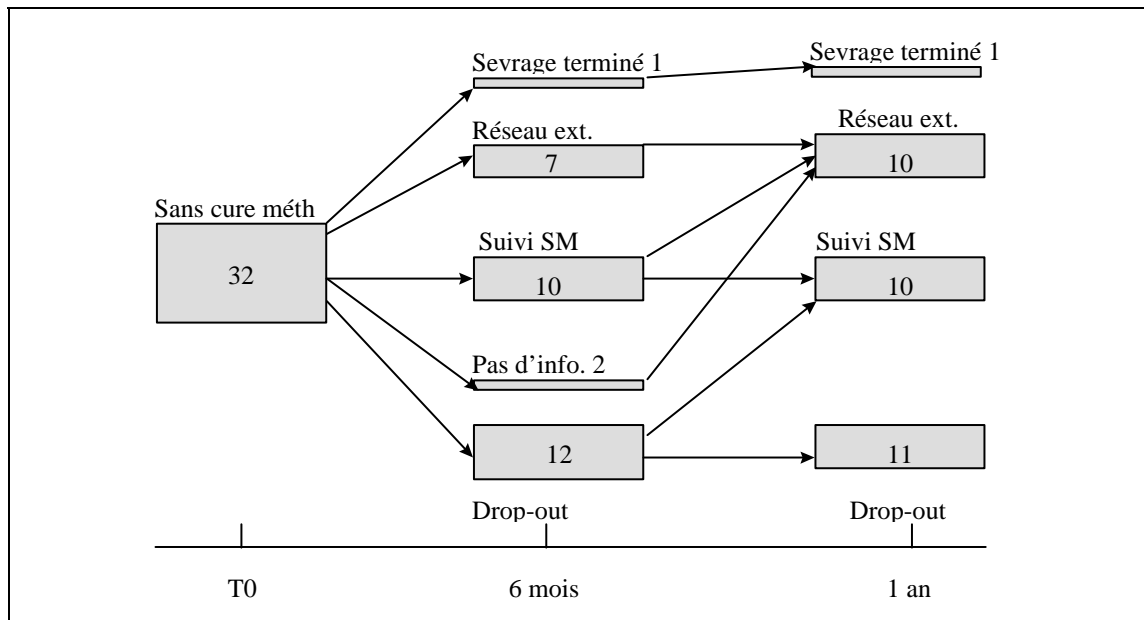


Figure 2.1.F Evolution des patients sans cure de méthadone au temps T0, étude des dossiers de suivi, 1996-1997



32 patients ne suivaient pas un traitement à la méthadone au temps T0. Rappelons qu'il y avait 11 personnes en sevrage, 7 personnes suivies psychologiquement ou psychiatriquement et 14 personnes qui n'avaient pas de prise en charge définie. Les résultats à 6 mois et une années sont les suivants (Figure 2.1.F).

7 nouveaux patients ont commencé un traitement de méthadone au cours de la première période de 6 mois, et 1 autre dans les 6 mois suivants. Parmi les patients sans traitement de méthadone au temps T0, 10 ont été orientés vers l'extérieur tandis que le nombre de DO atteint 37% et est donc nettement plus élevé que pour les patients ayant bénéficié d'un traitement à la méthadone au temps T0.

L'évolution du suivi psychosocial, qui est la prestation la plus offerte au temps T0, est relativement identique à celle des cures de méthadone : sur 75 patients au départ, 50 profitent encore de cette prestation au bout de 6 mois, 5 sont suivis dans le cadre du réseau. Pour 8 l'information n'est pas claire ou le suivi est momentanément interrompu (prison, hospitalisation) et 12 sont en situation de DO. 3 nouveaux usagers, sur les 100 du départ, ont débuté un suivi psychosocial au cours de la période considérée.

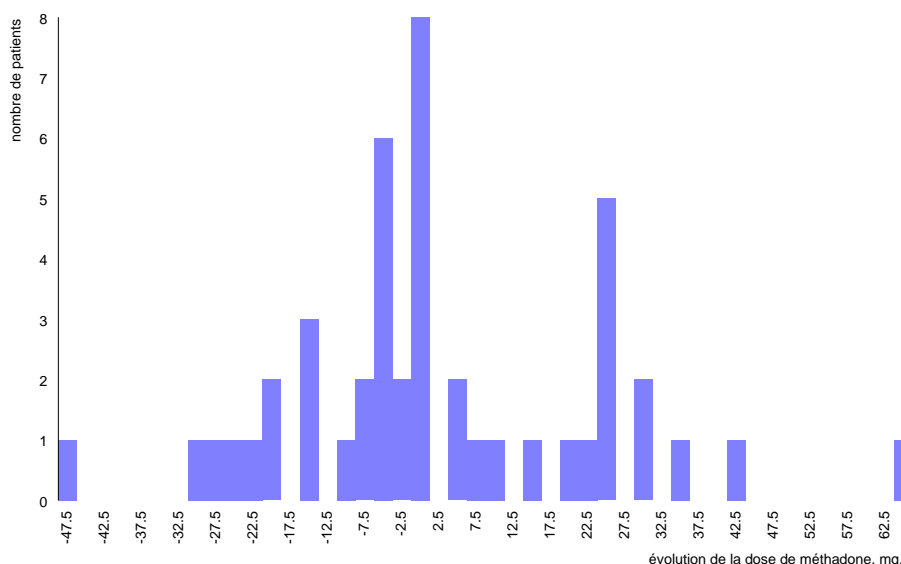
Au bout d'une année, 35 usagers bénéficient toujours d'un suivi psychosocial et 12 usagers ont été adressés à l'extérieur. 6 nouveaux patients sont considérés comme DO.

Par rapport à la situation au temps zéro, il faut relever la mise sur pied des groupes thérapeutiques qui s'adressent au bout de 6 mois à 10 patients, mais qui ne figurent plus que dans 5 dossiers au bout de un an. Les soins somatiques restent peu nombreux (6 à 6 mois, 5 à une année), ainsi que les soins psychologiques/psychiatriques (2).

2.1.8.7 Evolution des doses de méthadone

La dose moyenne de méthadone lors du début du traitement est de 51.5mg (min. 17.5, max. 70mg), elle est légèrement plus élevée à 1 an, soit 55.5mg (min. 5, max. 140mg).

Figure 2.1.G Evolution des doses de méthadone de T0 à 1 an (n=47), étude des dossiers de suivi, 1996-1997



En ce qui concerne l'évolution des doses de méthadone, parmi les dossiers contenant la double indication du dosage, soit au temps T0 et à 1 an (Figure 2.1.G), on s'aperçoit que :

- 21 patients ont eu une augmentation du dosage, dans 4 cas fortement (plus de 25mg) alors que la dose au temps zéro était déjà élevée,
- 8 autres patients sont restés à une dose stable,

- 18 patients ont une dose plus faible au bout d'un an (10 usagers ont une dosage inférieur de 25mg ou plus).

2.1.8.8 Événements durant la prise en charge

La régularité du suivi, soit de la cure de méthadone, soit du soutien psychosocial, est assez variable, avec des personnes qui sont presque en situation de rupture (15 env.), d'autres qui suivent régulièrement le traitement de méthadone et avec plus de difficultés le suivi psychosocial (15 env.) et d'autres enfin qui sont régulièrement présents aux différents rendez-vous (35 env.).

Les événements provoquant des ruptures temporaires de la prise en charge sont liés soit à une hospitalisation (3 pour raisons psychiques, 1 suite à une agression, 1 sevrage, 2 médical, 3 IVG, 2 divers, total 12) ou à l'entrée en prison (12 cas sur 6 mois). Aucun décès n'est enregistré sur la période.

Sur les 100 usagers, deux se déclaraient au départ séropositifs. Par la suite, 36 personnes ont fait un test VIH pendant l'année, avec deux résultats positifs (dans un cas, les informations sont relativement contradictoires).

2.1.8.9 Intervenants extérieurs

Le tableau ci-dessous compare les intervenants extérieurs entre le moment de l'ouverture du dossier et la situation une année plus tard pour les personnes toujours suivies au centre et pour lesquelles les dossiers contiennent la double indication (n=51).

On voit une diminution du nombre de médecins privés, des services sociaux et des institutions impliqués. Par contre, la sollicitation des pharmacies pour la remise de méthadone augmente. Les autres intervenants cités sont notamment des personnes en lien avec les services de tutelle et de curatelle, ou les services s'occupant du RMR et de l'orientation professionnelle.

Tableau 2.1.C Intervenants extérieurs, étude des dossiers de suivi, 1996-1997

	T0	1 an
Médecin privé	12	5
Service social	24	21
Institution	10	6
mtd pharmacie	5	22
autres	3	16

Les institutions qui, pour une raison ou une autre, sont en contact avec les patients suivis par le CSM sont l'ASEMO-Relais (1 cas), le CHUV (2 cas), le Foyer des jeunes (1), le Levant (1), les Oliviers (1), la PMU (2), le Patronage et le Relais (3).

2.1.8.10 Evolution de la consommation

Parmi les 65 patients toujours suivis par le CSM au bout de 6 mois, on observe une diminution de la fréquence de consommation de drogues duresⁱ : la consommation quotidienne qui concernait 90% des usagers au temps T0 passe à 26% au temps T1 pour les patients toujours suivis. La consommation occasionnelle par contre augmente et concerne 52% des usagers au bout de 6 mois. Enfin, 10 usagers

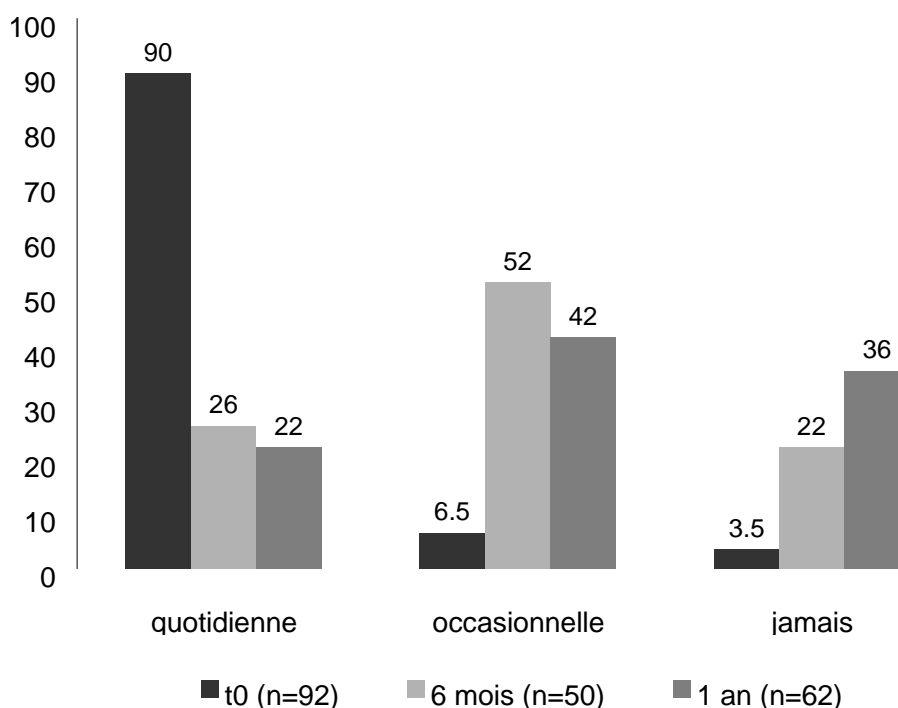
ⁱ Héroïne ou cocaïne.

disent ne pas consommer de drogues dures au temps T1 (Figure 2.1.H). Ces tendances se poursuivent et après une année, la consommation quotidienne de drogues dures ne concerne plus que 23% des usagers, la consommation occasionnelle est le fait de 42% des usagers et 35% disent ne plus consommer.

Parmi les personnes en cure de méthadone, 12 consomment encore quotidiennement des drogues dures au bout d'une année, contre 24 qui le font occasionnellement. 19 usagers disent ne plus en consommer et pour 6 l'information manque.

Au bout d'un an, les usagers consomment principalement de l'héroïne (30 usagers), de la cocaïne (13 usagers), puis viennent les benzodiazépines (4), le cannabis (3).

Figure 2.1.H Evolution de la fréquence de consommation de drogues dures (%), étude des dossiers de suivi, 1996-1997



En croisant les doses de méthadone avec la consommation de drogues dures à une année, les personnes consommant quotidiennement de l'héroïne reçoivent une dose plus élevée qu'au temps T0, mais également plus élevée que la moyenne de l'ensemble des usagers pour lesquels la double information est disponible. C'est probablement le résultat d'une adaptation au constat de la poursuite des pratiques de consommation, mais aussi une conséquence d'un profil de consommateurs différent.

2.1.8.11 Evolution de l'insertion des patients à 1 an

Du point de vue de l'insertion sociale des patients, on relève une série d'améliorations qui concernent aussi bien le travail que le logement et qui figurent dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2.1.D Evolution de l'insertion des patients à 1 an, étude des dossiers de suivi, 1996-1997

Logement n=58			Travail n=51		
	T0	1 an		T0	1 an
Fixe privé	76%	85%	Régulier	14%	22%
Pas fixe	22%	12%	Occasionnel	8%	37%
Institution	2%	3%	Sans	78%	41%

Sur le plan du logement (sur 58 portant la double indication), 5 personnes sans domicile fixe au temps zéro ont un domicile fixe privé au bout d'une année et 1 a rejoint une institution. Il reste néanmoins 12% d'usagers sans domicile fixe au bout d'une année de suivi au centre. Quant à l'emploi (sur 51 dossiers portant les indications au temps T0 et à une année), on note une augmentation des personnes ayant un travail régulier 8% (4 individus), une augmentation des personnes ayant un travail occasionnel de 15% (de 4 à 19) et donc une diminution du nombre de personnes sans travail de 37% (40 à 21).

2.1.9 Conclusions

- Par sa volonté d'être un centre de traitement à bas seuil d'accès en contact étroit avec tout le réseau (du travail de rue aux praticiens installés), le Centre St-Martin (CSM) a montré une capacité d'attraction très diversifiée, en tout cas dans les premiers mois de son existence. En témoigne la présence dans sa clientèle de 10% de consommateurs récents (moins de 2 ans), d'environ 50% de personnes qui disaient n'avoir jamais entrepris de démarche thérapeutique, aux côtés de consommateurs ayant expérimenté des échecs thérapeutiques répétés. Cette structure répond visiblement à une forte demande.
- Sa capacité de rétention en traitement est élevée (après une année, 75% des 100 premiers cas sont encore suivis ainsi que 70% des traitements de méthadone en cours, au centre ou ailleurs) probablement par la combinaison des prises en charge médicales et sociales.
- On observe des évolutions positives chez les usagers:
 - nette diminution de la fréquence de consommation de drogues dures chez les personnes suivies régulièrement au CSM, même s'il existe un problème de consommation parallèle aux cures de méthadone,
 - amélioration de l'insertion sociale (logement et travail), mais qui reste problématique.
- La redistribution des patients vers le réseau extérieur (médecins praticiens, pharmacies, etc.) est encore insuffisante.
- Certaines craintes quant à la trop grande médicalisation du CSM se sont fait entendre. On a parfois dit que le "social y était à la remorque du médical". Toutefois, l'aspect social a pu être développé car le CSM a bénéficié d'un poste supplémentaire d'assistant social financé par la COREL. L'ouverture de l'Unité de sevrage à laquelle collabore activement l'équipe de St-Martin risque de renforcer la vision "médicale".
- La qualité de la documentation des cas (dossiers en particulier) est encore insuffisante (faiblesse reconnue par l'équipe).
- L'évaluation n'a pas abordé les missions de formation et de recherche qui devraient faire l'objet de la suite de l'évaluation.

2.1.10 Enjeux et recommandations

Une structure telle que le CSM ne se met en place que progressivement, en suivant un processus de tâtonnement, en procédant à des aménagements et à des réajustements successifs. Ce n'est aussi que petit à petit qu'elle trouve sa place dans le dispositif existant.

L'évolution de cette structure passe sans doute par une phase de clarification ou de mise en commun. Il s'agit de prendre un certain recul pour établir une base commune à l'ensemble des collaborateurs, laquelle doit ensuite avoir des répercussions tangibles sur le fonctionnement du centre. Répondre à toutes les demandes n'est envisageable que si le CSM dispose de plus de moyens. En même temps, on peut se demander s'il est souhaitable que l'ensemble des missions soient concentrées dans un seul et même lieu. Quoi qu'il en soit, il faut admettre que le CSM ne peut pas tout faire et certaines priorités doivent être redéfinies. A ce propos, il convient de se situer par rapport à différentes alternatives, sans forcément trancher de manière abrupte entre elles. Par exemple, quelle part est réservée à l'aide à la survie et quelle est celle que l'on attribue au traitement ? Inscrit-on les prises en charge dans le long ou le court terme, et selon quels types de patients ? Alors que le centre tourne au maximum de son rendement, comment faire en sorte de rester disponible pour les urgences, surtout quand elles concernent les personnes les plus précarisées ?

Les tensions entre les capacités d'accueil et de travail du centre et la pression des usagers a induit une nécessaire adaptation des prestations de l'équipe : "file d'attente", tri selon l'urgence des situations, orientation plus rapide. Il nous semblerait néanmoins judicieux que le centre puisse garder un suivi minimal avec les usagers adressés ailleurs surtout si la tendance à une plus forte sollicitation du réseau se maintient (ce qui semble être le cas au vue des premiers dossiers constituant la deuxième cohorte) et que les orientations s'accélèrent.

Les enjeux se situent donc avant tout dans le contrôle de l'expansion du centre, dans une précision du rôle et de la place du CSM afin d'éviter une dispersion des forces, voire un éclatement de la structure. L'amélioration de la communication entre les différentes équipes et disciplines présentes est également nécessaire.

- **Le CSM doit assumer ses spécificités dans la prise en charge, qui découlent de ses capacités de prise en charge globale et très qualifiée :**
 - cas lourds et complexes (psychiatriques et désinsertion sociale),
 - nouveaux consommateurs et consommateurs n'ayant jamais été en traitement pour qui la première approche d'un traitement requiert des compétences globales en vue d'une orientation, tant sociale que médicale, optimum par la suite,
 - consilium/débrouillage de cas avant orientation ou réorientation rapide vers l'extérieur.
- L'équipe doit développer une certaine "standardisation de la prise en charge" que l'on peut situer à la fois dans un processus plus formel de choix du référent et de la prise en charge ainsi que dans un système commun de tenue du dossier. Il s'agira, en parallèle, de tirer profit des compétences spécifiques des collaborateurs en leur confiant des cas qui correspondent le mieux à leur profil (social, médical somatique, psychiatrique/ psychologique) et en favorisant le système des co-références.
- L'activité sociale doit être mieux documentée afin de pouvoir être évaluée.
- Le CSM doit augmenter sa capacité de suivi conjoint avec les partenaires extérieurs (essentiellement médecins et pharmaciens), ce qui devrait faciliter la redistribution des patients vers l'extérieur.
- Une réflexion sur le fonctionnement interne doit être menée (une journée sur la surcharge a déjà eu lieu en mai) afin de mieux cibler et organiser l'activité en fonction des besoins avérés.

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

2.2.1 Historique et objectifs

Ce projet est né sous l'impulsion d'une association sans but lucratif réunissant différents intervenants actifs dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie. Il s'inscrit dans une région où l'offre de prestations pour personnes toxicodépendantes est déjà développée.

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

1. l'accueil qui correspond à une phase de discussion, d'entrée en matière plus ou moins informelle,
2. le soutien qui s'effectue à partir de la demande ou des besoins de la personne. En général, il s'agit de gérer les situations de crise et d'offrir assez rapidement une réponse aux problèmes qui se posent,
3. enfin, l'orientation implique qu'EdS ne cherche pas à "garder" les personnes, mais plutôt à les "transmettre" à d'autres partenaires du réseau,
4. un aspect important du travail entrepris par EdS vise aussi à mobiliser les partenaires extérieurs, à faire en sorte que chacun joue son rôle, à ce que la complémentarité des différentes composantes du réseau soit optimale.

2.2.2 Méthodes d'évaluation

Afin de suivre l'évolution du nombre et de la nature des contacts, ainsi que l'utilisation des prestations offertes par EdS, un **instrument de monitoring** a été élaboré. Celui-ci permet notamment de rendre compte des activités liées à l'accueil (plutôt que celles relevant d'une prise en charge plus conséquente). Un décompte quotidien de ces activités est effectué sur une feuille *ad hoc*. A titre indicatif, les informations suivantes sont récoltées : nombre d'usagers venant au centre, nombre de collations, de douches, de lessives, de soins de base (abcès ou autres) et d'aide administrative. L'interprétation de ces données se fait en considérant les faits ou événements marquants de la vie du centre, tels qu'ils sont restitués par ses collaborateurs lors des **réunions de suivi** ont eu lieu régulièrement avec l'équipe d'Entrée de Secours.

Les demandes d'aide ou de prise en charge font l'objet d'un monitoring séparé. Un outil similaire à la **feuille de premier contact** utilisée pour le CSM a été élaborée. Elle est utilisée à partir du moment où une demande d'aide ou de prise en charge est adressée à l'équipe de EdS par la personne elle-même. Elle rassemble un certain nombre d'informations importantes pour définir le profil des usagers et leur demande ou l'orientation de la personne.

2.2.3 Étapes dans la mise en route

En ce qui concerne les étapes dans la mise en œuvre, on peut dire que, dès les premiers jours de fonctionnement (fin mai 1997), les intervenants ont effectué des démarches auprès du réseau régional afin d'avoir une bonne connaissance réciproque de manière à travailler en synergie et de les informer de l'ouverture d'EdS. La volonté était aussi de ne pas se substituer à ce qui existe déjà, de rester en phase avec la demande, donc d'être souple et évolutif. Assez vite, plusieurs personnes se sont adressées au centre avec des demandes. Après ces premières demandes, une phase relativement creuse a suivie, correspondant aussi aux vacances scolaires. Les intervenants ont noté une certaine reprise des activités au mois de septembre qui s'est poursuivie par la suite. Le mois de décembre était par contre de nouveau "creux". Le

centre continue d'attirer, chaque mois pas loin de 15 "nouveaux" usagers, c'est-à-dire de consommateurs qui n'étaient pas encore venus à EdS.

La diversité des demandes est l'élément le plus marquant. Ces demandes sont d'ordre social, médical ou psychologique. Par conséquent, une approche individualisée de chaque situation s'impose. Le profil de la clientèle est aussi assez hétérogène. Il peut s'agir de consommateurs de drogues de longue date, de jeunes en phase de rupture consommant certains produits, de personnes ayant des problèmes d'alcool en plus d'autres dépendances. De manière générale, les usagers ne sont pas des personnes totalement désinsérées socialement. On peut dire qu'elles ont encore ou déjà un pied dans le réseau médico-social, mais elles sont en situation relativement précaire, c'est-à-dire qu'elles risquent de voir rapidement leur situation se détériorer. La philosophie du centre repose sur une démarche volontaire des usagers. Ceux-ci peuvent cependant être orientés par d'autres personnes (proches, médecins, etc.). Certains parents ont aussi directement fait appel à EdS pour des demandes d'information ou d'aide par rapport à la situation de leur enfant.

Le centre collabore également avec les médecins prescripteurs de méthadone et les pharmacies pour lesquels il peut fonctionner comme relais lors de vacances par exemple. En tout, le centre a suivi 18 cures de méthadone, dont 5 en transfert, ainsi que 11 sevrages en 1997. EdS n'a pas le sentiment que les médecins se déchargent sur la structure, mais l'équipe est toujours attentive à n'envisager la prise en main d'une cure que de manière transitoire dans l'attente d'une orientation extérieure.

Actuellement, l'équipe réfléchit à la mise sur pied de la prévention des hépatites B et C et sur les possibilités de vaccination. Le sujet est d'ores et déjà abordé lors des discussions entre usagers et médecins.

2.2.4 Eléments facilitateurs

Parmi les atouts d'EdS, on relèvera la souplesse de la structure et la diversité de l'offre de prestations. Il semble également que les usagers se soient rapidement sentis chez eux, qu'ils aient appréciés le ton des propos tenus par l'équipe et l'écoute qu'elle offre.

On ne note pas de problèmes particuliers avec le voisinage immédiat du centre, ni de conflit avec d'autres équipes. Des collaborations se sont mises en place, essentiellement avec certaines pharmacies et des médecins de la région, ainsi qu'avec divers services sociaux.

Le fait que le centre se soit implanté dans une région dans laquelle le réseau de prise en charge est relativement bien étoffé lui a permis de se positionner assez précisément et de ne pas subir de trop fortes attentes de la part des autres intervenants dans le domaine.

On peut dire aussi que la situation de la structure est adéquate : tout en se trouvant près du centre de Morges, le passage à proximité immédiate du bâtiment d'EdS est relativement restreint. L'anonymat est donc possible. Il faut également relever que les personnes peuvent être reçues à l'étage pour un entretien sans devoir traverser la salle où les usagers sont accueillis.

2.2.5 Obstacles et difficultés

En principe, le champ d'intervention d'EdS touche l'ensemble de la région de Morges - Aubonne. L'une des difficultés principales concerne sans doute le développement des collaborations en dehors de la proximité immédiate de Morges. Dans les zones rurales, les problèmes de toxicomanie sont encore souvent minimisés; les gens ne se sentent pas directement concernés. S'il est probable que les consommateurs de drogues ont tendance à se retrouver, voire à venir s'établir, dans une zone urbanisée, il n'en demeure pas moins qu'ils sont parfois originaires des villages de la périphérie urbaine. Le traitement des problèmes liés à la toxicomanie implique donc une forme de solidarité entre les différentes composantes de la région et le travail d'information et de motivation des communes de la région à participer à la prise en charge des personnes toxicodépendantes doit être poursuivi.

L'équipe relève qu'il ne suffit pas de remettre une fois les usagers en contact avec leur médecin traitant par exemple lors de l'interruption d'une cure de méthadone, mais que la démarche doit souvent être répétée. L'orientation vers d'autres intervenants dans le domaine de la toxicomanie ne se fait donc pas

une fois pour toute et l'équipe est souvent sollicitée pour remettre de "l'huile dans les rouages" entre les personnes dépendantes et le réseau. Cette situation a pour conséquence qu'un usager qui n'a pas fréquenté le centre depuis longtemps reste néanmoins dans la file active du centre et peut revenir à tout moment. Cette difficulté devra être prise en compte d'une manière ou d'une autre lors de la redéfinition des outils d'évaluation, les outils actuels ne permettant pas de mesurer ces flux.

2.2.6 Organisation interne

Actuellement, EdS est ouvert du lundi au vendredi de 13h30 à 20h et le dimanche de 16h à 18h. Durant ces heures, une permanence sociale et infirmière est assurée. L'équipe de base est composée de deux travailleurs sociaux (180%), dont le responsable du centre, de deux infirmières (à 80%) et d'une secrétaire (30%). Jusqu'à présent et compte tenu de l'absence de demande de soins infirmiers, le fonctionnement de l'équipe est peu sectorisé. EdS intervient aussi bien à l'intérieur du centre qu'à l'extérieur. Le travail sur le terrain consiste, par exemple, à accompagner les usagers dans certaines démarches ou à poursuivre la sensibilisation du réseau. L'équipe ne trouve par contre pas la disponibilité pour un travail de rue. Ajoutons que trois médecins assurent des permanences trois après-midi, selon un système de tournus. En moyenne, cette présence médicale est de cinq heures hebdomadaires. Une personne de l'équipe infirmière prend part généralement aux rendez-vous médicaux.

Le centre constitue un lieu d'accueil convivial où on peut passer un moment, discuter, être écouté. La possibilité est également offerte de manger un morceau (petite collation), de prendre une douche ou de faire sa lessive. Dans la salle destinée à l'accueil, les visiteurs ont aussi accès à de la documentation, notamment sur des questions de prévention. Au premier étage, les usagers peuvent avoir un entretien avec un intervenant. Il est alors question de suivi psycho-social, d'orientation dans le réseau, d'aide administrative. Des prestations médicales sont aussi offertes (soins de base, consultations, démarrage de cures de méthadone, etc.).

2.2.7 Résultats du monitoring 1997

L'activité du centre a véritablement commencé en septembre 1997, date à laquelle EdS a connu une progression du nombre de contacts par jour, mais également du nombre de consommateurs, de familles et de personnes appartenant au réseau qui quotidiennement s'adressent à l'équipe. Fin décembre, une dizaine de personnes venaient chaque jour à Entrée de Secours. Depuis cette période également, le centre accueille chaque mois une quinzaine de nouveaux clients.

Tableau 2.2.A Evolution de l'activité d'Entrée de Secours, total par mois, 1997

Mois	Personne	Aide administrative	Collation	Lessive	Douche	Soin infirmier	Nouveau client
Juillet	30	12	25	6	5	0	0
Août	80	7	78	3	0	0	0
Septembre	189	29	124	6	0	5	11
Octobre	288	10	106	6	0	11	15
Novembre	247	14	94	10	0	13	16
Décembre	263	25	104	3	0	18	15

2.2.8 Résultats des feuilles de prise en charge

Les données suivantes sont tirées des feuilles de prise en charge qui ont été remplies pour une très large majorité d'usagers d'Entrée de Secours (cf. Annexe 1).

Au total, 73 feuilles de prise en charge ont été remplies entre les mois de juillet et de décembre 1997. Parmi celles-ci figurent 4 feuilles qui concernent en premier lieu des demandes émanant de personnes proches de toxicomanes (parents, épouses) qui ont été écartées de la description du profil des usagers, mais intégrées dans la description des demandes et des prises en charge.

Près des deux tiers des premiers contacts ont eu lieu au centre, 32% se sont faits par téléphone et 3% ont été établis dans la rue. Il peut bien sûr exister un décalage entre une première rencontre qui aurait eu lieu dans la rue, de manière informelle entre un usager et une personne de l'équipe d'EdS et une demande plus précise formulée au centre quelques temps après.

Le profil des usagers du Centre est calculé uniquement sur la base des 69 usagers toxicomanes. Il donne l'image d'une population composée à 67% d'hommes, dont l'âge moyen est sensiblement plus élevé que celui des femmes (28 ans contre 25 ans) et de célibataires (73.5%).

78% des usagers ont un domicile fixe privé malgré le fait que 66% est sans travail. Les femmes paraissent moins bien insérées, tant du point de vue professionnel que de celui du logement.

La structure d'EdS insiste sur l'importance de la libre adhésion de l'usager à la prise en charge, ainsi le premier contact se fait presque toujours à l'initiative de l'usager. Dans 13% des cas, la personne dépendante est venue suite à sa connaissance personnelle de la structure, dans 29% des cas, elle a été orientée par des proches, dans 17.6% par des médecins et dans 22% des cas, ce sont les services sociaux qui ont adressé l'usager au centre.

Parmi les institutions ayant orienté l'usager, on relève notamment 3 pharmacies, l'hôpital, l'OFSP et le Centre St-Martin.

86% des usagers ont un médecin traitant et 40% sont suivis par un service social. Deux tiers ont déjà suivi un traitement par rapport à la toxicodépendance mais ont rechuté et un tiers est actuellement en traitement.

72% des personnes qui viennent à Entrée de Secours consomment de l'héroïneⁱ. Mis à part la cocaïne, les hommes sont plus nombreux à consulter pour un problème de consommation d'autres drogues et ils sont également plus nombreux à présenter une polytoxicomanie lourde.

Parmi les autres consommations posant problèmes, la méthadone au noir est citée 7 fois et différents médicaments 3 fois.

Le principal type de demande est un traitement de la dépendance (48.0%). La plupart des usagers formulent cependant généralement plusieurs demandes dont il est difficile de dégager la principale. La demande en soins infirmiers pour des abcès est faible et la population des usagers est en relative bonne santé.

