

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

**Version abrégée du rapport d'août 1998**

*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 :** Dresse. I. Berclaz, Dr. J. Besson, M. P. Favrod, M. A. Féret, M. Y. Lanini, Dr. J. Martin, Dr. E. Rivier, M. 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 : version abrégée du rapport d'août 1998. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1998 (Raisons de santé, 20b).

Bulletin de commande en dernière page

# TABLE DES MATIERES

Préambule .....	5
Résumé du rapport .....	7
1. Introduction	
1.1 Objectifs retenus et questions d'évaluation .....	10
1.2 Evaluation des nouveaux projets .....	11
2. Centres d'accueil et de traitement	
2.1 Centre St-Martin (CSM) : Centre d'accueil, d'orientation et de traitement ambulatoire pour toxicomanes à Lausanne .....	14
2.2 Entrée de secours (eds) : Centre d'accueil pour la région Morges - Aubonne .....	17
2.3 Zone Bleue (ZB) : Centre d'accueil et de prévention pour toxicomanes à Yverdon .....	18
2.4 Unité ambulatoire spécialisée .....	20
3. Travail de proximité	
3.1 Travail éducatif de proximité de la Riviera (ACT) .....	21
3.2 Travail éducatif de proximité Morges-Aubonne .....	23
3.3 Travail éducatif de proximité Aigle-Pays d'Enhaut .....	24
4. Pistes de réflexions .....	26
5. Les autres projets : Introduction	
5.1 Programme résidentiel pour adolescents du Levant .....	28
5.2 Le Parachute .....	28
5.3 Trampoline .....	29
5.4 La Mallette .....	29
5.5 Projet Voilà-Vaud .....	30
6. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud	
6.1 Introduction .....	31
6.2 Synthèse des résultats .....	32
Annexe 1     au chapitre 2 : Comparaison des trois centres d'accueil et de traitement .....	37
Annexe 2     au chapitre 3 : Comparaisons des trois projets de travail de proximité .....	41
Annexe 3     au chapitre 6 : Indicateurs des décès liés à la consommation de drogues .....	42

# 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 et des priorités retenues 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 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 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 intercantionales et nationales quand c'est possible, cf. chapitre 6 et 7 du rapport complet).

Il s'agissait en particulier de **répondre à un certain nombre de questions** découlant des **cinq objectifs globaux** fixés par la Commission et le groupe de pilotage constitué pour suivre le projet d'évaluation (voir ci-après).

Le **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.

Ce **rapport abrégé** contient l'ensemble des conclusions et recommandations pour chaque projet, ainsi qu'un bref rappel des objectifs de ceux-ci et de la méthodologie d'évaluation, ainsi que les conclusions et recommandations de l'épidémiologie.

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 Saint-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 de 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 versions abrégée et complète du rapport, 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/appréciées
<p><b>I Augmenter la capacité de prise en charge et de traitement des consommateurs de drogues</b> <i>Comment évolue la demande d'aide et de traitement?</i></p> <p><i>Quelle est la capacité de rétention?</i></p>	<p><b>CSM*, EdS**, ZB***, Unité Adolescents</b></p> <p>CSM EdS ZB Unité Adolescents CSM EdS, ZB</p>	<p>↗ augmentation</p> <p>↗ ↗ ↗ ↘ diminution &gt;70% à mesurer phase II</p>
<p><b>II Améliorer la diversité et la qualité de la prise en charge, améliorer la chaîne thérapeutique</b> <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><b>CSM, EdS, ZB, projets de proximité, Trampoline, Parachute</b></p> <p>CSM, EdS, ZB, projets de proximité, Trampoline, Parachute</p>	<p>↗</p> <p>↗</p> <p>à mesurer phase II → à ↗</p>
<p><b>III Améliorer la santé des consommateurs de drogues et leur insertion socioprofessionnelle</b> <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><b>CSM, EdS, ZB, projets de proximité, Trampoline, Parachute</b></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><b>IV Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants</b> <i>Quelle est l'évolution du nombre de consommateurs?</i></p> <p><i>Que consomment-ils, comment et à quelle fréquence?</i></p>	<p><b>Tous les projets</b></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><b>V Renforcer les activités de prévention primaire et secondaire</b> <i>Quelle est la couverture en prévention en milieu scolaire?</i></p>	<p><b>La Mallette, Voilà-Vaud, projets de proximité</b></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<sup>a</sup> 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 1.2.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.

