

Hospices / CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaire

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

EPIDEMIOLOGIE DE LA TOXICOMANIE
DANS LE CANTON DE VAUD ET
EVALUATION DES PROJETS FINANCES
PAR LE CANTON DE VAUD : TROISIEME
PERIODE D'EVALUATION 2000-2002

Cahier 1

*Thérèse Huissoud, Fabienne Benninghoff, Sanda Samitca,
Rachel Geense, Jean-Pierre Gervasoni, Françoise Dubois-Arber*

Etude financée par : Le Canton de Vaud, Département de la santé et de l'action sociale, selon décision du Conseil d'Etat du 11 décembre 1996

Citation suggérée : Huissoud T, Benninghoff F, Samitca S, Geense R, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Epidémiologie de la toxicomanie dans le Canton de Vaud et évaluation des projets financés par le Canton de Vaud : troisième période d'évaluation 2000-2002. Cahier 1. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2003 (Raisons de Santé, 86).

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

Remerciements : A toutes les institutions qui ont participé à l'évaluation

Bulletin de commande en dernière page

TABLE DES MATIERES

Préambule	4
1 Résumé	5
1.1 Objectifs retenus et questions d'évaluation	5
1.2 Conclusions	6
1.3 Recommandations	11
2 Introduction	14
2.1 Bilan des périodes I et II de l'évaluation	14
3 Période III : objectifs et méthode	14
3.1 Objectifs retenus et questions d'évaluation	15
3.2 Méthode et instruments utilisés dans la période III	15
4 Présentation synthétique des résultats du suivi des structures de prise en charge	19
4.1 La prise en charge dans les centres de traitement ambulatoire : synthèse	19
4.2 La prise en charge dans les structures résidentielles : synthèse	24
4.3 Les sevrages à La Calypso : synthèse	34
4.4 Prise en charge en milieu carcéral	36
4.5 La prise en charge dans les centres d'accueil : synthèse	38
4.6 Remise de matériel d'injection	48
5 Epidémiologie de la consommation de drogues dans le Canton de Vaud	54
5.1 Introduction	54
5.2 Evolution de la prévalence et des modes de consommation	55
5.3 Evolution des dénonciations	60
5.4 Evolution de l'état de santé et de la situation sociale des consommateurs dépendants	63
5.5 Evolution des prises en charge et des traitements	72
5.6 Conclusions à partir des indicateurs épidémiologiques	83
6 Questions transversales : évolution de la problématique et état du débat	87
6.1 Introduction	87
6.2 Consommation (cocaïne/autres produits)	87
6.3 Comorbidité psychiatrique	97
6.4 Problèmes liés à l'insertion	100
6.5 Santé	108
7 Annexes	113
7.1 Annexe au chapitre 4.5	114
7.2 Annexe du chapitre 4.6	117
7.3 Annexe au chapitre 5.4	119
Références bibliographiques	123

PREAMBULE

Depuis 1996, le Conseil d'Etat a chargé l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) d'un **mandat d'évaluation** dans le domaine de l'action cantonale contre la toxicomanie, qui se décompose en **trois tâches principales** :

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

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

Pour faciliter l'accès aux résultats principaux sans perdre les informations détaillées par structure, les résultats des travaux réalisés durant la période d'évaluation 2000 - 2002 font l'objet de **deux cahiers** distincts :

- **Le présent cahier** commence par répondre aux questions d'évaluation et énonce une série de recommandations générales. Il reprend ensuite de manière synthétique les données issues du suivi des différentes structures; il présente l'évolution de la situation de la toxicomanie dans le canton et décrit l'état du débat sur un certain nombre de questions récurrentes dans le domaine de la toxicomanie.
- **Le deuxième** cahier présente de manière détaillée la méthodologie utilisée pour l'évaluation pour chaque type de structures et les problèmes rencontrés ; il regroupe les présentations des objectifs, de l'organisation interne, de la clientèle et de l'offre de prestations pour chacune des structures suivies.

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

1 RESUME

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

Le premier rapport, produit fin 1998¹, couvrait la période 1996-1997 et analysait principalement les étapes de la mise en œuvre des nouvelles structures, partiellement ou totalement financées par le canton depuis 1996. Une première évaluation de la fréquentation de ces structures et du profil de leur clientèle était également dressée.

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

Le présent rapport porte sur la période 2000-2002 et se divise en deux cahiers : **Le premier cahier** répond aux questions d'évaluation et énonce une série de recommandations générales. Il reprend ensuite de manière synthétique les données issues du suivi des différentes structures; il présente l'évolution de la situation de la toxicomanie dans le canton et décrit l'état du débat sur un certain nombre de questions récurrentes dans le domaine de la toxicomanie^a. Pour la rédaction du chapitre sur les questions transversales nous avons travaillé en étroite collaboration avec l'équipe de Reli'er. **Le deuxième** cahier présente de manière détaillée la méthodologie utilisée pour l'évaluation pour chaque type de structures et les problèmes rencontrés ; il regroupe les présentations des objectifs, de l'organisation interne, de la clientèle et de l'offre de prestations pour chacune des structures suivies.

1.1 OBJECTIFS RETENUS ET QUESTIONS D'EVALUATION

Pour la période d'évaluation 2000-2002, la Commission cantonale de prévention et de lutte contre la toxicomanie a conservé le jeu de questions d'évaluation des années précédentes qui s'articulent autour de cinq objectifs :

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

Pour chacun de ces objectifs, des questions d'évaluation ont été formulées (cf. Tableau 3.2-2, résumant les objectifs, questions d'évaluation et méthodes proposées pour y répondre).

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

1.2 CONCLUSIONS

Les conclusions sont regroupées en fonction des objectifs généraux du Conseil d'Etat vaudois. Pour chacun des objectifs, nous présentons dans un premier temps les éléments marquant une amélioration de la situation, puis, dans un deuxième temps, les difficultés ou lacunes persistantes.

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

Améliorations de la prise en charge

- D'une manière générale et suite à une augmentation des capacités de prise en charge au cours des années précédentes, on a assisté ces deux dernières années à **une stabilisation relative du nombre de personnes toxicomanes prises en charge, que ce soit dans l'offre de traitement médical, pour des séjours résidentiels ou des sevrages**. Cette stabilisation correspond à la capacité de traitement du dispositif qui n'a pas augmenté au cours de ces dernières années. Par contre, il y a eu **une augmentation de la prise en charge socio-éducative**. Plus particulièrement on peut relever :
 - **Les centres d'accueil ont connu** pour la plupart **une augmentation de leur fréquentation et des demandes** formulées par les usagers, obligeant les équipes à fixer des priorités dans les objectifs d'accueil et de prise en charge socio-éducative.
 - Le **nombre d'entrée en séjour résidentiel a connu une légère augmentation** ces trois dernières années ; elle ne concerne cependant qu'une centaine de personnes par année.
 - Une **stabilisation du nombre de personnes en traitement de substitution**, que ce soit dans les centres de traitement spécialisé ou chez les médecins prenant en charge des patients sous méthadone.
 - **L'offre en traitement de substitution en milieu carcéral est restée stable**, mais le nombre de pharmacies personnelles distribuées a augmenté. Toutefois, les seringues ne font toujours pas partie du contenu de ces pharmacies.
 - On observe, par contre, **une diminution du nombre de sevrages et d'admissions hospitalières** à la Calypso. Par contre, les interruptions précoces du sevrage ont diminué ces deux dernières années.
 - La statistique de remise de matériel stérile montre **une diminution du nombre de seringues distribuées** depuis le début de 1999.

Difficultés de la prise en charge

- En terme de ressources, **la plupart des structures fonctionnent au maximum de leurs capacités**. Si elles ont appris à poser des priorités pour gérer le quotidien, elles ne sont cependant pas à l'abri de **surcharges temporaires** causées par exemple par une arrivée de cocaïne sur le marché noir ou par la présence d'un ou deux usagers réclamant, parfois violemment, une attention accrue et presque continue.
- Selon les régions et les périodes, les structures rencontrent toujours **des difficultés pour remettre le dossier de personnes sous cure de méthadone stabilisée à des médecins généralistes** ou pour orienter des usagers désireux d'entamer un traitement de substitution.
- **Peu de pharmacies acceptent de prendre en charge la dispensation de méthadone** et parmi celles-ci, certaines n'admettent qu'un très petit nombre de cures. Cette situation constitue actuellement un frein à l'augmentation du nombre de personnes en traitement, surtout à Yverdon.
- **Les services de psychiatrie sont pour l'instant difficilement accessibles pour les structures spécialisées dans le domaine de la toxicomanie** désireuses de placer des personnes consommatrices de drogues et présentant une comorbidité psychiatrique. Cette difficulté semble liée à un manque

d'adéquation de ces services psychiatriques à la prise en charge de personnes toxicomanes et notamment à un manque de formation pour faire face à ce type de clientèle très difficile à gérer.

Améliorations de la rétention

- **La capacité de rétention** en traitement doit être considérée en rapport avec le réseau de prise en charge. Actuellement, on constate en effet que c'est moins la rétention dans une structure, voire dans un type de traitement, qui est importante que la rétention dans le réseau (être en contact avec une structure de traitement, d'accueil, ou un médecin généraliste).
- Dans ce sens, on peut mettre en évidence **une augmentation des contacts, de la coopération et de la coordination entre intervenants** :
 - Ces deux dernières années, **les centres de traitement ambulatoire ont beaucoup développé leurs activités de conseil ainsi que les interventions de crises à l'intention des médecins généralistes** prenant en charge des personnes en traitement de substitution. Ces formes d'aide constituent une réelle amélioration de la qualité des traitements offerts et contribuent certainement à assurer une meilleure rétention en traitement.
 - **Les centres de traitement et les institutions résidentielles ont développé des échanges et amélioré leur collaboration**, dépassant ainsi un certain nombre de préjugés réciproques, encore tangibles il y a quelques années.
 - **Les centres d'accueil contribuent également à une meilleure rétention à travers le travail motivationnel** qu'ils proposent pour la plupart à leurs usagers, de même que par les interventions de liaison qu'ils pratiquent.

Difficultés de la rétention

- D'une manière générale, **les processus d'orientation restent mal documentés** et il n'est pas possible, dans le cadre de ce mandat d'évaluation et pour des raisons éthiques également, de suivre le devenir des patients, résidents ou usagers lorsqu'ils quittent une structure.
- Des difficultés subsistent cependant **lorsqu'un séjour résidentiel ou un sevrage est interrompu soudainement ; la personne disparaît souvent du dispositif de prise en charge pour une durée variable**. Suite à ces interruptions, des prises de risques importantes liées à une reprise de la consommation après une période d'abstinence peuvent avoir lieu.
- La rétention en traitement n'a pas encore pu être systématiquement analysée en raison des problèmes d'exploitation du fichier Méthadone. Il semble (mais cela doit encore être vérifié) que les interruptions de traitements deviennent plus courtes (augmentation de l'intensité générale du traitement) et que ceci devrait aboutir à sortir plus rapidement les toxicomanes du cycle de la dépendance (raccourcissement de la longueur totale du parcours de dépendance avec ses cycles traitement-échec-reprise).

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

Améliorations

- L'apport des connaissances liées à la recherche dans les centres de traitement ambulatoire et à l'unité de sevrage permet une meilleure gestion des traitements en fonction des problématiques des patients (adaptation des doses de méthadone notamment) et induit de ce fait une **offre plus personnalisée aussi bien pour les traitements de substitution que pour les sevrages**.
- Dans la plupart des nouvelles structures, une réflexion a été menée sur la répartition des tâches entre les diverses professions et expertises représentées afin **d'améliorer l'adéquation de l'offre aux besoins des**

usagers. Une dynamique de réflexion sur le travail socio-éducatif, sur les limites entre accueil et prise en charge, entre ce qui est entrepris par une structure et ce qui peut être délégué aux partenaires extérieurs s'est également développée. Celle-ci a déjà amené un **renforcement de la complémentarité, que cela soit entre intervenants spécialisés ou entre ces derniers et des services généralistes; elle mérite d'être poursuivie.**

- **La plupart des centres d'accueil ont revu leurs concepts d'intervention** et précisé leur place dans le dispositif de prise en charge, contribuant ainsi à **une meilleure diffusion des prestations qu'ils proposent.**
- **Les institutions résidentielles offrent aujourd'hui une diversité de prises en charge** permettant soit de **consolider l'abstinence** soit de **poursuivre un traitement de substitution.** Toutes offrent une possibilité de suivi ambulatoire à la fin du séjour, possibilité qui ne résout cependant pas toutes les difficultés de réinsertion.
- La multiplication des contacts (colloques, conférences), des offres d'information et de formation (PPMT, contacts avec l'AVMCT, etc.) au sein du réseau des intervenants contribue aussi à l'augmentation de la qualité de la prise en charge et du suivi, ainsi qu'à une certaine standardisation des traitements (méthadone, notamment).
- Dès 2000, la Coopération mise en place par le Service de la santé publique et Rel'ier a permis **d'améliorer la qualité de la remise de matériel stérile** : mise en réseau des intervenants, formation et mise en place de la pratique de l'échange par exemple.

Difficultés et lacunes

- L'échange de connaissances dans le domaine médical et psychiatrique entre les centres de traitement ambulatoire et les centres d'accueil a vu le jour ; il pourrait encore être développé.
- Dans le domaine de l'insertion, un développement des collaborations, notamment avec les services dits généralistes est à encourager. Ces collaborations demandent cependant un investissement en temps important qui semble difficile à trouver au regard des ressources des structures et de leurs charges de travail actuelles.
- Différentes lacunes subsistent dans le dispositif de prise en charge mis sur pied dans le canton :
 - **L'offre de prestations dans le domaine de la réduction des risques** (centre d'accueil et remise de matériel d'injection stérile) **n'est toujours pas développée dans certaines régions** du canton : Nyon, la Broye et la Vallée de Joux, par exemple.
 - A ce jour, **il n'existe pas d'offres pour des personnes présentant des troubles psychiatriques associés à des problèmes de dépendance et qui auraient besoin d'un séjour de longue durée dans un foyer résidentiel.** Ces personnes fréquentent souvent les centres d'accueil qui ne peuvent pas réellement répondre à leur problème. Elles sont aussi le plus souvent perçues comme socialement dérangeantes par la population générale.
 - Actuellement, on ne peut parler de lacune criante dans l'offre en traitement de substitution du point de vue quantitatif, mais la vigilance reste de mise : il est possible que dans des situations de surcharge, des restrictions d'accès conduisent à des demandes de traitement non satisfaites. **Dans certaines régions éloignées du canton, il n'est pas sûr que la demande d'une prise en charge "locale" (sans déplacement dans les grands centres) puisse être satisfaite.**
 - Depuis 1996, le rôle des pharmacies dans la distribution de seringues n'a plus été étudié et aucune donnée n'est disponible depuis lors sur la quantité de matériel stérile vendue par les

pharmacies. De plus, les pharmacies ne participent pas au groupe constitué dans le cadre du Concept cantonal de remise de matériel stérile.

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

Améliorations par rapport à la santé des consommateurs

- **Le nombre de personnes en traitement se stabilise** (légère augmentation des traitements en milieu résidentiel). La philosophie de maintenance et de réduction des risques (pas d'exclusion automatique du traitement en cas de consommation parallèle et insistance sur la permanence du lien thérapeutique) est associée, cependant, pour une minorité de personnes en traitement à une persistance de risques dus à la consommation intraveineuse (particulièrement de cocaïne et de benzodiazépines).
- **Le nombre de décès par overdose se stabilise** (10 à 15 décès par an).

Difficultés par rapport à la santé des consommateurs

- **Le dépistage plus systématique du VHC a confirmé une prévalence de l'hépatite C très élevée** chez les consommateurs de drogues utilisant les SBS et/ou suivant un traitement à la méthadone. Une campagne de prévention et de sensibilisation à ce problème a débuté à la fin de l'année 2002 dans toutes les structures spécialisées du canton. Cette campagne doit se poursuivre en 2003; il est envisagé qu'elle puisse se prolonger par des mesures permanentes ainsi que des programmes d'éducation par les pairs.
- Les dernières données sur le partage de matériel d'injection et de matériel servant à préparer l'injection datent de 2000 et montrent que le taux de partage de seringues rapporté par les utilisateurs des centres d'accueil a diminué. Il était cependant à cette époque encore plus élevé dans le Canton de Vaud qu'en Suisse. **Le partage de matériel d'injection avant l'entrée en traitement résidentiel reste également élevé.**

Améliorations par rapport à l'insertion

- **La situation sociale** est essentiellement décrite à partir des données concernant la situation en matière de travail, de revenus et de logement des consommateurs de drogue, à l'entrée dans diverses formes de traitement ou dans les enquêtes SBS.
- Le nombre de personnes bénéficiant des assurances sociales (AI, chômage) se stabilise, de même que le nombre de personnes bénéficiant de l'aide sociale/assistance publique
- Dans l'ensemble, on peut donc parler d'un bon fonctionnement du « filet de sécurité sociale » et par conséquent de la réduction des risques sociaux, mais certainement pas d'une progression marquante de la réinsertion sociale des consommateurs dépendants, dans le monde du travail, en particulier.