Plusieurs décisions peuvent être prises pour un même client. Il s'agit fréquemment de la mise sur pied d'une aide administrative (37%) accompagnée d'un rendez-vous médical (au centre ou avec le médecin traitant 32.9%) et d'un suivi social (23.3%). Les décisions de sevrages et de cures de méthadone atteignent respectivement 11 et 4%. Il faut toutefois relever que, dans la plupart des cas, les rendez-vous avec un médecin sont pris dans le but de commencer un traitement de la dépendance. De plus, les autres décisions concernent principalement un transfert temporaire de la prise de méthadone à Entrée de Secours.

Pour 55.6% des usagers, un contact est prévu, lors de la première demande, avec un ou plusieurs éléments du réseau, soit les services sociaux (19.4%), soit les proches ou la famille (9.8% en cumulant les deux items), soit encore avec un médecin (30.6% des cas)^k.

ⁱ La feuille de prise en charge d'EdS relevait les consommations problématiques de substances illégales au moment de la première demande et sous-estime de ce fait l'ampleur de la consommation (consommation occasionnelle d'héroïne par ex.).

Parmi les autres personnes contactées, on trouve des institutions pour séjour résidentiel, des loueurs de chambre, mais aussi l'hôpital ou des infirmiers.

^k Ces résultats ne reflètent pas l'ensemble de la collaboration avec le réseau qui peut s'établir par la suite autour d'un usager.

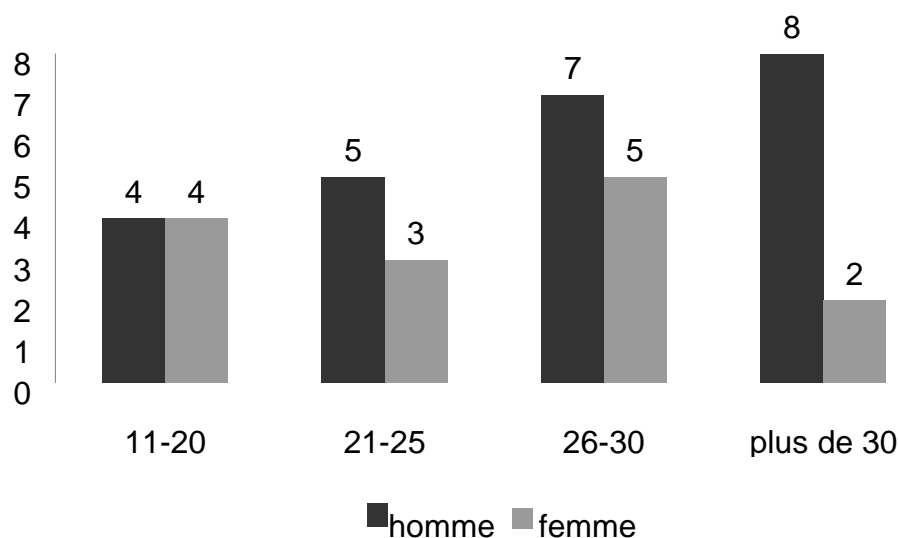
Tableau 2.2.B Données Entrée de Secours, selon feuilles de prise en charge de juillet à décembre 1997

	Proportion totale	Femmes /Hommes		Proportion totale	Femmes /Hommes
Sexe (n=69)	100.0	33/67	Substances consommées* (n=46)		
Age moyen (n=38)	27.0	25.1 ans/28.2 ans	Héroïne (n=34)	72.3	71 / 73
Age (n=38)			Cocaïne (n=6)	12.8	18 / 10
15 à 20 ans	21.0		Benzodiazépines (n=5)	10.6	6 / 13
21 à 25 ans	21.0		Cannabis (n=3)	6.4	6 / 7
26 à 30 ans	31.6		Ecstasy (n=5)	10.6	6 / 13
plus de 30 ans	26.3		Alcool (n=5)	10.6	0 / 17
			Autre (n=8)	17.0	12 / 20
Etat civil (n=68)			Polytoxicomanie (n=45)		
Célibataire	73.5		1 substance	73.3	73 / 73
Marié	16.2		2 substances	17.8	20 / 17
Concubin	4.4		3 substances et plus	8.8	7 / 10
Divorcé	5.9		Type de demande*		
Type de domicile (n=68)			Traitement de la dépendance	48.0	
Fixe privé	77.9	60.9 / 86.7	Problème somatique (n=7)	9.6	
Institution	10.3	21.7 / 4.4	Problème psychique (n=13)	17.8	
Pas de domicile fixe	11.8	17.4 / 8.9	Problème social (n=33)	45.2	
			Autre (n=8)	11.0	
Travail (n=68)			Décisions*		
Régulier	30.9	22.7 / 34.8	Soutien social (n=17)	23.3	
Occasionnel	2.9	0.0 / 4.3	Rdv médecin (n=24)	32.9	
Sans travail	66.2	77.3 / 60.9	Aide administrative (n=27)	37.0	
Adressé par/sur le conseil de (n=68)			Soins infirmiers (n=3)	4.3	
Médecin	17.6		Cure de méthadone (n=3)	4.3	
Services sociaux	22.1		Sevrage (n=8)	11.0	
Proches	29.4		Information, orientation (n=11)	15.1	
Famille	4.4		Autre (n=8)	11.0	
Toxicodépendants	13.2		Collaboration réseau (n=73)	55.6	
Autres	13.2		Personnes contactées*		
Suivi social (n=26)	40.6		Proches (n=4)	5.6	
Médecin traitant (n=55)	85.9		Famille (n=3)	4.2	
Traitement actuel (n=29)	39.7		Services sociaux (n=14)	19.4	
Traitement antérieur (n=37)	67.3		Contact médecin (n=22)	30.6	
			Autres personnes (n=17)	25.0	

* Plusieurs réponses possibles

Figure 2.2.A

Entrée de Secours : usagers selon l'âge et le sexe (n=38), selon feuilles de prise en charge de juillet à décembre 1997



2.2.9 Conclusions

- Le type d'activité d'Entrée de Secours (EdS) correspond aux missions d'un centre d'accueil de soutien et d'orientation. Les usagers y viennent spontanément ou sur le conseil de divers types d'intervenants ou partenaires, les demandes de traitement de la dépendance forment moins de la moitié des demandes.
- La collaboration avec les autres institutions est bonne et celle avec des médecins dispensateurs de méthadone qui assurent un tournus de présence à EdS est originale. Les liens avec le travail de rue sont plus ténus.
- Cette structure s'adresse à une clientèle relativement restreinte (en complément à l'offre médico-sociale de la région) mais qui demande de gros investissements en temps (démarches avec l'utilisateur, etc.). On trouve proportionnellement un peu plus de jeunes à EdS que dans les autres nouvelles structures.
- Les soins infirmiers sont relativement peu demandés ce qui pose le problème de la composition de l'équipe (actuellement 50% social 50% infirmier) et a pour conséquence que l'accueil est davantage assuré par l'équipe infirmière.
- Il est difficile actuellement d'apprécier si l'offre d'EdS répond aux besoins de l'ensemble de la région desservie ou si cette structure s'adresse surtout aux usagers de Morges et de ses environs immédiats.

2.2.10 Enjeux et recommandations

L'enjeu pour EdS est de rester une structure souple et adaptable. Si l'aspect médical augmente, EdS risque de se substituer aux médecins. Par contre, si seul l'aspect social est mis en avant, les activités du centre empièteront sur celles des services sociaux communaux.

- EdS doit donc rester un pont, une plaque tournante préservant les liens entre les usagers et le réseau socio-sanitaire. Il s'agit bien souvent de dégrossir les situations, d'amorcer des solutions, afin ensuite de passer le relais à d'autres partenaires.
- L'activité sociale doit être mieux documentée afin de pouvoir être évaluée.

- La question d'une formation complémentaire (sociale, psychologique) de l'équipe infirmière se pose, compte tenu de la demande réduite en soins infirmiers ; le comité d'EdS y réfléchit actuellement.
- Le lien et les échanges avec le projet de travail de proximité doivent être développés pour permettre d'assurer la couverture de toute la région de Morges-Aubonne et ainsi renforcer le travail de prévention secondaire.

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

2.3.1 Historique et objectifs

Le projet de Zone Bleue a été conçu conjointement par les différents partenaires des divers services existants dans la région d'Yverdon, regroupés et représentés au comité de l'Association en faveur des personnes touchées par la toxicomanie (AFPT). Il s'inscrit dans une région où le réseau de prise en charge des personnes toxicodépendantes est faiblement développé et présentait jusqu'alors plusieurs lacunes. Avant même l'ouverture du centre, des contacts ont été pris avec différents partenaires potentiels (pharmaciens, médecins, etc.) qui ont permis de rassembler un certain nombre d'informations sur la situation locale et de définir les objectifs de ZB. Ceux-ci sont les suivants :

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

2.3.2 Méthodes d'évaluation

Bien qu'il existe des différences au niveau de leur mandat et de leur approche, l'évaluation des centres de ZB et d'EdS utilise des outils semblables. Tout comme pour la structure d'Entrée de Secours, des réunions de suivi ont lieu régulièrement avec l'équipe de Zone Bleue. En ce qui concerne les activités liées à l'accueil, un outil comparable à celui utilisé par EdS a été adopté. Quant aux demandes d'aide ou de prise en charge, elles font l'objet d'un recueil de données semblable à celui mis en place à EdS (cf. Annexe 1).

2.3.3 Etapes dans la mise en route

Durant une phase initiale, le centre était ouvert uniquement l'après-midi. Actuellement, les usagers sont accueillis entre 11h et 18h du lundi au jeudi et de 11h à 16h le vendredi. Au mois de juin 1997, des

jours portes ouvertes ont été organisées. Beaucoup d'intervenants ou de bénévoles sont venus ; quelques consommateurs de drogues ou des membres de leur famille se sont aussi présentés. Par contre, très peu de personnes du voisinage immédiat du centre se sont manifestées. A cette occasion, les intervenants ont pu mesurer la forte sensibilisation du réseau et les attentes entretenues à l'égard de ZB.

La structure a démarré lentement et les deux premiers mois ont permis de renforcer les contacts pris préalablement avec les différents acteurs du réseau. Dès mi-août, les intervenants ont été confrontés à un nombre beaucoup plus conséquent de demandes. D'une part, par un phénomène de bouche à oreille, des jeunes toxicomanes sont entrés en contact avec ZB. D'autre part, les différents partenaires du réseau socio-sanitaire ont de plus en plus fait appel à ZB en leur adressant certaines personnes. Cet afflux de demandes s'est aussi traduit par une fréquentation accrue du centre et une utilisation des prestations d'accueil qu'il offre : douches, lessives, petite restauration puis repas chauds dès le mois de septembre.

Actuellement, certains usagers passent volontiers une partie de leur journée à ZB ou y font des passages répétés. Avant de formuler une demande d'aide ou d'exposer leurs problèmes, les personnes se contentent souvent de recourir aux prestations matérielles disponibles dans le centre. Néanmoins, durant ce laps de temps, les intervenants peuvent, de manière relativement informelle, tisser des liens avec ces personnes.

Parallèlement, les demandes provenant de parents de personne toxicomane ont aussi augmenté ce qui nécessite un investissement temporel non négligeable de l'équipe. Ainsi, dès octobre, l'augmentation de la fréquentation du centre commence à poser des problèmes de surcharge à l'équipe qui a dû renoncer complètement à son travail de terrain en dehors du centre sur les lieux de rassemblements de personnes toxicomanes (cafés, appartements).

L'équipe, à travers l'activité de la psychiatre, met en place et assure le suivi de cures de méthadone, mais la distribution de méthadone se fait toujours auprès des pharmacies. Cependant, très vite elle s'est rendue compte de la difficulté de concilier les objectifs d'un "accueil sans contrainte" avec les éléments contractuels minimum qui vont de paire avec le suivi d'un traitement de substitution (ceci sera aussi relevé dans les activités de ACT où l'équipe souhaite pouvoir abandonner la distribution de méthadone dès la mise sur pied de l'UAS de Nant). Cette activité est maintenant principalement assumée par le médecin psychiatre dont les heures de consultations à Zone Bleue ont largement augmenté et occupent bientôt tout son emploi du temps (poste à 50% à répartir théoriquement entre ZB et le CPS¹).

Pour mieux gérer la charge de travail, l'équipe a demandé une supervision à un intervenant extérieur au centre.

2.3.4 Eléments facilitateurs

La concertation qui a eu lieu entre les différents acteurs locaux et qui a abouti à la mise sur pied du projet de ZB a permis à l'équipe de prendre rapidement sa place dans le réseau. Les lacunes dans la prise en charge des personnes toxicodépendantes dans le Nord vaudois ont aussi eu pour conséquences que le projet a pu être conçu comme évolutif et souple. Cet aspect était primordial dans la mesure où, au départ, beaucoup d'inconnues entouraient les demandes susceptibles d'être adressées à ZB.

On ne relève pas de réactions hostiles de la part du voisinage immédiat du centre et on peut dire que le centre s'est ouvert dans une relative indifférence. Ce qui est un élément relativement positif compte tenu des problèmes qui, dans le passé, se sont posés de manière répétée aux abords du centre (vandalisme dans le centre commercial, interventions fréquentes de la police, etc.).

En ce qui concerne les contacts avec les usagers, les choses se déroulent de manière positive. En particulier, les consommateurs de drogues ont été sensibles au côté non moralisateur des propos qui pouvaient leur être tenus par les intervenants de ZB.

¹ Centre psycho-social.

2.3.5 Obstacles et difficultés

Le centre est facile d'accès, mais la garantie de l'anonymat n'est pas évidente. ZB se trouve à proximité d'un centre commercial très fréquenté. Il y a donc pas mal de passage devant ses locaux. Même si une personne qui souhaiterait être reçue discrètement peut passer par la porte de derrière, elle doit quand même traverser la salle d'accueil pour monter à l'étage et des personnes toxicomanes qui sont encore relativement bien insérées et qui arrivent à gérer leur consommation de manière plus ou moins discrète par rapport à leur entourage, ne veulent pas venir à Zone Bleue en raison de la visibilité que cela donnerait à leur situation.

L'équipe de ZB a aussi dû tenir compte de l'histoire du lieu dans lequel la structure s'inscrit (anciens locaux du Resto Relais). Il s'agissait à la fois de s'appuyer sur ce passé, pour éventuellement faire revenir certains habitués, mais en même temps de montrer que les missions n'étaient plus les mêmes, que l'offre avait changé, que l'on pouvait attendre autre chose de ZB que des repas à l'heure de midi.

Une difficulté majeure qui a commencé à se poser à l'équipe et qui n'est pour l'instant pas résolue réside dans les attentes développées par les autres acteurs locaux qui ont tendance à envoyer leurs clients à Zone Bleue en espérant que l'équipe pourra "tout résoudre". Le centre a ainsi tendance à se médicaliser (à travers les consultations médico-psychiatriques), à la fois à la demande des usagers qui préfèrent venir à ZB plutôt qu'au CPS pour des questions d'ambiance, mais aussi par le fait que les médecins ont tendance à se décharger des cas les plus lourds. Tant que le rôle de chacun n'est pas bien clarifié, il semble extrêmement difficile et dispendieux en temps d'arriver à orienter les usagers vers les différents autres services qui pourraient les prendre partiellement en charge. En raison de la surcharge de travail, les membres de l'équipe relèvent qu'ils ont plus tendance à tourner de manière "autonome" et que périodiquement, ils n'arrivent plus vraiment à adresser les usagers ailleurs dans de bonnes conditions, c'est-à-dire en assurant la préparation nécessaire pour que le transfert de prise en charge se fasse bien.

2.3.6 Organisation interne

L'équipe de base est composée d'une responsable (80%), d'un éducateur spécialisé (80%), d'une assistante socio-animatrice (80%) et d'un cuisinier (60%). L'engagement d'un(e) infirmier(-ère) en psychiatrie est prévue pour le printemps 1998. La collaboration avec un médecin psychiatre a démarré (50%).

2.3.7 Résultats du monitoring, 1997

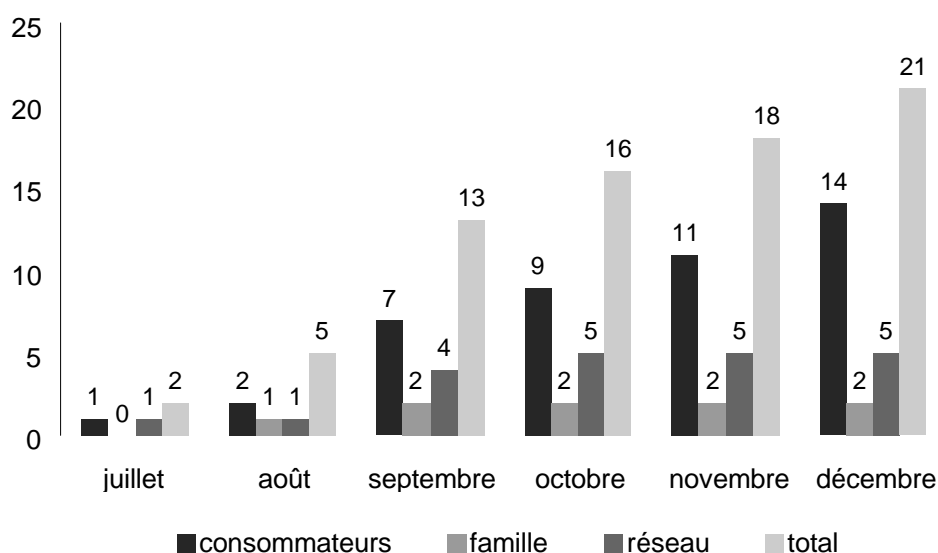
L'activité du centre a véritablement commencé en septembre 1997 et a connu depuis une progression continue du nombre de contacts par jour, mais également du nombre de consommateurs, de familles et de personnes appartenant au réseau qui quotidiennement s'adressent à l'équipe. Fin décembre, plus de 20 personnes venaient chaque jour à Zone Bleue, dont deux tiers de consommateurs, en moyenne deux parents de toxicomanes et 5 personnes appartenant au réseau (Figure 2.3.A).

Tableau 2.3.A Evolution de l'activité de Zone Bleue, total par mois, juillet à décembre 1997

Mois	Contact	Personne	Consom- mateurs	Famille	Réseau	Petite restauration repas	Nouveau client
Juillet	30	26	3	3	4	15	2
Août	110	91	40	5	16	104	14
Septembre	369	267	147	16	28	185	16
Octobre	517	354	204	21	62	183	9
Novembre	523	368	214	27	64	165	10
Décembre*	518	379	247	42	44	195	8

* jusqu'au 24.12.1997

Figure 2.3.A Nombre moyen de personnes par jour selon le type de personnes, juillet à décembre 1997



Depuis le mois de septembre, le centre a accueilli une dizaine de nouveaux consommateurs chaque mois et depuis janvier 1998, ce nombre est passé à 20 nouveaux consommateurs par mois, ce qui porte le total de consommateurs pris en charge à fin février à 83 (79 adultes et 4 mineurs). En plus des ces personnes toxicodépendantes, l'équipe suit 20 parents de toxicomanes qui ont demandé un soutien et des conseils par rapport à la consommation de leur enfant.

2.3.8 Résultats des feuilles de prise en charge

Les données suivantes sont tirées de la feuille de prise en charge qui a été remplie pour la très large majorité des clients de Zone Bleue (90%).

Au total, 60 feuilles de prise en charge ont été remplies de juillet 97 à fin décembre 97. Parmi celles-ci figurent 14 feuilles qui concernent des demandes émanant de personnes proches de toxicomanes

(parents, épouses). Chaque fois que les données présentées ci-après s'intéressent au profil de la population toxicomanes, ces fiches ont été filtrées.

La grande majorité des premiers contacts s'est faite au centre (93%) et seulement 3% des premiers entretiens ont eu lieu par téléphone ou dans la rue (3% également).

Le profil des usagers du Centre est celui d'une population composée à 66% d'hommes, dont l'âge moyen est sensiblement plus élevé que celui des femmes (28 ans contre 24.5 ans) et de célibataires (72.7)

90% des usagers ont un domicile fixe privé malgré le fait que 70% sont sans travail. Les femmes paraissent un peu mieux insérées du point de vue professionnel.

Dans 60% des cas, le premier contact est établi par la personne dépendante et dans 15% des cas, ce sont les services sociaux qui sont à l'origine du contact.

24 usagers sur 46 ont un médecin traitant et 12 sont actuellement en traitement. Pour une personne, il est fait mention d'un traitement antérieur.

80% des personnes qui viennent à Zone Bleue consomment de l'héroïne. Parmi les autres consommations posant problèmes, la méthadone au noir est citée 18 fois et le LSD 5 fois.

Le principal type de demande est un soutien social qui englobe aussi bien les fonctions d'accueil et de repas que de suivi. La plupart des usagers formulent cependant plusieurs demandes.

Plusieurs décisions peuvent être prises pour un même client, le plus souvent il s'agit de la mise sur pied d'un suivi social (68.3%). Dans quelques cas, l'accompagnement consiste uniquement, dans un premier temps, en l'offre d'un lieu d'accueil et de repas, sans aucune obligation pour l'utilisateur. La plupart du temps cependant la prise en charge est multiple.

Pour deux tiers des usagers, il y a contact avec un ou plusieurs éléments du réseau, soit les services sociaux (40%), soit les proches ou la famille (41% en cumulant les deux items), soit encore avec un médecin (33% des cas). Les contacts avec les proches sont le plus souvent initiés par les usagers de Zone Bleue.

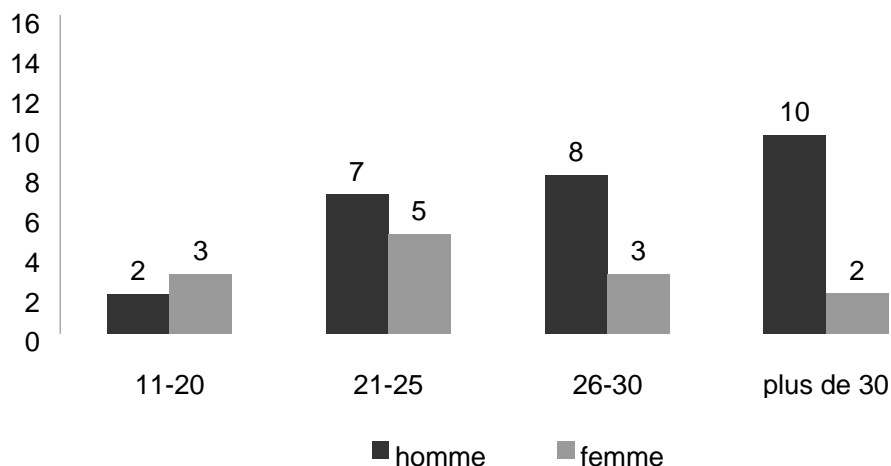
Tableau 2.3.B Données Zone Bleue, selon feuilles de prise en charge de juillet à décembre 1997

	Proportion totale	Femmes /Hommes		Proportion totale	Femmes /Hommes
Sexe (n=69)	100.0	34.8 / 65.2	Substances consommées* (n=46)		
Age moyen (n=38)	27.1	24.5 ans/28.2 ans	Héroïne (n=37)	80.0	81 / 80
Age (n=38)	%	%	Cocaïne (n=10)	22.7	25 / 21
15 à 20 ans	14.3		Benzodiazépines (n=10)	22.7	25 / 21
21 à 25 ans	28.6		Cannabis (n=23)	52.3	62 / 46
26 à 30 ans	26.2		Ecstasy (n=7)	15.9	25 / 11
plus de 30 ans	31.0		Alcool (n=7)	15.9	19 / 14
			Autre (n=23)	51.1	69 / 41
Etat civil (n=68)			Polytoxicomanie (n=45)		
Célibataire	72.7		1 substance	30.4	25 / 33
Marié	2.3		2 substances	28.3	19 / 33
Concubin	16.0		3 substances et plus	41.3	46 / 33
Divorcé	9.0				
Type de domicile (n=68)			Type de demande*		
Fixe privé	90.0	84.6 / 92.6	Traitement de la dépendance	31.7	
Institution			Problème somatique (n=9)	15.0	
Pas de domicile fixe	10.0	15.4 / 7.4	Problème psychique (n=17)	28.3	
			Problème social (n=32)	53.3	
Travail (n=68)			Demande famille (n=14)	23.3	
Régulier	25.6	40.0 / 18.0	Autre (n=8)	13.3	
Occasionnel	4.7	7.0 / 4.0			
Sans travail	69.8	53.0 / 78.0	Décisions*		
Adressé par/sur le conseil de (n=68)			Soutien social (n=41)	68.3	
Médecin	6.7		Rdv médecin (n=14)	23.3	
Services sociaux	15.0		Aide administrative (n=13)	21.7	
Proches	10.0		Accueil repas (n=23)	38.3	
Famille	8.3		Soins infirmiers (n=2)	3.3	
Toxicodépendants	60.0		Traitement dépendance (n=2)	3.3	
Autres	6.7		Autre (n=8)	11.0	
Médecin traitant (n=24)	40.0		Collaboration réseau (n=60)	64.4	
Traitement actuel (n=13)	92.3				
Traitement antérieur (n=1)	100.0		Personnes contactées*		
			Proches (n=14)	23.3	
			Famille (n=11)	18.3	
			Services sociaux (n=24)	40.0	
			Contact médecin (n=20)	33.3	
			Autres personnes (n=6)	10.0	

* Plusieurs réponses possibles

Figure 2.3.B

Zone Bleue : usagers selon l'âge et le sexe (n=42),
selon feuilles de prise en charge de juillet à décembre 1997



2.3.9 Conclusions

- Les prestations offertes par Zone Bleue (ZB) et son orientation première d'être un lieu d'accueil correspondent à un besoin et répondent aux demandes des personnes toxico-dépendantes.
- Les usagers, au profil assez semblable à ceux d'Entrée de Secours (EdS), sont un peu plus nombreux à y venir régulièrement, probablement à cause de la possibilité de se restaurer et de passer du temps sur place.
- Le soutien aux familles et à leur demande, occupent une place particulière dans cette structure.
- Malgré ses souhaits initiaux, l'équipe ne peut pas se consacrer au travail de rue en raison d'une dotation en poste insuffisante.
- Les actions de prévention en milieu scolaire ainsi qu'une part des activités de formation et de conseil ont été abandonnées en raison de la surcharge du centre.
- Par rapport au projet initial, il y a une médicalisation du centre et une discrédence entre les demandes telles qu'elles apparaissaient dans les feuilles de premiers contacts et la réalité d'une demande croissante de traitements de la dépendance (gérés à ZB par le médecin du Centre psychosocial qui y consacre presque tout son 50%). On peut se demander s'il est souhaitable que le Centre Psychosocial (CPS) - comme lieu de prise en charge médico-psychiatrique- soit en partie délaissé au profit de ZB.

2.3.10 Enjeux et recommandations

Devant l'affluence des demandes (40 nouveaux consommateurs durant les deux premiers mois de 1998) ainsi que le transfert notamment de la prise en charge médicale qui semble s'opérer vers Zone Bleue, l'équipe sera certainement obligée de redéfinir ses priorités et ses objectifs de manière à préciser le rôle qu'elle veut et peut prendre au sein du réseau. Cette démarche impliquera bien évidemment de trouver une base commune avec les autres intervenants. Concrètement, il s'agit de se poser les questions suivantes :

Parmi les tâches qui ont été au départ incluses dans le projet de ZB, quelles sont celles qui peuvent encore raisonnablement être assumées par le centre en plus de son travail actuel : travail de rue, formation continue de l'équipe, information et conseil en matière de toxicomanie ?

Parmi les déficits de la prise en charge qui apparaissent dans le secteur du Nord-vaudois (par ex. initiation de cures de méthadone, travail de rue), quelles sont ceux dont l'équipe pourrait (ou devrait) se charger ?

- **Les missions du centre devront être redéfinies ou en tout cas inclure des priorités.**
- **Ces choix et priorités devraient rapidement faire l'objet d'un débat réunissant les différents acteurs impliqués dans le domaine de manière à ce que les compétences de chacun puissent être utilisées pleinement.**
- **L'activité sociale doit être mieux documentée afin de pouvoir être évaluée.**
- **Le CPS doit être utilisé comme structure de prise en charge médico-psychiatrique des consommateurs de drogue notamment en raison du rattachement du médecin-psychiatre à cette structure.**
- **Il convient d'envisager la création d'un poste de travailleur de rue pour Yverdon et sa région.**

2.4 UNITE AMBULATOIRE SPECIALISEE DE LA RIVIERA

2.4.1 Historique et objectifs

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

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

2.4.2 Organisation interne

L'équipe de l'UAS est multidisciplinaire et, avant même son ouverture, a établi et formalisé des modes de collaboration avec différents intervenants extérieurs opérant sur la région

L'équipe médico-psychologique est composée d'un psychiatre responsable (90%), d'un médecin-assistant en psychiatrie, de deux psychologues, d'un médecin interniste se formant dans le cadre du service de médecine interne de l'hôpital multisite de la Riviera.

L'équipe infirmière est composée d'une infirmière responsable (80%, psychiatrie et santé publique), d'un infirmier en psychiatrie (100%), de deux infirmières à 60% (psy., soins généraux, santé publique).

L'équipe éducative est représentée par un travailleur de proximité délégué par ACT (50%) alors que l'équipe sociale l'est par un assistant social expérimenté (50%) délégué par les services sociaux de la commune de Montreux.

2.4.3 Méthodes d'évaluation

Au cours des contacts ayant eu lieu entre l'UAS et l'UEPP, les outils d'évaluation suivants ont d'ores et déjà retenus :

- étude et accompagnement de la mise en oeuvre du projet : interviews/focus groupes 4 fois par année,
- évolution du nombre et de la nature des traitements ainsi que de quelques caractéristiques de la clientèle (programme informatique permettant de gérer la consultation et les traitements de maintenance, mais aussi la gestion du suivi et de la trajectoire du patient à travers les différents lieux de soins, analyse des données recueillies par le centre, analyse externe),
- éventuellement analyse du devenir à court terme des premiers patients (suivi de cohorte rétrospectivement sur dossier ?).

L'évaluation a débuté en avril 1998 et les résultats seront intégrés dans le prochain rapport.

2.5 COMPARAISONS DES TROIS CENTRES D'ACCUEIL ET DE TRAITEMENT (CSM, EdS, ZB)

Les trois centres présentés ci-avant ont des orientations différentes dans la formulation même de leurs objectifs de base. Alors que le CSM englobe clairement une prise en charge médico-thérapeutique, EdS et ZB sont avant tout dirigés vers l'accueil, le suivi social et l'orientation vers d'autres structures du réseau. Dans ces deux structures, le suivi et la prise en charge de traitement de substitution ne sont prévus à l'origine que sous forme d'intérim (EdS) ou à travers le médecin délégué par le centre psychosocial (ZB). Malgré ces différentes orientations, plusieurs éléments peuvent être comparés.

En ce qui concerne le profil des usagers, il est assez semblable, avec des consommateurs un peu plus désinsérés socialement pour le CSM (voir Tableau 2.5.A et 2.5.b). La proportion de personnes ayant un emploi fixe est plus élevée à EdS et pourrait provenir du fait de l'existence de différentes structures occupationnelles dans la région, liées au Relais.