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 et des priorités retenues 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 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 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'agissait en particulier de **répondre à un certain nombre de questions** découlant des **cinq objectifs globaux** fixés par la Commission et le groupe de pilotage constitué pour suivre le projet d'évaluation.

## 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 décidés 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 la 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

- 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

---

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

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 est 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 ÉVALUATION 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. 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 profite des enseignements de cette première année d'évaluation. Le tableau récapitulatif 1.2.a rappelle les informations de base sur chacun d'entre eux. 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. 1.2.1 et 1.2.2).

### **1.2.1 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) ont fait l'objet d'une évaluation externe. Elle a porté 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 sociodémographiques 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.

### 1.2.2 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 contacts, 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 suivis 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.

### 1.2.3 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, ainsi que des appels téléphoniques ont été effectués quand cela était nécessaire pour compléter l'information requise pour l'évaluation.

Tableau 1.2.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
<b>Centre St-Martin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centre d'accueil et de traitement ambulatoire</li> </ul>	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
<b>Centre d'accueil et de prévention (Yverdon)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lieu d'information, de conseil et d'orientation thérapeutique ouvert 5 jours sur 7</li> </ul>	avril 1997	long terme	636'000 / 480'000		en cours par UEPP, modèle proche de celui de St-Martin (simplifié)
<b>Centre d'accueil de Morges-Aubonne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centre d'accueil, orientation et soutien</li> </ul>	mai 1997	long terme	528'000 / 400'000		en cours par UEPP, modèle proche de celui de St-Martin (simplifié)
<b>Unité ambulatoire spécialisée de la Riviera (Fondation de Nant)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centre d'accueil, orientation et traitement</li> </ul>	mars 1998	long terme	803'000 / 451'000	Méthadone / programme informatique spécifique	de type St-Martin actuellement en discussion
<b>Unité de sevrage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unité de sevrage (10 lits) pour sevrages classiques et ultra-courts</li> </ul>	février 1998	long terme	1'450'000 / 1'450'000*	OPALE	en cours de définition
<b>Travail de proximité (Aigle/Pays d'Enhaut)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Travail de rue par 2 travailleurs sociaux de proximité, centré sur les jeunes</li> </ul>	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 cf SUPRA
<b>Travail éducatif de proximité (Morges-Aubonne)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Travail social de proximité, centré sur les jeunes à risques</li> </ul>	novembre 1996	long terme	100'000 / 100'000		cf SUPRA
<b>Travail éducatif de proximité (Riviera)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Action communautaire et socio-éducative (toxicomanes et jeunes à risque)</li> </ul>	début 1997	long terme	- / 90'000**		
<b>Programme résidentiel pour adolescents non volontaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge d'adolescents toxicomanes Demandé par le SPJ</li> </ul>	début 1997	long terme	200'000 / 200'000	proposition : participation à FOS a minima	évaluation interne
<b>Parachute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lieu d'accueil et de conseil aux jeunes marginalisés</li> </ul>	1997	long terme	540'000 / 360'000		évaluation interne
<b>Trampoline</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Activité 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</li> </ul>	continue en 97	long terme	75'000 / 20'000		évaluation interne
<b>Projet Voilà-Vaud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reprise du projet "Voilà" dans le canton de Vaud</li> </ul>	début 1997	long terme	58'000 / 14'000		évaluation interne
<b>La Mallette</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Projet de prévention primaire de type éducatif pour adolescents de 12 à 18 ans</li> </ul>	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