Difficultés par rapport à l'insertion

- **La situation du logement devient plus difficile**, avec un nombre de consommateurs sans domicile fixe relativement stable, mais beaucoup de personnes en situation précaire. Cette situation risque encore de se dégrader compte tenu de l'état du marché foncier actuellement.
- La prise en charge offerte par les institutions résidentielles permet une amélioration de la situation professionnelle des résidents, surtout si le séjour dépasse une année. **L'accès à l'emploi**, et plus particulièrement l'emploi stable, **reste cependant très problématique pour une majorité de personnes toxicodépendantes.**

1.2.4 Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants

Améliorations concernant la consommation de drogues dures (héroïne, cocaïne)

- **Les enquêtes de population indiquent une stabilisation de la consommation de drogues dures** (héroïne et cocaïne). Sur la base du mode de consommation déclaré, une tendance à la baisse de l'injection semble se dégager.
- Les dernières données comparables dont on dispose au niveau national et cantonal (2000) sur la consommation de drogues dures auprès d'usagers dépendants montrent que **la clientèle vaudoise des structures à bas seuil (SBS) recourt moins à l'injection** que la clientèle suisse des SBS. **On compte également moins de consommateurs réguliers d'héroïne et de cocaïne au sein de cette clientèle vaudoise.** Il est possible que le nombre et la qualité des traitements à la méthadone dispensés soient à l'origine de cette situation.
- **D'autres indicateurs**, mesurant indirectement le nombre de consommateurs, **vont également dans le sens d'une diminution du nombre de consommateurs de drogues dures** :
 - les statistiques de répression montrent **une diminution des dénonciations pour consommation d'héroïne et de cocaïne.** Cette diminution est certes plus forte pour l'héroïne que pour la cocaïne. On observe aussi une diminution des saisies. Rappelons toutefois que ces statistiques constituent également un indicateur de l'activité de la police qui peut avoir changé sa pratique.
 - Les statistiques d'entrée en traitement et les enquêtes effectuées dans les structures à bas seuil montrent **une augmentation de l'âge moyen des consommateurs.** Cela peut indiquer une diminution de l'entrée en dépendance, mais aussi une augmentation de la rétention en traitements (cohorte vieillissante).

Difficultés concernant la consommation de drogues dures (héroïne, cocaïne)

- Cette lente amélioration globale de la situation de la consommation des drogues dures ne doit toutefois **pas faire oublier les problèmes suivants qui peuvent être des obstacles aux mesures de réduction des risques développées jusqu'à aujourd'hui** :
 - **la fréquence élevée de personnes polytoxicomanes** (drogues dures + benzodiazépines + alcool, etc.).
 - **la consommation par injection des benzodiazépines** (comprimés dissous).
 - **les abus aigus de cocaïne entraînant des épisodes d'injections très fréquentes avec des troubles du comportement.**
 - **La consommation par injection dans des espaces publics ou dans des appartements servant de lieu collectif de consommation.**
- Ces statistiques ne couvrent pas les consommateurs dits « cachés » qui ne souhaitent pas être traités, qui ne fréquentent pas les SBS ou qui n'ont jamais été arrêtés par la police. **Toutefois, il faut rappeler qu'une enquête menée il y a quelques années mettait en évidence que la population véritablement cachée de consommateurs d'héroïne était probablement peu importante, particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes consommant par injection.** Les consommateurs de drogues dures que l'on ne trouve pas dans les structures à disposition seraient donc plutôt des personnes consommant de la cocaïne et/ou ne s'injectant pas de substance (consommation "récréative").

Difficultés concernant la consommation de drogues dites douces

- Les résultats des diverses enquêtes chez les adolescents et dans la population adulte confirment **une augmentation de la consommation de cannabis. La consommation d'alcool et de tabac est aussi en augmentation**, particulièrement chez les jeunes filles.

- L'examen des profils de clientèle des différentes structures montre que celles-ci ont été capables d'attirer en traitement des toxicomanes ayant un long parcours, dans des situations précaires, quel que soit leur âge. Cependant, **les moins de 20 ans apparaissent peu dans les structures évaluées, mais semblent concernés par les consommations festives de psychostimulants.**
- **Il manque des données larges concernant la consommation de produits psycho-stimulants dans les milieux festifs.** Les quelques données à disposition concernant les drogues de synthèse (« party drugs ») laissent à penser cependant qu'une partie des jeunes adultes consomment de façon abusive de l'ecstasy et d'autres drogues, y compris de la cocaïne. **On connaît mal leurs points de contacts avec le système socio-sanitaire** (il faudrait savoir où et comment s'exprime la demande) ou avec le système de répression.

1.2.5 Renforcer les activités de prévention primaire et secondaire

Améliorations

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

Difficultés

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

1.3 RECOMMANDATIONS

- Après une première période d'expansion du dispositif cantonal de prise en charge dans le domaine de la toxicomanie, suivi d'une période de consolidation, la troisième période montre une amélioration notable du fonctionnement de ce dispositif. Un certain nombre d'éléments permettraient de continuer sur cette voie :
 - **Renforcer le partage des connaissances entre le monde médical et le monde socio-éducatif,** mais aussi entre les professionnels au sein d'une même discipline.
 - Réfléchir aux moyens d'assurer un **meilleur suivi des usagers entre les différentes interventions.** Il pourrait s'agir par exemple d'un accompagnement conjoint durant une phase de transition, ou d'une amélioration de la coordination et des échanges en cas d'interruption de traitement (substitution, sevrage, séjour en structure résidentielle).
 - **Intégrer davantage les services généraux dans la prise en charge des personnes toxicomanes,** en reprenant par exemple le mode de collaboration introduit à Zone Bleue ou à l'UAS, où une personne d'un service général (par ex. une personne des services sociaux, ou une intervenante de Profa) assure une permanence dans la structure.
 - Solliciter davantage les structures et les services qui s'adressent à l'ensemble de la population pour l'accompagnement des personnes toxicomanes, bien stabilisées ou abstinentes, mais qui

auraient encore besoin d'aide (insertion professionnelle, suivi psychologique, intégration sociale, etc.).

- La mise sur pied et le **développement de ces collaborations nécessitent** cependant **des ressources non négligeables**. Dans la plupart des structures, **cet engagement ne peut se faire sans des moyens supplémentaires**.
- L'augmentation des nouveaux cas de VIH, l'ampleur du problème du VHC, ainsi que la persistance d'exposition au risque trop élevée, demandent un renforcement de la politique de réduction des risques en matière de santé. Cela nécessite :
 - **Un accès plus étendu à du matériel stérile** (couverture de l'ensemble du canton, accès la nuit et le week-end par des distributeurs automatiques).
 - Poursuivre les efforts entrepris pour **renforcer la prise en charge du problème des hépatites** : augmentation de la couverture de vaccination contre l'hépatite B, direction et suivi/traitement des patients avec hépatite C chronique.
 - Une intervention dans les appartements privés servant de lieux collectifs de consommation et **une amélioration des conditions d'injection dans le canton**.
 - **Une adaptation des messages de prévention** (parler des risques de sur-infection, responsabilité, etc.).
- Un certain nombre de **lacunes dans le dispositif existant** sont relevées. La réflexion sur l'opportunité de remédier à ces lacunes et sur les solutions qui pourraient être mises en place doit être poursuivie. Pour rappel, les lacunes relevées sont les suivantes :
 - **L'absence de structures d'aide aux personnes toxicodépendantes** (centres d'accueil ou travail de proximité) dans certaines régions du canton.
 - **La faiblesse des moyens dans le domaine de la prévention secondaire s'adressant aux "personnes à risques"** qui sont souvent déjà des consommateurs occasionnels de drogues (cannabis, alcool), ainsi que nécessité de renforcer les contacts entre les différents intervenants dans ce domaine.
 - L'absence de séjours résidentiels de très longue durée pour les personnes présentant des troubles psychiatriques lourds et avec abus de substance.
 - Le manque d'infrastructures destinées à la prise en charge de personnes toxicomanes vieillissantes et présentant des problèmes somatiques importants.
 - L'absence d'offre de traitements sous forme de prescription médicale d'héroïne, traitement dont les effets bénéfiques relevés sont notamment une diminution de la consommation de cocaïne et de la délinquance^{3,4}.
- Les nouvelles formes de consommation sont encore peu connues et ces nouveaux consommateurs, jeunes le plus souvent, ne se retrouvent pas (à quelques exceptions près) dans les structures évaluées. Il convient de :
 - **Récolter des données sur les substances consommées à l'occasion des soirées "techno"**, les modes de consommation et leur fréquence, ainsi que sur le profil de ces consommateurs.
 - **Evaluer le rôle que pourraient prendre les actuels centres d'accueil et de traitement** dans cette prise en charge.
 - Etudier les prises de risque associées à ces consommations.
 - Réfléchir aux moyens d'intervention à mettre en place dans les domaines de la prévention et de la réduction des risques lors de ces soirées.

- Favoriser une concertation entre intervenants de la prévention, équipes des SBS et milieux organisateurs de soirées techno.
- **Les sources statistiques** sur la toxicomanie permettent d'élaborer un bilan épidémiologique de la toxicomanie, contribuent à l'évaluation des structures et peuvent être utilisées à des fins de recherche et d'évaluation clinique. L'exploitation et l'analyse des différentes statistiques existantes se heurtent cependant encore à des difficultés ; de plus, ces sources **ne couvrent pas tous les aspects nécessaires à un bilan épidémiologique complet**. La situation peut être améliorée grâce à :
 - Une enquête sur **le rôle des pharmacies dans la prise en charge de personnes toxicomanes** (distribution de méthadone et remise de matériel stérile).
 - Une **nouvelle enquête** auprès de la clientèle des centres à bas seuil **sur les conditions d'injection, sur les prises de risque et le partage des seringues**, ainsi que des autres éléments utilisés lors de l'injection (cuillère, tampons, etc.) doit être reconduite.
 - **Une meilleure introduction des données par les équipes** (statistiques OPALE, FOS et questionnaires d'entrée dans les centres d'accueil), afin de limiter le nombre de données manquantes. Ceci peut se faire par exemple en fixant le moment de la saisie après une première série d'entretiens avec l'usager et non pas suite au premier contact. Il est nécessaire de continuer également à sensibiliser les équipes à l'intérêt et à l'utilité de cette collecte de données, notamment d'un point de vue épidémiologique.
 - Le nouveau **fichier méthadone pose de gros problèmes d'extraction** des données qui, pour être résolus, doivent être traités par des personnes ayant de très bonnes compétences informatiques. Il faut **continuer à assurer des ressources suffisantes pour la maintenance et la gestion de ce programme**. De plus, il importera de reconduire les efforts particuliers fournis par le Service de la santé publique pour pouvoir extraire à intervalles réguliers les données récoltées à des fins d'analyse.

2 INTRODUCTION

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

Ce mandat d'évaluation comporte différentes périodes. La première, qui a fait l'objet d'un rapport produit fin 1998¹, analysait principalement les étapes de la mise en œuvre des nouvelles structures - partiellement ou totalement financées par le canton depuis 1996 - avec les éléments facilitateurs et les difficultés rencontrés. Une première évaluation de la fréquentation de ces structures et du profil de leur clientèle était également dressée.

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

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

2.1 BILAN DES PERIODES I ET II DE L'ÉVALUATION

2.1.1 1ère et 2ème périodes : évaluation des nouvelles structures

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

L'analyse des données récoltées a confirmé l'importance et l'évolution croissantes des demandes de nature diverse formulées par les usagers à l'adresse des structures d'accueil et de traitement évaluées. Les rapports précédents ont également documenté l'offre de prestations proposées par les différentes structures.

Les derniers résultats ont mis en avant une stabilisation relative du nombre de clients des différentes structures évaluées. Quatre ans après leur ouverture, la plupart des nouvelles structures avaient fait leur place dans le dispositif existant et trouvé un rythme de fonctionnement même si des ajustements et des adaptations devaient encore être amenés.

2.1.2 1ère et 2ème périodes : volet épidémiologique

Le volet épidémiologique a permis de suivre les principaux indicateurs directs et indirects de la consommation de drogues et des problèmes qui lui sont liés. Dans le premier rapport, une série de tableaux comparatifs ont permis de situer les données cantonales par rapport au reste de la Suisse et par rapport aux autres cantons. Durant la deuxième période, une exploitation plus approfondie des statistiques de traitement (Méthadone et OPALÉ) a été menée pour améliorer le tableau de la situation épidémiologique dans le canton. De plus, une enquête auprès de la clientèle de l'ensemble des structures à bas seuil (SBS) du Canton de Vaud a été conduite (en parallèle à une enquête sur l'ensemble de la Suisse). A cette occasion, différentes possibilités de développer l'analyse des données existantes sont apparues.

3 PERIODE III : OBJECTIFS ET METHODE

3.1 OBJECTIFS RETENUS ET QUESTIONS D'ÉVALUATION

Pour l'évaluation de la période 2000-2002, la Commission cantonale de prévention et de lutte contre la toxicomanie a conservé le jeu de questions d'évaluation qui s'articulent toujours autour de cinq objectifs :

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

Pour chacun de ces objectifs, des questions d'évaluation ont été formulées (cf. Tableau 3.2-2, résumant les objectifs, questions d'évaluation et méthodes proposées pour y répondre). Les principales modifications apportées à ces questions par rapport à la première période ont été présentées dans le rapport précédent et ne sont pas reprises ici.

3.2 METHODE ET INSTRUMENTS UTILISES DANS LA PERIODE III

Suite au bilan tiré des deux premières période d'évaluation, trois axes ont été développés au cours de la troisième période :

- maintien d'un suivi de routine allégé pour les centres de traitements ambulatoires, les centres d'accueil et l'unité cantonale de sevrage ;
- intégration des structures de traitements résidentiels dans l'évaluation ;
- développement du volet épidémiologique et exploitation des statistiques OPALÉ, FOS et Méthadone.

Cette année, suite aux recommandations du rapport de la période II quant au travail de proximité et en raison également du développement de l'évaluation dans le domaine des traitements résidentiels, les structures s'occupant essentiellement de prévention primaire n'ont pas été intégrées dans l'évaluation. Cette décision concerne le travail de proximité de Aigle-Pays d'En haut et de Morges-Aubonne.

3.2.1 Les centres de traitements ambulatoires, les centres d'accueil et l'unité cantonale de sevrage

Concernant les centres de traitement ambulatoire, les centres d'accueil à bas seuil et la Calypso, différentes modifications ont été apportées dans le choix des outils d'évaluation en vue d'alléger le travail d'évaluation tout en garantissant un suivi de routine de la clientèle et des activités des structures :

- Dans les centres de traitement ambulatoire (Centre Saint-Martin (CSM); Unité ambulatoire spécialisée (UAS) et à la Calypso, l'utilisation et l'analyse systématiques des fichiers de traitement (OPALE et Méthadone) permettent de définir les profils à l'entrée de l'ensemble de la clientèle des centres ainsi que leur fréquentation.
- Dans les centres d'accueil à bas seuil (Entrée de Secours (EdS), Zone Bleue (ZB), le Passage, Action communautaire toxicomanie (ACT)^b, et le Parachute) un outil simplifié permettant de définir le profil à l'entrée des usagers des centres d'accueil sur la base du questionnaire utilisé jusqu'à présent à Entrée de Secours et à Zone Bleue a été utilisé, ainsi qu'un monitoring de la fréquentation.
- Dans toutes les structures, deux à trois réunions de suivi par année.

3.2.2 Les structures de traitements résidentiels

Afin d'avoir une vision plus globale de l'ensemble du dispositif de prise en charge, les structures de traitements résidentiels ont été intégrées dans l'évaluation ceci afin de mieux cerner leur poids et leur position dans la trajectoire des personnes toxicodépendantes. Les outils utilisés pour l'évaluation sont :

- L'analyse de la statistique de FOS pour chaque institution résidentielle : description de la clientèle à l'entrée et à la sortie, parcours dans la toxicomanie, documentation des ruptures de contrat, etc.
- L'exploitation des informations préparées par les institutions dans le cadre de leur participation à QuaThéDA^c (notamment sur les groupes cibles, l'infrastructure, les prestations et thérapies proposées).
- Des réunions de mise en route et de suivi.

Les institutions concernées sont Le Levant, Bartimée, le Relais. La structure de Narconon n'a pas été incluse dans l'évaluation du fait qu'elle ne participe pas à la statistique FOS. Il n'était dès lors pas possible de disposer de données comparables.

3.2.3 Le volet épidémiologique

Le suivi des indicateurs épidémiologiques est maintenu et concerne :

- **L'évolution de la prévalence et des modes de consommation** de l'héroïne, de la cocaïne et du cannabis auprès de la population générale et chez les consommateurs dépendants, ainsi que de l'alcool et du tabac (chez les jeunes uniquement).
- **L'évolution des dénonciations** par la police.

^b En raison de ses activités dans le secteur de la réduction des risques (accueil, distribution de matériel stérile, etc.) ACT continue à participer à l'évaluation en tant que centre d'accueil. Le Parachute, pour lequel une évaluation interne était menée jusqu'en 2000, est désormais intégré à l'évaluation externe en tant que centre d'accueil.

^c QuaThéDA pour **Qualité Thérapies Drogues Alcool** système de management de la qualité (SMQ) pour les thérapies résidentielles drogue et alcool, à l'initiative de l'Office fédéral de la santé publique.