Tableau 2.5.A Profil des usagers et consommation des trois centres d'accueil et de traitement, 1997

	Zone Bleue			Entrée de Secours			Centre St-Martin		
	Total	F	H	Total	F	H	Total	F	H
Effectifs	146	16	30	169	23	46	315	102	193
% selon le sexe	100	35	65	100	33	67	100	35	65
Age									
min-max		18-34	19-40		17-34	17-50		16-51	17-50
Age moyen	27.1	24.5	28.2	27.0	25.1	28.1	27.8	27.1	28.2
% 15 à 20 ans	14			21			12		

	Zone Bleue			Entrée de Secours			Centre St-Martin		
% 21 à 25 ans	29			21			30		
% 26 à 30 ans	26			32			27		
% 31 ans et plus	31			26			31		
Domicile									
% fixe privé	90	85	93	78	61	87	85	85	85
% sans domicile fixe	10	15	7	10	22	9	15	16	15
% institution				12	17	4			
Travail²									
% régulier	26	40	18	31	23	35	13	9	16
% occasionnel	5	7	14	3	0	4	7	12	2
% sans travail	70	53	78	66	77	61	79	79	79
Effectifs									
% selon le sexe	¹ 46	16	30	¹ 69	23	46	315	102	193
	100	35	65	100	33	67	100	35	65
Produit³									
% héroïne	80	81	80	72	71	73	93	88	95
% cocaïne	23	25	21	13	18	10	46	40	50
% benzodiazépine	23	25	21	11	6	13	53	51	52
% cannabis	52	62	46	6	6	7	66	57	63
% ecstasy	16	25	11	11	6	13	17	15	19
% alcool	16	19	14	11	0	17	29	24	33
% méthadone ⁴	(40)			(13)			48	48	44
% autre	51	69	41	17	12	20	25	24	24
Polytoxicomanie³									
% 1 produit	30	25	33	73	73	73	43	36	44
% 2 produits	28	19	33	18	20	17	22	27	22
% 3 produits et plus	41	46	33	9	7	10	35	37	34

¹ Sans compter les personnes qui consultent pour un proche toxicodépendant (enfants, mari, etc.)

² Pour les indicateurs du travail, les résultats de St-Martin ne sont disponibles qu'à travers l'étude des 100 dossiers qui comporte 64 hommes et 36 femmes

³ Le libellé de la question était légèrement différent à EdS où l'équipe devait préciser les consommations posant problème, tandis qu'à ZB et au CSM la consommation actuelle des usagers était relevée. Les différences importantes peuvent être partiellement dues à ces différences de saisie.

⁴ Pour ZB et EdS, la consommation de méthadone au noir figurait sous autre produit consommé

Parmi les usagers des trois centres, les consommateurs d'héroïne prédominent et la proportion élevée de personnes consommant trois substances ou plus (ZB 41%, CSM 35%) est très préoccupante, notamment en raison des problèmes qui se posent en cas de sevrage.

Les trois centres doivent donc gérer des toxicomanes au profil lourd tant du point de vue de la consommation que de celui de leur faible insertion sociale. La proportion de consommateurs jeunes (20 ans et moins) est relativement faible dans les trois structures (de 14 à 21%). EdS et ZB semblent attirer plus de femmes jeunes que le CSM. Ceci pose le problème de la détection précoce des consommations problématiques et de l'encouragement de ces personnes à entrer en contact avec une structure d'aide et de traitement. Dans le dispositif cantonal de lutte contre la toxicomanie, ce rôle est principalement dévolu au travail de proximité (chap.3) ou, beaucoup plus marginalement, aux structures scolaires (par ex. médiateurs ou matériel d'animation de type la Mallette, cf. chap.5).

Tableau 2.5.B Demandes des usagers et des familles et prise en charge, dans les trois centres d'accueil et de traitement, 1997

	Zone Bleue	Entrée de Secours	Centre St-Martin
Effectifs	60	73	315
Demande			
% Traitement de la dépendance	31.7	48.0	75.6
% Problème somatique	15.0	9.6	4.3
% Problème psychique	28.3	17.8	9.4
% Problème social	55.0	45.2	7.0
% Demande de la famille	23.3	5.5	-
% Autre	13.3	11.0	11.4
Décision			
% Soutien social	68.3	23.3	12.0
% Accueil, repas	38.3	0.0	-
% Rdv médecin	23.3	32.9	9.1
% Aide administrative	21.7	37.0	-
% Soins infirmiers	3.3	4.3	2.5
% Traitement dépendance	3.3	15.1	29.8
% Information	-	15.1	15.3
% 2 ^{ème} entretien	-	-	20.4
% Autre	-	11.0	9.8
Contact, orientation			
% Services sociaux	40.0	19.4	-
% Contact médecin	33.3	30.6	-
% Autres personnes	10.6	25.0	*26.7
Orientation dans le CSM			
% Aux médecins du centre			54.9
% A l'équipe infirmière			34.3
% Aux travailleurs sociaux et psychologues			10.8

* Libellé pour le Centre St-Martin, personnes adressées ailleurs

Les demandes formulées par les usagers varient selon les centres : visiblement, ils savent ce qu'ils peuvent obtenir de chaque structure. Ainsi les demandes de traitement de la dépendance sont beaucoup plus fréquentes au CSM dont les objectifs au départ englobaient la prise en charge et le suivi de traitement (75.6% des usagers contre seulement 48.0% à EdS et 31.7% à ZB). Les demandes d'aides et de suivis psychosociaux sont par contre plus nombreuses à ZB et EdS. ZB présente de plus la particularité de devoir répondre à de nombreuses demandes émanant de la famille ou de proches de personnes toxicodépendantes. Relevons que le poids important des contacts avec la famille des usagers à ZB ne résulte pas d'une démarche intrusive du centre, mais émane le plus souvent du désir des usagers.

Les demandes décrites ici sont celles formulées lors des premiers contacts entre l'utilisateur et la structure d'accueil. Aussi bien ZB que EdS nous ont signalé l'évolution et la clarification des demandes au cours des contacts suivants qui tendent, dans la majorité des cas, vers une demande d'information autour des traitements puis d'un traitement lui-même. Ainsi, malgré leur orientation plus socio-éducative, les centres de ZB et EdS jouent un rôle important dans l'orientation des usagers dans le réseau de traitement.

Cette activité d'orientation se traduit, au niveau de la décision de prise en charge de l'utilisateur, par une proportion importante de personnes pour lesquelles un rendez-vous est pris avec un médecin (extérieur ou non à la structure) (23.3% à ZB et 32.9% à EdS). Pour le CSM, les décisions de traitement de la dépendance constituent presque le 30% des décisions. On peut y ajouter néanmoins la décision de fixer un deuxième entretien (20.4% des décisions) ainsi que les rendez-vous avec un médecin (9.1%) qui sont le plus souvent pris dans l'optique de commencer un traitement. EdS insiste par ailleurs sur le rôle qu'elle joue dans le "dépannage" en matière de cure de méthadone. Au cours de la période considérée, elle a en effet assuré de manière transitoire 8 cures de méthadone, soit parce que le médecin était en vacances, soit parce que pour des questions pratiques (horaire professionnel par ex.), l'utilisateur préférerait venir à EdS.

En terme d'accueil, les trois structures diffèrent assez fortement. ZB est la seule structure à avoir retenu comme rubrique de prise en charge "l'accueil". Sous ce terme, il faut comprendre que l'utilisateur peut venir manger, s'installer pour la journée et repartir et ceci jusqu'à ce qu'il trouve le moyen ou qu'il ressente le besoin de formuler une demande autre que celle d'être accueilli. Les fonctions d'accueil et de repas donnent le ton au local : un endroit où chaque personne peut se sentir chez elle et est respectée dans ce qu'elle est.

A EdS, la fonction d'accueil ne revêt pas la même importance notamment du fait que seules des collations sont servies et parce que l'équipe tend à réserver les heures d'ouverture des bureaux pour des tâches d'orientation et des démarches administratives. Ce faisant, les contacts informels ont lieu plutôt en fin de journée et, d'une manière générale, l'équipe n'encourage pas outre mesure l'appropriation par les usagers de la salle d'accueil en dehors de certains moments bien définis (souper du jeudi soir par ex.).

Le CSM ne dispose pas réellement de lieu d'accueil. Le hall d'entrée répond aux besoins d'une salle d'attente et mis à part de l'eau rien ne peut être consommé. Certains usagers y font cependant des séjours assez prolongés.

Les suivis psychosociaux et les aides administratives (recherche de logement, contact avec les offices régionaux de placement, etc.) occupent une grande place à EdS et ZB. Pour le CSM, les suivis sociaux sont sous-estimés, ne serait-ce que parce que la très large majorité des usagers qui suivent un traitement de substitution ou un sevrage bénéficient parallèlement d'un soutien psychologique. Cependant, le mode d'accompagnement et de prise en charge proposé par ce centre nécessite une régularité du suivi qui de fait correspond à un niveau d'exigences relativement élevé pour des personnes toxicomanes. En comparaison, EdS mais surtout ZB travaillent avec des "seuils différenciés" d'exigence.

Enfin, en ce qui concerne les contacts avec le réseau, EdS et ZB sont beaucoup plus actives que le CSM du fait qu'elles n'ont pas toujours les ressources internes pour répondre à toutes les demandes. De plus, leur orientation plus sociale que médicale les amène à davantage de démarches administratives pour lesquelles les contacts extérieurs sont nombreux.

3. TRAVAIL DE PROXIMITE

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

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

Tableau 3.a Méthode d'évaluation des projets de travail de proximité, 1997

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

3.1 TRAVAIL EDUCATIF DE PROXIMITE DE LA RIVIERA (ACT)

3.1.1 Historique et objectifs

Le projet de l'Action Communautaire et Toxicomanie (ACT) n'est pas un projet nouveau en soi, mais s'inscrit dans la structure de l'Association pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie, active à Vevey depuis 1976. Depuis 1993, l'activité de cette association (connue sous le nom du Clodo) a pu être reconnue sur le plan régional et s'inscrit comme une structure à disposition de l'ensemble des communes du district. Elle bénéficie d'une subvention de la part de ces communes de 3,50 Fr. par habitant. Elle a développé une collaboration poussée avec la fondation de Nant et également avec le groupe régional d'action préventive auprès des adolescents (GRAPA). Le projet ACT bénéficie donc de l'expérience déjà acquise auparavant.

Le projet a été soutenu par le Canton pour assurer une couverture plus large de l'Est vaudois dans le domaine de la prévention des toxicomanies à travers un travail de proximité et pour introduire et développer la notion de chaîne thérapeutique en fournissant aux institutions existantes les moyens nécessaires au développement de leurs activités, notamment avec l'UAS^m de Montreux.

Le projet ACT poursuit trois objectifs :

1. la présence sur le terrain,
2. l'accompagnement dans le réseau de prise en charge,

^m Unité ambulatoire spécialisée (cf. 2.4).

3. L'amélioration de la collaboration entre les différents intervenants du domaine de la toxicomanie.

La priorité de cette association est l'accompagnement de proximité qui favorise le retour et la réintégration dans un réseau de soins des personnes touchées par la toxicomanie. Les objectifs déclarés sont la prévention et la lutte contre la toxicomanie, notamment par la réduction des risques liés à la consommation ; cependant la prévention en terme de santé générale face à des problèmes tels que le Sida et les hépatites fait également partie des buts poursuivis.

La cohérence de toute démarche dépend de l'étroite collaboration entre les différents acteurs locaux. C'est pourquoi, l'association compte développer ses interventions en lien avec le réseau existant, notamment le milieu scolaire, dans le but d'être connue des jeunes (éventuels futurs consommateurs qui pourront comme cela accéder plus facilement au centre), mais aussi en collaborant activement à la mise sur pied de l'Unité Ambulatoire Spécialisée de la Fondation de Nant. Elle a aussi pour projet de développer les contacts avec les médecins traitant, les services sociaux et de réfléchir aux différentes formes d'échanges possibles à l'échelle de la région.

3.1.2 Méthodes d'évaluation

L'évaluation du projet a été décidée et préparée conjointement avec les deux autres projets de travail de proximité. L'outil d'évaluation des activités de monitoring a été développé et mis sur pied fin septembre 97 (cf. Annexe 1) et reprend en partie celui utilisé précédemment par ACT. Nous avons également pu disposer des données récoltées et traitées par ACT de 1996 à juillet 1997 pour établir l'évolution des activités du projet.

Les réunions de suivi ont eu lieu soit conjointement avec les deux autres projets, ce qui a permis à chacun de s'enrichir des expériences des autres, soit, dans deux cas, uniquement avec l'équipe d'ACT.

3.1.3 Etapes de la mise en route

La demande de subventionnement supplémentaire a permis une consolidation des projets de l'équipe en place et une extension sur la commune de Montreux et les communes avoisinantes des activités d'accompagnement de proximité sur le terrain. Ceci se traduit notamment par la mise sur pied d'une permanence tous les mardis soirs à Montreux. Il est par contre plus difficile d'évaluer de manière différenciée les activités en rapport avec la subvention de l'Etat de Vaud (90'000Fr) du travail plus largement effectué dans le cadre de la structure d'ACT.

L'équipe, stabilisée à 5 personnes, a recentré ses activités sur la présence sur le terrain, l'accompagnement (travail de clarification des situations, précisions des difficultés auxquelles il faut trouver des solutions, etc.), les démarches de cures, la participation aux activités de prévention primaire à travers les visites des écoles de la région, etc.

La prise en charge de cures de méthadone s'est développée, notamment dans l'attente de l'ouverture de l'UAS de Nant. Cela semble avoir eu un effet attracteur sur une partie de la population toxicomane. Toutefois, l'équipe ne souhaite pas développer plus que nécessaire cette activité, également dans un souci de bien délimiter le rôle et les tâches de chaque maillon de la chaîne thérapeutique. Elle entend cependant poursuivre le travail d'accompagnement et de soutien aux médecins prescripteurs.

3.1.4 Eléments facilitateurs

Par rapport aux deux autres projets de travail de proximité, la structure d'ACT bénéficiait non seulement d'une expérience antérieure importante, mais aussi du soutien des communes de la région. C'est dire qu'elle était déjà connue aussi bien par la population toxicomane que par les différents intervenants du domaine de la prévention. On ne peut donc pas comparer le développement de ses activités avec celui de structures qui viennent seulement de débiter.

3.1.5 Obstacles et difficultés

Un des soucis auxquels est confronté la structure est l'importance des attentes formulées par les autres intervenants du réseau. Ceci oblige chacun à clarifier sa position de manière à maintenir et à développer sa spécificité propre et à faire appel à la compétence des autres structures pour régler les problèmes spécifiques (soins infirmiers, aide sociale, RMR). Ce travail de construction des modes de collaboration entre différents acteurs nécessite la participation des différentes parties impliquées et est fortement dispendieuse en temps. L'équipe souhaite d'ailleurs orienter sa réflexion et une part de l'évaluation sur les problèmes de réseau en 1998.

Le travail sur la région de Montreux, dont l'accès reste difficile sur plusieurs plans, malgré une lente évolution, est également l'objet de la réflexion de l'équipe. Sont mentionnées la position assez répressive en matière de toxicomanie de certains acteurs-clés et les craintes d'une part de la population au premier projet d'ouverture de l'UAS au centre de Montreux. De plus, des problèmes de fonctionnement du centre de loisirs fréquenté par des bandes qui rendaient tout travail impossible ont obligé l'équipe à faire preuve de beaucoup de patience et de diplomatie. L'intervention des éducateurs auprès du centre de loisirs et la création d'une permanence dans ces lieux tous les mardis soirs a permis de redéfinir la réglementation interne du centre et a contribué à rassurer la police et les Autorités. Ceux-ci ont dès lors été plus enclins à accorder une certaine crédibilité au travail effectué et une légère ouverture a pu être mesurée. Il reste cependant que la volonté du politique est de maintenir une image de Montreux qui scotomise les problèmes de toxicomanie.

3.1.6 Organisation interne

L'équipe répartit ses activités en trois domaines : la permanence au centre (lundi, mardi, jeudi, vendredi de 10h à 12h et de 13h30 à 18h, mercredi de 14h à 18h), l'administration et le travail sur le terrain.

Le travail de permanence au centre s'est fortement développé, nécessitant la présence de deux personnes. Il consiste notamment à débroussailler les situations dans un cadre sécurisant, d'informer les usagers sur les démarches à entreprendre (par exemple par rapport au RMR), de répertorier les difficultés de manière à adresser l'utilisateur de manière ciblée vers d'autres acteurs du réseau.

Parmi les prestations qui relèvent de l'"administratif", on note l'ensemble des activités de colloques, de formation continue, de visites dans les centres, hôpitaux, prisons mais également l'importante participation à des actions de prévention dans les écoles de la région (une trentaine d'intervention par année).

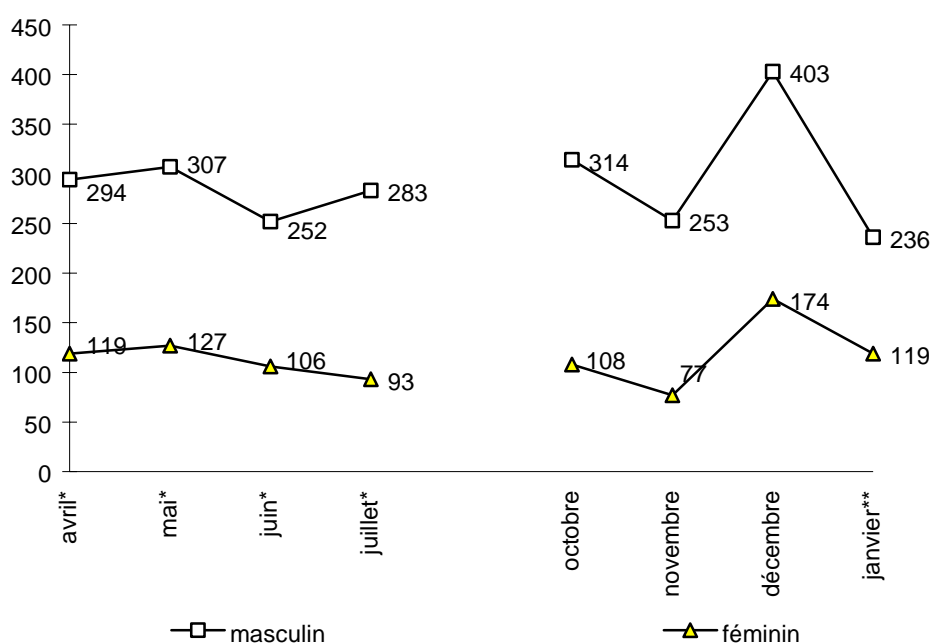
L'extérieur représente toutes les démarches de rencontre avec les usagers sur le terrain qui visent à rencontrer, accompagner, orienter, stimuler, conseiller, soutenir, protéger, informer. C'est un domaine indispensable pour coordonner les interventions et les relations avec les proches et parents des usagers.

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

3.1.7 Résultats du monitoring

L'analyse des monitoring montre l'importance des activités de contact et d'accueil de la structure de ACT qui a rencontré en moyenne une vingtaine de personnes par jour durant les mois de décembre 97 et de janvier 98. Du fait de l'ouverture antérieure du centre, les contacts présentent une courbe relativement stable (Figure 3.1.A). Le pic de décembre 1997 ne correspond par ailleurs pas à un événement quelconque et pour l'équipe de telles variations restent difficilement explicables.

Figure 3.1.A ACT : Nombre de contacts mensuels selon le sexe, avril à décembre, 1997



* Données récoltées par ACT avant la mise en place du monitoring
 ** jusqu'au 19.1.98

Les deux tiers de ces contacts ont lieu au centre, un quart dans la rue ou dans les cafés et le reste est essentiellement constitué de téléphones. 91% de ces contacts concernent des jeunes, 2% la famille et 7% le réseau de professionnels.

70% des usagers de ACT sont des hommes, mais il semble que la part des femmes soit en légère augmentation depuis le mois de décembre. La nature du contact est variable et souvent mixte, ainsi un contact par téléphone ou un contact informel peuvent déboucher sur un entretien.

Tableau 3.1.A ACT : Nature des contacts, octobre 1997 à janvier 1998

Nature du contact	Fréquence	Pourcentage
Informel	953	55.5%
Information, orientation	136	7.9%
Entretien	366	21.3%
Démarches	84	4.9%
Méthadone	127	7.4%
Autres	52	3.0%

3.1.8 Conclusions

- **L'Action Communautaire et Toxicomanie (ACT) est une structure bien rodée et possède une riche expérience dont les autres projets de travail de proximité pourraient bénéficier.**
- **L'extension du travail à Montreux et sa région s'est révélée difficile - principalement pour des raisons liées au politique, à certains secteurs de la population et à des intervenants qu'une visibilité accrue du problème de la toxicomanie dérange - mais semble être en bonne voie, la collaboration étroite entre ACT et l'Unité ambulatoire spécialisée (UAS) étant un facteur favorisant.**
- **La construction en cours d'un réseau équilibré de collaboration entre secteur médico-psychiatrique et secteur social, où chaque acteur occupe une place bien définie représente un modèle de configuration unique dans le canton. La réflexion sur le partage des tâches entre ACT et UAS se poursuit et amènera certainement des changements dans l'organisation d'ACT.**

3.1.9 Enjeux et recommandations

Les enjeux relevés par l'équipe sont principalement l'amélioration de la collaboration avec les structures existantes de manière à bénéficier au maximum des compétences réciproques, sans dédoublement de la prise en charge et sans se substituer à d'autres structures, tout en intégrant autant que cela se peut la personne toxicomane dans la société. Cela implique de travailler avec les structures existantes, par exemple en amenant aux services sociaux qui découvrent le problème et les situations des personnes toxicomanes, des connaissances qui leur permettent de décoder les situations. L'enjeu final étant de rendre chacun plus efficient dans l'accomplissement de son travail tout en lui reconnaissant sa place spécifique et indispensable dans le réseau de prise en charge.

Si avec les médecins de la région, la collaboration est en bonne voie, il semble qu'il subsiste des difficultés avec les services sociaux de Vevey et les autorités de Montreux. L'équipe d'ACT souhaite une amélioration des échanges tout en insistant sur le fait qu'ils ne peuvent pas parcourir seuls la distance et qu'il serait nécessaire qu'il y ait un rapprochement réciproque. Seul un bon fonctionnement, notamment de la communication sur le rôle de chacun dans la prise en charge des usagers, permet de comprendre et d'agir en conséquence face à des demandes formulées par un autre acteur de la chaîne thérapeutique et d'éviter certains pièges qui profitent parfois clairement aux personnes toxicodépendantes.

Affiner le langage et le mode de faire et élaborer une base commune pour la prise en charge et le suivi des patients en cure de méthadone apparaissent également comme des éléments à développer.

- **Les contacts entre ACT et les projets de travail de proximité de Morges-Aubonne et Aigle-Pays-d'Enhaut doivent être renforcés.**
- **La configuration du réseau de prise en charge et le fonctionnement (collaborations, qualité et suivi de la prise en charge des usagers, etc.) devra faire l'objet d'une comparaison avec les autres modèles existant dans le canton.**
- **En particulier, le projet, développé par ACT dans le cadre de la collaboration avec l'UAS, d'établir une permanence d'ACT, tous les matins de 9 à 12 h dans les locaux de l'UAS prend une dimension importante. En effet, l'idée de déplacer un professionnel so-cial dans une structure médico-psychiatrique semble une expérience à suivre de près notamment, en raison des solutions qu'elle peut amener par rapport aux points suivants :**
 - **amélioration de la coordination de la prise en charge autour d'un usager,**
 - **reconnaissance du rôle de chaque structure et donc de leur complémentarité,**
 - **légèreté et souplesse du système,**
 - **centralisation des différentes prestations si l'usager le désire, mais chaque structure garde cependant son indépendance,**

- **visibilité des échanges et de la collaboration entre deux structures qui rend plus difficile pour l'usager l'exploitation d'éventuelles zones d'ombre, voire de différends.**

3.2 TRAVAIL EDUCATIF DE PROXIMITE MORGES-AUBONNE

3.2.1 Historique et objectifs

Le projet de travail de proximité a été conçu par un groupe de travail réunissant aussi bien des gens de l'association le Relais, que les services du planning familial, les animateurs des centres de loisirs de la région et les services de santé (infirmières scolaires, médecin généraliste) de la région Morges-Aubonne. Ouvert en 1996, il a été conçu pour répondre aux zones d'ombre identifiées dans le dispositif régional global, parallèlement et en complément aux projets de planning familial itinérant et à la structure d'Entrée de Secours. L'aspect du planning familial ne rentre toutefois pas dans notre évaluation (financement différent).

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

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

3.2.2 Méthodes d'évaluation

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

3.2.3 Etapes dans la mise en route

Les premiers mois d'activité ont été consacrés à la mise sur pied du bus itinérant Prévention et ont permis de poser les premiers jalons de la collaboration, notamment avec les équipes de santé et les médiateurs scolaires.

Durant les premiers mois de l'année 97, l'accent a été mis très fortement sur les premières prises de contact avec les jeunes, par exemple par la présentation personnalisée du programme dans les classe de 8^{ème} et 9^{ème} année de la région Morges-Aubonne.

Parallèlement l'équipe a mis en place des points de présence fixe du bus aux abords des écoles de Morges, Aubonne, Apples, St. Prex, Gimel et Préverenges et a assuré des présences régulières et fréquentes à la sortie des écoles et dans les lieux de réunion et de consommation des jeunes.

Pour intensifier les collaboration avec le dispositif existant, mais également se faire connaître davantage par la population, l'équipe a participé en automne 97 à la mise sur pied d'une exposition fournie par le GREAT (TOX2014) et à la journée SIDA. La création de ces événements et des différentes manifestations qui y ont été liées a demandé un investissement considérable à l'équipe qui s'est soldé cependant par un impact "publicitaire" important et par une augmentation des appels à collaborer, bref par une meilleure connaissance du "bus prévention" dans la région. Le GREAT a par ailleurs relevé

dans son rapport d'activité le travail de promotion/suivi/formation très positif fourni par le centre de prévention Morges-Aubonne autour de l'exposition TOX 2014.

3.2.4 Eléments facilitateurs

Le projet de travail de proximité de la région Morges-Aubonne est intimement lié au dispositif régional global de prévention et a pu bénéficier des conseils et de l'encadrement compétents d'intervenants liés au domaine de la toxicomanie.

3.2.5 Obstacles et difficultés

Le principal obstacle auquel se heurte l'équipe est l'étendue de la région et la difficulté à trouver le moyen d'entrer en contact avec les jeunes et à être présents dans leurs têtes lorsqu'ils en ont besoin. Savoir où sont les jeunes, à quelle heure, est très difficile à déterminer surtout en raison de la relative absence de lieu de réunion fixe ou commun à l'ensemble du public potentiel (pas de pôle central comme à Lausanne ou Vevey par ex.).

Le fait que le point de base de l'équipe soit un bus et donc qu'il se déplace peut aussi poser le problème aux personnes désireuses de rentrer en contact de savoir où et quand on peut le trouver. Il y a peut-être un problème de la régularité de la présence en 8 endroits différents, surtout quand d'autres activités (cf. l'exposition par ex.) ont bousculé l'horaire habituel de l'équipe. Visiblement, la possibilité de pouvoir joindre les travailleurs de proximité par natel n'est quasi pas utilisée par les jeunes, en peu plus par leurs proches. Téléphoner constitue peut-être déjà une "démarche"...

Enfin, en ce qui concerne le travail de collaboration avec le réseau, l'équipe relève une certaine résistance pour créer des synergies entre intervenants, les gens ne se découvrant que lors de contacts personnels, d'où l'espacement des séances de rencontres. Malgré tout, la collaboration s'installe lentement entre les infirmières scolaires et la personne responsable des activités de planning familial du bus.

Le planning familial rencontre également des problèmes liés au caractère itinérant du bus et à la visibilité négative du bus en terme d'anonymat : "monter seul dans le bus, cela signifie que l'on a un problème".

D'une manière plus générale, l'équipe se sent un peu seule face à ces problèmes et aurait besoin d'être davantage soutenue ou d'avoir un appui extérieur. Elle entretient relativement peu de contacts avec EdS.

3.2.6 Organisation interne

L'équipe est composée d'un éducateur (80%) et d'une conseillère en planning familial (50%). En plus du bus, l'équipe partage un bureau au centre médico-social de Morges qui sert cependant essentiellement à des tâches administratives et très peu à des entretiens.

L'organisation de l'équipe varie en fonction des demandes d'intervention formulées par ex. par les écoles. Elle comporte aussi bien des permanences à heures et lieux fixes avec le bus, qu'une présence sur les lieux de concentrations des jeunes tels que pub, cafés, rues, manifestations diverses.

3.2.7 Résultats du monitoring

Les premiers résultats dénombrent 112 contacts pour les trois mois considérés. Ils se répartissent de manière relativement équitable entre la rue, le bus et le bureau, les autres lieux n'apparaissant qu'épisodiquement. Le croisement entre les lieux où s'établissent les contacts et les interlocuteurs fait ressortir l'importance de la rue pour rencontrer les jeunes, mais aussi les membres de la famille. L'autre mode de communication privilégié par les familles est cependant le téléphone. Le bureau sert essentiellement pour les contacts avec d'autres professionnels.

Un gros tiers des contacts concernent directement des jeunes ou indirectement (à travers les membres de la famille). Il faut relever que, du fait de la création de la rubrique "groupe de jeunes", ces contacts apparaissent de manière moins fréquente que s'ils étaient comptabilisés un par un. Les contacts entre professionnels ont été plus élevés en pourcentage pendant les mois d'octobre et de novembre en raison notamment de la mise sur pied de l'exposition Tox 2014 et de l'organisation de la journée mondiale du Sida.

La nature des contacts est essentiellement de type "entretien" (30%) ou "démarche" (29%) ces dernières ayant gagné légèrement en importance au cours de la période. Au cours des entretiens, les problèmes de fugues, mais aussi de consommation de haschich ou de deal sont évoqués. Les contacts informels constituent 21% des contacts et ont lieu en majorité avec des groupes de jeunes. Ils permettent souvent une première approche, plus discrète, pour un jeune désireux de prendre contact avec l'équipe, contact qui pourra éventuellement se formaliser, par la suite, sous la forme d'un entretien.

Le croisement entre les données des interlocuteurs et le sexe ne sont pas vraiment intéressantes vu le faible échantillon. On relève toutefois une forte majorité de garçons parmi les jeunes rencontrés.

3.2.8 Conclusions

- **Le projet de travail éducatif de proximité de Morges-Aubonne est encore dans son stade de développement.**
- **La taille de la région rend difficile la couverture de l'ensemble du territoire et oblige l'équipe à de nombreux déplacements.**
- **Grâce à une politique de contacts et de présence régulière dans toute la région, les travailleurs de proximité commencent à être bien connus et les jeunes et autres intervenants ou partenaires font plus souvent appel à eux.**
- **Les principales orientations actuelles relèvent de la prévention primaire des dépendances et de la prévention secondaire envers les jeunes qui ont des problèmes, que cela soit ou non en rapport direct avec la consommation de substances ou avec la dépendance.**

3.2.9 Enjeux et recommandations

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

Cet important travail de sensibilisation et d'appropriation d'un milieu par le contact extra-scolaire prend du temps et impose de "ratisser large". Dans ce sens, les actions autour de l'exposition du GREAT ou de la journée mondiale du Sida et la présence régulière aux alentours de écoles prennent tout leur sens.

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

La réflexion doit aussi porter à notre avis sur les meilleurs moyens pour faciliter l'accès au bus et sur la stratégie à adopter : faut-il stabiliser davantage le bus au détriment du nombre de lieux visités pour assurer une permanence plus régulière pour que les jeunes puissent plus facilement mémoriser l'horaire et entrer en contact avec l'équipe en cas de besoin ? Un projet de travail de proximité peut-il réellement

se passer d'une base fixe telle que par ex. un local indépendant d'autres structures pour garantir un certain anonymat ?

- **Le projet devrait progressivement s'orienter vers une activité prépondérante de prévention secondaire auprès de jeunes marginalisés ou en phase de début de consommationⁿ.**
- **Les activités de présence du bus doivent être régulières, peut-être en un nombre de lieux plus réduit.**
- **Les liens avec Entrée de Secours doivent être développés.**

3.3 TRAVAIL EDUCATIF DE PROXIMITE AIGLE-PAYS D'ENHAUT

3.3.1 Historique et objectifs

Le projet "Dépendances" a été conçu par les professionnels de la région Aigle-Pays d'Enhaut dans le cadre du projet de régionalisation de la prévention. Il s'inscrit prioritairement au niveau de la prévention primaire.

Le projet vise à promouvoir, dans l'ensemble des deux districts, des actions socio-sanitaires auprès de groupes à risques (jeunes de 15 à 25 ans), de leurs familles et de leurs proches dans le but de favoriser des échanges d'informations sur la problématique des dépendances, de susciter un dialogue avec tous les partenaires et d'orienter les demandeurs éventuels dans le réseau déjà existant.