## 2. CENTRES D'ACCUEIL ET DE TRAITEMENT

Ce chapitre présente les résultats de l'évaluation des trois centres d'accueil et de traitement de Lausanne (Centre St. Martin), Yverdon (Zone bleue) et Morges (Entrée de Secours) pour lesquels une évaluation externe a été développée. Pour chaque projet l'historique ainsi que les objectifs sont rappelés, les méthodes d'évaluation sont également présentées. Viennent ensuite les conclusions, enjeux et recommandations propres à chaque projet. Les données qualitatives et quantitatives qui motivent ces conclusions et recommandations figurent par contre uniquement dans la version complète du rapport. Dans l'annexe 1 figure une comparaison des trois centres.

### 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<sup>b</sup> et les aspects de médecine interne sont supervisés par la Polyclinique 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 prises 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

---

b Département universitaire de psychiatrie adulte.

éventuelles difficultés rencontrées, etc.) et la manière dont ils conçoivent et vivent leur activité au sein du centre ont été abordées.

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 et 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 sociodémographiques (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 (cf. Annexe 1). Ce système permet 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.

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<sup>c</sup>). 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.

### 2.1.3 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 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 du CSM risque de renforcer la vision « médicale ».**
- **La qualité de la documentation des cas (dossiers en particulier) est encore insuffisante (faiblesse reconnue par l'équipe).**

---

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

- **L'évaluation n'a pas abordé les missions de formation et de recherche qui devraient faire l'objet de la suite de l'évaluation.**

#### 2.1.4 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. Quoiqu'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 à la 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 et dans l'amélioration de la communication entre les différentes équipes et disciplines présentes.

- **Le CSM doit assumer sa spécificité dans la prise en charge de patients, qui découle 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 et 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**.

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 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'usager, 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 plus 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.

#### 2.2.4 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 seuil différencié 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.

### 2.3.3 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 toxicodépendantes.**
- **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, 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 postes 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.**

### 2.3.4 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

### 2.4.1 Historique et objectifs

L'Unité ambulatoire spécialisée pour toxicodépendants (UAS) qui a ouvert ses portes en mars 1998 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 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.

### 3. TRAVAIL DE PROXIMITE

Ce chapitre présente les résultats de l'évaluation des trois projets de travail de proximité qui s'inscrivent dans l'objectif global du renforcement des actions de prévention primaire et secondaire. Pour chaque projet l'historique ainsi que les objectifs sont rappelés, les méthodes d'évaluation sont également présentées. Viennent ensuite les conclusions, enjeux et recommandations propres à chaque projet. Les données qualitatives et quantitatives qui motivent ces conclusions et recommandations figurent par contre uniquement dans la version complète du rapport. Dans l'annexe 2, figure une comparaison des trois projets.

#### 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 et a développé une collaboration poussée avec la fondation de Nant, mais 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<sup>d</sup> de Montreux.

Le projet ACT poursuit trois objectifs :

1. La présence sur le terrain.
2. L'accompagnement dans le réseau de prise en charge.
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.

---

d Unité ambulatoire spécialisée.

### 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 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 suivis 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 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.**

### 3.1.4 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.

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 devraient 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 social 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'utilisateur 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'utilisateur 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 suivis. 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 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.**

### 3.2.4 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'a 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.

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 consommation<sup>e</sup>.**
- **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.

---

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

### 3.3.3 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.**

### 3.3.4 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 ont surtout des besoins 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.**

## 4. PISTES DE REFLEXIONS

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 plateformes 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 Saint-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<sup>f</sup>.
- 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-éducatif 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 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 ?

---

<sup>f</sup> 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.

- 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 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 : INTRODUCTION

Ce chapitre présente les cinq autres projets qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation spécifique (cf. 1.2.3). Ces projets sont tout d'abord décrits puis suivis de quelques conclusions propres à chaque projet.