- **L'évolution de l'état de santé et de la situation sociale des consommateurs dépendants** : décès, VIH et hépatites, exposition aux risques et caractéristiques démographiques et sociales.
- **L'évolution des prises en charge et des traitements** : traitements à la méthadone, traitements résidentiels et traitements dans le cadre des institutions psychiatriques vaudoises.

Tableau 3.2-1 Structures évaluées et outils appliqués (2000-2002)

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

Tableau 3.2-2 Objectifs, questions d'évaluation et outils développés

Objectifs	Questions d'évaluation	Monitoring	Questionnaire	Réunion de suivi	Statistiques
I Augmenter la prise en charge et la rétention des consommateurs de drogues	• Quelle est l'offre en aide socio-éducative et en traitement des nouvelles structures?	●			●
	• Quel est le profil de la clientèle des nouvelles structures ?		●		●
	• Quelle est la capacité de rétention en traitement ou dans une prise en charge socio-éducative, dans les nouvelles structures?				●
	• Quelle est la demande en aide socio-éducative et en traitement ?	●			
	• Comment évolue l'offre en aide socio-éducative et en traitement des nouvelles structures?	●			●
	• Comment évolue le profil de la clientèle des nouvelles structures ?				●
	• Comment évolue la capacité de rétention des traitements à la méthadone dans les nouvelles structures?				●
	• Comment évolue la demande d'aide socio-éducative et de traitement dans les nouvelles structures?	●			
II Améliorer la diversité et la qualité de la prise en charge	• Est-ce que les processus thérapeutiques et socio-éducatifs fonctionnent ?			●	●
	• Comment le dispositif régional de prise en charge est-il constitué ?			●	
	• Existe-t-il des lacunes dans l'offre ?			●	
III Améliorer la santé des consommateurs et leur insertion socioprofessionnelle	• Est-ce que la qualité de l'aide socio-éducative et des traitements s'améliore ?				
	• Quelle est la situation socioprofessionnelle des consommateurs de drogues ?		●		●
	• Quelle est l'état de santé des consommateurs de drogues ?		●		
	• Que consomment-ils, comment et à quelle fréquence ? Est-ce que l'état de santé des consommateurs s'améliore ?		●		●
	• Est-ce que l'insertion socioprofessionnelle des consommateurs de drogues s'améliore ?				
	• Comment évolue la consommation des usagers des nouvelles structures ?				
	• Est-ce que la délinquance et les problèmes qui lui sont associés diminuent?		●		●
IV Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants	• Quel est l'estimation précise du nombre de consommateurs de drogues dépendants ?				●

4 PRESENTATION SYNTHETIQUE DES RESULTATS DU SUIVI DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE

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

4.1 LA PRISE EN CHARGE DANS LES CENTRES DE TRAITEMENT AMBULATOIRE : SYNTHESE

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

4.1.1 Objectifs

Dès le départ le Centre Saint-Martin s'est donné pour mission d'offrir une prise en charge médico-psycho-sociale aux patients en situation d'urgence. L'équipe du CSM est pluridisciplinaire, composée de médecins psychiatres et somaticiens, d'infirmiers, de psychologues, d'éducateurs spécialisés et d'assistants sociaux. Son objectif général est d'être une porte d'entrée dans le réseau des différentes structures de prise en charge à seuil d'exigence plus élevé et de favoriser l'accès à un processus d'aide et de thérapie en développant des réponses adaptées à la demande des personnes toxicomanes.

De son côté, l'UAS a pour spécificité de concentrer les ressources à disposition sur la prise en charge et le traitement médico-psychiatrique des personnes toxicodépendantes. Son équipe est composée d'un médecin psychiatre, d'une équipe médico-psychologique et d'une équipe infirmière. Parallèlement, l'équipe, en lien avec le réseau existant, a discuté et défini des modalités de collaboration pour gérer les autres demandes des usagers et surtout les missions d'accueil et de suivi social ou socio-éducatif.

L'UAS a clairement une identité psychiatrique, par son rattachement au secteur psychiatrique public de l'Est Vaudois et par l'expérience en majorité psychiatrique des membres qui composent son équipe (souvent des doubles formations pour les infirmiers, par exemple : médecine somatique et psychiatrie ou santé communautaire et psychiatrie).

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

De plus en plus, les deux centres assurent un soutien et un rôle de référent auprès des médecins et des institutions prenant en charge des personnes toxicodépendantes, par exemple en prenant le relais d'un traitement en période de crise ainsi que par les activités de consilium et de forma-

tion. Ainsi, la mission de recherche et d'enseignement poursuivie par le centre vise entre autres à développer les compétences du réseau et des intervenants extérieurs.

4.1.2 Fréquentation et profil de la population

La fréquentation des deux centres de traitement ambulatoire est restée stable ces dernières années et correspond à la capacité prévue lors des projets soit environ 500 patients pour le CSM et 200 pour l'UAS.

L'âge des patients du CSM est légèrement supérieur à celui des patients de l'UAS. Les moins de 20 ans constituent environ 5% de la clientèle, tandis que les plus de 30 ans sont plus de la moitié au CSM.

Tableau 4.1-1 Nombre total d'admissions et de patients par année, CSM-UAS (2000-2001)

	CSM				UAS			
	2000		2001		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nb d'admissions	509		489		193		203	
Nb de patients	496		480		188		180	
% de femmes		33		34		34		34
Age moyen	31		32		30		30	
Age médian	31		32		29		30	
Age min-max	17-63		16-55		17-51		15-48	
0 à 20 ans	18	4	15	4	6	4	9	6
21 à 25 ans	79	18	64	15	34	20	25	16
26 à 30 ans	108	24	112	26	53	31	53	34
Plus de 30 ans	247	55	243	56	76	45	71	45

La consommation de drogues dures (DD) concerne 85 à 90% de la clientèle de ces centres. La consommation de cocaïne semble sous-codifiée selon l'avis des équipes, soit parce qu'elle est encore méconnue lors de l'admission du patient, soit parce qu'elle apparaît suite à la stabilisation d'un patient pendant un traitement de substitution. La consommation de cocaïne est aussi souvent épisodique, selon la disponibilité du produit sur le marché, et si ces épisodes entraînent une consommation très importante momentanée, ils peuvent néanmoins être relativement espacés. La consommation de benzodiazépines est aussi largement sous codifiée dans les deux structures selon l'avis des équipes.

Dans 45% des cas environ au CSM et dans 70% des cas à l'UAS, un diagnostic psychiatrique est associé à une toxicomanie. Les chiffres plus bas du CSM sont liés à la mission d'accueil qui voit souvent venir des patients avec un problème urgent d'abus de substance qui masque, dans un premier temps, les troubles psychiatriques. Le questionnaire OPALE étant rempli après le premier entretien, il y a donc une sous-estimation du facteur psychiatrique. Actuellement une

discussion est en cours dans les équipes pour définir le moment le plus opportun pour remplir ces fiches, par exemple après les trois entretiens d'investigation.

Tableau 4.1-2 Consommation de DD et diagnostics psychiatriques, CSM- UAS (2000-2001)

	CSM				UAS			
	2000		2001		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Consommation DD opiacé ou cocaïne	463	91	441	90	173	90	173	85
Opiacé	447	88	413	85	172	89	168	83
Cocaïne	138	27	133	27	7	4	14	7
Au moins un diagnostic psychiatrique cité	240	47	217	44	138	72	148	71

La clientèle du CSM rencontre plus fréquemment des problèmes de logement que celle de l'UAS (13% de SDF contre environ 2,5%) ; un tiers environ des patients de l'UAS a un travail ou est en formation, contre 20% au CSM.

4.1.3 Activités des structures

■ Le Centre Saint-Martin

Le CSM a défini un algorithme qui permet de préciser la procédure de prise en charge en termes d'investigation puis de décision d'orientation et d'intervention.

Le CSM propose quatre programmes de prise en charge, allant du bas seuil au haut seuil, et faisant l'objet désormais d'une formalisation. Il s'agit d'un programme soutien, d'un programme ressources, pour la prise en charge des comorbidités psychiatriques, d'un programme standard, ou "motivationnel" et d'un programme haut seuil, qui précède l'abstinence et le traitement résidentiel. Il s'agit là avant tout d'un outil de travail. En effet, ces programmes ne sont pas exclusifs et le passage d'un programme à l'autre peut intervenir en cours de traitement.

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

Une des spécificités du CSM est d'avoir une équipe socio-éducative, dont l'intervention s'articule autour de deux axes principaux, le travail d'accompagnement motivationnel et de liaison avec les services sociaux. De façon pragmatique, le travail est centré sur la personne et ses ressources, en s'appuyant sur ses projets et en travaillant "au maximum de ses exigences", afin de favoriser l'autonomie. Pour cette équipe, le suivi éducatif et thérapeutique consiste essentiellement à travailler les mécanismes globaux de la dépendance. A partir de là, un projet de vie pourra être élaboré et des objectifs pourront être fixés et évalués périodiquement.

La salle de traitements et de dispensation de la méthadone est un des aspects importants dans le cadre du dispositif de prise en charge des patients. Reconnue comme un lieu central, symbolique, mais aussi source de multiples tensions, la salle a fait l'objet de différents aménagements depuis

l'ouverture du CSM. Désormais, une permanence prise en charge à tour de rôle par toute l'équipe, est assurée dans la salle d'attente durant les plages horaires de distribution de méthadone. Ces plages sont actuellement au nombre de trois pour diminuer l'affluence de patients. Le but de cette permanence est de prévenir la violence, en désamorçant les montées de tensions suffisamment rapidement le cas échéant. L'intervenant présent peut téléphoner à la police si le besoin s'en fait sentir. Toutefois, depuis l'instauration de cette permanence, ces appels sont devenus moins fréquents. D'autres problèmes peuvent également être réglés lors de ces permanences, que ce soit une consommation d'alcool ou les dérangements provoqués par le chien d'un usager. Depuis l'instauration de ces changements, le directeur estime que les situations de conflits ont diminué de 80% dans la salle d'attente.

▪ L'Unité ambulatoire spécialisée pour toxicodépendants

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

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

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

La spécificité du mode de collaboration mis en place à l'UAS avec les autres membres du réseau réside dans le regroupement sous le même toit des compétences pluridisciplinaires : médicale, psychologique, infirmière, sociale et éducative. Des assistants sociaux se déplacent volontiers à l'UAS, dans le cadre de leur mandat CSR^d. Cette situation nécessite une collaboration rapprochée et une grande confiance entre les partenaires du réseau qui s'avère précieuse puisqu'elle offre à l'usager la possibilité de rencontrer différents intervenants soit dans les locaux de l'UAS, soit dans leurs bureaux respectifs (par exemple le bureau des services sociaux). Pour les intervenants des différentes équipes cela permet de maintenir plus facilement une forme d'indépendance dans l'orientation de leur travail et dans la définition de leur intervention.

^d CSR : Centre social régional.

4.1.4 Principales difficultés

Récemment le CSM a du faire face à des situations de violence interne, de la part des usagers. En réponse à ce problème, l'équipe a instauré une permanence dans la salle d'attente pendant les heures de dispensation de méthadone. A cela s'est ajouté la violence extérieure, nécessitant parfois l'intervention de la police.

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

4.1.5 Conclusion

Les deux centres de traitement connaissent une fréquentation stable qui correspond aux objectifs fixés lors de la conception des projets, entre 450 et 500 personnes suivies sur une année pour le CSM et 180 et 200 pour l'UAS.

Dans les deux structures, les patients reçus présentent pour 85% un problème de dépendance aux DD. Les patients n'entrant pas dans cette catégorie sont le plus souvent très rapidement orientés vers d'autres intervenants du réseau.

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

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

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

Du point de vue des outils d'évaluation, toutes les rubriques de la statistique OPALE ne sont pas remplies systématiquement et avec la même rigueur. L'interprétation des résultats reste ainsi problématique pour un certain nombre de variables, notamment celles concernant la consommation et l'insertion.

4.1.6 Recommandations

Il convient de remplir plus rigoureusement les fiches statistiques OPALE, quitte à les remplir après deux ou trois entretiens afin de mieux connaître les problématiques rencontrées par les patients, tant du point de vue de leur consommation que de leur situation médicale ou sociale. Un travail de sensibilisation à l'évaluation et à son intérêt devrait être renouvelé régulièrement, surtout lorsque les équipes connaissent une rotation relativement forte (par exemple le CSM).

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

Les deux centres doivent continuer à développer leur travail pour se faire connaître et « utiliser » comme centre spécialisé. Le partage des connaissances dans les domaines médico-psychiatrique et somatique, doit être poursuivi, notamment à l'intention des autres intervenants : médecins généralistes et équipes socio-éducatives.

4.2 LA PRISE EN CHARGE DANS LES STRUCTURES RESIDENTIELLES : SYNTHESE

Trois structures résidentielles ont fait pour la première fois l'objet d'une évaluation dans cette 3^{ème} période 2000-2002, il s'agit du Levant à Lausanne, de la Fondation Bartimée à Grandson et du Foyer-Relais à Morges (voir le cahier annexe pour une présentation détaillée de chaque structure). Dans ce chapitre nous mettons en perspective ces trois structures, leurs objectifs et offres thérapeutiques, ainsi que le déroulement du séjour, en montrant leurs spécificités, ainsi que les difficultés qu'elles rencontrent. Il s'agit de présenter la diversité de l'offre "résidentielle", mais sans perdre de vue les spécificités.

Il était également prévu d'évaluer la structure de Narconon, mais cela ne s'est pas fait, cette structure ne participant pas à la statistique FOS.

4.2.1 Objectifs

Au-delà de leurs spécificités que nous préciserons par la suite, on peut considérer que les activités de ces trois structures résidentielles sont sous-tendues par des objectifs similaires, qu'il s'agisse d'offrir un soutien à l'abstinence, de développer l'autonomie de la personne ou encore de la préparer à une réinsertion professionnelle et sociale.

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

4.2.2 Offres thérapeutiques

Pour atteindre leurs objectifs, ces structures proposent aux personnes toxico-dépendantes une prise en charge qui comprend le plus souvent différents volets (socio-éducatif, thérapeutique, formation) et recourent à des outils thérapeutiques multiples.

▪ Le Levant

Le Levant offre une prise en charge résidentielle diversifiée, allant de l'abstinence à l'accueil pour un bilan de réflexion, en passant par une prise en charge de la dépendance et des problèmes médicaux. L'idée étant notamment d'ajuster l'offre à certaines situations spécifiques comme les jeunes parents toxicomanes avec enfants ou les personnes présentant des troubles médico-psychiatriques en parallèle à une dépendance. Trois maisons de traitement et de soins - La Pichollette, l'Eventail et Couvet - sont à disposition (54 places au total) et ont en commun un concept thérapeutique écrit, basé sur une approche psycho-sociale et socio-éducative, et sur les quatre piliers de la prise en charge (similaires aux outils thérapeutiques de Bartimée présentés plus loin) que sont la vie communautaire, la confrontation avec la réalité quotidienne, les groupes ainsi que le travail avec les familles. Ces trois maisons ont par ailleurs des spécificités :

• Accueil

Dans le cadre de la Pichollette au Mont-sur-Lausanne, l'"Accueil" permet à des personnes qui ne veulent pas s'engager dans une démarche d'abstinence, de venir pour une durée de séjour de trois mois renouvelable une fois, dans le but d'établir un bilan de leur situation ainsi qu'un projet de vie pour la suite. Six places sont disponibles. L'objectif est avant tout de permettre à la personne de se "réconcilier" avec elle-même et avec les autres, tout en collaborant avec la famille et le réseau. La prise en charge consiste ici en un travail thérapeutique sur le déni et la motivation.

Ces résidents renoncent à toute consommation de drogues durant leur séjour. Ils continuent à être suivis par leur médecin traitant et conservent les prescriptions médicamenteuses ainsi que la méthadone qui leur est prescrite.

• Abstinence

Une prise en charge visant l'abstinence est proposée au centre de Couvet (Neuchâtel), avec 22 places disponibles. Les résidents arrivent sevrés de tout médicament et la prise en charge, de type communautaire, recourt de façon originale et spécifique au théâtre (avec des professionnels) en tant qu'outil thérapeutique.

Quant aux parents ou mères désirant entreprendre un traitement d'abstinence sans être séparés de leurs enfants, ils sont accueillis à la Pichollette (6 places), qui dispose d'une garderie.

• Doubles diagnostics

Une prise en charge de la dépendance et des problèmes d'ordre médicaux est proposée plus spécifiquement à l'Eventail, qui dispose de 20 places et s'adresse à des personnes présentant un double diagnostic. La présence d'une équipe infirmière appuyée par un médecin référent permet d'accueillir également des personnes en cure de méthadone. Le suivi médical est assuré obligatoirement par le médecin psychiatre de la Fondation en complémentarité avec un médecin généraliste et, si nécessaire, avec un médecin spécialisé dans les affections liées au VIH. Les familles sont ici étroitement associées aux traitements.

▪ Bartimée

Deux approches théoriques sous-tendent l'ensemble du travail thérapeutique proposé à **la Fondation Bartimée** qui accueille jusqu'à 26 résidents : d'une part une approche développementale qui met l'accent sur la notion d'attachement et, de l'autre, une approche systémique, où la famille est un élément central de l'intervention.