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

3.3.2 Méthodes d'évaluation

Bien qu'ayant également adopté la feuille de monitoring comme outil d'évaluation, l'organisation de l'équipe et notamment son projet de questionnaires à distribuer auprès des jeunes de 15 à 25 ans (comme moyen d'établir un premier contact), ne lui a pas vraiment laissé le temps de remplir ces fiches pour l'instant.

L'évaluation se base donc essentiellement sur les réunions de suivi, le rapport d'activité et les résultats du questionnaire.

3.3.3 Etapes de la mise en route

L'équipe a choisi, au départ, d'élaborer un projet visant à connaître le public-cible, ses besoins et ses attentes. Pour cela, elle a réfléchi à un questionnaire, rempli par les usagers potentiels, qui permette également d'entrer en contact avec eux et de se faire connaître dans l'ensemble de la région. Durant le mois de juillet 97, les deux travailleurs de proximité ont mené des entretiens informels avec 59 jeunes qui portaient sur leur réseau social, leurs loisirs, leur consommation en général et qui ont permis d'affiner par la suite le questionnaire.

Le questionnaire a été rempli durant l'automne et l'exploitation des résultats fait aujourd'hui l'objet d'un rapport intéressant sur la situation locale. Il a officié comme porte d'entrée dans différents groupes et la discussion a pu déboucher sur les problèmes de consommation, mais aussi de vie en général.

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

Parallèlement à ce questionnaire, l'équipe a emménagé dans des locaux indépendants du centre médico-social en juin ; elle a recherché des fonds pour acheter un bus qui permette de sillonner la région et qui assure une meilleure visibilité au projet. L'équipe attend la réponse quant à son financement. Elle a choisi, dans un premier temps, de se déplacer dans la région de manière très informelle, au gré des rassemblements, et de s'installer à proximité des écoles, des bars et des centres de loisirs. Enfin, l'équipe offre une permanence au centre et sur natel, même si ce moyen est encore peu utilisé par les jeunes.

3.3.4 Eléments facilitateurs

L'équipe a pu profiter d'un soutien actif du groupe de pilotage qui a pris en charge certaines tâches par exemple celle de faire le lien avec les professionnels dans le cadre de la formation d'un groupes "Narcotiques anonymes". Suite à la modification de la structure interne du projet régional, les groupes de pilotage seront dorénavant impliqués dans l'élaboration d'un programme et non dans sa réalisation. En ce sens, la collaboration avec les différents intervenants du réseau socioculturel fonctionne bien.

L'équipe bénéficie par ailleurs à travers ses locaux d'un point fixe tout en ayant un véhicule privé pour parcourir la région.

Une émission hebdomadaire de radio, indépendante du programme et d'une portée plus large au niveau de la santé, sera mise sur pied et pourra être utilisée comme moyen d'information. Elle devrait favoriser le sentiment d'appartenance à la région.

3.3.5 Obstacles et difficultés

Comme pour la région Morges-Aubonne, la zone géographique à couvrir par l'équipe est très étendue. Elle est cependant beaucoup moins homogène, alliant régions de montagne et plaines avec des secteurs économiques très diversifiés. De plus, certaines localités ont tendance à se tourner vers le Valais, d'autres vers La Riviera ou la France voisine ; enfin Château-d'Oex penche davantage vers Bulle et l'Oberland bernois. Le terrain est ainsi extrêmement varié et les déplacements très importants.

Les premiers contacts sont relativement difficiles à établir notamment parce qu'il n'est pas toujours facile de savoir où aller et surtout quand y aller pour retrouver des groupes de jeunes. Le fait d'avoir un centre augmente pour cela les possibilités de rencontres.

3.3.6 Organisation interne

Les deux travailleurs de proximité se répartissent l'ensemble des activités ou travaillent en duo lors des déplacements.

Ils répartissent leur temps de travail de la manière suivante : un tiers à l'extérieur et dans la rue et deux tiers de présence au centre (y inclus la permanence, le travail de bureau et les tâches administratives).

3.3.7 Résultats du questionnaire

En lieu et place des résultats du monitoring, nous donnerons quelques informations tirées de l'enquête menée auprès des jeunes de 15 à 25 ans des deux districts et qui fournit une série d'information sur le profil et les attentes de cette population. Au total, 341 jeunes ont rempli le questionnaire qui se répartissent entre la plaine (215) et la montagne (120). La proportion de filles est plus élevée que dans d'autres structures et atteint 41%.

En terme de réseau social, 9 à 15% des jeunes disent ne pas avoir de dialogue avec les membres de leur famille et bon nombre d'adultes masculins (28%) ne discutent avec personne lors de moments de déprime.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, de tabac et d'autres produits, plus de 50% des jeunes interrogés fument régulièrement des cigarettes, 15 à 20% disent consommer régulièrement du haschich et un quart occasionnellement. Les hommes sont plus nombreux à boire régulièrement de l'alcool et la

consommation d'alcool forte augmente avec l'âge. La consommation est le plus souvent motivée par l'envie de se détendre et d'oublier ses soucis, exprimant ainsi la difficulté de faire face à la pression et aux exigences quotidiennes. Ces chiffres rejoignent ceux de l'enquête sur les adolescents, menée dans le canton de Vaud en 1992¹.

Les demandes exprimées par les jeunes à travers le questionnaire sont très variées. Il ressort cependant un besoin de discuter, d'être pris au sérieux, de prendre en main des projets qui leur seraient propres et de devenir ainsi des partenaires reconnus par le monde des adultes.

Le bénéfice indirect de ce travail est d'avoir permis à l'équipe d'inventorier les lieux et les horaires de rencontre avec le public cible et d'avoir établis un certain nombre de contacts.

3.3.8 Conclusions

- **Le projet de travail éducatif de proximité Aigle-Pays d'Enhaut - encore en période de démarrage - est fortement orienté sur la prévention primaire des dépendances et la promotion de la santé.**
- **Le choix de faire un constat régional des besoins des jeunes au moyen d'un questionnaire a permis d'entrer en contact avec le public-cible, très dispersé dans cette région et de faire connaître les intervenants. En revanche, ce choix a retardé la réflexion sur l'activité à mener et l'action elle-même.**
- **Il paraît difficile d'assumer une présence régulière sur un territoire si grand.**

3.3.9 Enjeux et recommandations

Comme pour Morges-Aubonne, le travail d'entrer en contact dans une région aussi vaste est un travail de longue haleine. Si l'équipe a réussi à contacter plus de 300 jeunes pour remplir le questionnaire, la question se pose d'assurer la poursuite des contacts et d'organiser "l'après-questionnaire". Les contacts ont en effet eu lieu suite à une démarche qui partait de l'équipe. Est-ce que la relation établie ainsi va être suffisante pour que les rencontres se poursuivent, cette fois à l'initiative des jeunes ?

Le questionnaire a révélé d'autre part les différentes attentes des personnes interrogées. Comment est-ce que l'équipe peut utiliser au mieux ces demandes, voire les concrétiser tout en gardant bien sûr l'optique de la prévention ? En effet, les jeunes expriment surtout le besoin de lieux de rencontre ou d'animation.

Enfin comment gérer et répartir les activités de l'équipe sur l'ensemble du territoire ?

- **Une réflexion sur les priorités d'intervention doit avoir lieu selon divers axes :**
 - **le public-cible : jeunes en général, jeunes à risque de marginalisation ou d'entrée dans la dépendance,**
 - **le type d'intervention : adressée à des groupes ou plus centrée sur l'écoute ou le conseil individuel,**
 - **l'orientation générale de l'intervention : animation socioculturelle ou travail de rue à proprement parler; prévention primaire / promotion de la santé ou prévention de la marginalisation / dépendance,**
 - **le lieu d'intervention : toute la région Aigle / Pays-d'Enhaut ou seulement la région de plaine.**

Il n'est certes pas possible d'éviter des recouvrements de plusieurs types d'intervention mais des choix doivent être faits pour assurer la qualité et la continuité de l'action.

3.4 COMPARAISONS DES TROIS PROJETS DE TRAVAIL EDUCATIF DE PROXIMITE

La comparaison stricte de l'activité des trois projets de travail de proximité n'est pas pertinente en raison de l'histoire particulière de leur mise en oeuvre et des situations différentes qui caractérisent chacun d'eux.

On peut considérer ces projets par rapport au niveau d'intervention dans le domaine de la dépendance, que l'on peut imaginer comme une sorte de chaîne préventive par analogie et en parallèle avec la chaîne thérapeutique :

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

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

Le projet de Morges-Aubonne a des activités de prévention primaire et secondaire ("jeunes à risque" principalement) et on peut penser qu'il sera de plus en plus sollicité dans son activité prévention secondaire, éventuellement, à terme, si la collaboration avec EdS se développe, de prévention tertiaire. Pour l'instant le lien avec la chaîne thérapeutique est faible.

Quant au projet Aigle-Pays d'Enhaut, il semble orienté sur la prévention primaire / promotion de la santé, voire l'animation et n'a pas pratiquement pas de contacts avec le réseau de prise en charge des personnes toxicodépendantes, peu développé dans la région.

Il est prématuré et probablement illusoire de penser que ces projets vont avoir avec le temps une évolution convergente, compte tenu notamment des environnements très différents dans lesquels ils s'insèrent. Il nous semble pourtant que les contacts entre eux doivent être maintenus pour favoriser les échanges d'expériences sur diverses approches possibles du travail dit "de rue" ou "de proximité" dans le domaine des dépendances. Ces contacts pourraient inclure les autres institutions travaillant dans cette optique (Rel'aids, Pastorale de rue, etc.).

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

4. PISTES DE REFLEXION

On peut esquisser trois modèles de collaboration dans la prise en charge médico-sociale de la toxicomanie.

- Un premier modèle, représenté par les régions de Morges et d'Yverdon où **le médical et le social occupent des espaces séparés** mais où les structures d'accueil (à vocation sociale) sont des plates-formes d'orientation vers les médecins praticiens et le CPS pour Yverdon, vers les médecins praticiens pour Morges et vers d'autres structures sociales (services sociaux, par ex.). Dans les deux cas c'est le médical qui se déplace vers le centre d'accueil, en appui. On peut parler, pour EdS et ZB, d'un centre social sollicité par et sollicitant tout le réseau de manière assez équilibrée.
- Un deuxième modèle, représenté par le Centre St-Martin, où **le médical et le social occupent le même espace**, avec une direction médicale, légitimée par les missions du centre (prise en charge, enseignement, recherche) et son rattachement administratif au DUPA. La prise en charge y est centralisée dans un premier temps, avec une orientation vers les praticiens par la suite, beaucoup moins vers d'autres structures sociales. Au contraire, on offre un appui social aux praticiens qui reprennent des patients. La sollicitation du réseau par ce centre médico-social se fait de manière moins équilibrée. La centralisation et la pluralité des missions (la taille du centre joue aussi un rôle) donnent aussi un poids considérable au CSM qui fait que les intervenants du réseau sont tentés de se décharger d'une partie de leur responsabilité sur le CSM^o.
- Un troisième modèle, représenté par la région de Vevey, où **le médical et le social occupent aussi des espaces séparés, avec une structure et un fonctionnement en réseau plus marqués** (en tout cas dans le projet) avec un bipôle socio-éducatif (ACT) et médical (UAS) où les deux structures ont une taille comparable et où la structure socio-éducative offre une palette d'intervention (accueil et travail de proximité). De plus, le social (services sociaux de Montreux) et le socio-éducatif (ACT) se déplacent en appui à l'UAS.

Les questions / enjeux qui pourraient apparaître de façon différenciée suivant les modèles sont les suivantes :

- Est-ce qu'un modèle donné se maintient ? Par exemple le report des prises en charge du CPS vers ZB à Yverdon signifie-t-il réellement une complémentarité accrue entre les structures ou cache-t-il un transfert de la prise en charge (une des structures abandonnant ou diminuant fortement ses prestations dans le cadre de ses locaux) ?
- Quels sont les bénéfices et les inconvénients du regroupement des prestations pour l'utilisateur (CSM) ?
- Y a-t-il des inconvénients liés à certains types de structures : par ex. exclusion de certains types de consommateurs dans les structures "lourdes" (CSM), mélange potentiel de types de consommateurs différents dans les structures fondées sur l'accueil (EdS, ZB), crainte du non-respect d'un certain anonymat dans les structures très "marquées toxicomanie" ? Cette dernière question renvoie aux populations de consommateurs récents.
- Comment optimiser le lien entre travail de rue et structures d'accueil et de soins ?
- Le mouvement du médical vers le social est-il équivalent à l'inverse ? Dans l'urgence d'une surcharge, ne privilégie-t-on pas de toute façon le médical ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients d'un regroupement né d'une collaboration énoncée et décidée (UAS /ACT), par rapport à un centre qui d'emblée regrouperait les

^o En témoigne la récente lettre envoyée par la direction du Centre Saint Martin et le médecin cantonal aux médecins praticiens vaudois concernant la chaîne thérapeutique. Cette lettre rappelle aux médecins leur rôle dans la chaîne thérapeutique et les incite à prendre de nouveaux patients, après leur passage à Saint-Martin pour stabilisation ou orientation.

différentes prestations (en termes de complémentarité, de double prise en charge, de financement, etc.) ?

Pour la suite de l'évaluation, il sera plus pertinent de comparer les **structures** par paires: CSM / UAS-ACT centrées sur le traitement et EdS / ZB centrées sur l'accueil et l'orientation.

En revanche il s'agira aussi de comparer les différents **modèles régionaux de collaboration** (structure et fonctionnement du réseau de prise en charge et de traitement).

5. LES AUTRES PROJETS

Pour les cinq autres projets (Programme résidentiel pour adolescents du Levant, le Parachute, Trampoline, la Mallette et Voilà-Vaud), nous avons principalement utilisé les rapports d'activités annuels, ainsi que divers documents mis à disposition par les responsables des projets. De plus, des réunions d'échange d'information, ainsi que des appels téléphoniques ont été effectués quand cela était nécessaire pour compléter l'information requise pour l'évaluation.

5.1 PROGRAMME RESIDENTIEL POUR ADOLESCENTS DU LEVANT

En 1995, à la demande du Tribunal des Mineurs, une unité d'accueil pour adolescents a été créée dans le cadre de la "Pichollette". Cinq places ont ainsi été réservées pour des adolescents toxicomanes placés d'autorité. Les adolescents transitent d'abord par la Section d'Accueil et de Sevrage (SAS) au Levant à Lausanne. Pendant cette phase un bilan de leurs connaissances professionnelles est effectué. De plus un travail sur les motivations à l'aide et un premier entretien de famille dans le but d'informer les proches sur le déroulement du traitement sont réalisés. L'arrivée à la "Pichollette" correspond au début du traitement qui se déroule en quatre phases, d'une durée d'un mois au minimum chacune, et d'une postcure d'environ quatre mois. Les trois premières phases se déroulent en principe à la "Pichollette" où depuis mars 1997, les adolescents logent dans les portacabines aménagées spécialement à côté du Centre de traitement.

De janvier 1995 à fin février 1998, le programme résidentiel pour adolescents du Levant, a admis 28 personnes. Parmi ceux-ci, 17 adolescents ont terminé le programme complet et 11 ont séjourné pour des périodes allant d'un jour à 6 semaines. Ces jeunes étaient tous polytoxicomanes; onze étaient des injecteurs et quatre étaient issus de parents toxicomanes. Seize d'entre eux ont été adressés par le Tribunal des Mineurs du canton de Vaud, trois provenaient d'autres cantons et trois étaient des admissions volontaires envoyées par le Centre St-Martin.

A ce jour, quatre personnes suivent le programme de réinsertion professionnelle du Levant (deux places de travail, deux apprentissages) et deux personnes sont suivies dans le cadre du programme ambulatoire. Cinq sont encore en traitement à fin mars 1998.

Pour la plupart des adolescents, la courte durée de chaque phase est attractive. Néanmoins, un bon nombre d'entre eux demandent une prolongation d'une ou de plusieurs phases.

Conclusions

Les responsables du programme reconnaissent que les demandes (16 cas en 3 ans) sont insuffisantes par rapport à l'offre (5 places), en grande partie en raison du refus des jeunes et/ou de leur famille à admettre un séjour résidentiel. La demande porte actuellement davantage sur des prises en charge de type ambulatoire. Cette évolution a conduit à une redéfinition de l'activité du centre de la Pichollette qui en plus de la prise en charge des adolescents qui sera donc maintenue à 50% de l'activité initialement planifiée, se consacrera à l'avenir davantage à la prise en charge et au suivi de femmes avec enfants permettant ainsi de combler une importante lacune constatée autant dans ce canton qu'au niveau national.

5.2 LE PARACHUTE

Le Parachute est une maison située au cœur de Lausanne qui a pour objectif d'être un pont entre la rue, la marginalité et la société. Ce projet a été créé en 1991 par Mère Sofia, qui avait, dans son travail de rue, constaté la nécessité de mettre à disposition des jeunes en rupture un lieu d'accueil différent des

structures déjà existantes. Le Parachute, géré par la Fondation Mère Sofia, reçoit actuellement depuis 1997 un soutien du Conseil d'Etat.

Cette structure est ouverte 24 heures sur 24, 365 jours par an. Pour assurer sa mission, elle emploie 6 postes d'intervenants, 1 poste de coordinateur, 1 poste d'employé polyvalent, 0.5 poste administratif, 0.5 intervenant socioculturel. L'équipe est aussi aidée par 4 à 5 bénévoles. Le Parachute met à disposition des informations sur Internet^P.

Le Parachute s'adresse à une population avec des problématiques très diverses : polytoxicomanie, délinquance, cures de méthadone, problèmes familiaux, fugues d'autres structures, victimes d'abus sexuels, prostitution, violence, problèmes psychologiques et psychiatriques. La population se situe en majorité parmi les 15-25 ans.

Le Parachute est avant tout un lieu d'accueil et d'écoute. Pendant l'année 1997, le Parachute a affirmé son orientation vers l'accueil sans discrimination et l'hébergement de jeunes pré-dépendants ou pré-délinquants. Les deux objectifs principaux étaient :

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

Le nombre de visites durant l'année 1997 s'est élevé à environ 16'500. 40% de ces visites résultaient d'un besoin de conseils, d'orientation, d'assistance pour des démarches administrative, des recherches de logement, d'écoute ou de soutien financier. 90% des usagers viennent au Parachute pour bénéficier d'un repas ou d'un moment de répit. 20% utilisent régulièrement les sanitaires ainsi que la machine à laver le linge. 40% des usagers participent activement et régulièrement aux tâches et aux activités culturelles proposées par la maison. 5% demandent un hébergement d'urgence. Et 5% des usagers de la maison en deviennent habitants pour un séjour d'en moyenne 4 mois. Le travail lié aux visites des usagers s'opère principalement durant la journée, avec une plus grande affluence aux heures des repas (midi et soir).

En 1997, le Parachute a accueilli 15 habitants pour une période de séjour moyenne de 4 mois. Le taux d'occupation des 6 chambres - sans la chambre de dépannage - à disposition pour les séjours à long terme est de 83.3%. En ce qui concerne la chambre de dépannage (hébergement d'urgence) le taux d'occupation est d'environ 70%. La durée moyenne de séjour reste stable par rapport aux années précédentes (20% des usagers reste quelques jours ou quelques semaines, 70% quelques mois et 10% jusqu'à 12 mois).

Pour les 15 habitants de l'année 1997, six ont pu, suite à leur séjour au Parachute, connaître une insertion complète (acquisition d'un logement et d'un travail), deux une insertion partielle, deux ont été orientés avec succès vers d'autres structures et cinq ont rechuté dans la situation antérieure à leur séjour au Parachute.

Conclusions

Le Parachute correspond à une demande importante en termes d'accueil, d'écoute et d'hébergement, comme le confirme la fréquentation élevée de cette structure et le taux d'occupation des chambres. Le profil de la clientèle démontre bien que le public-cible défini dans les objectifs du projet est atteint. Cette structure est donc un élément essentiel du réseau d'accueil et de prise en charge existant dans le canton et mérite donc amplement de pouvoir continuer son activité. Le système de monitoring mis en place par le Parachute permet par ailleurs un suivi régulier du travail fourni.

^P <http://www.fondation.ch/>

5.3 TRAMPOLINE

Le projet Trampoline est né en 1994 de l'initiative de quelques membres de l'Association Vaudoise des Personnes Concernées par les problèmes liés à la Drogue (AVPCD). Son objectif principal est de faciliter la réinsertion socioprofessionnelle d'anciens toxicomanes (depuis 1997, les personnes en traitement à la méthadone peuvent également bénéficier de cette offre). Cet objectif principal contribue par ailleurs, à prévenir de nouvelles rechutes. En juillet 1995, un bureau d'accueil est ouvert 1 jour par semaine et des bénévoles en assurent la permanence. Depuis mai 1996, le bureau est ouvert tous les jours de la semaine (lundi à vendredi) de 8h00 à 12h00 et deux personnes, anciennes toxicomanes sont employées à mi-temps. Un site internet est développé⁹. En mai 1997, le comité est réorganisé et la création de nouveaux statuts marquent l'indépendance de Trampoline envers l'AVPCD et la constitution de l'Association Trampoline.

Les deux collaboratrices de Trampoline accueillent les candidats, font un bilan de leurs expériences professionnelles, les aident à définir leurs objectifs et élaborent avec eux la démarche la mieux adaptée à leur cas en fonction également des places disponibles (place de stage, apprentissage, reprise d'études, poste fixe ou temporaire).

Une importante partie de l'activité de Trampoline réside dans les contacts avec les entreprises afin, d'une part, de sensibiliser les responsables de celles-ci aux problèmes de la réinsertion d'anciens toxicomanes, et d'autre part, de les rendre conscients de l'aide importante qu'ils peuvent apporter. L'accueil réservé aux collaboratrices de Trampoline est en général chaleureux et les chefs d'entreprises du canton se déclarent souvent prêts à aider dans la mesure de leurs possibilités. En 1997, sur 254 entreprises contactées, 70 rendez-vous ont été obtenus (environ 30% des contacts).

Tableau 5.3.A Répartition des contacts et personnes placées dans le cadre de Trampoline en 1996 et 1997

	1996	1997
Personnes ayant contacté Trampoline	70	55
Nombre de personnes placées	43	24
Nombre de personnes non plaçables (consommant toujours)	15	10
Nombre de personnes non placées	12	21

Le Tableau 5.3.A montre l'évolution du nombre de personnes ayant contacté Trampoline et celles ayant été placées ou non en 1996 et 1997. La relative diminution observée en 1997 est attribuable au fait qu'une des personnes travaillant pour l'association n'avait pas suffisamment de compétences pour mener à bien ce type de travail. Une nouvelle personne a donc été engagée afin de pallier à ce manque. Il faut toutefois signaler que la situation dans le monde du travail reste précaire et que cela ne facilite guère la recherche de postes malgré la bonne volonté de nombreuses entreprises.

⁹ <http://www.prevention.ch/trampoline>

Tableau 5.3.B **Caractéristiques sociodémographiques et provenance des personnes ayant contacté Trampoline en 1997**

		Nombre	Pourcentage (%)
Sexe	Masculin	42	76%
	Féminin	13	24%
Catégorie d'âge	15-19	1	2%
	20-24	12	22%
	25-29	22	40%
	30-34	18	33%
	35 et plus	2	4%
Formation	avec CFC	27	49%
	sans CFC	28	51%
Provenance	Narconon	13	24%
	Bartimée	9	16%
	Levant	3	5%
	CEFIL	3	5%
	Relais 9	2	4%
	Gai Matin	2	4%
	Autres institutions*	3	5%
	Connaissances parents**	13	24%
	Autres (CSM, médecins, etc.)**	7	13%

* Vita Nova, Foyer l'Epi, La Barque

** Parmi les personnes adressées par les parents (n=13) et les autres provenances (n=7), 11 personnes suivent un traitement à la méthadone, ce qui représente 20% de l'ensemble des personnes ayant contacté Trampoline en 1997

Le Tableau 5.3.B contient diverses informations sociodémographiques des personnes ayant contacté Trampoline en 1997. On constate que les femmes sont toujours minoritaires (24%) comme c'est le cas dans les autres structure d'aide et de prise en charge. Il s'agit d'une clientèle plutôt jeune du fait que la majorité des personnes proviennent de traitements résidentiels. La moitié d'entre eux ont une formation incomplète (51% sans CFC) ce qui pose la question de la formation complémentaire nécessaire à ces personnes. En 1997, 20% des personnes profitant de l'offre de Trampoline (nouvelle approche depuis 1997) avaient un traitement stabilisé de méthadone. Relevons que parmi ces personnes certaines provenaient du Centre St-Martin. Cet élément montre que le réseau commence à se mettre en place entre les nouveaux projets développés et soutenus par le canton de Vaud.

Conclusions

Trampoline propose une approche intéressante et originale de réinsertion socio-professionnelle pour d'anciens toxicomanes et pour des personnes stabilisées grâce à un traitement à la méthadone. L'engagement et les échos favorables de divers chefs d'entreprises ayant collaboré avec Trampoline justifient amplement que ce projet soit poursuivi à l'avenir tout en veillant de manière régulière à la qualité du travail fourni par les collaboratrices de l'Association. Le travail en réseau initié notamment avec le Centre St- Martin mérite d'être continué et renforcé à l'avenir. Un bilan de suivi des personnes placées (à un an par exemple) est souhaitable.

5.4 LA MALLETTE

La Mallette est un programme de prévention primaire destiné en premier lieu au milieu scolaire (scolarité obligatoire). Il a été développé par la Fondation du Levant depuis le début 1990, à la suite d'une demande des établissements et des infirmières scolaires du canton de Vaud. En dehors du milieu scolaire, les responsables de ce programme ont par ailleurs collaboré avec de nombreuses institutions du canton (foyers pour adolescents, centres de loisirs, clubs de sport, écoles privées, séances pour parents, etc.). Depuis 1990, la promotion du programme s'est faite par "boule de neige" avec un nombre d'interventions qui est passé de 32 (en 1990) à plus de 200 en 1997.

L'utilisation et l'animation du matériel sont simples, une journée de formation ainsi qu'une à deux séances de co-animation permettent de l'utiliser. La Mallette comprend sept outils pédagogiques^r qui peuvent être utilisés, séparément ou en combinaison, selon le temps à disposition, le profil et la demande du public concerné ainsi que les objectifs à atteindre. Le programme s'étale en principe sur quatre années scolaires.

La plupart des demandes proviennent soit d'infirmières scolaires, soit de médiateurs. Lors de nouvelles demandes, le programme est d'abord présenté à la direction de l'établissement scolaire ou au service de santé rattaché. Ensuite celui-ci est montré à l'ensemble des enseignants lors d'une séance d'information d'environ deux heures. Dans une 3^{ème} étape, une journée de familiarisation avec le matériel est organisée soit dans l'école intéressée, soit au Levant. Finalement les parents d'élèves sont conviés à une soirée d'information avant que le programme ne débute dans les classes.

Lors des premières séances d'animation en classe, un des responsables du programme est toujours présent, jusqu'à ce qu'il estime que l'enseignant ou l'infirmière scolaire soit suffisamment compétent pour pouvoir se passer de supervision. Cette approche permet donc de garantir le maintien d'une offre de qualité dans le domaine de la prévention primaire en milieu scolaire.

Depuis 1997, il est fait de plus en plus souvent recours à des témoignages de résidents du Levant. Cette approche qui tend à remplacer la vidéo précédemment utilisée semble être extrêmement utile, tant pour les élèves que pour les résidents du Levant qui s'ouvrent ainsi à d'autres dimensions de leur problématique de toxicodépendants. Ces séances sont toujours conduites en présence d'un des responsables du programme afin de pouvoir fixer des limites claires par rapport aux types de questions et de réponses qui pourraient survenir en classe par rapport à la personne qui témoigne d'un vécu souvent particulièrement chargé émotionnellement.

De début septembre 1997 à fin mars 1998, ce sont plus de 2'600 élèves de 26 arrondissements scolaires du canton qui ont été touchés par le programme. Dans 34 établissements, des journées pédagogiques ont été organisées, et dans 41 des conférences des maîtres et des séances d'information aux parents ont eu lieu. Les visites occasionnelles ou régulières ont concerné 59 établissements répartis sur l'ensemble du canton à l'exception de la région d'Aubonne-Gimmel. Le nombre croissant de demandes d'interventions de crises (10 interventions en 1997) ne peut malheureusement plus être satisfait en raison de la surcharge de travail secondaire au succès du programme.

Ce programme rencontre un vif succès tant au niveau des élèves que des enseignants qui souvent arrivent à porter un autre regard sur les élèves, et développent ainsi un certain nombre de compétences sociales. Les infirmières scolaires restent tout de même les personnes qui utilisent le plus ce programme.

Conclusions

Le programme de prévention primaire La Mallette permet d'atteindre un nombre considérable d'élèves. La formation et la supervision des personnes qui utilisent le programme (infirmières et médiateurs scolaires principalement) garantissent une offre de qualité et évite ainsi des dérapages potentiels. Le succès grandissant du programme lié à des ressources actuellement insuffisantes ne permet plus aux responsables de celui-ci d'intervenir dans des situations de

^r La bande dessinée "Jeannette", la pyramide de Maslow, une bande vidéo réalisée par Pro Juventute, un tableau à entrées multiples, un montage diapos, une bande vidéo de témoignages des anciens résidents du Centre du Levant, la confection d'un affiche de prévention ou la rédaction d'un projet de règlement.

crises dans les écoles. L'utilisation de témoignages de résidents du Levant à la place de la vidéo utilisées précédemment est une approche novatrice et intéressante autant pour les élèves que pour les résidents.

5.5 PROJET VOILA-VAUD

A l'origine, le projet Voilà a été conçu par des responsables d'associations de jeunesse, interpellés par les problèmes de dépendances et motivés à intégrer une démarche préventive dans leurs activités. Il s'agit d'un projet national qui fonctionne dans certains cantons suisses alémaniques depuis quelques années et qui est soutenu par l'OFSP. Le projet vaudois a été développé dès 1995 par plusieurs associations de jeunesse du canton (Association du Scoutisme Vaudois, Espoir Romand, Association Nouvelle Planète, ColoCircus, Jeunesse Action Biblique et GLAJ-VD).

JV, "j'y vais" est la version vaudoise de Voilà et considère la prévention des dépendances d'un point de vue global, c'est-à-dire en tenant compte de l'intégralité de la personne. Dans cette optique et à l'aide de fiches de jeux, il vise à rendre les enfants et les jeunes attentifs à l'origine des dépendances (frustrations, sentiments de peur ou de rage contenus, manque de confiance en soi, etc.) et souhaite ainsi contribuer à consolider leur personnalité. Il les aide également à prendre conscience de leurs faiblesses, leurs forces et leurs besoins, à assumer des responsabilités et à gérer des situations de conflits.

Il propose une formation aux responsables et moniteurs qui encadrent des activités de jeunesse pour leur permettre d'acquérir des connaissances de base en rapport avec les objectifs du projet. Il entend ainsi introduire une dimension de sensibilisation à la question des dépendances dans les activités de jeunesse. Il fournit par ailleurs du matériel d'animation dans le but de créer des situations à travers lesquelles les participants peuvent expérimenter la découverte de soi et des autres, la communication, l'esprit d'équipe et la collaboration.

Au cours de l'année 1997, les activités de JV ont été les suivantes :

- Durant la première moitié de l'année, les collaborateurs ont réuni, sous forme de classeur, du matériel d'animation, essentiellement des fiches de jeux permettant d'atteindre les objectifs fixés par le projet. Ce classeur est un outil de travail attractif très complet qui tient également lieu de carte de visite au le projet.
- Formation de moniteurs : JV a poursuivi son activité de formation de responsables et de moniteurs déjà commencée en 1996. Cette formation s'est déroulée sur deux jours et a réuni 18 responsables (30 en 1996).
- 17 camps ont été subventionnés^s dans le cadre du projet JV et 300 enfants ont pu être touchés par le projet (une vingtaine de camps et 700 enfants en 1996).