### 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 "Picholette". 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 est réalisé. L'arrivée à la "Picholette" 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 "Picholette" où depuis mars 1997, les adolescents logent dans les portacabines aménagées spécialement à côté du Centre de traitement.

#### 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 Picholette 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 et 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 prédépendants ou prédélinquants.

#### 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.

### 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 développé<sup>g</sup>. En mai 1997, le comité est réorganisé et la création de nouveaux statuts marque 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.

### Conclusions

**Trampoline propose une approche intéressante et originale de réinsertion socioprofessionnelle 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<sup>h</sup> 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.

---

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

h 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.

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<sup>ème</sup> 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.

## 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 permettent plus aux responsables de celui-ci d'intervenir dans des situations de crises dans les écoles. L'utilisation de témoignages de résidents du Levant à la place de la vidéo utilisée 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, 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.

## 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 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. EPIDEMIOLOGIE DE LA TOXICOMANIE DANS LE CANTON DE VAUD

### 6.1 INTRODUCTION

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 drogues 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<sup>i</sup> de la consommation et dans une certaine mesure l'incidence<sup>j</sup>. 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 ex., nombre de dénonciations ou de personnes en traitement),
- de la gravité des problèmes liés à la consommation de drogues (par ex., 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)<sup>k</sup>.

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 cette recherche, 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 qui, combinés, nous permettent de poser dans les grandes lignes, des hypothèses quant à l'évolution du nombre de consommateurs de drogues et de la gravité des problèmes liés à la toxicomanie.

---

i 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.

j 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.

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

## 6.2 SYNTHÈSE DES RESULTATS

Les données épidémiologiques (dont les résultats détaillés figurent dans le rapport complet) 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**.

### 6.2.1 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 (1348 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 traitements 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 %.

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 y participer dans le courant de 1998.

La statistique OPALÉ 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 6.2.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

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	→
Légende	↗ augmentation ↘ diminution → stabilité	± indicateur incertain ↑ indicateur en faveur d'une augmentation ↓ 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<sup>ème</sup> colonne : La prostitution est en augmentation.

3<sup>ème</sup> colonne : La prostitution n'est pas un indicateur indirect du nombre de consommateurs.

4<sup>ème</sup> 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 mettent la plus grande part à disposition.

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 elle augmenté (19 % en 1993, 38 % en 1996).

### 6.2.2 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 toxicodépendantes 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.

### 6.2.3 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.

## Annexe 1

### 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 dirigées 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 tableaux suivants). La proportion de personnes ayant un emploi fixe est relativement plus élevée à EdS et pourrait provenir du fait de l'existence de différentes structures occupationnelles dans la région, liées au Relais.

#### Profil des usagers et consommation (1997)

	Zone Bleue			Entrée de Secours			Centre St. Martin		
	Total	F	H	Total	F	H	Total	F	H
<b>Effectifs</b>	146	16	30	169	23	46	315	102	193
% selon le sexe	100	35	65	100	33	67	100	35	65
<b>Age</b>									
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		
% 21 à 25 ans	29			21			30		
% 26 à 30 ans	26			32			27		
% 31 ans et plus	31			26			31		
<b>Domicile</b>									
% 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			
<b>Travail<sup>2</sup></b>									
% 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

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

<sup>2</sup> 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

## Consommation des usagers (1997)

	Zone Bleue			Entrée de Secours			Centre St. Martin		
	Total	F	H	Total	F	H	Total	F	H
<b>Effectifs</b>	<sup>1</sup> 46	16	30	<sup>1</sup> 69	23	46	315	102	193
% selon le sexe	100	35	65	100	33	67	100	35	65
<b>Produit<sup>2</sup></b>									
% 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
% extasy	16	25	11	11	6	13	17	15	19
% alcool	16	19	14	11	0	17	29	24	33
% méthadone <sup>3</sup>	(40)			(13)			48	48	44
% autre	51	69	41	17	12	20	25	24	24
<b>Polytoxicomanie<sup>2</sup></b>									
% 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

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

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 ou, beaucoup plus marginalement, aux structures scolaires (par ex. médiateurs ou matériel d'animation de type la Mallette).