La prise en charge globale repose sur trois piliers distincts : une prise en charge socio-professionnelle, une prise en charge d'accompagnement et une prise en charge de développement personnel. Seules les personnes abstinentes et sans traitement de substitution sont acceptées.

- **Prise en charge socio-professionnelle**

Le travail dans divers ateliers (intendance, cuisine, menuiserie, aménagement, jardin et animaux, déchet Art et créativité) figure au centre de la démarche thérapeutique et vise à développer les compétences de la personne dans son projet d'acquisition de l'autonomie, ainsi qu'à acquérir un comportement social adapté au milieu professionnel.

Le quotidien dans l'espace et le temps possède une valeur essentielle dans son aspect éducatif et social. Cette façon d'ancrer l'intervention dans la réalité quotidienne se retrouve dans les autres structures, aussi bien au Foyer-Relais qu'au Levant.

- **Prise en charge d'accompagnement**

Dans le but d'améliorer les contacts avec les résidents et de garantir une cohérence de l'ensemble de la démarche thérapeutique, chaque usager se voit proposer un référent lors de son admission. L'accompagnant référent assure un suivi personnalisé, fournissant appui, conseil et orientation au résident référent.

Dans le cadre de cet accompagnement deux groupes spécifiques sont organisés. D'une part le Groupe prévention rechute qui, en tant que groupe de parole permet à chacun de partager ses expériences d'abstinence, d'analyser les difficultés et réussites de chacun et, de l'autre le Groupe femmes qui, au travers d'un groupe de parole ainsi que d'activités thérapeutiques, de loisirs et esthétiques, offre une approche spécifique des problèmes de dépendance féminine.

- **Prise en charge de développement personnel**

La prise en charge de développement de la personne suit trois modèles d'intervention : la psychothérapie, l'art-thérapie et les entretiens de famille.

La psychothérapie vise une réflexion sur les mécanismes qui ont amené la personne à devenir dépendante. Le résident travaille sur sa dépendance, sur son comportement et ses émotions dans l'objectif notamment d'acquérir une position plus responsable par rapport à ses actes.

Tout au long de la thérapie, les résidents bénéficient d'un travail d'exploration de soi, de création dans et avec la nature (individuellement ou en groupe) sous forme de séances d'art_ thérapie. De façon individuelle, cet accompagnement permet à travers l'expression artistique de sortir du connu et de la routine, et d'exprimer par des moyens non verbaux l'énergie vitale.

Les entretiens de famille réunissent la personne en cure, sa famille (conjoint, enfants, fratrie ou toute personne vivant sous le même toit). Dans une approche systémique, ces entretiens avec le référent ainsi qu'un thérapeute de famille permettent d'aborder et de travailler les relations et interactions dans la famille..

■ Le Foyer-Relais

Le **Foyer-Relais** dispose de 14 à 17 places. Les personnes qui demandent à être admises au Foyer-Relais sont en situation d'exclusion sociale. Les problèmes sociaux qu'elles rencontrent sont complexes et multiples. De natures diverses, il s'agit aussi bien de problèmes de toxicodépendance que de difficultés existentielles, relationnelles et psychologiques, ainsi que de difficultés d'insertion professionnelle, financières et judiciaires. Les personnes en traitement de subs-

titution sont également admises au Foyer. Si la règle est de ne pas consommer à l'intérieur de la maison, il n'y a toutefois pas de contrôle au retour des sorties.

La prise en charge proposée dans le cadre du Foyer-Relais est de nature socio-éducative. Individualisée, elle s'articule autour de la problématique de la personne et de ses projets. La durée de la prise en charge est personnalisée et se fait sur une durée d'une année renouvelable.

- **Prise en charge socio-éducative**

Les prestations socio-éducatives prennent différentes formes. On retrouve comme à Bartimée un ancrage dans les activités et événements quotidiens, qui constituent en quelque sorte un terrain d'apprentissage. Des entretiens individualisés visent principalement à accompagner le travail sur soi de la personne, à l'accompagner dans ses choix, à la soutenir moralement et psychologiquement, mais aussi à mettre en évidence ses compétences. Les bilans mensuels permettent de "mettre à jour" le contrat en tenant compte de l'évolution de la personne, des compétences ou difficultés mises en évidence ainsi que du contexte socio-économique. Enfin, cinq modules théoriques et pratiques d'apprentissage sont proposées (gestion administrative, recherche d'emploi/"atelier JOB" (Relais-Services "ateliers de travail"; recherche d'emplois et formation; chômage et RMR^e), logement, cuisine, lecture et écriture créatives).

- **Gestion du temps libre**

La gestion du temps libre occupe également une place importante dans l'encadrement socio-éducatif, et fait partie de la constitution d'un réseau social.

- **Prise en charge spécifique "femmes"**

Accueillant un nombre important de femmes, le Foyer-Relais propose une prise en charge spécifique "femmes" tenant compte de leurs besoins. Des chambres individuelles leur sont mises à disposition, elles sont orientées selon leurs besoins vers des médecins (généraliste et gynécologue) et, tout au long du séjour, tant lors des entretiens que des bilans, l'accent est mis sur leur statut et leur identité de femmes. De même, pour les activités et la recherche d'un emploi, une attention particulière est portée au caractère valorisant de ces activités, ainsi qu'aux compétences et désirs des femmes.

- **Prise en charge médicale externe**

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

4.2.3 Déroulement du séjour

La durée proposée du séjour varie selon les institutions et, pour le Levant, selon le type de prise en charge choisi.

Le déroulement du séjour, qu'il soit ou non organisé et formalisé en étapes, comprend plusieurs temps dont un de préparation à la sortie.

^e RMR : Revenu minimum de réinsertion

■ Le Levant

Le déroulement de la prise en charge (en vue de l'abstinence) dans les maisons de la Pichollette et de Couvet comporte quatre phases d'environ trois mois chacune. Dans un premier temps l'accent est mis sur un retour et une réflexion sur soi-même afin de stabiliser et consolider le résident dans son projet d'abstinence. Il n'y a alors pas de contacts sur l'extérieur, l'intégration dans la communauté étant privilégiée. La phase suivante est centrée sur la problématique de la dépendance et le travail avec la famille. Les contacts avec l'extérieur sont également progressivement réintroduits. La troisième phase, de renforcement et de prévention, demande une responsabilisation maximale dans le maison et la poursuite d'un travail personnel. Enfin, la quatrième phase de la prise en charge consiste en un programme de réinsertion sociale et professionnelle dans le cadre du Centre de réinsertion professionnelle (CRP)^f.

A l'Eventail et dans le cadre de l'Accueil à la Pichollette, la situation est un peu différente. En vue d'atteindre les objectifs thérapeutiques qui sont la stabilisation et la qualité de vie, le déroulement de la thérapie se fait selon un régime personnalisé, en fonction du degré d'indépendance des résidents. Toutefois on peut distinguer trois grands moments : le travail sur le déni et la motivation en premier lieu, puis un travail centré sur la problématique de la dépendance et, enfin, un travail sur les acquis et la prévention de la rechute. Quant à la phase de réinsertion, elle peut se faire dans certains cas au CRP, d'autres fois elle est organisée directement avec le réseau depuis l'Eventail.

La durée de séjour n'est pas fixée au moment de l'admission, puisqu'elle dépend du projet de chacun, et n'est pas limitée dans le temps. Idéalement, selon la Fondation, la gestion du traitement devrait se faire sur une année.

■ La Fondation Bartimée

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

A chaque étape correspondent des objectifs et un programme. Pour commencer l'accent est mis sur le soutien de la personne dans son vécu post-sevrage, sur l'adaptation à la vie communautaire ainsi que sur la familiarisation au concept de l'institution. La personne confirmera ensuite son engagement dans la thérapie. Des liens se tissent avec les différentes personnes intervenant dans le traitement constituant la base pour élaborer un projet de vie. Dans l'étape suivante, de confrontation, la personne doit s'investir dans des démarches de développement en recourant aux différents outils thérapeutiques proposés. Des objectifs précis et détaillés sont alors élaborés et fixés pour la suite. Puis le résident mettra en œuvre, dans le cadre de la Fondation, ce qui a été acquis aux étapes précédentes. Des investissements à l'extérieur sont également encouragés, que ce soit à travers des activités, des stages ou encore avec le réseau familial et social. Suit une phase d'expérimentation qui permet au résident de se projeter dans sa vie future à l'extérieur. C'est également le moment où un projet Etex peut être élaboré. La dernière phase de gestion/autonomie voit le processus de séparation s'initier.

Chaque étape se conclut par un bilan auquel participent le résident, son référent ainsi que le responsable du travail d'atelier.

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

^g Etex pour Concept étape extérieure.

■ Le Foyer-Relais

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

Au moment de l'entrée au Foyer, un contrat individuel, oral ou écrit est établi entre la personne et les éducateurs. Elaboré en fonction de la situation globale de la personne ainsi que de ses projets, ce contrat, bien que modifiable et renégociable, sera le fil conducteur de la démarche socio-éducative tout au long du séjour.

Centré sur les projets individuels, l'encadrement socio-éducatif s'adresse à la personne dans sa globalité. L'accent est mis sur la relation de la personne avec l'extérieur de même que sur la confrontation avec les réalités de la société. Ainsi, compte tenu de la problématique et des projets de chacun, des contacts et collaborations sont établis avec la famille, les services sociaux et administratifs, les représentants du système judiciaire, du domaine médical mais aussi des services privés ou publics liés au travail.

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

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

4.2.4 La transition vers l'extérieur

Cette dernière phase du traitement, dite de préparation à la sortie prend des formes différentes selon les structures, même si les objectifs sont similaires, puisqu'il s'agit d'assurer une sortie progressive, de tester ce qui a été acquis durant le traitement. On retrouve donc dans les 3 structures une offre visant une réinsertion sociale et professionnelle.

■ Le centre de réinsertion professionnelle (CRP) du Levant

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

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

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

La prise en charge individualisée, assurée par l'équipe socio-éducative du CRP, prend en compte les acquis et objectifs de chacun. En plus de la journée de travail à l'extérieur, les résidents ont toujours un suivi thérapeutique qui consiste en des entretiens individuels (entretien hebdoma-

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

daire avec leur référent), ils participent au groupe de "prévention rechute" une fois par semaine et ont un suivi familial.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.5 Fréquentation et profil de la clientèle

L'âge moyen de la clientèle accueillie entre 1998 et 2001 par les trois structures résidentielles est de 29 ans et compte un peu plus de 30% de femmes. Les personnes en situation de logement précaire forment 20% de la clientèle pour les structures résidentielles de l'agglomération de Lausanne et 10% à Bartimée. Entre un quart et un tiers des résidents ont travaillé plus de 2 mois l'année précédant leur admission.

Tableau 4.2-1 Nombre d'entrées et profil de la clientèle, 1998-2001 (FOS)

	Levant		Bartimée		Relais	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs	239		76		102	
Nb femmes	77	32	29	33	32	31
Age						
Age moyen	29		29		29	
Age médian	28		28		29	
15 à 20 ans	16	7	3	4	13	13
21 à 25 ans	61	26	15	20	24	24
26 à 30 ans	84	35	31	41	21	21
31 ans et plus	78	33	27	36	45	43
Logement						
Fixe privé	133	56	38	67	26	40
Institution, prison, hôpital	58	24	13	23	25	38
Précaire	30	13	3	5	8	12
SDF	18	8	3	5	6	9
Jour de travail durant les 12 derniers mois						
0 jour	150	63	16	39	27	51
1-60 jours	20	8	11	27	7	13
Plus de 60 jours	61	26	14	34	19	36
Drogues dures durant le mois						
DD durant le mois	168	70	30	83	29	52
Héroïne	127	53	27	75	24	43
Cocaïne	141	59	21	58	25	45
Héroïne et cocaïne	100	42	18	50	20	36
Benzodiazépines	81	34	15	42	13	23

La durée moyenne de séjour varie en fonction des structures, principalement parce que les programmes proposés ne sont pas identiques. Ainsi, elle s'élève à 10 mois au Levant, à 5 mois en moyenne à Bartimée et à trois mois et demi au Relais. Si les différentes personnes impliquées dans la prise en charge sont informées en cas de départ prématuré ou de fugue, les ex-résidents disparaissent le plus souvent du réseau de soins pour une durée variable. Environ 50% achèvent leur séjour normalement. Pour les autres peu d'informations existent^j.

4.2.6 Principales difficultés

De façon unanime, les responsables des trois structures résidentielles soulignent combien la sortie s'avère être un moment particulièrement difficile. Plus spécifiquement, la solitude est fortement ressentie par les anciens toxicomanes et la mise en place d'activités socialisantes est laborieuse. Ils tendent alors à se regrouper entre eux. Une structure ambulatoire qui permette d'assurer une transition et un suivi à la sortie des séjours de 12-18 mois en structure résidentielle semble faire défaut actuellement. Une des solutions pour palier cette situation consisterait en l'organisation de groupes ambulatoires qui se réuniraient de façon hebdomadaire ou tous les 15 jours par exemple, avec une personne ressource à disposition. Un tel dispositif existe déjà au Levant, sous la forme du Centre d'aide et de prévention du Levant (CAP) ou au Foyer Relais avec le SPI. Bartimée envisage de développer une offre similaire à celle du Levant.

En d'autres termes, l'idée est d'assurer une prise en charge qui diminue progressivement et évite un décalage important entre la prise en charge en résidentiel et la vie à l'extérieur, comme c'est le cas maintenant. A la sortie du résidentiel, cette absence d'insertion tend à être compensée par une consommation d'alcool, comme le fait remarquer le directeur de Bartimée. Des problèmes de consommation sont également évoqués au Relais.

Si le CAP ou le SPI constituent effectivement des solutions partielles au problème de la réinsertion sociale, il faut cependant noter qu'il s'agit d'un suivi individuel et non obligatoire. Ainsi, dans le but de resocialiser la personne, le recours à des associations généralistes qui ne s'adressent pas uniquement à des personnes toxicomanes serait une piste à considérer.

Actuellement, la situation au niveau du relogement est particulièrement difficile, avec pour conséquence une augmentation de la durée de séjour. Un engorgement se fait donc ressentir au niveau des places disponibles dans les structures résidentielles, avec la constitution de listes d'attente pouvant aller jusqu'à six mois au Foyer-Relais par exemple.

4.2.7 Collaborations avec le réseau

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

Dans l'ensemble, les collaborations notamment avec des Centres à bas seuil semblent se développer favorablement. Ainsi par exemple, le Foyer-Relais travaille étroitement avec Entrée de

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

Secours à Morges. La nouvelle direction de la Fondation Bartimée bénéficie pour sa part de l'appui du médecin psychiatre en charge du poste de consultant pour les problèmes de toxicomanies, qui collabore également avec Zone Bleue à Yverdon. Il faut donc souhaiter que des contacts continuent à se développer entre ces structures. De même, la collaboration entre le Levant et le Centre Saint-Martin notamment s'est améliorée, et là aussi on peut souhaiter que les échanges se développent de façon plus soutenue.

De manière générale, il semble qu'il y ait une meilleure reconnaissance de la place et des rôles respectifs de chacun sur le terrain.

Toutefois, il serait souhaitable que dans la phase de post-cure les personnes sortant d'un résidentiel ne retournent pas dans les structures bas seuil qu'elles fréquentaient au départ. Pour cela, il convient de les orienter vers des structures non spécifiques toxicomanie. C'est probablement dans ce sens que des collaborations devraient être développées par la suite, ce qui pourrait aussi représenter un élément de solution aux difficultés de resocialisation des résidents à la sortie.

4.2.8 Conclusion

Une centaine de personnes entament chaque année un séjour dans une des institutions résidentielles du canton. Les trois institutions évaluées offrent au total un peu moins de 100 places, auxquelles il faudrait ajouter les possibilités offertes par Narconon pour avoir une idée globale de ce mode de prise en charge.

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

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

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

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

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

Environ la moitié des séjours se terminent par une interruption prématurée et dans ces cas il y a des risques importants de rechute dans la consommation. Il existe à ce jour peu de possibilités pour rentrer en contact avec ces personnes. Elles retournent le plus souvent au bout de quelque temps dans des centres d'accueil, parfois après des prises de risques considérables liées à une période d'abstinence.

Du point de vue des outils d'évaluation, la statistique FOS présente beaucoup de données manquantes ce qui complique beaucoup l'interprétation des résultats, que ce soit par rapport à la consommation ou par rapport aux conditions à la sortie.

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

4.2.9 Recommandations

Les questionnaires d'entrée et de sortie de FOS constituent l'outil essentiel pour connaître la clientèle des institutions résidentielles. Il convient de ce fait de les remplir le plus complètement possible.

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

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

4.3 LES SEVRAGES A LA CALYPSO : SYNTHESE

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

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

Depuis le début 2001, l'équipe a défini les soit les programmes de sevrage personnalisés (PROSPER) qui sont au nombre de quatre. Le premier vise toujours l'abstinence de tous produits à la sortie, méthadone y compris. Le deuxième prévoit le maintien des benzodiazépines sur prescription, alors que le troisième permet le maintien d'un traitement de substitution à la méthadone. Enfin le quatrième programme prévoit le maintien des benzodiazépines et de la méthadone. Ces programmes ne s'adressent pas forcément à des clientèles différentes, mais sont plutôt une proposition de sevrage par étape successive pour les personnes qui ne se sentent pas prêtes à se passer immédiatement d'une aide médicamenteuse.