La diminution relative du nombre de personnes formées et d'enfants touchés par le projet est liée au fort engagement du groupe dans la réalisation du matériel d'animation qui s'est fait partiellement au détriment du travail de promotion du projet.

Au mois de novembre 1997, le groupe porteur du projet (formé de membres des diverses associations cités ci-dessus) a mis sur pied une séance d'informations pour faire connaître le projet à de nouvelles associations.

Conclusions

L'objectif poursuivi de sensibiliser le plus possible de responsables de jeunesse aux questions de prévention et la mise à disposition à la fois d'une formation et de matériel didactique sont des éléments importants de la prévention primaire. Le projet Voilà-Vaud répond ainsi à la promotion

^s Le soutien financier du projet JV était de Fr.1.50 par enfant et par jour, un moniteur formé donnant droit au subside pour 15 enfants, durant un camp de 14 jours au maximum.

de l'éducation à la santé dans les activités de jeunesse et aux besoins de formation des intervenants. Il devrait selon nous être poursuivi.

6. ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TOXICOMANIE DANS LE CANTON DE VAUD

Indicateurs directs et indirects

L'élaboration d'un portrait de la situation épidémiologique de la toxicomanie d'un canton nécessite le recensement et l'analyse de différents indicateurs. Deux types d'indicateurs sont utilisés dans les études épidémiologiques sur la consommation de drogues : les indicateurs directs et indirects. Les premiers permettent de mesurer directement les tendances dans l'abus de drogues. Tandis que les seconds, dont la validité est moins grande que celle des indicateurs directs, permettent de mesurer des phénomènes et des comportements liés à la consommation de drogues² et seulement indirectement les tendances de la consommation.

Les **indicateurs directs** sont recueillis par des enquêtes de consommation auprès de la population (par exemple : enquête de la population générale, dans les écoles). Ces mesures permettent d'estimer la prévalence^t de la consommation et dans une certaine mesure l'incidence^u. Elles présentent toutefois quelques limites : la fiabilité des réponses dans un domaine sensible comme celui de la consommation de drogues illégales n'est pas toujours bonne; néanmoins ce biais reste constant au cours du temps. La rareté du phénomène implique la nécessité d'avoir de gros échantillons entraînant ainsi des coûts élevés d'enquête. Les enquêtes auprès de la population ou de sous-groupes ne permettent pas d'atteindre la totalité des consommateurs, les personnes les plus marginalisées en sont exclues (par ex. : personnes dans des institutions ou sans domicile fixe).

Les **indicateurs indirects** peuvent être subdivisés en indicateurs :

- du nombre de consommateurs (par exemple, nombre de dénonciations ou de personnes en traitement),
- de la gravité des problèmes liés à la consommation de drogues (par exemple nombre de décès liés à la drogue, exposition au risque VIH, condamnations),
- et en indicateurs de marché sur la disponibilité des drogues (saisies de drogues, pureté)^v.

L'ensemble de ces indicateurs sont plus facilement disponibles que les indicateurs directs. Ils présentent cependant un inconvénient, celui de mesurer des phénomènes dont la relation avec la consommation de drogue n'est pas clairement établie ou pas toujours constante. Par exemple, une augmentation du nombre de décès par overdoses peut être due à une augmentation du nombre de consommateurs, mais peut aussi être due à une dégradation de leurs conditions de vie (aggravation de l'état de santé, diminution de la pureté du produit, augmentation des mélanges de substances, etc.) sans qu'il y ait une augmentation de leur nombre.

Dans le cadre de ce rapport, aucun indicateur direct de consommation de drogues pour l'année 1997 n'est disponible. Par contre, nous disposons de plusieurs indicateurs indirects de consommation de drogues. Dans la synthèse de ce chapitre, ces indicateurs seront repris et combinés afin de dégager quelques grandes lignes d'évolution concernant le nombre de consommateurs de drogues et la gravité des problèmes liés à la toxicomanie.

^t La prévalence correspond à la mesure d'une variable à un moment donné: par exemple le nombre de consommateurs de drogues en traitement en 1996.

^u L'incidence correspond à l'évolution d'une variable au cours d'une période de temps définie: par exemple le nombre de nouveaux consommateurs de drogues en traitement pendant les 12 derniers mois.

^v Ces indicateurs de marché ne sont pas traités dans ce rapport.

Structure du chapitre

Dans ce chapitre nous avons en grande partie gardé la structure du rapport de 1996 qui portait sur la situation de la toxicomanie dans le canton de Vaud³. Pour chaque indicateur, lorsque cela est pertinent nous avons analysé et nous présentons l'évolution de ceux-ci au cours du temps. De plus, la position du Canton de Vaud et l'évolution de celui-ci face aux autres cantons et à l'ensemble de la Suisse sont présentées dans les tableaux 1, 3, 5, 11, 13 figurant en Annexe 2 du rapport. Les cantons d'AI, GL, NW, OW, SZ, UR, ne figurent pas dans ces tableaux comparatifs en raison des valeurs trop basses pour l'ensemble des indicateurs retenus. **Le canton de Vaud figure en ombré et la valeur moyenne pour l'ensemble de la Suisse en gras et italique afin d'en faciliter la lecture rapide.** D'autre part un jeu de tableaux (tableaux 2, 4, 6, 12, 14 en Annexe 2) contient seulement les valeurs pour les cantons romands avec celle de la Suisse pour comparaison.

Mise en garde concernant les indicateurs retenus

Toutes les informations sont fournies par rapport à la population générale des cantons au 31 décembre 1992⁴. Quand cela s'avère pertinent, certains indicateurs sont également présentés par rapport aux estimations du nombre de consommateurs de drogues fournies par le rapport des cantons de 1993⁵. La plupart des cantons fournissent ces données avec des valeurs minimales et maximales. Nous avons retenu en règle générale, les valeurs moyennes qui correspondent le plus vraisemblablement au nombre de consommateurs de drogues illégales (héroïne et/ou cocaïne) qui sont sévèrement dépendants de ces substances. Malheureusement cette information n'existe pas dans le dernier rapport des cantons. Toutefois la plupart des cantons signalent en moyenne une stabilisation du nombre de consommateurs de drogues dures.

Afin de vérifier l'adéquation de ces estimations, une comparaison avait été faite avec le nombre de décès moyen par an sur la période de 1990-1993, en utilisant un autre type d'estimateur basé sur l'hypothèse que le pourcentage de décès par an est fonction du nombre de consommateurs sévèrement dépendants (cf. rapport UEPP, 1996). En l'occurrence un taux de létalité de 1% a été retenu. Les cantons de Vaud, GE et FR possèdent tous trois des valeurs proches de 1. Ce qui veut dire, en d'autres termes, que les estimations fournies par les experts cantonaux sont relativement proches de la réalité. Partant, les indicateurs exprimés pour ces cantons en fonction du nombre de consommateurs de drogues sont plus précis que pour les autres cantons romands. Notamment le canton du Jura semblait présenter une surestimation de son nombre de consommateurs et le canton de Berne une sous-estimation importante.

Le rang des cantons est construit en fonction de la valeur la plus élevée de l'indicateur retenu, ceci afin de maintenir une certaine logique à travers les tableaux. Néanmoins les valeurs les plus hautes peuvent correspondre, soit à un indice de gravité (p ex: nombre de décès) soit à un indice de couverture (p ex: taux de traitements à la méthadone pour lesquels nous reprenons en Annexe 2, tableau 5 et 6 les données de 1993-94 en l'absence d'informations récentes sur le nombre de traitements à la méthadone dans les autres cantons). L'ensemble des tableaux récapitulatifs reprennent toujours à la première ligne l'estimation du nombre de consommateurs pour 1'000 habitants, comme repère à la lecture.

6.1 ESTIMATION DU NOMBRE DE CONSOMMATEURS DE DROGUES

Comme mentionné dans le paragraphe précédent, les estimations portant sur le nombre de consommateurs de drogues sont des approximations qu'il faut tenter de comparer entre elles afin de s'approcher au mieux d'une certaine réalité. Dans le tableau 1 en Annexe 2, on constate que pour le Canton de Vaud, la valeur rapportée (4.2 pour 1'000 habitants) par les experts cantonaux en 1993, se situe très près de celle de l'ensemble de la Suisse (4.5 pour 1'000 habitants). Lorsque l'on compare les cantons romands entre eux (tableau 2), on note la place du Jura avec un taux élevé de 8.8 pour 1'000 qui correspond à une probable surestimation, ou du moins à une estimation qui englobe probablement les consommateurs peu dépendants ou irréguliers. La valeur relativement élevée pour le canton de Genève est liée à la répartition essentiellement urbaine de ce canton, comme c'est le cas également pour

Bâle-ville. Les diverses études portant sur la population générale réalisées à ce jour en Suisse, ne permettent pas d'analyses par canton pour ce qui concerne la consommation de drogues dures, en raison de la prévalence basse de celle-ci et de la taille des échantillons utilisés. La deuxième approche retenue portant sur les décès est expliquée dans le paragraphe précédent et se trouve également dans les tableau 1 et 2. Il est donc raisonnable de dire que le nombre moyen de consommateurs de drogues sévèrement dépendants dans le canton de Vaud se situe autour de 2'500, et que ce nombre est proche de la moyenne suisse. Depuis 1993, un faisceau d'indicateurs semble aller en faveur d'une stabilisation de ce nombre de consommateurs sévèrement dépendants. Toutefois une étude de type capture-recapture permettrait de mieux définir le nombre de consommateurs de drogues dures sévèrement dépendants dans ce canton et pourrait également servir de modèle pour d'autres cantons, ainsi qu'au niveau national (cf. 6.8).

6.2 CONSOMMATION DE DROGUES ILLEGALES CHEZ LES JEUNES

Le haschich est de loin la drogue la plus répandue chez les jeunes. Dans l'étude réalisée par l'ISPA en 1994, 21.2% des écoliers vaudois âgés de 14 à 16 ans (classe de 8e et 9e années) répondaient avoir consommé une fois dans leur vie du haschich pour une moyenne suisse de 19.9%⁶. Pour les autres substances mentionnées dans cet étude, les jeunes du canton de Vaud, présentaient une prévalence à vie de la consommation proche ou inférieure à celle de la Suisse (notamment pour la colle/solvants 6.1% vs 8.1% au niveau national). Les différents indicateurs portant sur les expériences de consommations s'accordent tous à montrer qu'il y a eu une nette augmentation chez les jeunes de 15 et 16 ans depuis 1986 pour les drogues dites "douces". La première motivation à consommer des drogues reste l'envie d'essayer. En regard de la prévalence au cours des douze derniers mois, Vaud ne se distingue pas des autres cantons. Cependant, un certain goût plus marqué pour "expérimenter" des sensations nouvelles transparait chez les adolescents vivant dans ce canton. Par contre, la consommation régulière du haschich est inférieure à la moyenne suisse. Relevons dans ce contexte, une nette augmentation de la consommation de tabac et d'alcool, avec en parallèle une augmentation du nombre et de la fréquence des épisodes d'ébriété autant dans le canton de Vaud qu'au niveau national. Il semble donc nécessaire de renforcer non seulement les activités de prévention relatives aux drogues illégales, mais surtout la prévention primaire et secondaire des drogues dites "légalés", ceci autant dans ce canton, qu'au niveau national⁷.

6.3 INDICATEURS DE DECES

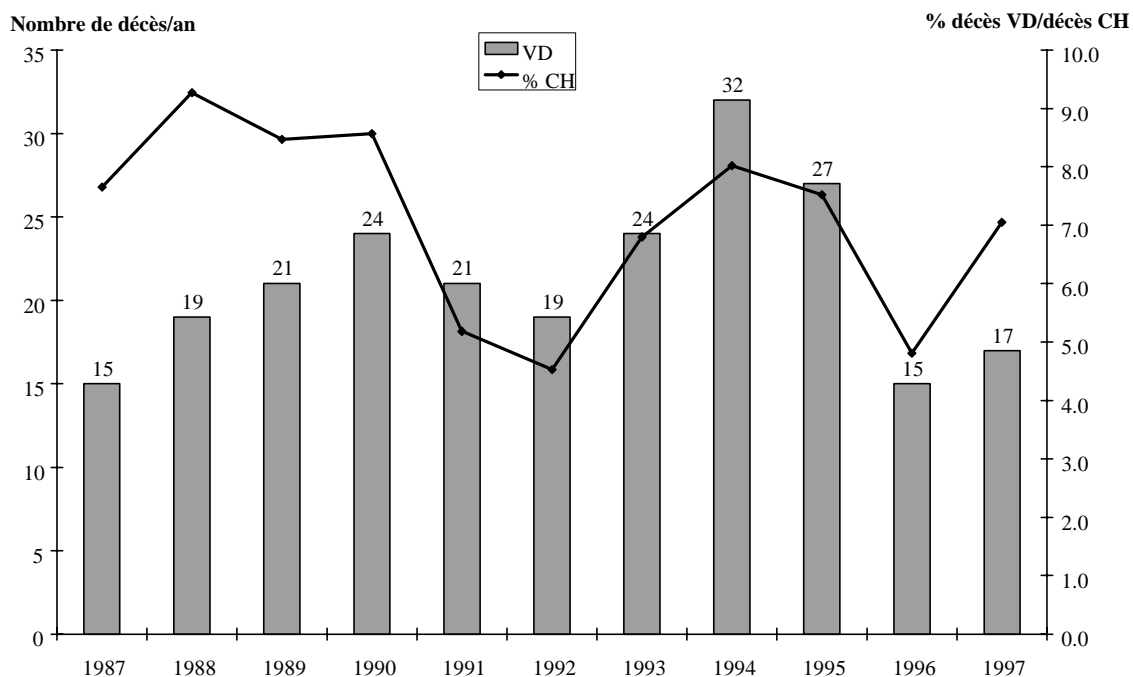
Cet indicateur est un reflet de la gravité de la consommation de drogues. Pour le canton de Vaud après l'augmentation du nombre de décès dans la période de 1993 à 1995 (augmentation parallèle à celle enregistrée en Suisse) on constate une importante baisse rejoignant les valeurs enregistrées en 1987 (Figure 6.3.A). Les données de décès sont facilement accessibles et ont du reste déjà fait l'objet d'études au niveau national avec des répartitions cantonales⁸ que nous avons utilisées pour notre rapport de 1996.

Les données actuelles pour la période de 1994 à 1997 sont celles fournies par l'Office fédéral de la police^{9,10} et portent sur l'ensemble des décès survenu dans chaque canton, sans qu'il soit possible de différencier le canton d'origine de la personne. Néanmoins sur la base des études précédentes, le nombre de décès "importés" et "exportés" dans le canton de Vaud étant très proche, les valeurs de la Figure 6.3.A sont relativement fiables. Par contre, les décès des consommateurs de drogues en relation par exemple avec une pathologie infectieuse, dont le VIH/Sida ne figurent pas dans ces statistiques. Au niveau national, il est estimé que le nombre total de décès est au moins le double de ceux déclarés par la police, notamment en raison du lourd tribut attribuable au Sida¹¹.

En raison des nombres relativement faibles par année, nous avons toujours tenu compte de la moyenne sur des périodes de deux ans pour les comparaisons intercantoniales et nationales. Si l'on calcule le

nombre de décès par rapport à la population (taux), le canton de Vaud se situe en dessous de la moyenne suisse en 1994-95 (5.0 vs 5.6 pour 100'000 habitants) et parmi les valeurs les plus basses pour la période 1996-1997 (2.7 vs 4.1 pour 100'000 habitants). Ce taux de 2.7 décès pour 100'000 habitants en 1996-97 est inférieur à celui de la période 1987-89 (3.0 pour 100'000).

Figure 6.3.A Nombre de décès liés à la consommation de drogues par an dans le canton de Vaud de 1987 à 1997, et pourcentage de ces décès par rapport à ceux de l'ensemble de la Suisse



6.4 INDICATEURS DE REPRESSION

Dans l'ensemble du pays, l'activité de la police a considérablement augmenté depuis 1990 envers les consommateurs de drogues. Le 4ème pilier de la Confédération (répression) a également fait l'objet d'un soutien financier considérable. Les coûts de la répression estimés pour la période de 1991 à 1994 se montaient à 500 millions (moyenne annuelle) par rapport à 220-260 millions pour les soins, prise en charge, traitement, réinsertion, à 120-200 millions pour la réduction des risques/aide à la survie et à 45-50 millions pour la prévention et la recherche en 1990¹².

Les données pour 1997 relatives au nombre de dénonciations pour infractions à la LStup figurent dans les tableaux 3 et 4 en Annexe 2. Entre 1990 et 1994, le nombre de dénonciations a massivement augmenté dans l'ensemble de la Suisse et pour tous les cantons. Ce sont surtout les dénonciations répétées qui représentent la plus grande partie de cette augmentation, avec une tendance à la stabilisation du nombre de premières dénonciations entre 1993 et 1994^{13,14}. Entre 1994 et 1997, comme l'indique la Figure 6.4.a, cette tendance s'est encore accrue avec une diminution en nombre absolu des premières dénonciations et une proportion par rapport à l'ensemble des dénonciations proche de 20%. En 1997, dans le canton de Vaud le taux de dénonciations global (9.0 pour 1000 habitants) est supérieur à celui de la Suisse (6.7 pour 1000 habitants). Il est actuellement le plus élevé de

tous les cantons romands. Genève se situe en dessous de la moyenne suisse avec un taux de 6.31 pour 1000 habitants, en nette diminution par rapport à 1994 (8.9 pour 1000 habitants). Néanmoins, pour le canton de Vaud, la plus grande partie de ces dénonciations est liée à la possession de cannabis. En effet, les taux de dénonciations pour l'héroïne et surtout pour la cocaïne sont inférieurs à la moyenne suisse. Relevons que le nombre de dénonciations liées à l'héroïne diminue entre 1994 et 1997, alors que pour la cocaïne la tendance est inverse (cf. Figure 6.4.B). Cette évolution se retrouve au niveau national et l'augmentation constatée des dénonciations pour cocaïne sera à suivre de très près car elle semble bien correspondre à la consommation de plus en plus fréquente de cocktail (cf. 6.6.1).

Notons que l'augmentation du nombre total de dénonciations entre 1995-97 est également liée à une importante augmentation des dénonciations pour possession de marijuana^w (415 en 1995, 1585 en 1997). Les dénonciations pour les autres substances restent relativement stables durant cette période.

La proportion de femmes dans les dénonciations pour infractions à la LStup reste toujours très inférieure aux autres sources de données disponibles. Pour le canton de Vaud, celle-ci est passée de 20.8% en 1987 à 15.4% en 1997. Cette tendance se retrouve au niveau suisse mais de manière moins marquée (18.7% en 1987 et 16.2% en 1997). Cette diminution au cours du temps est en grande partie liée à l'augmentation des dénonciations répétées qui sont plus souvent le fait des hommes.

En ce qui concerne les condamnations, il n'existe pas actuellement au niveau suisse de données plus récentes que celle de 1994, que nous avons citées dans notre rapport précédent. A titre d'information nous les reprenons ci-dessous. Dans le canton de Vaud, les condamnations portent principalement sur la consommation unique (59% vs 33% au niveau suisse), alors que le trafic et la consommation représentent 31% (46% au niveau suisse) et le trafic seul environ 10% (21% au niveau suisse). Ces données contrastent notamment avec le canton de Genève qui applique le principe d'opportunité et dont 88% des condamnations portent sur le trafic uniquement et seulement 8% sur la consommation.

^w La marijuana est constituée par les feuilles séchées des plants de cannabis, tandis que le haschich est formé à partir de la résine et du pollen des fleurs de cannabis et présente une concentration supérieure en agents stupéfiants.

Figure 6.4.A Evolution du nombre de premières dénonciations, dénonciations répétées et pourcentage de premières dénonciations par rapport à l'ensemble des dénonciations pour infraction à la LStup, de 1987-1997 en Suisse

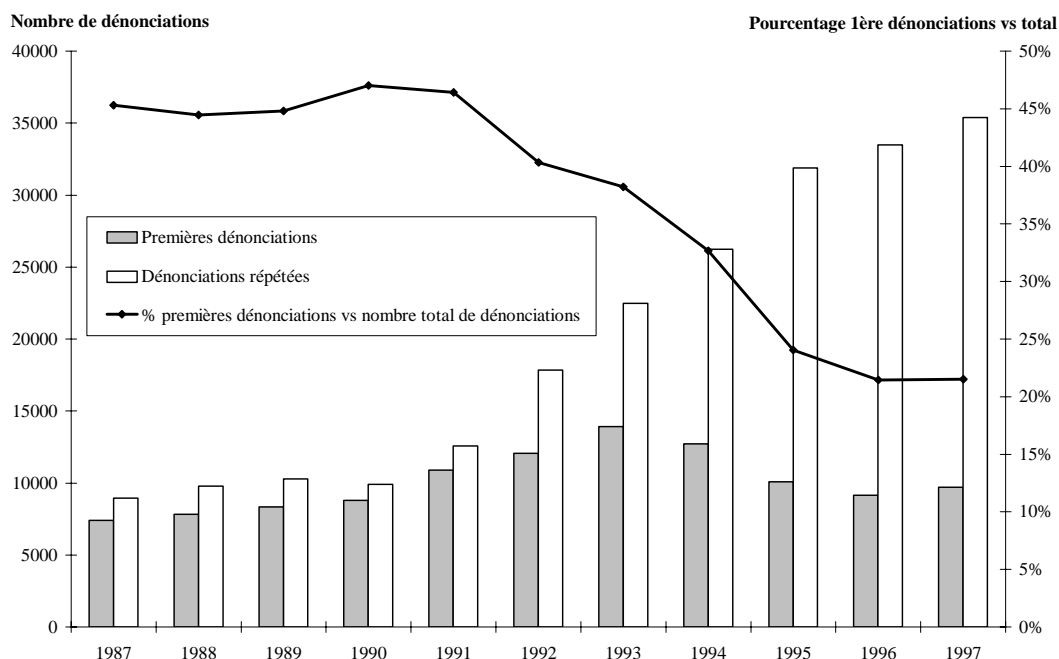
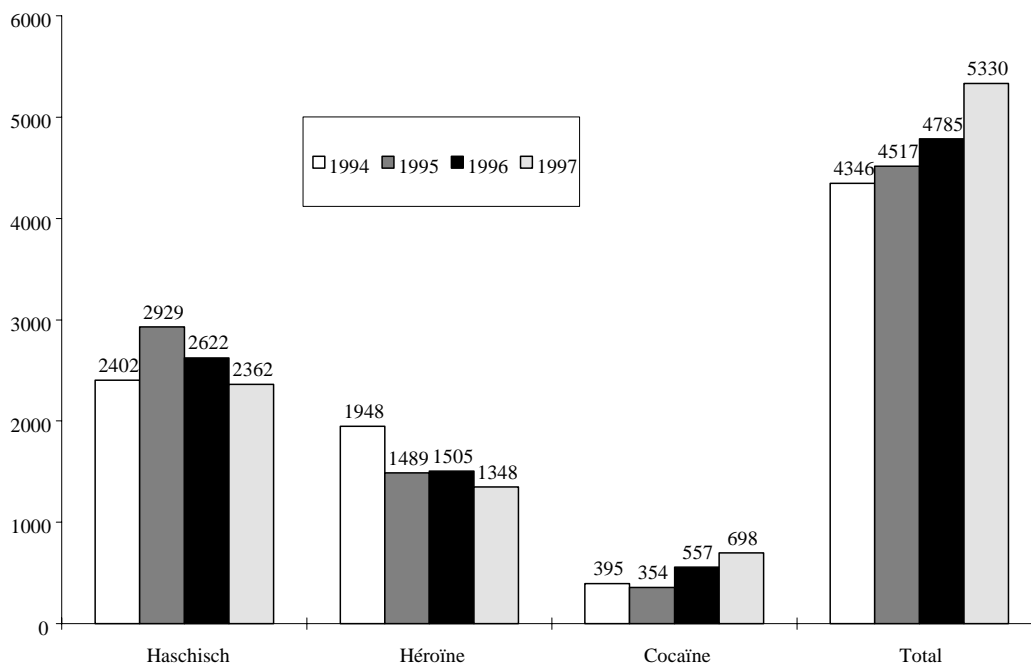


Figure 6.4.B Evolution du nombre de dénonciations pour infraction à la LStup par la police pour consommation et trafic de haschisch, héroïne, cocaïne et total des dénonciations, dans le canton de Vaud de 1994-1997^{15,16,17,18}



6.5 INDICATEURS DE TRAITEMENT ET DE PRISE EN CHARGE

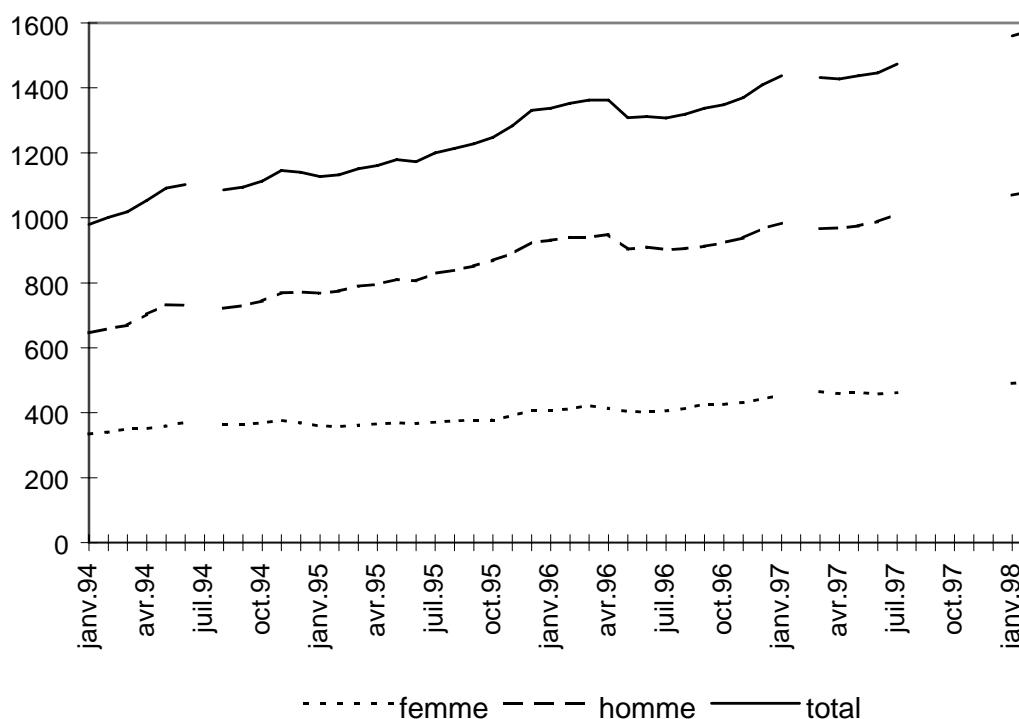
Les indicateurs de traitement et de prise en charge permettent de rendre compte de l'évolution de la demande et de l'offre en aide thérapeutique. Ils rendent compte des capacités offertes par les différentes structures existantes et de la diversité qui peut exister.

6.5.1 Traitement ambulatoire : Méthadone

La statistique nationale de la méthadone ne débutant qu'en 1998 dans le canton de Vaud, les données relatives au traitement à la méthadone présentées ici proviennent des données disponibles auprès du médecin cantonal.

La situation a passablement évolué depuis 1996 avec l'ouverture des centres d'accueil et de traitement qui sont venus compléter la structure de prise en charge des traitements à la méthadone à l'œuvre dans le canton de Vaud. Ainsi, la part des patients suivis par des médecins installés est passée d'environ 90% des cas en 1995 à 75% à la fin de 1997^x. De 520 en 1992, le nombre de traitements est passé à 1200 cures en 1995 et atteint 1576 début 1998 (Figure 6.5.A).

Figure 6.5.A Traitements à la méthadone dans le canton de Vaud, 1994-1998



Cette évolution cantonale se retrouve au niveau de l'ensemble de la Suisse, pour laquelle le nombre de traitement à la méthadone est passé de 9'700 en 1991 à 13'985 en 1994. On ne dispose malheureusement pas de données plus récentes au niveau suisse depuis lors (Figure 6.5.B).

L'augmentation du nombre de cas traités repose cependant essentiellement sur l'ouverture des centres d'accueil et de traitement vu que le Centre St-Martin suit à lui seul 280 patients. Par contre, le nombre

^x Elle reste cependant largement plus importante qu'à Genève par ex. où en 1993 les praticiens libres ne prenaient en charge que 53% des cures de méthadone.

de praticiens en charge d'un traitement est resté relativement stable pendant la même période et s'élève à 225 en avril 1998, contre 220 en 1995 et 110 en 1992.

Figure 6.5.B Traitements à la méthadone en Suisse, 1979-1994

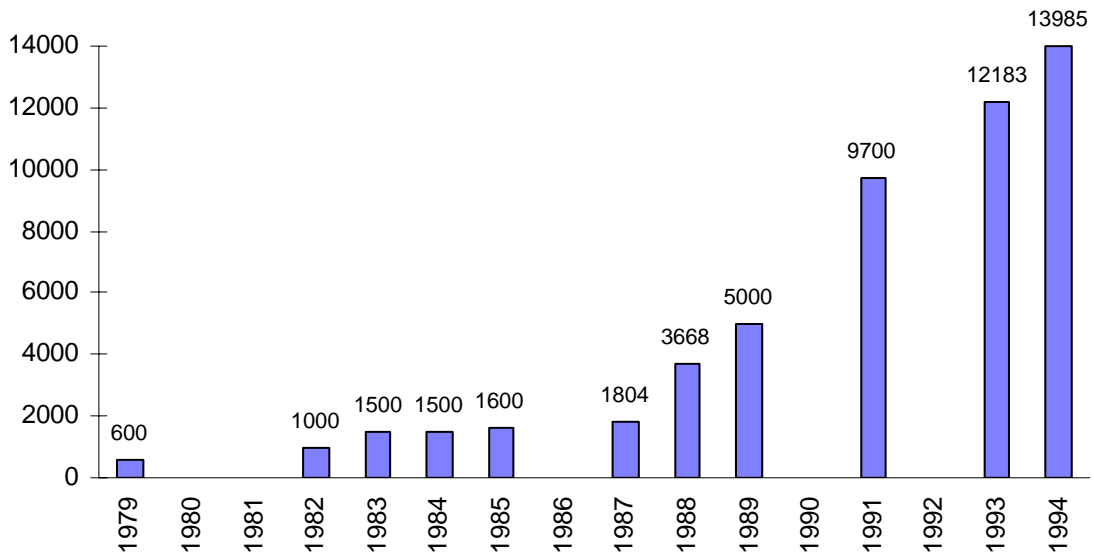
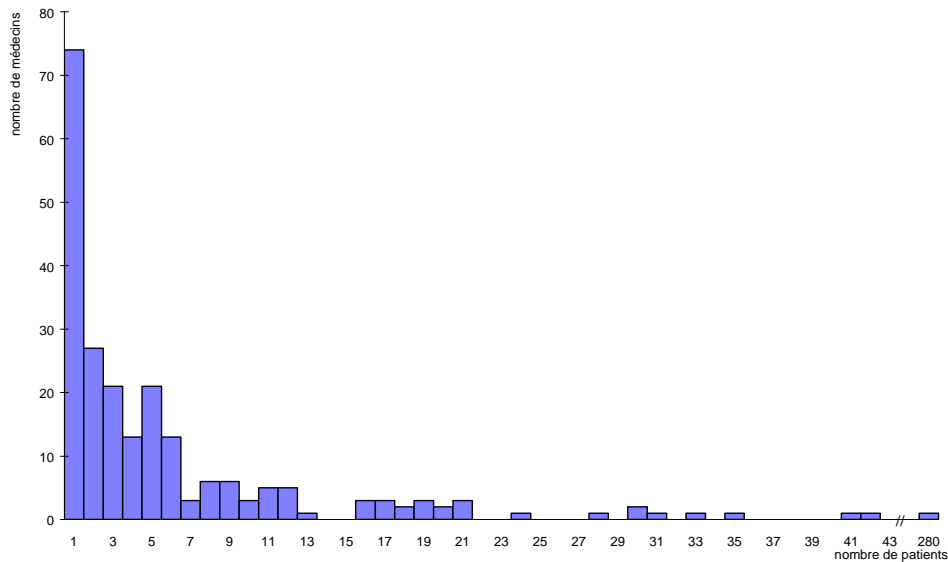


Figure 6.5.C Nombre de patients en traitement de méthadone par médecin^y, 1997



En moyenne, chaque praticien suit 7 personnes, la médiane se situant cependant en dessous, soit à 3 patients (Figure 6.5.C). Il ne semble pas y avoir eu à première vue de mouvements importants de décharge de la part des praticiens et l'ouverture des centres a visiblement permis d'augmenter la

^y ou par structure, en l'occurrence l'équipe du CSM suit 280 patients en cures de méthadone, mais est composée d'une quinzaine de personnes.

capacité de traitement ambulatoire sans substitution à la structure préexistante. Celle-ci reste cependant visiblement insuffisante et le CSM continue à limiter les nouvelles cures aux personnes en extrême besoin : femmes enceintes, entrée en prison ou hospitalisation prévue, etc.