## Demandes des usagers et des familles et prise en charge (1997)

	Zone Bleue	Entrée de Secours	Centre St. Martin
<b>Effectifs</b>	60	73	315
<b>Demande</b>			
% 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
<b>Décision</b>			
% Soutien social	68.3	23.3	12.0
% Accueil, repas	38.3	-	-
% 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 <sup>ème</sup> entretien	-	-	20.4
% Autre	-	11.0	9.8
<b>Contact, orientation</b>			
% Services sociaux	40.0	19.4	-
% Contact médecin	33.3	30.6	-
% Autres personnes	10.6	25.0	*26.7
<b>Orientation dans le CSM</b>			
% 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 forte proportion 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 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.

## Annexe 2

### Comparaisons des trois projets de travail éducatif de proximité

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'expérience et n'est possible qu'avec des moyens conséquents en termes de personnes, de locaux, etc. Dans ce sens l'activité d'ACT se rapproche davantage de celle de ZB et EdS (en plus diversifié). Ses contacts avec le réseau de soins sont étroits, il y est intégré. Il partage avec ZB, EdS, mais aussi 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'En haut, 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 soins, 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 (Relais, Pastorale de rue, etc.).

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

## Annexe 3

### Indicateurs des décès liés à la consommation de drogues

Indicateurs des décès liés à la consommation de drogues par cantons comparés à l'ensemble de la Suisse en 1994-95 et 1996-97, valeurs fournies par rapport à la population générale et évolution entre les deux périodes

Rang des cantons →	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Nombre de toxicomanes pour 1'000 habitants 1993 <sup>1</sup>	BS 9.2	JU 8.8	TI 8.5	GE 7.2	ZH 6.5	SO 5.0	NE 4.9	BL 4.9	<b>CH</b> <b>4.5</b>	VD 4.2	SH 4.1	ZG 4.0	TG 3.8	LU <sup>a</sup> 3.6	FR 3.4	AG 3.1	VS 3.0	SG 2.8	AR 2.8	GR 2.5	BE <sup>b</sup> 2.1
Nombre de décès pour 100'000 habitants moyenne de 1994-1995	NE 12.0	SH 8.9	TI 8.5	ZH 7.6	GE 6.9	SG 6.2	AR 5.6	<b>CH</b> <b>5.6</b>	BE 5.5	VD 5.0	BS 4.8	SO 4.7	FR 4.7	LU 4.5	GR 3.9	AG 3.6	TG 3.3	VS 3.0	JU 2.9	ZG 2.9	BL 1.9
Nombre de décès pour 100'000 habitants moyenne de 1996-1997	AR 7.5	BS 7.4	SH 6.2	SG 5.7	NE 5.5	ZH 5.2	TI 4.8	GR 4.7	GE 4.2	<b>CH</b> <b>4.1</b>	SO 4.0	ZG 4.0	BE 3.7	LU 3.3	AG 3.0	JU 2.9	VD 2.7	TG 2.6	FR 2.3	VS 2.3	BL 2.1
Augmentation/diminution (%) du nombre de décès moyen en % entre 1994-95 et 1996-97	BS 53 %	ZG 40 %	AR 33 %	GR 21 %	BL 11 %	JU 0 %	SG -9 %	SO -14 %	AG -16 %	TG -21 %	VS -25 %	LU -27 %	<b>CH</b> <b>-28</b> %	SH -31 %	ZH -31 %	BE -33 %	GE -40 %	TI -44 %	VD -46 %	FR -50 %	NE -54 %

<sup>1</sup> Rapport des cantons 1993