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

Les sevrages présentés ici incluent les techniques de sevrage ultracourts (SOUC) avec anesthésie générale initiés à l'hôpital de St-Loup et terminés à la Calypso.

4.3.1 Fréquentation de la structure et profil de la clientèle

Au total, plus de 200 admissions ambulatoires sont enregistrées chaque année. En 2001, elles ont débouché sur 159 admissions hospitalières qui ont concerné 140 personnes différentes.

Tableau 4.3-1 Nombre total d'admissions et de patients par année, CALYPSO (1999-2001)

	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Admissions hospitalières						
Nb d'admissions	225		175		159	
Nb de patients	181		153		140	
% de femmes¹		29		29		29
Age moyen¹	29.8		29.6		30.6	
Age médian¹	29		29		30.5	
Age min-max	18-54		17-46		18-49	
Consommation d'opiacé	222	99	169	97	151	95
Cocaïne	40	18	57	33	63	40
Benzodiazépines	27	12	61	35	66	42

¹ Calculé sur le nombre de patients.

La durée prévue du sevrage à la Calypso est habituellement de 10 à 20 jours, mais peut varier en fonction de la situation particulière d'un patient et de ses objectifs personnels. Pour les admissions de 1999 à 2001, la durée réelle de séjour a varié de 1 à 29 jours (moyenne à 9 jours; médiane à 10 jours). Une durée de sept jours est jugée nécessaire par l'équipe pour un sevrage physique adéquat. La proportion de sevrages interrompus avant le septième jour est passée de 34 à 26% entre 1999 et 2001.

En parallèle à cette relative augmentation de la durée de séjour, le taux d'occupation de la Calypso est passé de 50% environ, durant la première année de fonctionnement (1998), à environ 70% en 2001, malgré la diminution du nombre d'admissions.

La part des séjours achevés augmente et concerne 76% des admissions entre septembre 2001 et septembre 2002. A noter l'introduction d'un moratoire de deux heures qui est demandé au patient qui souhaite quitter prématurément la Calypso. Ce délai suffit souvent à permettre au patient de revoir sa décision.

Comparativement à la situation lors du dernier rapport d'évaluation, une attention plus grande est accordée aux sorties. Ainsi, en cas de départ prématuré, l'équipe essaye toujours de contacter l'intervenant extérieur en présence du patient. L'idée qu'elle entend par ailleurs développer est celle d'une période de recouvrement entre la fin du séjour à la Calypso et le projet de post-cure, recouvrement qui serait une période de transition durant laquelle l'équipe continue à avoir des

nouvelles des patients sortis. Cette manière de procéder permettrait d'intervenir plus rapidement lors d'un problème de rechute par exemple.

4.3.2 Conclusion

Le nombre de sevrages diminue malgré la diversification de l'offre et la définition de programmes de sevrage progressifs. Cette diminution pourrait correspondre à une meilleure évaluation de la pertinence d'entamer un sevrage pour certaines personnes, lors de l'entretien de pré-admission. Il y aurait donc un renoncement (momentané) au sevrage si la personne n'est pas jugée suffisamment prête.

Les sevrages sont en moyenne de plus longue durée et présentent des modes de fin plus réguliers, ce qui traduit une augmentation de la qualité des sevrages effectués. L'introduction d'un moratoire de deux heures pour tout patient qui souhaite interrompre son sevrage est certainement un élément qui contribue à la continuation du traitement.

Il existe peu d'information sur les taux de rechute et le suivi des personnes après le sevrage (12% seulement entrent dans un foyer résidentiel après le passage à la Calypso).

4.3.3 Recommandations

Afin de mieux connaître tant le taux de rechute, les motifs que les moyens d'y remédier, une recherche devrait être réalisée sur les modes de prise en charge offerts par les intervenants qui reçoivent les personnes en fin de sevrage. Dans ce sens, la réflexion entamée sur le rôle de la Calypso dans le suivi des patients après le sevrage mérite d'être poursuivie.

4.4 PRISE EN CHARGE EN MILIEU CARCERAL

Le Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires (SMPP) du Canton de Vaud est rattaché au DUMSC. Il regroupe les services médicaux des cinq prisons du canton (La Tuilière à Lonay, La Croisée à Orbe, Bois-Mermet à Lausanne, Etablissement de la Plaine de l'Orbe (EPO) à Orbe et la prison de Vevey) - impliquant différentes modalités d'incarcération (exécution de peine, détention préventive, arrêts, semi-liberté) - ainsi qu'une consultation ambulatoire. L'exercice médical en milieu pénitentiaire obéit aux mêmes règles de confidentialité, de respect du secret médical et du consentement libre et éclairé qu'à l'extérieur.

La prise en charge des toxicomanes a été définie dans un rapport aux autorités du canton en 1997¹ et a fait l'objet d'un effort particulier de la part des équipes médicales dans un contexte souvent hostile aux thérapies de substitution. Diverses possibilités de prise en charge sont actuellement proposées :

- sevrage avec soutien médicamenteux,

¹ Cf. résumé des dispositions prises in: Iten A, Gravier B. Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse Romande. Berne: OFSP, Commission de Contrôle de la Recherche sur le sida, No 7246. Mars 1999: pp 22-23.

- poursuite du traitement lorsque le patient est déjà en cure de méthadone, même si la durée d’incarcération est longue ; pratique qui s’est encore assouplie depuis le précédent rapport^m,
- possibilité de reprise d’un traitement de méthadone en vue de la sortie si les risques de rechute sont importants.

4.4.1 Fréquentation et profil de la clientèle

Sur l’ensemble des épisodes carcéraux recensés chaque année, environ un quart concerne un toxicomaneⁿ. Cette proportion est stable au cours du temps. Ceci représente un total de 593 épisodes de détention en 2001, soit 421 personnes différentes. Ces deux dernières années, on compte 10% à 14% de femmes parmi les toxicomanes incarcérés.

Tableau 4.4-1 Activités du SMPP en relation avec la toxicomanie (1997-2001)*

	1997		1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total des épisodes carcéraux¹	2381		2452		2509		2330		2422	
Épisodes carcéraux de toxicomanes²	564	24	567	23	551	22	540	23	593	24
Épisodes carcéraux de femmes	92	16	74	13	79	14	73	14	60	10
Traitements de sevrage	145	26	123	22	96	17	110	20	87	15
Traitements méthadone (poursuite de cure ou traitement dégressif)	202	36	196	35	199	36	172	32	185	31

* Données transmises par le Dr B. Gravier.

¹ Population globale détenue (personnes présentes en janvier 2001 et entrant dans l’année).

² Nombre d’épisodes carcéraux qui inclut les toxicomanes actifs et ceux ayant un passé de consommation de drogue.

Plus de la moitié des épisodes carcéraux concernant des personnes ayant une anamnèse de toxicomanie a bénéficié soit d’un traitement de méthadone, soit d’un sevrage médicamenteux^o. Ainsi en 2001, 185 épisodes se sont accompagnés d’une cure de méthadone dans le cadre de la poursuite d’un traitement ou d’un sevrage dégressif (soit 35% des individus toxicomanes détenus ou 149 personnes différentes). En 2001, 87 épisodes ont été accompagnés d’un sevrage avec prescription de médicaments (ce qui représente 16% des individus toxicomanes détenus, soit 68 personnes différentes)

^m Une ombre au tableau subsiste toutefois encore. Les autorités pénitentiaires de l’EPO ont maintenu le plafond à 12 cures de méthadone simultanées malgré les demandes réitérées du SMPP pour l’abolir. Le changement de direction des EPO permettra peut-être de reprendre une discussion sur les cures de méthadone suivies dans leur établissement pénitentiaire.

ⁿ La définition retenue est une dépendance connue, passée ou présente, à l’héroïne et/ou à la cocaïne.

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

4.4.2 Conclusion

Le quart des épisodes carcéraux enregistrés chaque année concerne des personnes toxicodépendantes. La proportion de femmes varie entre 10 et 15%.

Le milieu carcéral a développé un système de prise en charge médicale des personnes toxicodépendantes et dans 45% des épisodes concernant ces personnes, un traitement de substitution ou un sevrage sont conduits.

Le nombre de pharmacies personnelles distribuées a augmenté, toutefois le kit proposé ne contient pas de seringues, ce qui est regrettable.

4.4.3 Recommandations

Il serait souhaitable que les traitements de substitution en milieu carcéral soient intégrés à la statistique méthadone du canton, ceci tant à des fins épidémiologiques que pour mieux connaître le parcours des personnes toxicodépendantes. En effet, un passage en prison échappe à la statistique Méthadone, alors même que la remise de méthadone est poursuivie par le SMPP.

La remise de matériel stérile devrait être organisée à l'intérieur de toutes les structures pénitentiaires du canton.

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

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

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

Relevons encore que le Passage et le Parachute font pour la première fois l'objet d'une évaluation externe et que la définition et la mise en place d'un ensemble d'outils d'évaluation a nécessité de nombreuses discussions.

4.5.1 Objectifs

Au-delà de leurs spécificités qui seront précisées par la suite, ces cinq structures ont pour objectif d'offrir un accueil à des personnes toxicodépendantes pour ZB, EdS et ACT. Le Passage, depuis le 1^{er} mai 2002, est devenu un lieu d'accueil destiné spécifiquement aux personnes concernées par des problèmes de toxicodépendance ou d'abus de substances, les autres usagers devant être réorientés vers d'autres institutions du réseau. Le Parachute est la seule structure qui s'adresse à

toute personne dans le besoin et qui offre un lieu d'accueil et d'hébergement. C'est également la seule structure ouverte en permanence (24H/24), tous les jours de la semaine.

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

4.5.2 Activités des structures

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

■ L'accueil

Dans les activités d'accueil les prestations sont principalement de nature collective : animation, conversation "à bâtons rompus", échanges sur le quotidien, etc. Ceci favorise le partage entre les personnes, crée un environnement familial et permet de valoriser les ressources de chacun.

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

A **Entrée de Secours**, l'accueil permet d'offrir des collations, de l'écoute, un repas hebdomadaire (supprimé à mi-2001), des discussions-informations. Ces contacts sont l'occasion d'amorcer la relation, de saisir la balle au bond pour entreprendre des démarches en donnant de l'information et en motivant la personne à revenir. Cela débouche généralement sur des entretiens de suivi où les différents problèmes de l'usager vont pouvoir être discutés et abordés plus concrètement. L'espace à disposition n'a pas pour fonction d'être un lieu de vie ou un lieu de repos pour les usagers, mais se veut davantage un lieu d'ouverture vers un début de prise en charge. Entrée de Secours a actuellement peu d'espace à disposition pour développer l'accueil. L'orientation de l'équipe va par ailleurs plutôt dans le sens d'une prise en charge individualisée.

Zone Bleue et **ACT** ont développé leur activité en renforçant la présence de l'équipe au moment de l'accueil. La présence de deux personnes à l'accueil offre de plus grandes possibilités d'entreprendre une discussion de fond, par exemple, ou de répondre à un usager se présentant avec un problème urgent.

Pour l'équipe de **Zone Bleue**, l'accueil est le lieu où le savoir-être tant en groupe (règles de la vie à plusieurs, limites, respect d'un contrat, d'un horaire, etc.) qu'individuellement (estime de soi, confiance en soi, respect de soi, valorisation des ressources individuelles) est travaillé en interaction avec les autres usagers, en fonction des opportunités et en profitant de la diversité des apports du groupe. Les usagers peuvent aussi demander à ce moment un entretien individuel sans rendez-vous préalable. En d'autres termes, c'est un travail en groupe qui profite de la dynamique des échanges et qui valorise chaque usager à travers ses expériences. Si, durant l'accueil, le savoir-être est beaucoup travaillé, c'est aussi l'occasion d'échanger toutes sortes d'informations et de "trucs" touchant au savoir-faire ou à la prévention. Le repas est également l'occasion de discuter du mode d'alimentation, ce qui est aussi favorisé par la présence régulière d'une diététicienne à midi.

Pour les intervenants de **ACT**, le travail d'accueil a évolué au cours de ces deux dernières années. Si au départ, il consistait pour l'équipe à dire bonjour à la personne lors de son arrivée dans le centre, à établir le contact et vérifier si elle souhaite partager ou demander quelque chose, l'accueil offre de plus en plus l'opportunité d'entretiens informels. Les permanences d'accueil sont maintenant utilisées pour discuter, parfois collectivement, de problèmes courants. Contrairement à l'entretien de soutien, celui de type informel n'a pas lieu suite à un rendez-vous et se passe durant la permanence, souvent alors que quatre à cinq personnes sont présentes dans la pièce. C'est une forme d'entretien très fréquente à ACT. Probablement que l'expérience acquise par les usagers suite aux premiers entretiens informels a également contribué à l'augmentation de leur demande par les usagers.

On retrouve au **Passage** les aspects de lieu de vie et de repos pour les usagers qui peuvent venir sans avoir de demandes précises et bénéficier de certaines prestations telles que : repas, écoute, discussion - information. L'accueil défini par les intervenants est caractérisé par "une attitude de respect et de non-jugement ainsi que par la prise en compte des visiteurs là où ils en sont sans exigence d'abstinence, dans un souci permanent de réduction des risques et d'aide à la survie"^P. La participation des usagers à la vie de la structure est toujours encouragée, par exemple dans le cadre des "petits jobs" (lors de la fermeture ranger l'intérieur et nettoyer les sols; aller chercher le pain le matin, aider à ramasser les seringues usagées).

Le Parachute doit répartir ses ressources en termes d'équipe sur 24 heures. Une seule personne de l'équipe socio-éducative est ainsi présente pour chaque tranche-horaire, ce qui limite beaucoup la disponibilité des intervenants qui doivent à la fois gérer l'organisation des repas et des tâches collectives de ménage, la cohabitation parfois conflictuelle de différents groupes d'usagers, répondre aux demandes des résidents, tout en étant attentif à l'état des personnes présentes. Une majorité des personnes viennent au Parachute aux heures de repas et, selon les estimations des intervenants, seule une personne sur deux sollicite un autre service (demande de conseil ou assistance administrative). L'accueil est le lieu privilégié surtout durant la nuit pour des discussions informelles avec les personnes présentes. La taille des locaux à disposition limite toutefois le nombre de personnes qui peut être accueilli.

■ Prise en charge et accompagnement socio-éducatifs

La prise en charge et l'accompagnement socio-éducatifs sont offerts de façon régulière à ACT, ZB et EdS ainsi qu'au Parachute, mais avec des moyens réduits.

A **EdS**, cet accompagnement peut être divisé en deux catégories. La première regroupe des prestations liées au travail socio-éducatif : informations diverses, entretien individuel, aide pour résoudre différents problèmes administratifs, etc. La deuxième catégorie comporte des prestations liées au domaine médical : traitement de la dépendance, consultation des médecins du centre, soins infirmiers ou encore interventions de liaison. L'évaluation a mis en évidence l'importance accordée par l'équipe à la transmission de savoir-faire qui doit amener l'utilisateur à pouvoir faire seul certaines démarches administratives (correspondances diverses : assurances, désendettement, déclaration d'impôt, gestion d'un budget, liens avec la justice, etc.). Cet apprentissage doit également lui permettre d'entreprendre des démarches pour trouver un logement. C'est l'occasion également de travailler la motivation dans le domaine professionnel (trouver un

^P Repris du Dossier de présentation de la structure selon le canevas fourni par Rel'ier en avril 2000, p.1.

emploi, un stage, rédiger un CV, une offre d'emploi, etc.) et d'inciter à investir dans le domaine des loisirs, du temps libre. A travers ce travail sur des problèmes pratiques, l'équipe encourage l'utilisateur à se reprendre en main et tend à favoriser l'autonomie de la personne, quitte à la "bousculer" un peu.

L'accompagnement socio-éducatif mis en place par l'équipe de **ZB** comprend aussi deux catégories. La première regroupe des actions relevant de la réduction des risques et de la prévention : information sur la nocivité des produits, sur les risques liés à l'injection, remise de matériel stérile, mais aussi soins infirmiers et "démarches santé" (safer sex par exemple). La deuxième catégorie comporte des prestations liées au soutien psycho-social de la personne : entretien individuel, établissement de projet individuel, suivi d'un traitement médical (travail sur la dépendance), offre d'un cadre de re-socialisation. Comme déjà relevé en 1999, cette deuxième catégorie a pris de l'importance ces dernières années. Dans l'accompagnement, ZB met l'accent sur deux éléments importants qui sont d'une part la transmission et l'acquisition des éléments constitutifs du savoir être et, de l'autre, l'acquisition de comportements de prévention. A travers les prestations portant sur le savoir-être, les intervenants visent à favoriser la reconstruction de la personne (estime de soi, confiance en soi), à valoriser ses ressources personnelles et à favoriser une culture du rétablissement (travail sur les relations aux produits, établissement de projet individuel). Quant au travail sur l'acquisition de comportements visant à la réduction des risques, il recouvre tout le champ de la prévention secondaire et tertiaire et a pour objectif aussi bien l'amélioration de la santé des usagers consommateurs, à travers des conseils en matière de pratiques d'injection sécuritaires (injection versus autre mode de consommation, information sur le réseau veineux), que le maintien de la non-consommation pour des amis/amies de consommateurs, ou encore des objectifs plus généraux de santé publique pour l'ensemble de la population (danger et récupération du matériel usagé, vaccination contre les hépatites).