Cette situation de manque de place est probablement un des facteurs explicatifs des problèmes d'orientation vers le réseau que connaît le CSM. Il semble cependant que les médecins installés rechignent à développer leur pratique en la matière et à augmenter le nombre de leurs patients toxicomanes.

6.5.1.1 Profil des patients en traitement à la méthadone

La proportion de femmes parmi les patients en traitement méthadone a légèrement diminué entre 1994 et 1998 et est passée de 34.1 à 31.5%. Leur âge moyen est très proche de celui des hommes et on observe un léger vieillissement de cette population entre 1994 et 1998^z (Tableau 6.5.A).

Tableau 6.5.A Age moyen selon le sexe et classes d'âge, 1994-1998

	1994	1998
Age moyen		
Homme	29.3	30.8
Femme	28.5	30.1
Classes d'âge		
16-20 ans	6.9	3.0
21-25 ans	25.4	23.1
26-30 ans	28.3	26.9
31-35 ans	25.5	24.2
36 ans et plus	13.8	22.9

L'entrée en dépendance a lieu à un âge moyen de 20.8 ans et se répartit comme suit :

- pour 9% elle a eu lieu avant 16 ans,
- pour 56% elle a eu lieu avant 20 ans,
- pour 86% elle a eu lieu avant 25 ans,
- enfin, pour 96% elle a eu lieu avant 30 ans.

La durée de consommation de drogues dures varie entre 1 an et 36 ans, avec une moyenne de 9 ans et une médiane à 7 ans. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe.

On ne connaît le statut HIV que pour 371 personnes en traitement (sur 1576) ce qui est insuffisant pour en tirer une information valable.

^z Il s'agit en fait d'une photographie des patients en cure de méthadone au 5.1.1994 et au 30.1.1998.

6.5.1.2 La prise en charge de patients toxicomanes par le médecin praticien dans le canton de Vaud

Suite à l'évolution importante du nombre de leurs patients toxicomanes, le Cabinet des Arcades à Bussigny a développé en 1994 un recensement annuel de cette clientèle consommant des drogues afin d'évaluer leurs prises en charge. En 1994, les trois médecins du cabinet remplissaient ce questionnaire^{aa}. En 1997, onze médecins de différents cabinets participent à ce recueil de données. Pour 1997, on dispose d'information sur 164 patients suivis pour consommation de drogues dont 139 suivent un traitement à la méthadone, soit 85% du collectif.

La clientèle toxicomane de ces médecins privés est composée de 31% de femmes. L'âge moyen s'élève à 31.3 ans. Les informations sur le contexte social des patients toxicomanes concernent leur situation de domicile, professionnelle et pénale. Près de la moitié de la clientèle vit seule, 19% chez leurs parents, 36% en couple. Seules deux personnes n'ont pas de domicile fixe, 35% des patients sont au chômage et 27% bénéficient d'une rente d'invalidité. Seulement 30% exercent une activité professionnelle régulière et 7% ont un emploi temporaire. Près de la moitié sont déjà allés en prison (38%).

Sur le plan médical, les informations concernant l'infection VIH ont été relevées. Dans ce collectif de patients toxicomanes, 7% sont séropositifs et 9% ont un Sida déclaré.

Près de la moitié des clients ont commencé leur consommation de drogues avant l'âge de 20 ans (45%). Cette clientèle se compose par une faible proportion de consommateurs récents : 12% ont commencé depuis moins de 5 ans à consommer des drogues.

Beaucoup de patients ont déjà fait des efforts pour arrêter leur consommation avant d'être pris en charge par ces médecins. Plus des deux tiers ont déjà tenté de faire des sevrages personnels, 66% ont également effectué des sevrages ambulatoires accompagnés d'un médecin. Un tiers ont tenté des sevrages en clinique. Et 26% ont séjourné en institution de cure. Au total, 62% des patients ont déjà précédemment tenté des cures de méthadone. La durée moyenne de ces cures antérieures est de 25 mois.

La durée de la prise en charge des patients toxicomanes est variable (17% moins d'un an, 20% 1 an, 19% 2 ans, 23% 3 ans et 21% plus de 4 ans). Selon l'estimation du médecin, la moitié des patients ne consomment plus d'héroïne, 31% rarement et 19% fréquemment. L'état physique des patients est jugé bon pour la plupart (les médecins estiment que 63% des patients ont un bon état de santé physique). Mais l'état psychique et social sont quant à eux moins satisfaisant (59% ont un état psychique jugé moyen, 51% connaissent une situation sociale moyenne).

Dans le recensement de 1997, des informations concernant la comorbidité psychiatrique ont été relevées en plus. On constate alors que 46% des patients ne présentent pas de trouble d'humeur, mais 29% souffrent d'une dépression ou de troubles bipolaires et 23% de troubles anxieux ou somatoformes. Seul 31% ne connaissent pas de trouble de la personnalité alors que 60% souffrent de trouble labile (de type borderline). Ainsi la moitié des patients n'ont pas de traitement médicamenteux psychotrope associé. Alors que 24% reçoivent des tranquillisants, 13% des somnifères, 10% des neuroleptiques et 24% des antidépresseurs.

6.5.2 Statistique nationale des traitements ambulatoires drogue et alcool SAMBAD (ISPA/OFS/OFSP)

Actuellement aucun centre de traitement et de prise en charge de consommateurs de drogues dans le Canton de Vaud ne participe à cette statistique nationale. Comme le canton de Vaud a adopté la statistique nationale méthadone en débutant celle-ci en 1998 (cf. 6.5.1), et bénéficie d'autre part de données actuellement détaillée par le biais du système OPALE (cf. 6.5.4), il ne nous semble pas opportun d'introduire cette statistique supplémentaire au niveau cantonal (comme nous l'avions du reste déjà recommandé en 1996). En effet ces deux sources de données offrent une couverture

^{aa} Communication personnelle du Dr T. Bischoff. Lausanne : juin 1997.

pratiquement complète des prises en charge ambulatoires. De plus, il est prévu que les statistiques méthadone, SAMBAD et FOS fusionnent à l'horizon 2000.

6.5.3 Statistique traitements résidentiels de la toxicomanie FOS (Forschungsverbund stationäre Suchttherapie)

Le Relais a débuté cette statistique au début 1998 et la Fondation du Levant (cf. 5.1, 6.5.3.1) va également participer à FOS dans le courant de l'année. Soulignons que le Conseil d'Etat a décidé dans sa séance du 15 avril 1998, de réserver un montant de 50'000 Fr. par an, afin de couvrir les frais des institutions du canton qui participeront à FOS. Ce soutien financier devrait encourager les autres institutions à participer à cette statistique à l'avenir, celle-ci ayant actuellement un taux de couverture quasiment complet en Suisse allemande. Cet effort de la part des institutions permettrait de contribuer à une meilleure planification nationale des traitements de type résidentiel. Un répertoire complet des institutions établi par la centrale nationale de coordination (COSTE) à Berne sera publié dans le courant de l'été 1998 et viendra renforcer les prestations offertes par COSTE par le biais d'InfoSet Direct (<http://www.infoset.ch>).

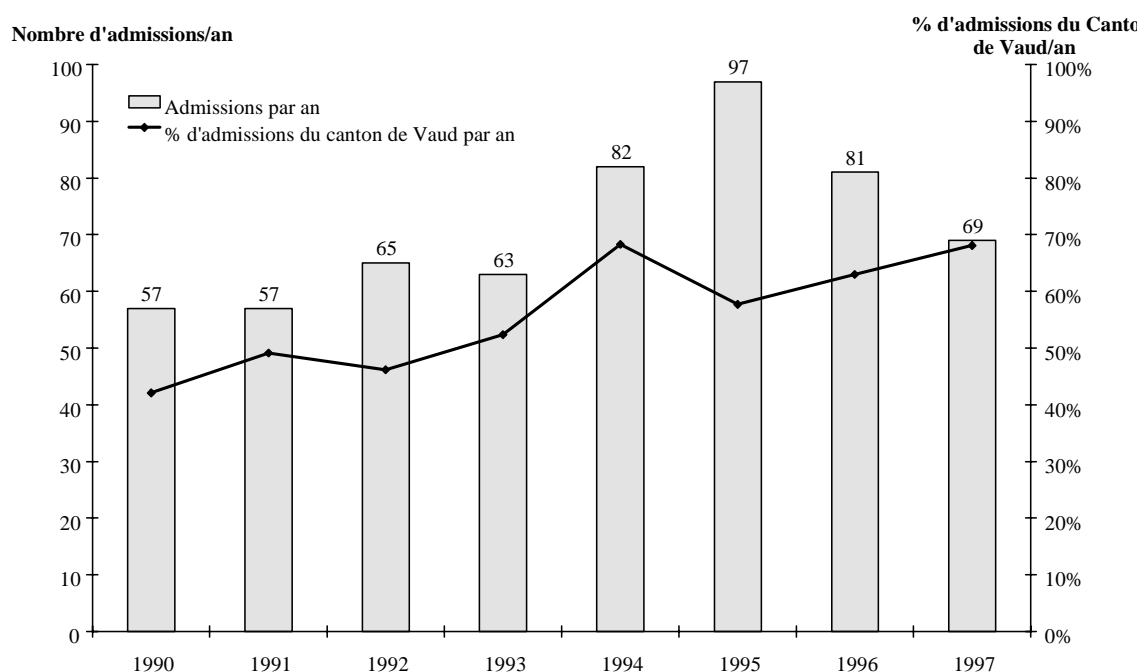
L'Institut de recherche sur la toxicomanie de Zurich (ISF) présente dans son dernier rapport sur FOS une série de données intéressantes, que nous résumons ci-dessous¹⁹.

En 1997, 67 établissements thérapeutiques résidentiels ont participé à FOS, dont 56 en Suisse allemande, 8 en Romandie et 3 au Tessin. Sur l'ensemble de l'année 752 formulaires d'entrée et 651 formulaires de sortie ont été complétés et analysés. Parmi les caractéristiques à l'admission, relevons une relativement faible proportion de femmes (22%), celles-ci sont en moyenne plus jeunes (17% des femmes ont moins de 20 ans vs 9% pour les hommes). La moyenne d'âge pour l'ensemble de l'échantillon est de 25,5 ans (médiane 25 ans, minimum 13 ans et maximum 47 ans). Un test VIH positif est rapporté par 5% des personnes (pourcentage identique pour les femmes et les hommes). Une proportion plus élevée de femmes (53% vs 46%) déclarent avoir eu une hépatite. Les deux tiers environ ont pu entreprendre une thérapie tout de suite après un sevrage, les autres ayant le plus souvent attendu dans un environnement de type résidentiel.

6.5.3.1 Données relatives à l'activité de la Fondation du Levant

La Figure 6.5.D montre l'évolution du nombre d'admissions au centre du Levant de 1990 à 1997. On constate que l'augmentation enregistrée en 1994-95 a fait place à une diminution des admissions en 1996-97 pour revenir à un nombre d'admissions légèrement plus élevé qu'en 1992-93. Relevons toutefois que la proportion d'admissions en provenance du canton de Vaud n'a fait qu'augmenter au cours du temps, avec toutefois un léger recul en nombre absolu entre 1994-95 et 1996-97. Sur l'ensemble de cette période la proportion d'admissions volontaires est de 46% (52% pour les cas pénaux, 2% pour les mesures privatives de liberté). Il est intéressant de relever que le pourcentage moyen de femmes pour les admissions volontaires est de 33%, alors que pour les cas pénaux il est de 19%. Sur l'ensemble des personnes suivies par le Levant, 26% sont des femmes ce qui représente une proportion légèrement plus élevée que la moyenne suisse de FOS (cf. 6.5.3). Pour les admissions provenant d'autres cantons, la majorité d'entre elles proviennent du Valais et de Neuchâtel, quelques cas venant de Fribourg, Genève, Tessin et du Jura ainsi que parfois de cantons alémaniques ou de l'étranger (3 cas).

Figure 6.5.D Evolution du nombre d'admissions au centre du Levant et pourcentage d'admissions provenant du Canton de Vaud entre 1990 et 1997^{bb}



6.5.4 Statistiques des institutions psychiatriques OPALE

La statistique OPALE regroupe les statistiques des institutions psychiatriques vaudoises à l'exception de l'Est du canton et permet de regrouper les informations sur les patients par région et par unité de soins et selon le diagnostic posé. Depuis 1997, elle contient une série de variables médico-sociales portant sur l'insertion sociale des patients, mais également sur la nature et sur les modalités de traitement, sur le statut médico-légal et le réseau entourant la personne (personne ayant adressé le patient et personne à qui le patient a été adressé à la fin du traitement). Les données présentées ici ont pour base les admissions de patients dont le diagnostic principal est une dépendance aux opiacés ou à la cocaïne.

La prise en charge de patients présentant une telle toxicomanie a fortement augmenté au cours des dernières années et le nombre d'admission (hospitalières et ambulatoires confondues) atteint 798 pour l'année 1997. La forte augmentation enregistrée entre 1995 et 1996 n'est que partiellement liée à l'ouverture du Centre St-Martin (239 patients en 1996, soit un peu moins de la moitié de l'ensemble des admissions enregistrées sur l'année) et se retrouve également dans les autres régions du canton. Entre 1996 et 1997 par contre, les cas supplémentaires sont largement imputables au développement de l'activité du CSM dont les admissions forment plus du 50% de l'ensemble des prises en charge du canton (469 sur 798).

La part des traitements ambulatoires est nettement prépondérante, surtout dans le secteur centre. Dans les autres secteurs, environ un quart des patients suit un traitement hospitalier.

^{bb} Données fournies par le Levant, avril 1998.

Tableau 6.5.B Prise en charge par les institutions psychiatriques de personnes dépendantes (diagnostic principal =opiacés ou cocaïne), 1994-1997

Année	Total (sans Est)	Centre		Nord		Ouest		Est	
		admission	% ambulatoire	admission	% ambulatoire	admission	% ambulatoire	admission	% ambulatoire
1994	83	47	100.0	24	100.0	12	91.7	-	-
1995	112	69	97.1	30	96.7	16	100.0	-	-
1996	548	435	85.5	62	75.8	51	64.7	-	-
1997	798	675	92.3	81	79.0	42	76.2	-	-

Entre 1994 et 1997, le profil des patients présente comme seul changement significatif une diminution de l'âge moyen de 32.1 à 28.7 ans.

Tableau 6.5.C Profil des patients dépendants pris en charge par les institutions psychiatriques, 1994-1997

Année	nb. admission	% ambulatoire	% femme	âge moyen	% ≤20 ans	% opiacés
1994	83	98.8	33.7	32.1	3.6	96.4
1995	112	97.3	37.5	30.7	8.9	97.3
1996	548	82.5	32.7	28.7	8.2	97.8
1997	798	90.1	33.6	28.7	7.4	96.5

Les variables socio-médicales disponibles pour l'année 1997 fournissent les indications supplémentaires suivantes : 48% des patients sont sans qualification professionnelle et 47% n'ont terminé que la scolarité obligatoire, 84.9% ont un domicile fixe privé et 4.0% sont sans domicile fixe, 44.6% sont sans emploi et 20.2% ont un emploi à temps complet ou à temps partiel, 6.8% sont sous curatelle ou tutelle et 5.0% font l'objet d'une hospitalisation d'office ou à des fins d'assistance.

La nature du traitement n'est disponible que pour 1997. On relève 256 traitement de substitution à la méthadone, 4 suivis post sevrage et 95 sevrages.

6.5.5 Conclusions

L'état actuel du fichier méthadone ne permet pas d'exploiter l'ensemble des données théoriquement à disposition. Notamment, l'analyse des traitements antérieurs, les doses de méthadone prescrites au début et à la fin du traitement, l'intervalle de temps entre l'entrée en dépendance et le début du premier traitement, la distribution géographique des cures et des médecins prescripteurs est impossible en raison du trop grand nombre de données manquantes. La comparaison de l'évolution entre 1994 et 1997 souffre des mêmes problèmes et pose la question de l'archivage des données récoltées.

Les indicateurs de traitement et de prise en charge montrent une augmentation de l'offre en traitement qui reste cependant toujours inférieure à l'ensemble des demandes formulées par les personnes toxicodépendantes. Cette augmentation des capacités repose essentiellement sur l'ouverture de

nouvelles structures. Les médecins praticiens gardent cependant une place prépondérante dans l'offre de traitement de substitution à la méthadone.

6.6 INDICATEURS DE REDUCTION DES RISQUES

6.6.1 Enquête nationale des centres à bas seuil UEPP 1993, 1996

Depuis 1993, l'UEPP a développé une étude nationale sur les centres à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection stérile. Ces structures apparues à la fin des années 80 visent la réduction des dommages liés à la consommation de drogues²⁰. Cette étude poursuit plusieurs objectifs: tout d'abord recenser les centres à bas seuil de ce type en Suisse et suivre leur développement, évaluer la contribution de ces centres à bas seuil à la réduction des problèmes et des risques liés à la consommation de drogues et enfin apporter des éléments utiles à une meilleure connaissance épidémiologique de la toxicomanie au niveau national et cantonal.

Ainsi, trois approches complémentaires ont été développées. La première, centrée sur les activités des centres à bas seuil, consiste à recueillir de façon continue de l'information sur leur fonctionnement et la distribution de matériel de prévention. La deuxième s'intéresse, à l'aide d'enquête, aux comportements et caractéristiques de la clientèle fréquentant les centres. La troisième démarche, qualitative, retrace le processus de mise en place et de fonctionnement de quelques structures à bas seuil.

La deuxième approche présentée dans ce chapitre, enquêtes auprès de la clientèle des bas seuil²¹, a pu être conduite deux fois dans le canton de Vaud en 1993 et en 1996. En 1993, elle s'est déroulée dans le cadre des activités du Rel'aids, qui n'était pas encore autorisé à distribuer des seringues. Ainsi, 90 consommateurs utilisant les services de ces travailleurs sociaux - actifs dans la prévention du Sida - ont pu être interrogés sur leur consommation, leur situation de vie, de santé et leur prises de risque face au VIH. Trois années plus tard, cette enquête a été reconduite auprès des utilisateurs du Rel'aids (n=20) et des structures accréditées à distribuer des seringues autour de Saint-Laurent: principalement la Pastorale de rue mais aussi la Soupe populaire et la Médecin de rue (n=65).

En 1993, 30% de l'échantillon est composé de femmes (moyenne suisse: 27%), 48% en 1996 à Saint-Laurent et 20% en 1996 au Rel'aids (moyenne suisse: 27%). L'âge moyen entre les deux enquêtes a augmenté, il est passé de 27 ans en 1993 (moyenne suisse: 27 ans) à 28 ans en 1996 au Rel'aids et à 29 ans à Saint-Laurent (moyenne suisse: 29 ans). L'échantillon de 1996 à Saint-Laurent est plus proche, du point de vue de la situation de vie des consommateurs, de celui du Rel'aids de 1993. Ceci est dû au fait que l'échantillon de 1996 du Rel'aids est essentiellement constitué de consommateurs utilisant le foyer du Relais ou ses ateliers. Etant donné cette particularité, **seules les données de Saint-Laurent 1996 seront comparées aux données de 1993.**

Dans l'enquête de 1993, 80% des consommateurs ont un domicile fixe, dans celle de 1996 à Saint-Laurent 85% (cf. tableau 7 en Annexe 2). Ces deux taux sont proches de la moyenne suisse. Moins d'un consommateur sur 10 en 1993 et en 1996 exerce une activité professionnelle à temps complet. Ce qui est nettement inférieur à ce qui est observé sur l'ensemble des échantillons suisses. Par contre dans le canton de Vaud, une plus grande proportion de consommateurs bénéficient d'aide sociale et d'assurance. Entre les deux années d'enquêtes, le pourcentage d'individus recevant des aides sociales dans le canton a diminué (57% en 1993, 47% en 1996) alors que celui des bénéficiaires d'assurances a augmenté (19% en 1993, 38% en 1996). Parmi les autres sources de revenus citées, les revenus illégaux ont diminué (23% en 1993, 14% en 1996) alors que la prostitution a augmenté (8% en 1993, 17% en 1996 pour l'ensemble des usagers ; 19% en 1993 et 36% en 1996 pour les femmes).

Le canton de Vaud reste marqué par une pression policière plus forte bien qu'elle ait diminué au cours des années (76% des consommateurs ont subi un contrôle de police durant le mois précédant l'enquête en 1993, 55% en 1996). Quant à la proportion de consommateurs ayant déjà été en prison, elle est également plus importante que la moyenne suisse mais elle est restée stable au cours du temps (79% en 1993, 77% en 1996).

En 1993, 69% des consommateurs interrogés dans le canton de Vaud se sont injecté des drogues durant les 6 derniers mois précédant l'enquête, ce qui est inférieur à la moyenne suisse (cf. tableau 8 en Annexe 2). En 1996, ce taux s'élève à 89% se rapprochant ainsi de la moyenne suisse. La majorité sont des multiconsommateurs de drogues dures (61% en 1993, 70% en 1996). L'héroïne reste cependant la substance consommée le plus régulièrement. Sa consommation a fortement augmenté entre 1993 et 1996: 32% consomment plusieurs fois par semaine de l'héroïne en 1993, 60% en 1996.

Le nombre de consommateurs réguliers de cocaïne seule ou mélangée à l'héroïne (cocktail) s'est multiplié entre les deux années d'enquête : en 1993 seulement 7% des consommateurs consommaient plusieurs fois par semaine de la cocaïne et 2% du cocktail, en 1996 respectivement 25% et 12%. Ces taux restent toutefois inférieurs à la moyenne suisse. Seules les benzodiazépines sont consommées régulièrement par un plus grand nombre de consommateurs dans ce canton (40% en 1996) que dans le reste de la Suisse (20% en 1996).

Tableau 6.6.A Prises de risques chez les clients des structures à bas seuil en Suisse et VIH (1993-1996)

	1993		1996			
	Rel'aids	SUISSE	Rel'aids	Saint-Laurent	TOTAL VAUD	SUISSE
PARTAGE DE SERINGUE USAGEE*						
% durant les 6 derniers mois	39	17	13	24	22	11
UTILISATION DU PRESERVATIF **						
% Partenaire(s) stable(s)	65	60	40	51	48	53
% toujours utilisé préservatif	32	26	38	21	24	27
% Partenaire(s) occasionnel(s)	35	34	60	40	45	31
% toujours utilisé préservatif	62	61	67	77	74	67
TEST VIH						
% consommateurs testés	89	88	95	99	98	93
% séropositifs parmi les testés	18	10	11	11	11	11
N total	90	1119	20	65	85	944

* Taux rapporté à la population concernée

** Durant les 6 derniers mois. Trois fréquences d'utilisation du préservatif: *toujours, parfois, jamais*

Le partage de seringue usagée est plus important en Suisse romande mais il a fortement diminué au cours des dernières années se rapprochant ainsi du taux moyen suisse. Il reste toutefois deux fois plus élevé dans le canton de Vaud. En 1993, 39% des consommateurs de drogues interrogés dans le canton de Vaud avaient partagé leur matériel d'injection durant les 6 derniers mois précédant l'enquête, 24% en 1996. A Genève, ce taux s'élevait à 31% en 1993 pour atteindre 14% en 1996 la moyenne suisse se situant respectivement à 17% et à 11%. Le taux de séropositivité rapporté suit la même évolution dans les deux cantons romands. Il passe dans le canton de Vaud de 18% en 1993 à 11% en 1996, dans le canton de Genève de 14% à 8%, la moyenne suisse atteignant 10% et 11%.

Les différents indicateurs de protection contre la transmission du VIH par voie sexuelle récoltés dans le canton de Vaud sont proches de la moyenne suisse. La majorité des consommateurs de drogue se protègent dans le cadre de leurs relations avec des partenaires occasionnels (en 1993, 62% utilisent toujours le préservatif, en 1996, 77%). Par contre, seule une minorité l'utilise systématiquement avec le partenaire stable (32% en 1993 et 21% en 1996). Ce taux de protection est faible sachant que près de la moitié d'entre eux ont un partenaire qui ne consomme pas de drogues dures (46% en 1996). Enfin, la moitié a utilisé lors du dernier rapport sexuel un préservatif (51% en 1996).

6.6.2 Données sur le nombre de seringues mises à disposition dans le canton de Vaud

Dès la fin des années 80, les seringues sont progressivement en vente libre en pharmacie dans toute la Suisse. Dans le canton de Vaud, la vente de seringues aux toxicomanes est autorisée depuis l'été 1990. Le rôle des pharmacies dans la remise de seringues aux consommateurs a été peu investigué jusqu'en 1991. On dispose alors de diverses données éparées sur des expériences de lancement de vente de Flash Box^{cc} par les pharmacies de petites villes suisses alémaniques^{22 23} Durant la même période, trois cantons romands (Vaud, Neuchâtel, Genève) ont mené des enquêtes destinées à apprécier l'adéquation de l'activité des pharmacies aux besoins dans ce domaine spécifique de la prévention. Ces enquêtes ont été menées à l'initiative des services de la santé publique (Vaud, Neuchâtel)^{dd} ou en collaboration avec eux dans le cadre de travaux sur des structures à bas seuil (Vaud, Genève)^{24,25}. Puis en 1995, une enquête a été menée sur l'ensemble des pharmacies suisses par l'institut IPSO²⁶ sur la demande de l'Office Fédéral de la Santé Publique. Cette même enquête a été reconduite en 1997 par l'IUMSP²⁷. Ces enquêtes nationales effectuées en début d'année demandent aux pharmacies d'estimer le nombre moyen mensuel de seringues vendues durant les mois d'octobre, novembre, décembre de l'année précédente, c'est-à-dire de 1994 et de 1996.

En complément à cette offre des pharmacies, des structures visant la réduction des dommages liés à la consommation de drogues apparaissent en Suisse durant la deuxième partie des années 80. Ces structures mettent ainsi à disposition des consommateurs de drogues du matériel d'injection stérile, certaines en suisse allemande disposent également de lieu d'injection. Dans le canton de Vaud, c'est en février 1996 que le Conseil d'Etat autorise la distribution gratuite de seringues par des institutions et des intermédiaires accrédités. Cette mise à disposition de seringues par les structures ad hoc, fait l'objet d'un monitoring mensuel. Ce monitoring est effectué depuis janvier 1993 sur l'ensemble de la Suisse par l'IUMSP dans le cadre de l'étude nationale sur les centres à bas seuil d'accès²⁸.

6.6.2.1 Enquête nationale auprès des pharmacies

Dans le canton de Vaud, le nombre de seringues remises en octobre 1991 par les pharmaciens sur l'ensemble du canton se situe aux alentours de 2'500 par mois, ce qui correspond à environ 85 seringues par jour. L'enquête menée à la même époque auprès de toxicomanes de ce canton²⁹ révèle que l'accueil par les pharmacies n'est pas toujours idéal, du point de vue des toxicomanes (parmi ceux qui se prononcent: 40% le jugent bon, 37% variable et 22% mauvais). En 1993, 13'600 seringues par mois sont vendues par les pharmacies. Ainsi entre 1991 et 1993, la vente s'est multipliée par plus de 5. L'année suivante, elle s'est élevée jusqu'à 17'300 seringues par mois puis est redescendue en 1996 à 15'500 seringues, année où les intervenants ont été autorisés à distribuer du matériel d'injection.

Tableau 6.6.B Nombre mensuel de seringues vendues dans les pharmacies

Vaud			Genève			Suisse		
Date	N Seringues	Sources	Date	N Seringues	Sources	Date	N Seringues	Sources
Oct. 91	2'500	Dr. Martin, 1991						
Print. 93	13'600	Marro, 1994	Mai 92	8'000	Malatesta, 1993			
Fin 94*	17'300	IPSO, 1995	Fin 94*	12'900	IPSO, 1995	Fin 94*	118'000	IPSO, 1995
Fin 96*	15'500	IUMSP, 1997	Fin 96*	7'700	IUMSP, 1997	Fin 96*	122'000	IUMSP, 1997

* Nombre mensuel estimé sur les trois derniers mois de l'année, soit la moyenne d'octobre-novembre-décembre

^{cc} Le Flash Box sous la forme d'un paquet de cigarettes contient 2 seringues, des aiguilles, du matériel de désinfection, de l'acide ascorbique et un préservatif.

^{dd} Communication du Dr Martin, Médecin cantonal du canton de Vaud.

Dans le canton de Genève, un relevé systématique des ventes dans toutes les pharmacies du canton a été effectué en mai 1992 pendant une semaine. Environ 280 seringues ont été vendues chaque jour ce qui correspond à plus de 8'000 seringues par mois. Entre 1992 et 1994, le nombre de seringues vendues dans les pharmacies du canton a augmenté d'une fois et demi pour ensuite redescendre en 1996 au niveau de 1992, soit 7'700 seringues par mois. Sur l'ensemble de la Suisse, le nombre de seringues a légèrement augmenté : il est passé de 118'000 en 1994 à 122'000 en 1996.

La vente de seringues en pharmacie pose cependant des problèmes : heures d'ouvertures limitées, prix du matériel, gêne des consommateurs à se désigner comme toxicomanes, réticence des pharmaciens à l'égard d'une clientèle jugée difficile. Cependant, ceux-ci sont généralement ouverts à la remise de matériel d'injection aux consommateurs. Dans l'enquête nationale de 1994, 80% des pharmaciens approuvent la vente de seringues aux toxicomanes. En pratique, 71% les vendent systématiquement, 23% dans certaines conditions et 5% refusent d'en vendre aux toxicomanes ou ne le font qu'exceptionnellement. Parmi ceux, qui en principe, sont d'accord de vendre des seringues, 41% ne mettent aucune restriction à la vente. Les restrictions à la vente se répartissent équitablement en 3 catégories : remise de matériel seulement en échange de matériel usagé, si le comportement du toxicomane est "correct", par petite quantité à la fois.

Les Romands sont un peu plus restrictifs que leurs collègues alémaniques et tessinois. Toutefois, on a pu observer, au vu des chiffres cités précédemment, une évolution en faveur d'une plus grande ouverture. Dans plusieurs cantons, des initiatives de sensibilisation des pharmaciens aux problèmes des toxicomanes ont été prises et ont éveillé beaucoup d'intérêt chez les pharmaciens. Dans le canton de Vaud, deux journées d'information et de sensibilisation par rapport à la toxicomanie ont été organisées pour les pharmaciens (le 10 novembre 1994 et le 12 septembre 1996). Elles ont été suivies par un grand nombre de pharmaciens et ont connu un vif succès.

L'enquête nationale de 1996 auprès des pharmacies montre que la moitié des pharmacies du canton de Vaud n'imposent aucune restriction lors de la remise de seringues, 30% en imposent selon le comportement de la personne et 20% n'en remettent qu'en cas de retour de seringues usagées tandis que 9% en limitent le nombre par individu. La plupart des pharmacies reprennent également les seringues usagées (96%), qui sont alors quasiment toutes - dans 98% des pharmacies - éliminées par des organismes compétents (grossistes, autorités, etc.).