ACT a vécu des changements d'équipe au cours des dernières années qui l'ont amené à redéfinir son offre. Actuellement la prise en charge et l'accompagnement socio-éducatifs regroupent essentiellement deux prestations : les entretiens de soutien (discussion autour de la consommation, du suivi d'un traitement et de la situation des usagers) qui représentent environ 10% des contacts et les aides administratives ou à la gestion financières qui permettent de débroussailler certaines situations avant une reprise de contact avec les services sociaux communaux. Ces prestations alliées à une collaboration croissante avec ces services aboutissent souvent à une meilleure prise en charge sociale des usagers, par exemple lors d'une demande AI.

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

Dans le cadre de l'hébergement, **le Parachute** se profile comme une structure résidentielle intermédiaire, jouant le rôle de passerelle pour des personnes qui ne pourraient pas passer directement de la rue à une structure médicalisée ou résidentielle, ou encore à un logement individuel. La prise en charge des habitants implique la nomination d'une personne de référence au sein de l'équipe. Avec l'accord de l'habitant, le référent prendra contact et travaillera avec son réseau, tout en effectuant un suivi régulier de l'habitant. La situation de ce dernier est par ailleurs discutée en colloque et réévaluée chaque semaine. Le séjour des habitants est lié à la définition et à la réalisation d'un projet personnel; ce projet fait ensuite l'objet de l'établissement d'un contrat. Durant le séjour, la demande la plus fréquente chez les personnes toxicomanes est la recherche de lieu de cure ou de suivi post-cure. Dans ce cas, la prise en charge visera donc à vérifier la motivation de la personne et à proposer une aide pour prendre contact et visiter les différents foyers résidentiels existants. Vient ensuite la demande de logement, qui forme la demande

la plus importante pour les personnes avec une problématique sociale. En effet, les personnes présentant des défauts de solvabilité ont de plus en plus de peine à accéder à un logement, qu'elles aient ou non un problème de dépendance.

L'organisation du Parachute et les ressources à sa disposition (une personne seule pour l'accueil) laissent peu de temps disponible pour un travail plus individuel avec les usagers. Malgré cela, entre huit et dix entretiens ont lieu en moyenne chaque jour avec les habitants ou les usagers. Deux à trois entretiens supplémentaires se font par téléphone et 2 à 3 autres concernent le réseau (ceux-ci sont le plus souvent effectués par le directeur, mais pas exclusivement).

Si dans le projet de base, les usagers du **Passage** peuvent théoriquement bénéficier d'aide et d'accompagnement individuels, ceux-ci n'ont pas été développés en 2001 et 2002. Suite aux difficultés rencontrées dans l'organisation de l'équipe et à la redéfinition des activités du centre en faveur des personnes concernées par la toxicomanie l'équipe espère durant l'automne 2002 arriver à mieux formuler la nature de l'offre socio-éducative qu'elle entend proposer.

■ Orientation et accompagnement dans les démarches

L'orientation et l'accompagnement dans les démarches sont proposées dans toutes les structures à l'exception du Passage et de façon plus limitée pour le Parachute.

A **Entrée de Secours**, l'orientation, qui est la troisième mission de la structure, occupe une place importante. Ainsi, tout en offrant un soutien psychologique à l'utilisateur, lorsqu'un traitement psychothérapeutique est demandé ou suggéré par l'équipe, celle-ci adressera de préférence l'utilisateur à des intervenants extérieurs. Toutefois, si la volonté d'orienter le plus rapidement possible vers d'autres structures est toujours d'actualité, dans les faits, les interventions sont le plus souvent envisagées à moyen terme. Le travail d'orientation nécessite pour l'équipe une réflexion autour de l'accompagnement : inciter l'utilisateur à faire une démarche, la faire ou ne pas la faire avec lui, la faire pour lui. Autant de possibilités sans qu'une réponse unique puisse être amenée, chaque situation nécessitant une décision propre qui entraînera des conséquences différentes pour l'utilisateur.

Entrée de Secours, plus que les autres structures évaluées, définit sa mission comme celle d'une plaque tournante dans le dispositif socio-sanitaire existant. Elle reconnaît néanmoins que, par rapport à une première estimation qui stipulait que l'accompagnement ne devrait pas excéder quelques mois, certaines situations nécessitent un suivi à plus long terme et que les retours sont relativement fréquents.

Zone Bleue ne comptabilise pas les accompagnements à l'extérieur et n'a pas encore pu trouver les ressources pour développer un travail de rue. Par contre, l'équipe a développé une forme de collaboration particulière qui est maintenant étendue à trois domaines : l'alimentation, le planning familial et la prise en charge psychiatrique. Partant du constat que même lorsque l'information est donnée et que l'orientation des usagers est faite, ces derniers ont beaucoup de peine à prendre et à se rendre à des rendez-vous, l'équipe a ouvert ses locaux à différents partenaires qui se déplacent ainsi sur le terrain des usagers et mettent leurs compétences à disposition pour une durée définie, en collaboration avec l'équipe et en fonction des besoins. Les éléments bénéfiques de cette forme de collaboration où des spécialistes « non liés spécifiquement au domaine de la toxicomanie » se déplacent dans un centre d'accueil, sont relevés dans les trois exemples cités : apprentissage des univers réciproques (aussi bien pour les professionnels que pour les usagers), facilité d'accès pour les usagers, meilleure gestion du temps par rapport à des rendez-vous manqués, dédramatisation d'une approche psychiatrique pour ne citer que les élé-

ments les plus importants. Quant à l'équipe, elle peut ainsi limiter la pratique de l'accompagnement à l'extérieur ainsi que le soutien à certaines démarches.

Les démarches « réseau social, administratif » proposées par ACT regroupent toutes les démarches destinées à remplir des formulaires quels qu'ils soient ou à se renseigner sur des questions d'AI, ou encore à chercher un emploi ou à résoudre un problème de logement. Lorsque l'équipe accompagne un usager auprès d'un service social la prestation figure sous cet item, les aides administratives ou l'aide à la gestion financière forment cependant des rubriques distinctes. Par contre, lorsque l'équipe accompagne un usager chez son médecin, il s'agit clairement d'une réunion tripartite avec médecin. Lorsqu'il s'agit d'un patron ou d'un maître d'apprentissage aucun item n'est encore complètement satisfaisant. Pour le moment, il figure sous « entretien de soutien » mais il s'agit parfois davantage d'échange d'informations. Il y a donc un important travail d'accompagnement réalisé à ACT, qui ne transparait toutefois que partiellement dans le relevé des activités de la structure.

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

Pour le **Passage**, l'orientation et l'accompagnement se font exclusivement depuis la structure, que ce soit sous forme d'une aide à la rédaction d'une lettre, d'un téléphone ou encore d'informations.

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

■ Prestations sanitaires et d'hygiène

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

De même, toutes ces structures participent au concept cantonal de distribution de matériel d'injection stérile.

A **Entrée de Secours**, une consultation médicale est assurée par trois médecins, dans les locaux de EdS, deux à trois après-midis par semaine, selon un système de tournus. Une personne de l'équipe socio-infirmière prend part aux rendez-vous médicaux. Dans le cadre de ces consultations, l'activité des médecins consiste essentiellement en un suivi médical des personnes en sevrage ou en traitement de substitution. Les usagers bénéficient à cette occasion d'un bilan de santé. Ils peuvent faire un dépistage du VIH et des hépatites B et C. De plus, la possibilité de se faire vacciner leur est systématiquement offerte. Ils peuvent également demander une consultation pour n'importe quel soin de base pratiqué par un généraliste.

A **Zone Bleue**, les prestations liées à l'alimentation, au planning familial et à la prise en charge psychiatrique sont assurées par des intervenants externes qui se déplacent à Zone Bleue pour mettre à disposition des usagers leurs compétences, en fonction des besoins et en collaboration avec l'équipe. Ainsi depuis 2000 une diététicienne vient tous les mois manger à midi avec les usagers. Une collaboratrice de Profa est présente depuis 2001 une fois par mois à midi pour, en premier lieu faire la connaissance des usagers et pour discuter des problèmes qu'ils ont dans le domaine de la contraception, de la sexualité ou en cas de grossesse. Enfin, la psychiatre associée à

Zone Bleue réserve également une fois par mois deux à trois heures aux usagers qui peuvent venir la trouver sans rendez-vous. Les médicaments ainsi que la Méthadone sont distribués.

Avant l'ouverture de l'UAS, ACT avait entrepris de suivre 20 usagers sous méthadone, en collaboration avec des médecins privés. Depuis lors cette activité s'est réduite progressivement et l'équipe a suivi environ 10 personnes en 2001 pour lesquelles elle gérait la dispensation de méthadone dans ses locaux. Pour 2002, cette prestation concerne cinq usagers. Il n'y a pas de présence médicale dans les locaux, mais une collaboration avec l'infirmière de l'UAS.

Dans le projet initial du Passage, les usagers ont accès à des prestations sanitaires de proximité pour les soins somatiques primaires ainsi que dans des situations d'urgence. Un "local de soins", séparé de la salle principale du Passage, est réservé à cet effet. Ce local, auquel seuls les intervenants du Passage ont accès, est équipé d'une table d'examen et de matériel médical de base (stéthoscope, otoscope, sphygmomanomètre, etc.). Entre octobre 2001 et fin septembre 2002, le Passage n'a plus offert de soins aux usagers en raison de l'absence de personnel infirmier. Dès octobre 2002, ces prestations devaient toutefois redémarrer suite à l'engagement de personnel infirmier.

Le Parachute offre des prestations sanitaires et d'hygiène en mettant à disposition une salle de bain et une machine à laver qui sont largement utilisées. En 2001 toutefois, la salle de bain a été fermée durant une longue période en raison de travaux nécessaires. Quand aux prestations de soins il s'agit principalement de remise de pansements et de certains médicaments comme l'aspirine.

4.5.3 Fréquentation et profil de la population

Tous les centres d'accueil connaissent une forte fréquentation quotidienne : 25 à 30 personnes par jour pour EdS et ACT et 50 à 60 pour ZB et Le Parachute. Cette fréquentation va même en augmentant encore. De plus, chaque centre accueille encore régulièrement de « nouvelles têtes ».

A l'exception de ZB, tous les centres connaissent un vieillissement de leur population (voir cahier 2). Les usagers d'EdS, ACT et le Parachute ont un âge moyen de 30 ans. Par contre ZB présente une moyenne beaucoup moins élevée (26 ans) et le Passage légèrement plus élevée (33 ans). A ZB le pourcentage de femmes (40%) est plus élevé que dans les autres structures. Environ 60% des usagers des centres d'accueil sont des consommateurs actifs de DD. La population du Passage rencontre plus fréquemment des problèmes d'insertion : 45% sont dans une situation de logement précaire et plus de 70% sont sans travail.

Tableau 4.5-1 Profil des usagers des centres d'accueil (2001)^q

	EdS		ZB		Le Passage ¹		ACT ²	Parachute ³	
	n	%	n	%	n	%	n	n	
Effectifs	68		25		29		17	19	
Nb femmes	18	27	10	40	5	14	2	3	
Age									
Min-max	18-40		14-35		21-52		24-42	20-51	
Age moyen	29		26		33		30	31	

^q EdS, ZB, ACT : profil des usagers à l'entrée. Passage et Parachute : photo de la clientèle présente dans la structure à l'automne 2001 (Passage) et à la fin de l'été 2002 (Parachute).

	EdS		ZB		Le Passage ¹		ACT ²	Parachute ³	
	n	%	n	%	n	%	n	n	
Age médian	29		23		32		30		
15 à 20 ans	8	12	5	20	3	15	0		1
21 à 25 ans	12	18	9	36	2	10	4		3
26 à 30 ans	21	32	3	12	3	15	3		8
31 ans et plus	25	38	8	32	19	65	10		7
Domicile									
Sans domicile fixe	11	17	2	9	13	45	1		7
Fixe privé	35	56	21	91	13	45	15		6
Institution	17	27			3	10	1		6
Travail									
Sans travail	29	43	9	36	21	72	15		13
Régulier	28	41	2	8			0		1
Occasionnel	5	7	8	32	8	28	1		5
En scolarité	4	6	6	24			1		
Nsp ⁴	2	3							
Consommation actuelle DD									
Drogues dures	43	63	15	60	18	62	9/17		6/19

¹ Les données ne concernent que la clientèle toxicomane du Passage en 2001.

² En raison des petits effectifs, les % ne sont pas calculés pour ACT et le Parachute.

³ Les données concernent l'ensemble de la clientèle du Parachute en 2002.

⁴ Ne sait pas

4.5.4 Principales difficultés

■ "Mixité" de la clientèle

Les centres d'accueil ont été récemment confrontés avec plus ou moins d'acuité à la question de savoir si l'accueil était spécifiquement destiné aux personnes toxicomanes ou plus largement à toute personne désinsérée. Que ce soit des migrants sans papier, des personnes issues du quart monde ou encore des personnes présentant des troubles psychiatriques, avec ou sans dépendance, chaque centre a vu affluer une clientèle à la recherche d'un lieu d'accueil offrant des possibilités de se restaurer, de se laver ou encore de dormir. Pour les structures où l'orientation en faveur des personnes toxicodépendantes était fortement affirmée (EdS, ZB), la solution a été un peu plus facile.

L'équipe de ACT a accueilli un nombre important de personnes migrantes et sans papier qui n'avaient pas toujours de problématique de toxicodépendance. Suite à cet afflux, le comité de ACT a pris la décision (en avril 2002) de ne plus accepter dans la structure ces personnes, l'équipe devant les réorienter vers d'autres structures (structures orientées vers l'immigration, telles que le Point d'Eau ou la FAREAS). Pour le Passage, une même décision de la Ville de Lausanne est tombée au printemps 2002. Les activités de ces équipes s'adressent donc depuis lors essentiellement aux personnes concernées par la dépendance, bien que les intervenants suivent aussi quelques personnes appartenant au quart monde ou présentant des troubles psychiatriques.

Cette étape d'exclusion d'usagers en état de précarité, dont certains pouvaient être considérés comme des personnes à risque du point de vue de la consommation de drogues, a été vécue de

manière relativement difficile par les équipes qui concevaient davantage leur rôle comme un engagement communautaire. Cette décision ne s'est pas fait sans difficulté pour les équipes et ne résout pas la question des migrants.

A l'exception du Parachute qui a toujours eu une orientation large, toutes les structures ont donc réaffirmé leur orientation spécifique toxicodépendance.

■ Violence

Parmi les principales difficultés rencontrées par les structures, relevons la violence qui peut résulter de différentes situations. Parmi celles-ci, le mélange de populations existait (au Passage par exemple) ou existe encore (Parachute), de personnes avec des problématiques différentes, toxicomanes et migrants par exemple. Mais la violence peut aussi apparaître suite à la consommation notamment de cocaïne ou encore être le fait de personnes présentant des problèmes psychiatriques importants. Ces situations se révèlent particulièrement usantes pour les équipes.

Certaines situations créent parfois des « surcharges temporaires », par exemple lorsque deux ou trois usagers consomment de manière compulsive de la cocaïne, ou lorsqu'un usager nécessite un investissement particulièrement important de l'un ou l'autre des membres de l'équipe pour des raisons de santé, de violence ou lorsqu'un événement particulièrement dur à "gérer" lui est arrivé.

Dans tous les cas, il arrive que les équipes appellent la police en renfort. Malgré tout, certains intervenants ont dû se mettre en congé pour "burnout" suite à des épisodes de violence et cela semble un sujet assez courant dans les entretiens de supervision.

4.5.5 Mise en place de l'évaluation

Pour les centres d'accueil soumis depuis plusieurs années à l'évaluation, on peut relever une appropriation des outils d'évaluation développés au cours des deux premières périodes et un intérêt accru pour le travail d'évaluation.

L'extension des outils appliqués à EdS et à ZB aux trois nouvelles structures ACT (passage des outils d'évaluation du travail de proximité à ceux des centres d'accueil), le Parachute (passage d'une évaluation interne à une évaluation externe) et le Passage (reprise d'une évaluation externe sur de nouvelles bases), a demandé un effort important. Parmi les difficultés rencontrées, la prise en compte des spécificités de chaque structure (type de clientèle, offres de prestations, modes d'organisation) a nécessité de nombreuses discussions avec chaque équipe pour à la fois respecter leur orientation tout en arrivant à récolter des informations comparables notamment sur le profil de la clientèle.

Des restructurations parfois importantes des équipes (ACT, le Passage) ainsi que la redéfinition des concepts de prise en charge ont aussi amené parfois des délais supplémentaires avant la mise en route des outils définis.

D'une manière générale, cependant il semble que les principales difficultés sont maintenant plus ou moins résolues et que les équipes nouvellement intégrées dans l'évaluation sont davantage partie prenante à l'évaluation.

4.5.6 Conclusion

Les centres d'accueil connaissent une fréquentation stable voire en hausse et continuent de recevoir de nouveaux usagers, toxicomanes, qu'ils ne connaissaient pas encore.

Dans la majorité des centres, on observe un vieillissement de la clientèle à l'exception de ZB, qui présente également une plus forte proportion de femmes.

La clientèle rencontre d'importants problèmes sociaux tant du point de vue du logement que d'insertion professionnelle. Au Passage, les données montrent que la situation de logement influe directement sur les pratiques d'injections puisqu'un nombre important de consommateurs actifs, sans domicile fixe, disent s'injecter dans la rue ou dans des lieux publics.

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

La plupart des centres d'accueil ont été obligés de faire des choix quant à l'ordre prioritaire qu'ils voulaient donner à leurs activités. Face à l'augmentation de la fréquentation, mais également des demandes de prise en charge formulées par les usagers, des options ont été prises qui ont porté essentiellement sur les tranches horaires et les ressources consacrées soit à l'accueil soit à une prise en charge plus individualisée. Cette évolution s'est faite, dans la plupart des cas, de manière relativement spontanée par les équipes confrontées à des demandes croissantes mais à des ressources inchangées. Les possibilités d'adaptation ne sont cependant pas illimitées.

Le problème des autres populations non toxicomanes mais demandeuses de lieux d'accueil n'est pas résolu. L'apparition de clandestins présentant des problèmes de dépendance n'est pas improbable dans le futur.

4.5.7 Recommandations

Les centres d'accueil jouent un rôle important dans la prise en charge et le suivi de personnes toxicodépendantes. Actuellement, la couverture du canton n'est cependant pas entièrement assurée, notamment dans la région de Nyon et de la Broye, qui ne bénéficient pas d'une réelle politique de réduction des risques par exemple pour ce qui est notamment de la remise de matériel d'injection stérile.

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

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

Une réflexion sur l'accueil d'autres populations (migrantes notamment) doit être développée, en associant notamment les structures d'accueil pour les personnes toxicomanes et celles s'occupant de migrants. La situation des personnes présentant des troubles psychiatriques doit aussi être considérée.

4.6 REMISE DE MATERIEL D'INJECTION

4.6.1 Contexte

En janvier 1996, l'adoption du rapport préavis n°119 par le Conseil communal lausannois concrétise le projet d'une remise organisée de matériel d'injection à Lausanne. Le 28 février 1996, le Conseil d'Etat fait connaître ses critères pour la vente libre en pharmacie et la distribution gratuite de matériel d'injection aux consommateurs de drogues. Le 20 mars 1996, conformément à la décision du Conseil d'Etat, le Médecin cantonal édicte les Principes d'application et la procédure d'accréditation des institutions remettant des seringues stériles. En 1996, le retour de seringues usagées devait être encouragé mais ne devait pas être une condition pour l'obtention de matériel d'injection stérile.

Suite à un rapport « pour un concept cantonal en matière de remise de matériel d'injection stérile aux personnes toxicodépendantes » rédigé en 2000 par Rel'ier et le Service de la santé publique, le Conseil d'Etat a décidé de mettre en place une nouvelle politique de distribution de seringues coordonnée par les auteurs du rapport cité ci-dessus. Ainsi, dès le deuxième semestre 2001 la distribution de seringue fait l'objet d'un financement cantonal et d'un monitoring confié à l'IUMSP. Le concept cantonal prévoit une formation pour les intervenants des structures accréditées à distribuer du matériel d'injection (pharmacies non incluses). Deux fois par année, des bilans sont effectués avec les intervenants, Rel'ier, le Service de la santé publique et l'IUMSP. Ce nouveau concept propose entre autre l'échange de seringues stériles contre des seringues usagées selon la formule^r n+2 et l'extension de la mise à disposition de matériel d'injection stérile dans différentes régions du canton.

4.6.2 Méthode

Depuis 1996, les institutions autorisées à distribuer du matériel d'injection à Lausanne se ravitaillent auprès d'une seule pharmacie vaudoise qui tenait un décompte précis du stock délivré aux diverses institutions. Ainsi, nous disposons depuis mars 1996, de statistiques mensuelles sur le stock de seringues et de préservatifs demandés par les intervenants accrédités. Pour d'autres structures réparties dans le canton – telles que Zone Bleue, Entrée de Secours, Action Communautaire et Toxicomanie – des relevés statistiques sur la distribution de seringues ont été tenus depuis leur ouverture ou depuis le début de la remise de seringues dans leur structure.

Avec la mise en place du nouveau concept cantonal, la comptabilisation du matériel d'injection mis à disposition dans le canton a été unifiée. Dès juillet 2001, toutes les structures accréditées^s doivent relever chaque mois le nombre de seringues distribuées et récupérées, le nombre de préservatifs distribués et le nombre de contacts venant chercher du matériel d'injection stérile (une personne peut donc être comptée plusieurs fois par jour)⁵.

Le concept cantonal ne considère pas l'accès aux seringues dans les pharmacies et la dernière enquête nationale sur les pharmacies date de 1996, de ce fait on ne dispose d'aucune donnée

^r La formule d'échange n+2 = autant de seringues stériles que de seringues usagées sont remises + 2 seringues stériles.

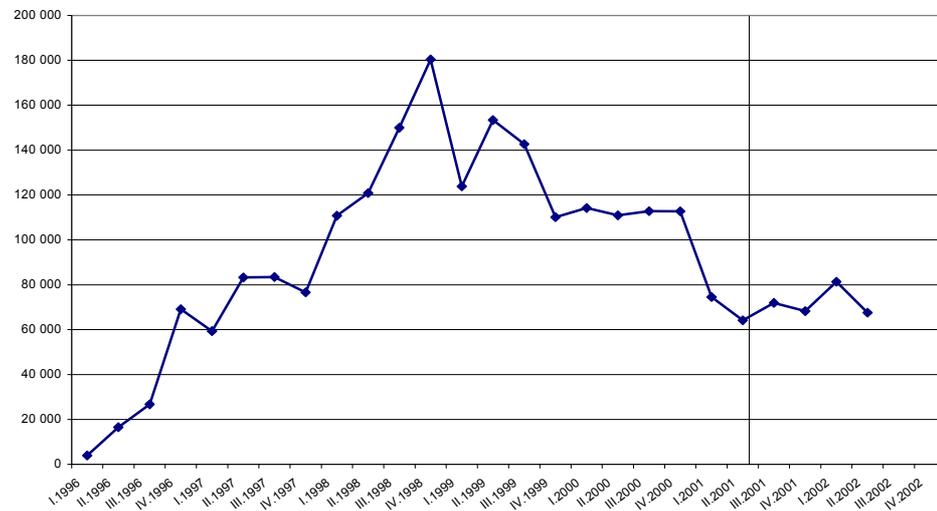
^s « Grand Lausanne » : Centre Saint-Martin, Fleur de Pavé, le Passage, Point Fixe, la Soupe, Travail social de rue Prilly ; Canton : Action Communautaire Toxicomanie (Vevey), Entrée de Secours (Morges), Rel'aids (tout le canton), Unité Ambulatoire de Soins Spécialisés (Montreux), Zone Bleue (Yverdon).

récente sur la vente de seringues dans les pharmacies vaudoises. Cependant, cette source d'approvisionnement ne semble pas négligeable. L'enquête auprès des usagers des SBS en 2000 indiquait que 17% des injecteurs lausannois s'approvisionnaient le plus souvent en pharmacie, 33% des injecteurs du reste du canton. On constatait également peu de « tourisme de seringue » vers Lausanne. A relever encore, que plusieurs régions, comme la région de Nyon ou la Broye par exemple, ne disposent pas de SBS. Les pharmacies y constituent alors la seule source d'approvisionnement en matériel d'injection.

4.6.3 Evolution de la distribution de seringues depuis mars 1996

La Figure 4.6-1 présente l'évolution de la distribution de seringues dans le Canton de Vaud par trimestre depuis mars 1996. Les données par trimestre permettent de « lisser la courbe » de distribution de seringues et d'avoir ainsi une vision plus synthétique (pour la courbe mensuelle se référer à la figure en annexe 7.2). Après un pic à la fin 98, la courbe de distribution de seringues connaît une baisse importante depuis la fin 99^t. Depuis début 2001, le nombre de seringues tend à se stabiliser avec un léger pic au premier trimestre 2002. Ainsi la tendance à la baisse est amorcée bien avant l'introduction du nouveau concept cantonal en matière de remise de matériel d'injection stérile. Ce dernier ne semble pas avoir eu un impact direct sur le nombre de seringues distribuées.

Figure 4.6-1 Evolution de la distribution de seringues dans le Canton de Vaud, données par trimestre de mars 1996 à juin 2002 (source IUMSP)



Si l'on regarde maintenant le nombre de total de seringues distribuées par année, on constate qu'en 1998-1999 plus de 530'000 seringues ont été distribuées (cf. Tableau 4.6-1). En 2000, ce nombre est passé à 450'000 seringues puis à 280'000 en 2001. Les principales structures pourvoyeuses en matériel d'injection stérile étaient la Pastorale de rue, puis le Passage et la Soupe populaire. La Soupe a assuré la distribution lors du changement de structure (fermeture de la

^t Il ne faut pas interpréter l'allure aplatie de la courbe 2000, car les données s'y rapportant sont annuelles. Nous avons dû faire une moyenne par trimestre.

Pastorale de rue et ouverture du Passage) et a connu ensuite dès 2000 une baisse importante pour atteindre le même niveau de distribution qu'en 1998 (environ 160'000 seringues en 2000, 130'000 en 2001). Le Passage quant à lui a vu le nombre de seringues fortement diminuer en 2001 puis se stabiliser autour de 120'000 seringues, nombre nettement inférieur à celui de la Pastorale de rue en 1998. A Zone Bleue (Yverdon), on observe la même tendance avec une diminution de plus de moitié du nombre de seringues distribuées entre 2000 et 2001, mais avec une reprise fin 2001. Dans d'autres régions du canton, comme à Entrée de Secours à Morges, où la distribution était moins développée, le nombre de seringues a augmenté en 2001 puis s'est stabilisé. A Vevey dans le cadre de Action Communautaire et Toxicomanie, on observe également une diminution de la distribution dès 1999 mais en 2001 la distribution augmente à nouveau avec un pic début 2002.

Tableau 4.6-1 Nombre de seringues distribuées par année depuis mars 1996 à juin 2001 (source IUMSP)

	Pastorale	Passage	Croix-rouge	Monnat	CSM	Fleur Pavé	Rel'aids	Soupe	Point Fixe	Prilly	ACT	EdS	ZB	UAS	Total
1996	71400	0	1200	5720		1500	900	33200	0	0	2500	0	0		116420
1997	222600	0	0	12		2500	300	72500	0	0	2496	0	2259		302667
1998	352000	0	0	4500		3200	800	164800	0	0	7992	459	28256		562007
1999	59300	153000	0	1800		11800	0	267100	100	0	5485	318	31135		530038
2000		231600	0	0		0	3600	162504	0	18600	3290	1155	29881		450630
2001		120795	0		118	3348	180	130800	30	583	6054	3609	12949	401	278867

Données de stock jusqu'en juin 2001. Relevé mensuel par les structures depuis juillet 2001.

Tableau 4.6-2 Taux de retour de seringues usagées par structure de juillet 2001 à juin 2002, (source IUMSP)

	ACT	EdS	Fleur Pavé	Passage	Rel'aids	Soupe	TdR Prilly	UAS	CSM	Point Fixe	ZB
Juin 2001		30%	79%			80%	124%				
Juillet 2001		107%	67%	107%		63%	102%		108%		
Août 2001	115%	146%	66%	102%		116%	400%	88%	0%		
Septembre 2001	118%	13%	80%	117%		74%	91%	241%	0%		
Octobre 2001	99%	120%	71%	71%		84%		67%	0%		
Novembre 2001	127%	85%	54%	76%		112%	85%	14%	0%		
Décembre 2001	107%	110%	83%	103%		154%	100%	121%	0%		
Janvier 2002	120%	126%	57%	86%		76%	134%		0%		
Février 2002	97%	98%	86%	92%		53%	121%		0%		
Mars 2002	199%	84%	73%	89%		91%	106%		33%		
Avril 2002	99%	103%	185%	97%		175%	100%		0%		
Mai 2002	313%	148%	193%	88%		100%	133%		0%		
Juin 2002	124%	111%	64%	114%		74%	224%		84%		
Taux 2001	89%	93%	72%	96%	0%	92%	107%	100%	89%	0%	84%
Taux 2002	150%	112%	108%	93%	0%	86%	137%	97%	81%		105%

Taux de retour=N seringues récupérées / N seringues distribuées
taux < 100 % moins de seringues récupérées que distribuées

taux = 100 % autant de seringues récupérées que distribuées
taux > 100% plus de seringues récupérées que distribuées

Le taux moyen de retour^u sur l'ensemble des structures vaudoises s'élève à 92%, ce qui signifie qu'il y a légèrement moins de seringues récupérées que de seringues distribuées. En 2002, on constate des taux de retour dépassant les 100% dans 5 structures, ce qui signifie qu'elles récupèrent plus de seringues qu'elles n'en distribuent. Ce qui n'est pas le cas des deux gros distributeurs, le Passage et la Soupe.

■ Données sur les seringues Suisse

En Suisse, la distribution de seringues dans les structures à bas seuil, suite à une chute importante au début 1995 (200'000 seringues par mois), a repris pour atteindre à la fin 1998 environ 350'000 seringues par mois. Depuis l'automne 1999, la distribution de seringues a connu à nouveau une légère baisse au niveau national qui se stabilise en 2000 à 300'000 seringues par mois.

Sachant que le Canton de Vaud - représente 10% de la population suisse - avec une moyenne mensuelle de 25'000 seringues, il distribue environ 8% du volume national de seringues.

■ Distribution de préservatifs

Dans le Canton de Vaud, nous constatons que les mesures de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle connaissent également un développement important au cours des années observées. En 5 ans, le nombre de préservatifs distribués a été multiplié par 6 : il est passé de 25'000 en 1996 à presque 156'000 en 2000.

On ne dispose pas de chiffres précis pour 2001, à cause du changement de relevé statistique (passage de données de stock fournies par la pharmacie 24 à des données de préservatifs distribués dans les structures).

Tableau 4.6-3 Nombre de préservatifs distribués de mars 1996 à décembre 2000

	Pastorale de rue	Passage	Croix- Rouge	Médecin de rue	Fleur de Pavé	Rel'aids	Soupe populaire	Zone Bleue	Total
1996	13700		300	1500	1300	8300	0		25100
1997	16000		0	4000	7000	4011	0		31011
1998	33500		1000	5000	18150	4510	2500		64660
1999	3000	14000	0	3500	71000	0	5000		96500
2000		30500			118000		6000	1500	156000

Les deux principales institutions qui mettent à disposition des préservatifs en 1996, sont la Pastorale de rue avec 14'000 préservatifs et le Rel'aids avec 8'000 préservatifs .

En octobre 1996, l'Association Fleur de Pavé qui met à disposition un bus destiné aux femmes prostituées est créée et va devenir l'année suivante une importante source de distribution de préservatifs. Il faut savoir que cette offre n'est pas destinée uniquement à des consommatrices de drogues. Ainsi, pour la statistique des préservatifs, il est préférable de traiter cette structure séparément. En 2000, Fleur de Pavé distribue 118'000 préservatifs.

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

En 2000, le Passage est la structure pour usagers de drogues qui distribue le plus de préservatifs (30'500). Viennent ensuite la Soupe et Zone Bleue.

4.6.4 Conclusion

La distribution de matériel d'injection stérile a progressé surtout qualitativement ces dernières années grâce au travail de coordination et de formation qui a été entamé. On assiste cependant à une diminution du nombre de seringues distribuées. Quant au taux de retour, il est bon.

Les intervenants participant au Concept sont confrontés au problème de trouver des modes d'intervention et de prévention qui permettraient de réduire les taux de partage.

Le dispositif est inégalement réparti sur la canton et l'accès au matériel est difficile dans les régions comme, par exemple, la Broye, Nyon et la Vallée de Joux. Selon les régions, aucun accès n'est possible la nuit ou même parfois durant les fins de semaine. Les pharmacies sont dans ces régions les seules possibilités d'accéder à du matériel stérile.

4.6.5 Recommandations

Le développement de l'accessibilité au matériel implique la recherche de nouveaux partenaires. Des démarches dans ce sens ont été entreprises et l'expérience montre la complexité de la question. En effet, cette question reste sensible, bien qu'il soit établi d'une part que la remise de matériel ne favorise pas la toxicomanie et, d'autre part, que cette mesure a un réel impact sur la santé des consommateurs et de la population générale.

Il convient d'évaluer la place des pharmacies dans le dispositif de remise des seringues.

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

5.1 INTRODUCTION

Ce chapitre est consacré à un inventaire et à une analyse des données épidémiologiques disponibles dans le Canton de Vaud concernant la consommation de drogue et les problèmes liés à celle-ci. La première partie du chapitre présente les informations relatives aux indicateurs de la consommation et à l'abus de drogue, de l'état de santé et de la situation sociale des consommateurs dépendants. Ces données sont complétées lorsque cela est possible par des données suisses. La deuxième partie procède à une synthèse des différents indicateurs épidémiologiques qui va nous permettre de développer des hypothèses concernant l'évolution du nombre des consommateurs de drogues et de la gravité des problèmes liés à la consommation dans le Canton de Vaud depuis le dernier rapport, soit 1999.

L'analyse des différents indicateurs épidémiologiques est structurée selon les thèmes suivants :

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

Les principales sources de données utilisées sont soit des statistiques de routine soit des enquêtes de population (cf. Tableau 5.1-1).