6.6.2.2 Enquête nationale auprès des centres à bas seuil

En février 1996, après consultation de la Commission cantonale pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie, le Conseil d'Etat précise sa position sur la distribution et la confiscation de seringues dans le canton de Vaud (cf. Annexe 2 Communiqué de presse de l'Office de l'information du canton de Vaud du 29.2.1996). Le Conseil d'Etat est favorable à la vente libre de matériel d'injection dans les pharmacies mais s'oppose aux distributeurs automatiques. Il autorise dès lors la distribution gratuite de seringues par "des institutions et des intermédiaires qualifiés, aptes à donner soins et conseils". Cette mise à disposition de seringues ne doit pas se substituer à la vente libre mais doit faciliter l'accès au matériel d'injection stérile. Le retour de seringues usagées doit être encouragé mais ne doit pas être une condition pour l'obtention de matériel d'injection stérile. Le Conseil d'Etat rappelle que la confiscation de matériel usagé est maintenue dans le but d'assurer une cohérence de l'action préventive. En effet, les policiers sont invités à ne laisser aux consommateurs de drogues que du matériel stérile. Ils devraient également les informer des lieux d'aide et de distribution de seringues.

Tableau 6.6.C Nombre de seringues* mises à disposition dans "le grand Lausanne"

	Pastorale de rue	Croix- Rouge	Médecin de rue	Fleur de Pavé**	Rel'aids	Soupe populaire	Total année	Moyenne par mois
1996 dès mars	71'400	1'200	5'720	1'500	900	33'200	113'920	11'392
% par institution	63%	1%	5%	1%	1%	29%	100%	
1997	222'600	0	12	2'500	300	72'500	297'912	24'826
% par institution	75%	0%	< 1%	1%	< 1%	24%	100%	

* Y compris les seringues contenues dans les boîtes "flash"

** L'Association Fleur de Pavé est active depuis octobre 1996

Les institutions autorisées à distribuer du matériel d'injection sont accréditées par le Médecin cantonal et se ravitaillent pour "le grand Lausanne" auprès de la présidente de l'association des pharmaciens vaudois qui tient un décompte précis du stock délivré aux diverses institutions. Ainsi, nous disposons depuis le début de cette distribution gratuite, c'est-à-dire depuis mars 1996, de statistiques mensuelles sur le **stock** de seringues et de préservatifs demandés par les intervenants accrédités^{ee,ff}. Les seringues sont distribuées gratuitement aux consommateurs.

De mars à décembre 1996, 114'000 seringues ont été distribuées par 6 institutions (cf. Tableau 6.6.C). Ce nombre s'est multiplié par 2,6 en 1997 représentant ainsi 298'000 seringues. Les plus importants distributeurs sont la Pastorale de rue, qui à elle seule distribue 63% des seringues en 1996 et 75% en 1997, ainsi que la Soupe populaire, respectivement 29% et 24%. Le médecin de rue a quasiment stoppé en 1997 la distribution de seringues. Dans les autres institutions, les quantités distribuées sont mineures et irrégulières.

Regardons de plus près l'évolution au cours de ces deux années de la mise à disposition de seringues par les deux principales institutions pourvoyeuses (cf. Figure 6.6.A). Dans le cadre de la Pastorale de rue, le nombre de seringues a progressivement augmenté jusqu'en novembre 1996 pour ensuite se stabiliser jusqu'en mars 1997 à environ 15'000 seringues par mois, ce qui représente à peu près 700 seringues par jour^{gg}. Durant cette même période, la distribution de seringues à la Soupe populaire a connu une évolution plus stable et moins importante: environ 5'000 seringues par mois entre novembre 1996 et mars 1997, soit à peu près 250 seringues par jour^{hh}. On constate toutefois un pic important en octobre 1996, que l'on retrouve au printemps et en automne 1997. Ces deux dernières hausses apparaissent également à la Pastorale de rue qui les met en relation avec des arrivées de cocaïne sur le marché localⁱⁱ.

^{ee} Pour "le grand Lausanne": Pastorale de rue, Dispensaire de la Croix-Rouge, Médecin de rue, Fleur de Pavé, Rel'aids, Soupe populaire (pour plus de détails cf. annexe 2).

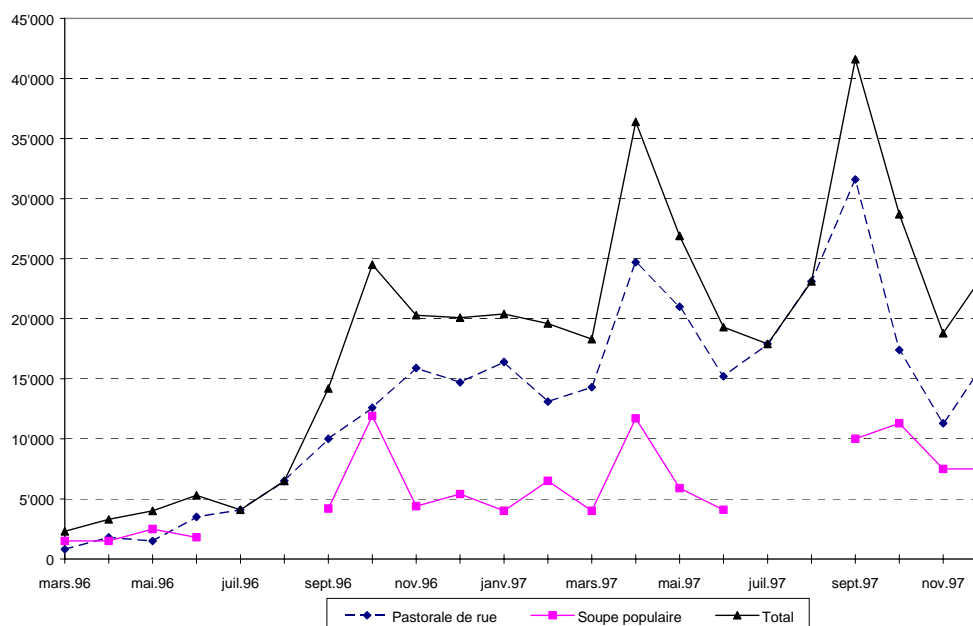
^{ff} Ce décompte porte également sur les tampons alcoolisés, l'Ascorbine, l'eau physiologique et les bacs de récupération.

^{gg} Ouverture 5 jours par semaine.

^{hh} Distribution de seringues 5 jours par semaine.

ⁱⁱ La fréquence d'injection est plus élevée pour la cocaïne que pour l'héroïne.

Figure 6.6.A Evolution de la mise à disposition de seringues par la Pastorale de rue et la Soupe populaire*, mars 1996 à décembre 1997



* La Soupe populaire n'a pas lieu en juillet et août

Les mesures de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle connaissent un développement moins important au cours des deux années observées: en 1996 25'100 préservatifs ont été distribués par les 5 institutions du grand Lausanne - la Soupe populaire n'en distribuant pas - et 31'011 en 1997 (cf. Tableau 6.6.D). Les deux principales institutions qui mettent à disposition des préservatifs en 1996, sont la Pastorale de rue avec 14'000 préservatifs, ce qui représente 55% de la distribution totale, et le Rel'aids avec 8'000 préservatifs soit 33%. En octobre 1996, l'Association Fleur de pavé est créée et va devenir l'année suivante une importante source de distribution de préservatifs. Ainsi, en 1997 la Pastorale de rue occupe toujours la première position 16'000 préservatifs sont distribués, soit 52% de la distribution totale en 1997, vient ensuite Fleur de pavé avec 7'000 préservatifs soit 23%, Rel'aids et la médecin de rue avec 4'000 préservatifs chacun soit respectivement 13% du total. La moyenne mensuelle reste stable entre 1996 et 1997 (n=2500 environ).

Tableau 6.6.D Nombre de préservatifs distribués dans "le grand Lausanne"

	Pastorale de rue	Croix-Rouge	Médecin de rue	Fleur de Pavé*	Rel'aids	Soupe populaire	Total année	Moyenne par mois
1996 dès mars	13700	300	1500	1300	8300	0	25100	2510
<i>% par institution</i>	55%	1%	6%	5%	33%	0%	100%	
1997	16000	0	4000	7000	4011	0	31011	2584
<i>% par institution</i>	52%	0%	13%	23%	13%	0%	100%	

* L'Association Fleur de Pavé est active depuis octobre 1996

Des institutions **d'autres villes vaudoises** mettent également des seringues à disposition des consommateurs de drogues: Zone Bleue à Yverdon, Entrée de Secours à Morges et Action communautaire et toxicomanie ACT à Vevey et la Rivieraⁱⁱ. L'offre et le volume de seringues sont très variables selon ces projets. A Morges les seringues sont vendues et cela uniquement en dehors des heures d'ouverture des pharmacies. A Yverdon et à Vevey, elles sont distribuées gratuitement dans le cadre de demandes personnalisées. La remise de seringues à ACT et Entrée de Secours est très faible. Par contre Zone Bleue distribue en moyenne 600 seringues par mois depuis octobre 1997.

6.6.3 Synthèse sur la distribution de seringues dans le canton de Vaud

Dans le canton de Vaud, la proportion de seringues vendues dans les pharmacies par rapport à l'ensemble des seringues mises à disposition des consommateurs de drogues (bas seuil et pharmacie) correspond à 41% du volume total estimé en 1996 (Tableau 6.6.E). On observe la même proportion à Genève. Par contre, la proportion de seringues vendues dans les pharmacies dans les autres cantons est très variable. Elle constitue pour la plupart la seule source d'approvisionnement, seuls les cantons suivants disposent de centre à bas seuil : AG, BE, BS, GE, LU, SG, SH, SO, VD, ZH (voir tableaux 11 et 12 de l'annexe 2).

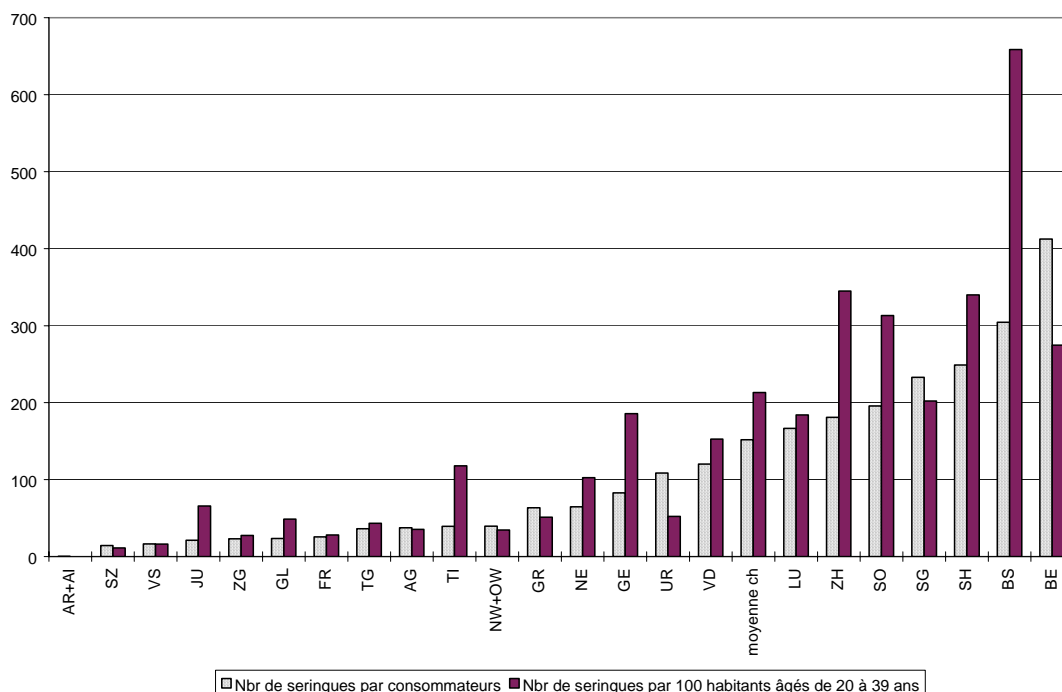
Tableau 6.6.E Nombre mensuel* de seringues vendues dans les pharmacies et distribuées dans les centres à bas seuil

	Pharmacie	Bas seuil	Total	% pharmacies
1994				
Vaud	17'300	0	17'300	100%
Genève	12'900	10'200	23'100	56%
Suisse	118'000	497'000	615'000	19%
1996				
Vaud	15'500	22'800	38'300	41%
Genève	7'700	11'200	18'900	41%
Suisse	122'000	320'000	442'000	28%

- * Nombre mensuel estimé sur les trois derniers mois de l'année, soit la moyenne d'octobre-novembre-décembre

ⁱⁱ Ces projets sont également évalués dans ce rapport, cf. chapitres 2 et 3.

Figure 6.6.B Nombre de seringues vendues/distribuées dans les pharmacies et les centres à bas seuil en 1996 rapporté au nombre de consommateurs de drogues estimés et aux nombres d'habitants âgés de 20 à 39 ans



* Données du recensement 1990

** Estimation du nombre de consommateurs en 1993, Fahrenkrug H 1995

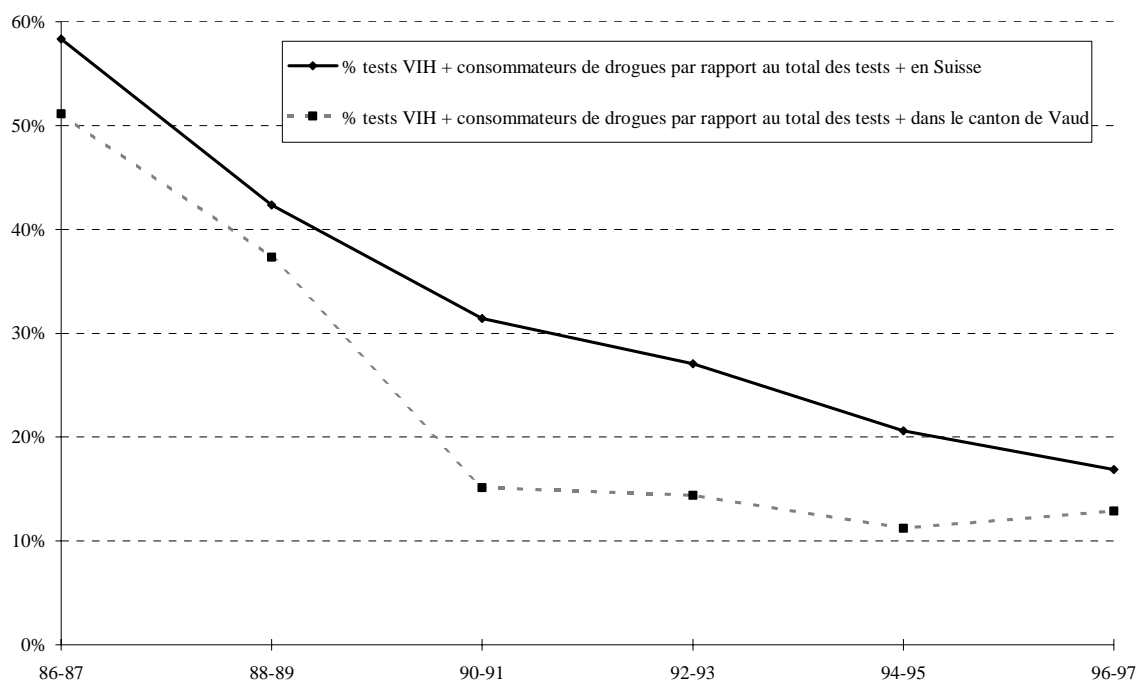
La totalité du volume de seringues mis à disposition dans les pharmacies et dans les centres à bas seuil est relativement importante en Suisse. Si l'on rapporte ce volume au nombre estimé de consommateurs par canton³⁰ on constate que le canton de Vaud avec ses 2'500 consommateurs présente une couverture en matériel d'injection stérile relativement proche de la moyenne suisse (120 seringues sont distribuées en 1996 par consommateur dans le canton de Vaud et 150 en moyenne pour la Suisse)^{kk}.

6.6.4 Données VIH / SIDA du canton de Vaud et de Suisse

Les données présentées dans ce chapitre ont été gracieusement fournies par le Dr M. Gebhardt de l'OFSP. Elle représente la situation au 31 mars 1998 pour les tests VIH positifs des laboratoires de confirmation ainsi que les déclarations complémentaires des médecins (cf. tableaux 13-16 Annexe 2). Pour la période de 1988 à 1997, les déclarations complémentaires des médecins représentent 52% du nombre total de tests VIH+ pour la Suisse et 66% pour le canton de Vaud. En raison des faibles nombres pour le canton de Vaud, nous avons effectué une moyenne sur deux ans. La figure 6.6.4a montre l'évolution du pourcentage de tests VIH+ parmi les consommateurs de drogues en relation avec l'ensemble des tests VIH+, ceci pour la Suisse et le canton de Vaud. La tendance autant au niveau national que cantonal montre une importante diminution du pourcentage de tests VIH+ chez les consommateurs de drogues, associée à une contribution plus marquée au sein de la population hétérosexuelle. Dans la mesure où le nombre absolu de tests VIH+ diminue également au cours du temps, nous assistons de fait à une diminution des nouvelles infections liées au VIH/Sida dans cette population (après une période de stabilisation au début des années 1990).

^{kk} Par contre, si l'on rapporte le volume de seringues à une donnée plus précise statistiquement, la population âgée de 20 à 39 ans, le canton présente une moins grande couverture en matériel d'injection stérile que la moyenne suisse (150 seringues pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans contre 210 pour la moyenne suisse).

Figure 6.6.C Evolution du pourcentage (%) de tests VIH positifs (+) chez les consommateurs de drogues par rapport à l'ensemble des tests + en Suisse et dans le canton de Vaud, 1986-1997 (déclarations complémentaires des médecins)



Dans les tableaux comparatifs 13 et 14 figurant en Annexe 2, le canton de Vaud présente depuis le début de l'épidémie un taux de cas de Sida pour 100'000 habitants lié à l'injection de drogues supérieur (36.1 pour 100'000) à la moyenne suisse (29.3 pour 100'000)³¹. Le canton de Genève est le canton le plus touché de Suisse. Par contre le pourcentage de tests VIH+ liés à l'injection de drogues par rapport à l'ensemble des tests VIH+ (déclarations complémentaires des médecins) se situe en dessous (31.6%) de la moyenne suisse (37.9%). Le canton de Genève a le pourcentage le plus bas (20%).

6.6.5 Conclusions

- Avec l'autorisation du Conseil d'Etat en 1996 de distribuer du matériel d'injection dans les structures à bas seuil, le nombre de seringues distribuées a fortement augmenté dans le canton de Vaud. Une stabilisation du nombre de seringues vendues / remises semble se dessiner dans le deuxième semestre de 1997. Il est donc bénéfique pour la prévention de multiplier les sources d'approvisionnement en seringues. Certains consommateurs préfèrent s'approvisionner dans des lieux qui leur sont destinés et où ils se rendent régulièrement alors que d'autres continuent à en acheter dans les pharmacies.
- Les comportements à risque de transmission du VIH par partage de matériel d'injection sont en diminution.
- On note une diminution des nouveaux cas de Sida chez les consommateurs de drogues dans les dernières années.

6.6.6 Recommandations

- Il est nécessaire de poursuivre les efforts de sensibilisation et d'information auprès des pharmaciens, afin d'optimiser au maximum cette source d'approvisionnement.

- Les structures d'accueil et d'aide aux consommateurs de drogues accréditées pour distribuer du matériel d'injection stérile doivent poursuivre leur activité de distribution. Dans "le grand Lausanne", la Pastorale de rue et la Soupe Populaire assurent la quasi totalité de la distribution mais les autres structures doivent continuer à mettre à disposition de leur clientèle des seringues. Cette attitude devrait s'étendre à d'autres structures du canton permettant ainsi d'assurer au moins dans chaque ville un lieu d'approvisionnement autre que les pharmacies. C'est le cas en 1997 à Yverdon avec Zone Bleue.
- La distribution de seringues doit s'accompagner d'informations et de conseils, comme le stipule le Conseil d'Etat, concernant non seulement l'hygiène d'injection mais aussi la prévention de maladies sexuellement transmissibles. Pour cela, toutes les structures distribuant du matériel d'injection doivent également mettre à disposition de leur clientèle des aiguilles, des tampons alcoolisés, de l'acide ascorbique, de l'eau physiologique mais aussi des préservatifs.
- Les structures d'aide aux consommateurs de drogues accréditées pour distribuer des seringues n'étant pas ouvertes 7 jours sur 7, il serait pertinent de réfléchir et de discuter différentes solutions possibles remédiant au problème d'accès aux seringues durant le week-end.

6.7 AUTRES SOURCES DE DONNEES

6.7.1 Approches thérapeutiques mises à disposition dans les prisons

En dehors des données de l'OFS¹⁵ relatives aux condamnations (cf. 6.4), une enquête nationale sur le type d'approche thérapeutique mise à disposition des consommateurs de drogues dans les prisons en Suisse a été réalisée par l'ISF. Les données par canton étant confidentielles, nous ne pouvons donc pas présenter dans ce rapport celles relatives au canton de Vaud. Un volet qualitatif de cette étude est actuellement conduit dans le canton de Vaud et dans un autre canton en Suisse allemande.

En 1996, 132 traitements à la méthadone étaient effectués dans les prisons du canton (ce nombre inclut les arrêts de traitement, les cures poursuivies, ainsi que les nouveaux traitements initiés)¹¹. Entre 20 et 30% des personnes se trouvant en prison sont des consommateurs de drogues.

6.7.2 Admissions aux urgences par les ambulances et le SMUR, étude 1996

En 1996, une recherche sur 190 cas d'overdose³² a été menée au service des urgences du CHUV auquel est associé un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Cette recherche, menée sur 12 mois, inclut tous les patients de plus de 16 ans qui ont été traités au SMUR ou aux urgences pour une overdose entre les mois de février 95 à janvier 96 et fournit des données sur le profil des patients et sur les caractéristiques médicales du traitement. En plus des 184 cas analysés ainsi (qui correspondent à 134 personnes), 6 cas de personnes décédées des suites d'une overdose durant la même période ont été additionnés.

Parmi ces patients, le pourcentage de femmes est d'environ 27% sauf pour les cas de décès où il n'atteint que 13%. L'âge moyen des patients est de 27.4 ans, 9.2% ont un statut HIV positif (sur 65 statuts connus), plus de 90% consomment plusieurs substances. Enfin, un peu plus de la moitié ont un suivi médical régulier (cf. Tableau 6.7.A).

¹¹ Communication personnelle du Dr. B. Gravier. Avril 1998.

Tableau 6.7.A Données socio-démographiques et répartition des cas d'overdoses de l'étude "overdoses", 1996

	SMUR	ER	Décès
Nombre de patients	79	104	15
% femmes	37%	38%	13%
Age moyen	27.0	27.9	26.0
Polytoxicomanie		90.4%	

69% ont été admis après un appel téléphonique aux urgences ou au SMUR, 12% ont été amenés par des proches, 8% par un médecin et 7% par la police. Sur les 190 cas, il y a eu 15 décès soit un taux de mortalité de 7.9%.

Parmi les 144 cas, 29% suivaient un traitement à la méthadone, 24% avaient déjà eu un traitement antérieurement et 42% n'en n'avaient jamais suivi.

Lors de leur sortie, 78% des patients sont retournés chez eux. Certains ont été orienté vers une autre structure, mais plus des deux tiers sont repartis sans avoir été adressé ni à une institution ni à un praticien privé. Un infirmier de liaison a été engagé par le CHUV au taux de 20% ce qui paraît très faible en comparaison notamment avec Genève où le poste dispose d'un 100%.

6.8 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

6.8.1 Introduction

Les données épidémiologiques sont d'abord résumées par les tendances qui se dégagent de l'analyse des principaux indicateurs (deux premières colonnes du Tableau 6.2a). Ensuite, en l'absence d'indicateurs directs du nombre de consommateurs et de la gravité des problèmes liés à la consommation, les informations des deux premières colonnes du Tableau 6.2a sont utilisées et interprétées comme indicateurs indirects de ces deux phénomènes (deux dernières colonnes du Tableau 6.2a). La combinaison des tendances de ces différents indicateurs indirects nous permet ainsi de formuler des hypothèses sur l'évolution de l'utilisation des drogues et ses conséquences.

Il faut toutefois garder à l'esprit que l'exercice de synthèse des données épidémiologiques disponibles n'est pas aisé. Il repose sur des bases de données provenant soit d'études ou de statistiques parfois incomplètes. 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**.

6.8.1.1 Evolution des principaux indicateurs

Les indicateurs disponibles sont résumés selon les cinq principaux domaines analysés soit : répression, traitement, décès, réduction des risques et nombre de consommateurs.

REPRESSION

Depuis 1994, le nombre total de **dénonciations** pour infraction à la loi sur les stupéfiants a augmenté, il est passé de 4'346 en 1994 à 5'330 en 1997. Le taux de dénonciations global s'élève à 9.0 pour 1000

habitants en 1997. La plus grande partie de ces dénonciations est liée à la possession de haschisch. Quant aux dénonciations relatives à l'héroïne, elles ont diminué (1948 en 1994, 1348 en 1997) tandis que celles concernant la cocaïne ont augmenté (395 en 1994, 698 en 1997).

En ce qui concerne les **condamnations**, elles portent principalement sur la consommation seule (59% en 1994), alors que le trafic et la consommation représentent 31% et le trafic seul environ 10%.

TRAITEMENT

La statistique nationale de la méthadone ne débutant qu'en 1998 dans le canton de Vaud, les données relatives au **traitement à la méthadone** proviennent des données disponibles auprès du médecin cantonal.

Le nombre de personnes en traitement à la méthadone a fortement progressé. Ils étaient 520 à suivre un traitement à la méthadone en 1992, 1200 en 1995 et 1576 au début de l'année 1998. La situation a passablement évolué depuis 1996 avec l'ouverture des centres d'accueil et de traitement qui sont venus compléter la structure de prise en charge des traitements à la méthadone existante dans le canton de Vaud. Le Centre St-Martin suivait par exemple à lui seul 280 patients au début 1998. La part des patients suivis par des médecins installés est passée d'environ 90% des cas en 1995 à 75% à la fin de 1997. Par contre, le nombre de praticiens en charge d'un traitement est resté relativement stable pendant la même période et s'élève à 225 au début 1998, contre 220 en 1995 (110 en 1992).

La proportion de femmes parmi les patients en traitement méthadone a légèrement diminué entre 1994 et 1998 et est passée de 34% à 32%. Leur âge moyen est très proche de celui des hommes et on observe un léger vieillissement de cette population entre 1994 et 1998 (pour les hommes 29 ans en 1994 vs 31 ans début 1998 et pour les femmes respectivement 29 et 30 ans). La durée moyenne de consommation de drogues dures est de 9 ans (médiane 7 ans).

L'insertion sociale des consommateurs de drogues en traitement tend à s'améliorer tant du point de vue du logement que du travail. Au CSM, 22% des personnes n'avaient pas, au début de leur prise en charge, de logement privé fixe et 78% étaient sans travail. Après un an, ces taux s'abaissent respectivement à 12% et 41% (étude de dossiers, chap. 2.1.8).

On ne dispose actuellement d'aucune donnée sur les **traitements résidentiels**. A ce jour seul le Relais a commencé au début 1998 la statistique nationale de traitements résidentiels de la toxicomanie FOS. La Fondation du Levant va également à y participer dans le courant de 1998.

La statistique OPALE qui regroupe les statistiques des **institutions psychiatriques** vaudoises à l'exception de l'Est du canton permet d'avoir des informations sur les admissions de patients dont le diagnostic principal est une dépendance aux opiacés ou à la cocaïne. La prise en charge de patients présentant une telle toxicomanie a fortement augmenté au cours des dernières années et le nombre d'admissions (hospitalières et ambulatoires confondues) atteint 798 pour l'année 1997. Entre 1996 et 1997, les cas supplémentaires sont largement imputables au développement de l'activité du Centre St-Martin dont les admissions forment plus du 50% de l'ensemble des prises en charge du canton (469 sur 798). En 1997, on compte 256 traitements de substitution à la méthadone, 4 suivis post sevrage et 95 sevrages.

Dans l'ensemble, les statistiques montrent une augmentation du nombre de personnes en traitement.

DECES

Après un point culminant en 1994, **le nombre de décès** dus à la drogue a fortement diminué rejoignant ainsi les valeurs enregistrées en 1987. Il est passé de 32 en 1994 à 17 en 1997, ce qui équivaut à un taux de 5.0 décès pour 100'000 habitants en 1994-95 et à 2.7 décès pour 100'000 habitants en 1996-97 (cf. Annexe 3). Notons que ces données fournies par l'Office fédéral de la police, ne contiennent pas les décès des consommateurs de drogues en relation par exemple avec une pathologie infectieuse, dont le VIH/Sida.

Tableau 6.8.A 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, 1997

Indicateurs**	Evolution	Hypothèses de changement	
		du nombre de consommateurs dépendants	de la gravité des problèmes liés à la dépendance
Nombre de dénonciations : héroïne cocaïne	↘ ↗	→	O
Age moyen des consommateurs	↗	→ à ↓	O
Nombre de personnes en traitement	↗	±	↓
Nombre de décès dus à la drogue	↘	±	↓
Nouveaux cas de VIH	↘	O	↓
Exposition au risque VIH	↘	O	↓
Polytoxicomanie	↗	O	↑
Fréquence d'injection	↗	O	↑
Prostitution	↗	O	↑
Insertion sociale : logement	→ à ↗	O	→
Insertion sociale : travail	→ à ↗	O	→

<i>Légende</i>	↗ augmentation	± indicateur incertain
	↘ diminution	↑ indicateur en faveur d'une augmentation
	→ stabilité	↓ indicateur en faveur d'une diminution
		→ indicateur en faveur d'une stabilisation
		O indicateur non pertinent

* **Explication du tableau :**

Les données épidémiologiques sont résumées par les tendances qui se dégagent des principaux indicateurs (deux premières colonnes). Ne disposant pas d'indicateurs directs du nombre de consommateurs et de la gravité des problèmes liés à la consommation, les informations des deux premières colonnes sont utilisées et interprétées comme indicateurs indirects de ces deux phénomènes (deux dernières colonnes)

** **Exemple de lecture :** PROSTITUTION

2^{ème} colonne : la prostitution est en augmentation

3^{ème} colonne : la prostitution n'est pas un indicateur indirect du nombre de consommateurs

4^{ème} colonne : la prostitution est un indicateur indirect de la gravité des problèmes liés à la dépendance

La prostitution étant en augmentation, l'hypothèse suivante peut-être formulée : les problèmes liés à la dépendance s'aggravent

REDUCTION DES RISQUES

L'exposition au risque VIH tend à s'abaisser. Premièrement, avec l'autorisation du Conseil d'Etat en 1996 de distribuer gratuitement des seringues par les institutions accréditées, le nombre moyen mensuel de seringues mises à disposition des consommateurs de drogues a plus que doublé entre 1994 et 1996 : de 17'300 il est passé à 38'300. La part des seringues vendues dans les pharmacies s'élève en 1996 à 41%. En 1997, les structures à bas seuil distribuent à elles seules en moyenne 25'000 seringues par mois. Parmi elles, la Pastorale de rue et la Soupe populaire sont celles qui en remettent la plus grande part.

Deuxièmement, l'indicateur de prise de risque lié à l'injection chez les clients des structures à bas seuil a diminué : en 1993, 39% des usagers ont partagé leur matériel d'injection durant les 6 derniers mois précédents l'enquête, 24% en 1996.

Les nouveaux cas de VIH chez les consommateurs de drogues diminuent. Le taux de séropositivité rapporté dans les structures à bas seuil diminue également : entre 1996 et 1993, il est passé de 18% à 11%.

La polytoxicomanie augmente : en 1993, 61% des clients des bas seuils consomment de l'héroïne et de la cocaïne conjointement ou séparément contre 70% en 1996. La consommation de benzodiazépines en parallèle est également importante (40% de consommateurs réguliers en 1996).

La fréquence d'injection s'élève également. La proportion d'injecteurs durant les 6 derniers mois parmi les usagers des structures à bas seuil passe de 69% en 1993 à 89% en 1996. Le nombre d'injection dans cette clientèle atteint en moyenne 17 injections par semaine en 1996. La fréquence d'injection est particulièrement élevée chez les consommateurs s'injectant la cocaïne.

Le recours à la prostitution augmente : dans l'enquête bas seuil la proportion de femmes qui se prostituent était de 19% en 1993 et de 36% en 1996.

L'âge moyen des consommateurs s'est globalement élevé dans les structures à bas seuil (27 ans en 1993 vs 29 ans en 1997).

L'insertion sociale est relativement stable dans les structures à bas seuil tant au niveau du logement que du travail. En 1993, 80% des usagers des bas seuil ont un domicile fixe et 8% un travail à temps complet, en 1996 respectivement 85% et 5%. La proportion de bénéficiaires d'assurance invalidité a quant à elle augmenté (19% en 1993, 38% en 1996).

6.8.1.2 Nombre des consommateurs

Parmi les indicateurs indirects présentés ci-avant, l'évolution de deux d'entre eux peut être interprétée dans le sens d'une **stabilisation voire d'une diminution** du nombre de consommateurs dépendants :

- le nombre de dénonciations concernant l'héroïne et la cocaïne évolue différemment, le premier indicateur montrant une légère diminution et le deuxième une augmentation,
- l'augmentation de l'âge moyen des consommateurs à l'entrée en traitement et des consommateurs gravitant autour des structures à bas-seuil (dans ce cas il s'agit également d'individus déjà gravement dépendants).

Ce dernier indicateur nous dit que l'ensemble du groupe vieillit et donc que le remplacement par de jeunes consommateurs diminue. Comme les consommateurs ont une moyenne d'âge plus basse dans les structures résidentielles, on peut penser qu'une partie des nouveaux consommateurs est orientée rapidement vers ce type de structure. On ne sait malheureusement pas si, dans ces structures, l'âge moyen a aussi augmenté, ce qui nous conforterait dans l'hypothèse d'une diminution du nombre de consommateurs dépendants. Ceci souligne l'importance de disposer de statistiques de clientèle fiables dans chacun des sous-systèmes de prise en charge des consommateurs.

On dispose de deux autres indicateurs indirects du nombre de consommateurs mais l'information qu'on peut en tirer est incertaine quant à une éventuelle augmentation ou diminution du nombre de consommateurs. L'augmentation du nombre de traitements est parfois interprétée comme une augmentation du nombre de consommateurs. Mais dans la situation actuelle du canton de Vaud,

l'augmentation de la capacité de prise en charge pendant la même période et donc de la réponse à des besoins non satisfaits jusqu'à présent nous semble être une explication suffisante. La diminution du nombre de décès est souvent considérée comme indicateur de diminution du nombre de consommateurs. Ici aussi, l'augmentation de la capacité de prise en charge, tempère l'interprétation que l'on peut faire de la diminution des décès. Ces deux indicateurs qui, pris au sens strict, indiqueraient une tendance contradictoire plaident aussi en faveur d'une stabilisation du nombre des consommateurs.

Rappelons que la seule donnée dont on dispose actuellement sur le nombre de personnes toxico-dépendantes est une approximation fournie par les experts cantonaux dans le cadre du rapport des cantons de 1993. Ainsi, **le nombre moyen estimé de consommateurs de drogues** sévèrement dépendants dans le canton de Vaud se situe autour de 2'500 en 1993, ce qui correspond à un taux de 4.2 pour 1'000 habitants.

6.8.1.3 Gravité des problèmes liés à la toxicomanie

Pour les indicateurs indirects de la gravité des problèmes liés à la toxicomanie, l'image est beaucoup plus contrastée et doit être considérée par domaine

- **GRAVITE DE LA CONSOMMATION** : l'évolution de plusieurs indicateurs indirects permet de poser l'hypothèse d'une **aggravation** de la gravité de la consommation :
 - augmentation de la polytoxicomanie avec la montée en importance de la consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne (que l'on peut mettre en parallèle avec l'augmentation des dénonciations pour la cocaïne),
 - augmentation de la fréquence de la consommation avec une augmentation de la consommation journalière et une augmentation de la fréquence des injections (due en partie à la consommation de cocaïne).

Selon les intervenants, l'aggravation de la consommation peut être expliquée par l'abondance des produits sur le marché (baisse des prix, arrivée de la cocaïne) mais aussi par le laxisme dans la prescription des tranquillisants en ce qui concerne la multiconsomption.

- **GRAVITE DES CONSEQUENCES SUR LA SANTE** : plusieurs indicateurs se sont **améliorés** et permettent d'envisager une diminution de la gravité des conséquences de la consommation sur la santé :
 - diminution des décès,
 - diminution des nouveaux cas de VIH,
 - diminution de l'exposition au risque de VIH,
 - augmentation du nombre de personnes en traitement ou en contact avec un centre d'accueil susceptible de prodiguer des soins. L'amélioration de l'état de santé des consommateurs est confirmée par les intervenants de ces structures qui constatent une amélioration de l'état physique de leur clients, dont notamment une diminution des abcès.
- **GRAVITE DES CONSEQUENCES SUR L'INSERTION SOCIALE** : les indicateurs d'intégration sociale dans le domaine du logement et du travail sont **plus stables** malgré une augmentation de l'intervention. Ceci est certainement attribuable aux difficultés d'intégration accrues que rencontrent les consommateurs dépendants en période de crise économique. L'effet de l'intervention est donc à considérer comme un frein à l'aggravation.

Rappelons enfin que ces indicateurs doivent être lus dans un contexte marqué par une conjonction de plusieurs mouvements : augmentation de la pression du marché et de la crise économique, à laquelle "répond" une intensification de la répression et de la capacité de prise en charge médico-sociale.

6.8.2 Recommandations

- Il serait souhaitable de faire une estimation ponctuelle fiable du nombre de consommateurs de drogues dépendants dans le canton.
- Il est nécessaire d'implanter immédiatement, dès 1998 et avec saisie rétroactive des cas depuis le début de l'année, les statistiques nationales FOS (traitements résidentiels) et méthadone.
- Il faut développer les études de suivi de patients, de devenir à moyen-long terme (cohortes, études sur dossier, etc.) dans différentes structures de soins pour les consommateurs dépendants.
- Il serait utile de réfléchir à la mise sur pied d'un groupe de "veille" regroupant des intervenants de terrain, des policiers, éventuellement des chercheurs qui se réunisse régulièrement pour échanger leurs vues sur l'évolution de la situation sur le terrain dans les différentes régions du canton, y compris les régions périphériques pour lesquelles on manque de données: (distribution des problèmes rencontrés, gravité, etc.). Il serait ainsi possible d'avoir une vision en continu sur les fluctuations du marché ou des consommateurs dans différents endroits, sur les problèmes qui apparaissent et sur les réponses à donner.

7. CONCLUSIONS GLOBALES

De **manière générale**, on constate que la majorité des treize premiers projets évalués se développent conformément à ce qui était prévu. Un des trois projets de travail de proximité est encore en phase d'implantation. L'Unité pour Adolescents de la Fondation du Levant a décidé de réduire son activité d'environ 50% compte tenu d'une demande inférieure à celle qui avait été planifiée.

De **manière plus spécifique** - par rapport aux objectifs poursuivis -, on peut faire le bilan suivant :

OBJECTIF I Augmenter la capacité de prise en charge et de rétention en traitement des consommateurs de drogues

a) Comment évolue la demande d'aide et de traitement ?

La demande de traitement était très forte avant l'ouverture des nouvelles structures de traitement et d'accueil ambulatoire. Ces nouveaux centres ont permis d'absorber une partie de cette demande. Toutefois, celle-ci reste actuellement encore importante et supérieure à l'offre.

b) Quel est le profil de la clientèle des nouvelles structures ?

Les femmes constituent un tiers de la clientèle. La plupart des usagers sont des consommateurs au long cours, polytoxicomanes. Les jeunes de 15 à 20 ans (12 à 21% selon la structure) et les consommateurs sans traitement antérieur (environ 50% dans les premiers mois de l'activité du Centre St-Martin de Lausanne (CSM)) sont bien présents dans les trois structures, et cela conformément à leurs missions.

c) Quelle est la capacité de rétention ?

La capacité de rétention en traitement, évaluée seulement pour le CSM, est élevée (>70%). Les centres d'accueil ont réussi à stabiliser un pool d'usagers plus ou moins réguliers et à accompagner nombre d'entre eux dans une démarche sociale et thérapeutique.

OBJECTIF II Améliorer la diversité et la qualité de cette prise en charge, améliorer la chaîne thérapeutique

d) Comment évolue l'offre en aide et en traitement ?

Les indicateurs de traitement et de prise en charge montrent une augmentation de l'offre en traitement et en aide socio-éducative qui reste cependant toujours inférieure à l'ensemble des demandes formulées par les personnes toxicodépendantes. Cette augmentation des capacités repose essentiellement sur l'ouverture de nouvelles structures : CSM, Entrée de Secours à Morges et Zone Bleue à Yverdon. En ce qui concerne les traitements à la méthadone, ils ont passé de 1200 en 1995 à 1576 au début de l'année 1998. Le CSM suit à lui seul 280 patients en cure de méthadone au début 1998. Les médecins praticiens gardent cependant une place prépondérante dans l'offre de traitements de substitution (90% des cas en 1995, 75% fin 1997).

e) Est-ce que la qualité des traitements s'améliore ?

Avec l'ouverture des nouvelles structures, mais aussi avec les nouvelles orientations prises par le canton en matière de réduction des risques (autorisation de remise de matériel d'injection par certaines structures agréées, cf. objectif III), la diversité et la qualité de la prise en charge au sens large se sont

fortement accrues. On a multiplié les portes d'entrée vers une aide ou un traitement. L'offre s'est diversifiée (sevrages, prises en charge intégrées médico-psycho-sociales, groupes thérapeutiques, prises en charge mieux coordonnées entre intervenants de divers domaines, etc.). Ce processus est allé de pair avec une meilleure définition des rôles de chacun des acteurs du réseau médical et social. Néanmoins, des ajustements concernant la fonction de chacun dans le réseau sont encore nécessaires.

f) Est-ce que la chaîne thérapeutique fonctionne ?

La collaboration avec les partenaires du réseau s'est développée particulièrement dans le domaine de l'aide socio-éducative, moins surchargée, que dans le domaine du traitement. En effet, l'augmentation des traitements à la méthadone est essentiellement due à l'ouverture du CSM qui connaît des difficultés à transférer les patients stabilisés vers le réseau des médecins praticiens prescripteurs de méthadone. Cette situation commence seulement à s'améliorer.

Malgré ces goulots d'étranglements, la chaîne thérapeutique fonctionne mieux, du fait du rôle de plaque tournante que remplissent les nouvelles structures, qui ont développé des liens avec tous les acteurs du réseau. Toutefois, la détection et la prise en charge précoce des consommateurs de drogues dépendants doivent encore être améliorées. Il s'agit de développer le travail de proximité et les liens entre les divers intervenants qui sont en contact avec les jeunes en difficultés et les centres d'accueil et de traitement.

OBJECTIF III Améliorer la santé des consommateurs et leur insertion socioprofessionnelle

Les divers indicateurs à disposition montrent une évolution contrastée de la situation des consommateurs.

g) Est-ce que l'état de santé des consommateurs s'améliore ?

De manière générale, l'état de santé des consommateurs s'améliore, en tout cas pour ceux qui sont en contact avec des structures d'aide, de soins et de réduction des risques. Le nombre de décès liés à l'abus de drogues a également diminué depuis 1994. La prévention de la transmission du VIH s'est améliorée avec une diminution du partage du matériel d'injection (39% de partage durant les 6 derniers mois en 1993 vs 24% en 1996) et une meilleure accessibilité à celui-ci (17'300 seringues distribuées ou vendues par mois en 1994 vs 38'300 en 1996). Ceci a conduit à une stabilisation voire une diminution de la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues. Cependant, les efforts entrepris dans le domaine de la réduction des risques doivent se poursuivre et se développer dans tout le canton.

h) Quelle est la situation socioprofessionnelle des consommateurs de drogues ?

Dans les structures pour lesquelles il existe une information relative à l'évolution de la situation socioprofessionnelle, celle-ci s'est améliorée (CSM étude de dossiers : 78% sans travail au début de la prise en charge vs 41% après 1 an). De plus, en raison des difficultés de réinsertion, aggravées par la situation économique, l'augmentation de l'intervention dans le domaine social a réussi à empêcher une détérioration de la situation, celle-ci restant tout de même encore très précaire.

i) Est-ce que la délinquance et les problèmes qui lui sont associés diminuent ?

Il n'existe pas de données précises sur l'évolution de la délinquance associée. Tout au plus peut-on constater une augmentation du nombre de dénonciations pour infractions à la LStup (4346 en 1994 vs 5330 en 1997). Ceci essentiellement pour les dénonciations relatives à la cocaïne (395 en 1994 vs 698 en 1997). Par contre, les dénonciations concernant l'héroïne sont en baisse (1948 en 1994 vs 1348 en 1997).

j) Quelles sont les activités nouvelles dans le domaine de la prévention secondaire ?

Les activités de prévention secondaire se développent lentement, notamment par le biais du travail de rue. De telles activités demandent un long temps de mise en route (implantation, mise en confiance des

populations-cibles, etc.) et ne peuvent porter leurs fruits qu'à long terme. Elles doivent donc encore être soutenues.

OBJECTIF IV Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants

k) Quelle est l'évolution du nombre de consommateurs ?

Il n'existe pas de mesure directe du nombre des consommateurs dans le canton de Vaud. L'évolution de divers indicateurs indirects va plutôt dans le sens d'une stabilisation, voire d'une diminution du nombre des consommateurs dépendants. La combinaison de diverses estimations permet de situer le nombre de consommateurs de drogues sévèrement dépendants dans une fourchette de 2'500 à 3'000.

l) Que consomment-ils, comment et à quelle fréquence ?

Plusieurs indicateurs révèlent une aggravation de la consommation : augmentation de la poly-consommation (héroïne, cocaïne, benzodiazépines), augmentation de la fréquence de consommation et des injections. Cette évolution peut s'expliquer par l'abondance des produits sur le marché (baisse des prix, arrivée de la cocaïne), mais aussi par un certain laxisme dans la prescription des tranquillisants.

OBJECTIF V Renforcer les activités de prévention primaire et secondaire

Ces activités n'ont pas été évaluées de manière approfondie dans cette phase de l'évaluation.

m) Quelle est la couverture en prévention en milieu scolaire ?

Le travail de prévention primaire dans les écoles (projet La Mallette) développé par le Centre d'Aide et de Prévention touche toutes les régions du canton, reçoit de plus en plus de demandes et arrive à ses limites de capacité d'intervention.

n) Quelle est l'évolution des demandes faites aux médiateurs scolaires ?

En ce qui concerne les médiateurs, on relèvera qu'ils ne se sentent pas investis prioritairement dans un travail de prévention secondaire de la dépendance et que la plupart des demandes qui leur sont faites relèvent de difficultés personnelles et familiales, non spécifiques.

7.1 RECOMMANDATIONS

Les recommandations relatives à chaque projet se trouvent dans les parties descriptives qui les concernent (chap. 2 à 5). Nous présentons donc ci-dessous une série de recommandations d'ordre plus général qui concerne notamment la suite de l'évaluation des projets et de l'épidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud.

- ◆ **Le travail en réseau doit encore être renforcé, particulièrement pour la prise en charge et l'aide des nouveaux (jeunes) consommateurs de drogues. En ce sens, le rôle des projets de**

proximité doit encore être affiné en favorisant une approche de prévention secondaire centrée en priorité sur les populations à risques.

- ◆ Sur la base des connaissances acquises après cette première phase d'évaluation, nous proposons au groupe de pilotage et éventuellement à la Commission cantonale de participer à une réflexion approfondie autour des objectifs globaux et des nouvelles questions d'évaluation, afin de préciser ceux-ci pour la deuxième phase de l'évaluation.
- ◆ Si pour la majorité d'entre-elles les tendances mesurées ou appréciées vont dans le sens des objectifs poursuivis, il nous semble néanmoins judicieux de faire des choix quant aux priorités de chaque projet en regard des objectifs globaux une fois que ceux-ci auront été mieux précisés.
- ◆ Il est nécessaire d'implanter immédiatement, dès 1998 et avec saisie rétroactive des cas depuis le début de l'année, les statistiques nationales FOS (traitements résidentiels) et méthadone.
- ◆ Il serait utile de réfléchir à la mise sur pied d'un groupe de "veille" regroupant des intervenants de terrain, des policiers, éventuellement des chercheurs qui se réunisse régulièrement pour échanger les vues sur l'évolution de la situation sur le terrain dans les différentes régions du canton, y compris les régions périphériques pour lesquelles on manque de données : distribution des problèmes rencontrés, gravité, etc. Il serait ainsi possible d'avoir une vision en continu sur les fluctuations du marché ou des consommateurs dans différents endroits, sur les problèmes qui apparaissent et sur les réponses à donner.
- ◆ Les études que nous proposons pour la deuxième phase de l'évaluation sont les suivantes :
 - Une étude sur le réseau qui apportera des informations sur son fonctionnement (cf. Objectif II).
 - Une étude permettant une estimation ponctuelle plus fiable du nombre de consommateurs de drogues dépendants (cf. Objectif IV).
 - Des études de suivi de patients, de devenir à moyen-long terme (cohortes, études sur dossier, etc.) dans différentes structures de soins pour les consommateurs dépendants (cf. Objectif I-IV).

Tableau récapitulatif

↗ augmentation

↘ diminution

→ stable

Objectifs et questions d'évaluation	Projets contribuant aux divers objectifs	Tendances mesurées/appréciables
I Augmenter la capacité de prise en charge et de traitement des consommateurs de drogues <i>Comment évolue la demande d'aide et de traitement ?</i> <i>Quelle est la capacité de rétention ?</i>	CSM*, EdS**, ZB***, Unité Adolescents CSM EdS ZB Unité Adolescents CSM EdS, ZB	↗ augmentation ↗ ↗ ↗ ↘ diminution >70% à mesurer phase II
II Améliorer la diversité et la qualité de la prise en charge, améliorer la chaîne thérapeutique <i>Comment évolue l'offre en aide et en traitement ?</i> <i>Est-ce que la qualité des traitements s'améliore ?</i> <i>Est-ce que la chaîne thérapeutique fonctionne ?</i>	CSM, EdS, ZB, projets de proximité, Trampoline, Parachute CSM, EdS, ZB, projets de proximité, Trampoline, Parachute	↗ ↗ à mesurer phase II → à ↗
III Améliorer la santé des consommateurs de drogues et leur insertion socioprofessionnelle <i>Est-ce que l'état de santé des consommateurs s'améliore ?</i> <i>Est-ce que la situation socioprofessionnelle des consommateurs s'améliore ?</i> <i>Est-ce que la délinquance et les problèmes qui lui sont associés diminuent ?</i> <i>Quelles sont les activités dans le domaine de la prévention secondaire ?</i>	CSM, EdS, ZB, projets de proximité, Trampoline, Parachute CSM Trampoline Parachute EdS, ZB, projets de proximité Projets de proximité	→ à ↗ ↗ ↗ ↗ ↗ à mesurer phase II à mesurer phase II ↘ dénonciations héroïne ↗ dénonciations cocaïne ↗
IV Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants <i>Quelle est l'évolution du nombre de consommateurs ?</i> <i>Que consomment-ils, comment et à quelle fréquence ?</i>	Tous les projets	→ à ↘ (environ 2'500, à mieux mesurer phase II) → à ↘ (environ 2'500, à mieux mesurer phase II) ↗ poly-consommation ↗ fréquence injection chez cocaïnomanes ↗ proportion injecteurs chez demandeurs de traitement
V Renforcer les activités de prévention primaire et secondaire <i>Quelle est la couverture en prévention en milieu scolaire ?</i>	La Mallette, Voilà-Vaud, projets de proximité En dehors de La Mallette, pas abordé dans cette phase de l'évaluation	↗ 2'600 élèves dans 26 arrondissements scolaires (septembre 97-mars 98)

* CSM = Centre St-Martin

** EdS = Entrée de Secours

*** ZB = Zone Bleue

1. 1. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Michaud P-A, Narring F, Paccaud F. Recherche sur la santé et les styles de vie des adolescents romands de 15 à 20 ans, 1992: rapport final. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 101).
- 2 Cattaneo M, Dubois-Arber F, Leuthold A, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, Phase I, Bilan initial 1991-1992. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81).
- 3 Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Situation de la toxicomanie dans le canton de Vaud, comparaisons intercantionales et nationales. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive/ UEPP; mai 1996.
- 4 Mémento statistique de la Suisse. Berne: Office fédéral de la statistique; 1994.
- 5 Fahrenkrug H, Rehm J, Müller R, Klingemann H, Linder R. Drogues illégales en Suisse 1990-1993. Zurich: Seismo; 1995.
- 6 Efiionayi-Mäder D, François Y, Le Gauffey Y. La santé des jeunes dans le canton de Vaud. Comparaison avec l'ensemble de la Suisse. Résultats d'une enquête sur la vie quotidienne et la santé des écoliers de 11 à 16 ans, réalisée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS-Europe). Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies; 1995.
- 7 Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Benninghoff, Spencer B, Devos T, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse 1990-1996: Version abrégée. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 1996.
- 8 Schick MT, Alberto YJ. Epidemiologische Analyse der Drogentodesfälle in der Schweiz 1990-1993, unter Einbezug der Jahre 1987-1989. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern; 1994.
- 9 Communiqué de presse de l'Office Fédéral de la Police, Berne: 27 mars 1998.
- 10 Drogensituation Schweiz. Berne: Office Central Stupéfiants, Office fédéral de la police; Halbjahresbericht Nr.1/97.
- 11 Müller R, Meyer M, Gmel G (editors). Alcool, tabac et drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies; 1997.
- 12 Politique de la Confédération en matière de drogues; des chiffres et des faits. Berne: Office fédéral de la santé publique; 1997.
- 13 Estermann J, Rônez S. Drogues et droit pénal en Suisse. Séries chronologiques des dénonciations, jugements pénaux et exécutions de peines 1974-1994. Berne: Office fédéral de la statistique; 1995.
- 14 Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Op. Cit, p.5.
- 15 Drogues et droit pénal en Suisse. No 19. Berne: Office fédéral de la statistique; 1994.
- 16 Statistique suisse des stupéfiants (1995). Berne: Office fédéral de la police; 1996.
- 17 Statistique suisse des stupéfiants (1996). Berne: Office fédéral de la police; 1997.
- 18 Statistique suisse des stupéfiants (1997). Berne: Office fédéral de la police; 1998.
- 19 Grichting E, Dobler-Mikola A, Reichlin M, Schamberger M, Bolliger H. La ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1997. Rapport d'activité (version abrégée). Zurich: FOS; 1998 (Rapport de recherche de l'Institut de recherche sur la toxicomanie, Nr. 61).
- 20 Benninghoff F. Concept de service d'aide à bas seuil pour les consommateurs de drogues, In: Etat de la sociologie de la santé en Suisse. Seismo; 1998 (à paraître).
- 21 Benninghoff F, Gervasoni J-P, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. Rev Épidémiol Sante Publique 1998;46:205-17.

- 22 Gujer AR, Mühleim B, Linder R. Accessibilité aux seringues et aux préservatifs pour les consommatrices et consommateurs de drogue par voie intraveineuse en Suisse : enquête du groupe de travail "Drogue et SIDA" de l'Association suisse des intervenants en toxicomanie (ASIT). Lugano: ASIT; 1991.
- 23 Lander B. HIV-Prävention bei intravenösem Drogenkonsum in ländlichen Regionen. Entwicklung gemeinwesenspezifischer Abgabemodi von Präventionsmaterial (GAJet). St-Gall: 1991.
- 24 Marro J-J, André G, Gervasoni J-P et al. Toxicomanie et pharmacies. Situation dans le canton de Vaud. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 114).
- 25 Malatesta D, Joye D. Toxicomanie et prévention du sida en milieu urbain. Enquête auprès des usagers du bus itinérant de prévention du Sida. Lausanne: IREC/EPFL 1993 (Rapport de recherche no 110).
- 26 IPSO Sozialforschung. Studie zur Spritzenabgabe durch Apotheken. Dübendorf: IPSO, August 1995.
- 27 Chollet-Bornand A, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Enquête nationale des pharmacies 1997. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (à paraître).
- 28 Benninghoff F, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Monitoring des activités des structures à bas seuil d'accès pour les consommateurs de drogues en Suisse: remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques résultats cantonaux. *Soz Praeventivmed* 1996; 41(Suppl 1):5-14.
- 29 André G, Bleeker M. Approche de la prévention du sida en milieu nocturne. Morges : Association du Relais, 1993.
- 30 Fahrenkrug H, Rehm J, Müller R, Klingelmann H, Linder R. Drogues illégales en Suisse 1990-1993: la situation dans les cantons et en Suisse. Zürich: ISPA, Seismo; 1995.
- 31 Gebhardt M. Sida et VIH en Suisse : situation épidémiologique, fin 1996. Berne : Office fédéral de la santé publique; 1997.
- 32 Cook S, Moeschler O, Michaud K, Yersin B. Acute opiate overdose : characteristics of 190 consecutive cases. *Addiction* 1998 (in press).

9. LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.3.a	Présentation des projets soumis à l'évaluation	16
Tableau 1.3.b	Recueils de données pour les structures d'accueil et de traitement, 1997	17
Tableau 1.3.c	Recueil de données pour les projets de travail de proximité, 1997	18
Tableau 2.a	Recueils de données dans les structures d'accueil et de traitement, 1997	19
Tableau 2.1.a	Profil des usagers du CSM et prise en charge au moment de leur admission (statistique OPALÉ, données trimestrielles, 1996-1997)	22
Tableau 2.1.b	Données du Centre St-Martin, tirées des feuilles de 1 ^{er} contact, octobre 1996 - mai 1997	26
Tableau 2.1.c	Intervenants extérieurs, étude des dossiers de suivi, 1996-1997	34
Tableau 2.1.d	Evolution de l'insertion des patients à 1 an, étude des dossiers de suivis, 1996-1997	36
Tableau 2.2.a	Evolution de l'activité d'Entrée de Secours, total par mois, 1997	40
Tableau 2.2.b	Données Entrée de Secours, selon feuilles de prise en charge de juillet à décembre 1997	43
Tableau 2.3.a	Evolution de l'activité de Zone Bleue, total par mois, juillet à décembre 1997	48
Tableau 2.3.b	Données Zone Bleue, selon feuilles de prise en charge de juillet à décembre 1997	50
Tableau 2.5.a	Profil des usagers et consommation des trois centres d'accueil et de traitement, 1997	53
Tableau 2.5.b	Demandes des usagers et des familles et prise en charge, dans les trois centres d'accueil et de traitement, 1997	55
Tableau 3.a	Méthode d'évaluation des projets de travail de proximité, 1997	57
Tableau 3.1.a	ACT : Nature des contacts, octobre 1997 à janvier 1998	60
Tableau 5.3.a	Répartition des contacts et personnes placées dans le cadre de Trampoline en 1996 et 1997	73
Tableau 5.3.b	Caractéristiques sociodémographiques et provenance des personnes ayant contacté Trampoline en 1997	74
Tableau 6.5.a	Age moyen selon le sexe et classes d'âge, 1994-1998	86
Tableau 6.5.b	Prise en charge par les institutions psychiatriques de personnes dépendantes (diagnostic principal =opiacés ou cocaïne), 1994-1997	90
Tableau 6.5.c	Profil des patients dépendants pris en charge par les institutions psychiatriques, 1994-1997	90
Tableau 6.6.a	Prises de risques chez les clients des structures à bas seuil en Suisse et VIH (1993-1996)	92
Tableau 6.6.b	Nombre mensuel de seringues vendues dans les pharmacies	93
Tableau 6.6.c	Nombre de seringues mises à disposition dans "le grand Lausanne"	95
Tableau 6.6.d	Nombre de préservatifs distribués dans "le grand Lausanne"	96
Tableau 6.6.e	Nombre mensuel de seringues vendues dans les pharmacies et distribuées dans les centres à bas seuil	97
Tableau 6.7.a	Données socio-démographiques et répartition des cas d'overdoses de l'étude "overdoses", 1996	101
Tableau 6.8.a	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, 1997	103

10. LISTE DES FIGURES

Figure 2.1.a	Patients et nombre de cures méthadone au CSM, 1996-1997	23
Figure 2.1.b	Centre St-Martin : usagers selon le sexe et l'âge (n=254), selon feuilles de 1 ^{er} contact, octobre 1996 - mai 1997	28
Figure 2.1.c	Centre St-Martin : Durée de la consommation (années) (n=90), étude des dossiers de suivi, 1996-1997	29
Figure 2.1.d	Evolution de la prise en charge à 6 mois et une année, étude des dossiers de suivi, 1996-1997	30
Figure 2.1.e	Evolution des patients en cure de méthadone au temps T0, étude des dossiers de suivi, 1996-1997	32
Figure 2.1.f	Evolution des patients sans cure de méthadone au temps T0, étude des dossiers de suivi, 1996-1997	32
Figure 2.1.g	Evolution des doses de méthadone de T0 à 1 an (n=47), étude des dossiers de suivi, 1996-1997	33
Figure 2.1.h	Evolution de la fréquence de consommation de drogues dures (%), étude des dossiers de suivi, 1996-1997	35
Figure 2.2.a	Entrée de Secours : usagers selon l'âge et le sexe (n=38), selon feuilles de prise en charge de juillet à décembre 1997	44
Figure 2.3.a	Nombre moyen de personnes par jour selon le type de personnes, juillet à décembre 1997	48
Figure 2.3.b	Zone Bleue : usagers selon l'âge et le sexe (n=42), selon feuilles de prise en charge de juillet à décembre 1997	51
Figure 3.1.a	ACT : Nombre de contacts mensuels selon le sexe, avril à décembre, 1997	60
Figure 6.3.a	Nombre de décès liés à la consommation de drogues par an dans le canton de Vaud de 1987 à 1997, et pourcentage de ces décès par rapport à ceux de l'ensemble de la Suisse	81
Figure 6.4.a	Evolution du nombre de premières dénonciations, dénonciations répétées et pourcentage de premières dénonciations par rapport à l'ensemble des dénonciations pour infraction à la LStup, de 1987-1997 en Suisse	83
Figure 6.4.b	Evolution du nombre de dénonciations pour infraction à la LStup par la police pour consommation et trafic de haschisch, héroïne, cocaïne et total des dénonciations, dans le canton de Vaud de 1994-1997	83
Figure 6.5.a	Traitements à la méthadone dans le canton de Vaud, 1994-1998	84
Figure 6.5.b	Traitements à la méthadone en Suisse, 1979-1994	85
Figure 6.5.c	Nombre de patients en traitement de méthadone par médecin, 1997	85
Figure 6.5.d	Evolution du nombre d'admissions au centre du Levant et pourcentage d'admissions provenant du Canton de Vaud entre 1990 et 1997	89
Figure 6.6.a	Evolution de la mise à disposition de seringues par la Pastorale de rue et la Soupe populaire, mars 1996 à décembre 1997	96
Figure 6.6.b	Nombre de seringues vendues/distribuées dans les pharmacies et les centres à bas seuil en 1996 rapporté au nombre de consommateurs de drogues estimés et aux nombres d'habitants âgés de 20 à 39 ans	98
Figure 6.6.c	Evolution du pourcentage (%) de tests VIH positifs (+) chez les consommateurs de drogues par rapport à l'ensemble des tests + en Suisse et dans le canton de Vaud, 1986-1997 (déclarations complémentaires des médecins)	99