Tableau 5.1-1 Sources des données utilisées

Nom de la statistique ou de l'enquête	Années utilisées ou disponibles	Couverture	Détenteur des données
Enquête OMS-ISPA : écoliers de 15 ans en 9 ^{ème} année scolaire	1986-1994-1998	Suisse / Vaud	ISPA
Enquête pour l'évaluation de la prévention du Sida en Suisse : 17-45 ans	1987-2000	Suisse	IUMSP
Statistique des décès liés à la drogue	1987-2000	Suisse / Vaud	OFP
Statistiques de la répression : dénonciations pour infraction à la LStup	1995-2001	Suisse / Vaud	OFP
Statistique des traitements de méthadone	1979-2000 1987-2001	Suisse / Vaud	OFSP / Santé publique

Nom de la statistique ou de l'enquête	Années utilisées ou disponibles	Couverture	Détenteur des données
Statistique nationale des traitements résidentiels	1998-2001	Suisse / Vaud	FOS
Statistique des institutions psychiatriques OPALE	1996-2001	Vaud	DUPA
Enquête nationale des centres à bas seuil	1993,1996,2000	Suisse / Vaud	IUMSP
Statistique de remise de matériel d'injection	1993-2000 1996-2001	Suisse / Vaud	IUMSP
Système de surveillance maladies transmissibles : VIH et hépatites	1985-2001 VIH 1996-2001 hép.	Suisse / Vaud	OFSP

5.2 EVOLUTION DE LA PREVALENCE ET DES MODES DE CONSOMMATION

Résumé Les résultats des diverses enquêtes chez les adolescents et dans la population adulte confirment une augmentation de la consommation de cannabis. Par contre, les enquêtes de population indiquent une stabilisation de la consommation de drogues dures. Une tendance à la baisse de l'injection semble se dégager. L'ensemble des indicateurs sur la consommation de drogues légales, tabac et alcool chez les jeunes affichent des valeurs en hausse concernant la prévalence et la fréquence de la consommation.

On ne dispose pas de données récentes nationales et cantonales sur la consommation de drogues dures auprès d'usagers dépendants. La clientèle vaudoise des structures à bas seuil a moins recours à l'injection que la clientèle suisse des SBS. On compte également moins de consommateurs réguliers d'héroïne et cocaïne au sein de cette clientèle vaudoise. Il est possible que cela soit dû au nombre élevé de personnes en cure de méthadone.

5.2.1 Evolution de la consommation dans la population générale

■ Consommation de drogues chez les adolescents de 15 ans

Les enquêtes menées par l'ISPA-OMS (1986-1994-1998) auprès des jeunes fournissent des informations sur l'évolution de la consommation de drogues illégales chez les adolescents. Dans ce suivi, la population de référence est celle des jeunes de 15 ans en 9^{ème} année scolaire en Suisse, dont la consommation est mesurée sur toute la durée de vie^v. Cette enquête a été reconduite en 2002, mais les données ne sont pas encore disponibles. Les données de référence pour la Suisse sont donc les mêmes que dans le précédent rapport (pour les tableaux voir le précédent rapport⁶), par contre nous disposons maintenant des données vaudoises de 1998, que nous pouvons comparer à l'ensemble de la Suisse.

Pour rappel, la proportion de consommateurs parmi les adolescents s'avère très stable, pour toutes les substances prises en compte^w, sauf pour le cannabis. Le cannabis est la seule drogue

^v Consommation au moins une fois durant la vie.

^w Substances prises en compte : cannabis, colles, opiacés, cocaïne, amphétamines, ecstasy, champignons, LSD.

illégal dont la consommation présente une forte croissance entre 1986 et 1998 : la proportion globale de jeunes de 15 ans ayant consommé au cours de leur vie est passée dans cette période de 8% à 31%. La croissance, forte pour les deux sexes, a cependant été plus rapide chez les garçons⁷.

Tableau 5.2-1 Comparaison des données vaudoises et suisses concernant la consommation de drogues illégales sur toute la durée de vie chez les adolescents de 15 ans en 1998 (Source : ISPA)

Substance	CH 1998		VD 1998	
	Garçons n=901	Filles n=1035	Garçons n=147	Filles n=202
Cannabis	35.6	25.7	36.7	28.2
Colles	7.7	7.7	6.8	3.5
Opiacés	0.6	0.3	1.4	0.5
Cocaïne	1.1	1.5	0.7	1.0
Amphétamines	2.3	3.8	7.5	2.5
Ecstasy	1.0	1.6	2.7	1.0
Champignons	3.4	3.5	4.8	1.0
LSD	1.1	1.5	0.7	1.0
Autres	3.4	1.9	4.2	0.8

Les jeunes garçons du Canton de Vaud présentaient en 1998 une prévalence à vie de la consommation de substances illégales proche de celle des jeunes suisses du même âge, sauf pour les amphétamines et pour l'ecstasy. Pour ces substances, les jeunes garçons vaudois avaient une prévalence à vie plus élevée. Quant aux jeunes filles vaudoises, elles présentaient pour les substances illégales des prévalences à vie semblables ou inférieures à celles des jeunes suisses. Notons encore que les différences entre filles et garçons sont plus importantes chez les jeunes vaudois.

Enfin en 1998, 37 % des jeunes garçons de 15 ans et 28% des jeunes filles du même âge avaient déjà consommé du cannabis durant leur vie^x, parmi eux 54% des garçons et 64% des filles en avaient consommé plusieurs fois durant les 12 derniers mois⁸.

■ Consommation de drogues dans la population adulte

L'enquête téléphonique périodique auprès de la population générale pour l'évaluation de la prévention du Sida en Suisse (EPSS)^y a recueilli entre 1987 et 2000 des données sur la consommation durant la vie de drogues dures (héroïne et cocaïne) et de drogues douces, ainsi que sur l'expérience d'injection durant la vie dans la population âgée de 17-30 ans⁹.

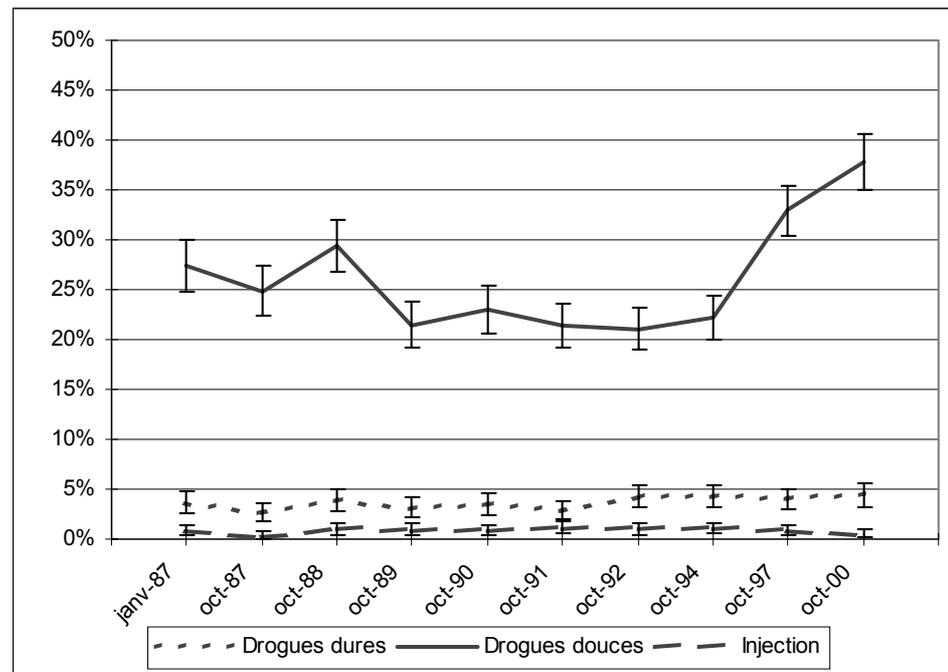
L'évolution de la consommation durant la vie de drogues douces (essentiellement cannabis) chez les 17-30 ans fait apparaître plusieurs phases. D'abord une baisse de 1987 à 1989, suivie d'une stabilisation jusqu'en 1994 et ensuite d'une forte augmentation (Figure 5.2-1). En 2000, 38.7% de

^x Par rapport à l'ensemble des écoliers ayant répondu, soit 147 garçons et 202 filles.

^y Menée dans le cadre de l'évaluation de la stratégie de prévention du Sida par l'Institut de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP).

la population âgée de 17 à 30 ans admettent avoir consommé des drogues douces au moins une fois durant la vie.

Figure 5.2-1 Evolution de la consommation de drogues douces et dures, et de l'injection de drogues dures durant la vie dans la population suisse de 17-30 ans, entre 1987 et 2000 (en %, avec intervalles de confiance à 95%) (Source : IUMSP)



La courbe de consommation de drogues dures (héroïne et cocaïne) durant la vie dans la population générale chez les personnes âgées de 17 à 30 ans est relativement stable (4.3% en 2000).

La figure indique également l'évolution de la prévalence durant la vie de l'injection de drogue chez les 17-30 ans. Cette proportion est restée stable aux alentours de 1% de 1987 à 1994. Pour la période 1997/2000, une tendance à la baisse semble se dégager puisque cette proportion était de 0.7% en 1997 et de 0.4% en 2000.

■ Consommation d'alcool et de tabac chez les jeunes

Les enquêtes menées par l'ISPA (1986-1994-1998) auprès des jeunes fournissent également des données sur la consommation de substances légales telles que l'alcool et le tabac^{10,11,16}.

Chez les écoliers de 11 à 15 ans la consommation d'alcool durant la vie a sensiblement augmenté de 1986 à 1998 (82.1% ont déjà bu de l'alcool en 1986 et 88.2% en 1998) (garçons vaudois âgé de 15 ans 1998 : 87.0% ; filles vaudoises de 15 ans 1998 : 83.5%). C'est surtout au niveau du mode de consommation que l'on peut observer les plus grandes variations. Si, en général, la consommation quotidienne n'a que peu évolué (entre 2 et 3%), la consommation hebdomadaire des filles de 15 ans a doublé entre 1986 et 1998 (8.5 à 17.4%). La bière reste la boisson alcoolisée la plus consommée par les jeunes, puisqu'un sur cinq en boit au moins une fois par semaine (garçons

vaudois âgés de 15 ans 1998 : 21.9% ; filles vaudoises de 15 ans 1998 : 6.5%). Cependant, les alcopops, vendus en Suisse depuis 1996, ont de plus en plus de succès chez les adolescents et plus particulièrement chez les filles qui sont plus nombreuses à en consommer en comparaison avec la bière (12% contre 8%) (garçons vaudois âgés de 15 ans 1998 : 15.8% ; filles vaudoises de 15 ans 1998 : 8.6%). L'apparition de ces boissons pourrait être une des explications de l'augmentation de la consommation d'alcool chez les adolescentes de 15 ans. Une autre tendance apparue entre 1986 et 1998 est l'augmentation importante des épisodes d'ivresse. En 1986, 6% des 11-15 ans déclaraient avoir été saouls au moins trois fois dans leur vie, 12 % en 1998.

La consommation de tabac a augmenté de manière importante depuis 1986 particulièrement chez les écoliers de 13 ans. La consommation régulière, soit au moins une fois par semaine, a passé de 2% en 1986 à 5% en 1994 et à 7% en 1998. Chez les écoliers de 15 ans, la situation est encore plus préoccupante. En 1998, un quart d'entre eux était des consommateurs réguliers contre 15% en 1986 (garçons vaudois âgés de 15 ans : 27.1% ; filles vaudoises de 15 ans 31.8%). La consommation de tabac a elle aussi particulièrement augmenté chez les filles.

5.2.2 Evolution de la consommation chez les consommateurs dépendants

Depuis 1993, l'UEPP a développé une étude nationale sur les centres à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection stérile. Apparues à la fin des années 80, ces structures visent la réduction des dommages liés à la consommation de drogues¹². L'étude poursuit plusieurs objectifs : tout d'abord recenser les centres à bas seuil de ce type en Suisse et suivre leur développement, évaluer leur contribution à la réduction des problèmes et des risques liés à la consommation de drogues et, enfin, apporter des éléments utiles à une meilleure connaissance épidémiologique de la consommation de drogues au niveau national et cantonal.

Dans le cadre de cette étude nationale, une enquête auprès de la clientèle des centres à bas seuil est répétée¹³. Elle a été conduite trois fois dans le Canton de Vaud (1993, 1996 et en 2000). En 1993, elle s'est déroulée dans le cadre des activités du Rel'aids, qui n'était pas encore autorisé à distribuer des seringues. Trois années plus tard, cette enquête a été reconduite auprès des usagers des structures accréditées à distribuer des seringues autour de Saint-Laurent : la Pastorale de rue et la Soupe populaire. En 2000, cette enquête a été menée auprès de l'ensemble du dispositif bas seuil mis en place dans le canton^z.

Les résultats de cette étude ont déjà été présentés en détails dans le précédent rapport ; ne seront repris ici que la comparaison des modes de consommation dans le Canton de Vaud avec les données suisses 2000. On ne dispose pas d'autres données nationales ou cantonales plus récentes sur la consommation de drogues dures auprès d'usagers dépendants.

^z La Soupe Populaire, le Passage, Point d'Eau, Action Communautaire Toxicomanie (ACT); Zone Bleue (ZB) et Entrée de Secours (EdS).

Tableau 5.2-2 Indicateurs de consommation auprès des consommateurs de drogues dures clients des structures à bas seuil en 2000 (source : IUMSP)

	2000			2000
	CH	Lausanne	canton	Total Vaud
Injection				
% injecteurs durant la vie	90	85	82	84
% injecteurs durant les 6 dern. mois	79	58	57	58
Nombre moyen d'injections par semaine	▲ 13.7	8.2	8.3	8.3
Consommation durant dernier mois				
% consommateurs de drogues dures	85	63	52	58
Modèle consommation drogue dure				
% multiconsommateurs*	62	67	51	60
Fréquence de consommation** (rapporté à l'ensemble des individus)				
% consommateurs réguliers héroïne	54	28	23	26
% consommateurs réguliers cocaïne	27	18	12	16
% consommateurs réguliers cocktail	25	8	5	7
Traitement				
% suivant traitement méthadone	56	61	67	64
n	924	97	82	179

▲ Données non existantes pour Zurich

* Parmi les consommateurs de drogues dures durant le mois.

Multiconsommateurs = consommateurs d'héroïne et de cocaïne en même temps (cocktail) ou séparément.

** Consommation régulière = plusieurs fois par semaine.

La grande majorité des usagers des SBS ont déjà eu recours à l'injection durant leur vie (90% en Suisse, 84% dans le Canton de Vaud) (Tableau 5.2-2) Par contre, la proportion d'injecteurs durant les 6 derniers mois est nettement plus faible au sein de la clientèle des SBS du Canton de Vaud (79% en Suisse, 58% dans le Canton de Vaud). Le nombre moyen d'injection durant la dernière semaine est également plus bas dans le Canton de Vaud (13.7 en moyenne en Suisse, 8.3 dans le Canton de Vaud). Rappelons que la proportion d'injecteurs et le nombre d'injections ont diminué dans le Canton de Vaud entre 1996 et 2000 ; on observe également une tendance à la baisse au niveau national sur ces deux indicateurs.

On dénombre moins de consommateurs de drogues dures durant le dernier mois dans les SBS du Canton de Vaud qu'auprès de la clientèle nationale des SBS (85% en Suisse, 58% dans le canton). Parmi les consommateurs de drogues dures, la majorité sont des multiconsommateurs de drogues dures (62% en Suisse, 60% dans le canton). Le pourcentage de consommateurs réguliers des diverses drogues dures est plus bas parmi la clientèle vaudoise des SBS (54% consommateurs réguliers d'héroïne et 27% de cocaïne en Suisse, versus 26% et 16% dans le canton).

Il est possible que cette différence entre le Canton de Vaud et la Suisse soit due à une plus forte présence dans les centres d'accueil de personnes bien stabilisées sous méthadone et/ou de consommateurs d'autres substances, voire encore d'anciens consommateurs qui viennent dans les SBS pour les prestations de nature socio-éducatives qui sont proposées.

Le nombre d'usagers en traitement à la méthadone est un peu plus élevé dans le Canton de Vaud : 56% des clients des SBS en Suisse suivent un traitement à la méthadone et 4% un pro-

gramme d'héroïne, alors que 64% des clients des SBS dans le Canton de Vaud suivent un traitement à la méthadone.

5.3 EVOLUTION DES DENONCIATIONS

Résumé Le nombre de dénonciations est un indicateur indirect du nombre de consommateurs mais aussi de l'intensité de l'activité de la police. Le nombre total de dénonciations pour infraction à la Loi sur les Stupéfiants n'a cessé d'augmenter dans le Canton de Vaud jusqu'en 2000 puis s'est stabilisé en 2001 (6'427). Les dénonciations pour consommation ont suivi la même évolution, représentant plus de 80% de l'ensemble des dénonciations. La plus grande partie de ces dénonciations est toujours liée à la consommation de produits cannabiques, qui ont encore augmenté depuis 1999. Quant aux dénonciations relatives à la consommation d'héroïne, elles ont augmenté jusqu'en 1999, puis ont fortement diminué (1706 en 1999, 1108 en 2001). Celles concernant la consommation de cocaïne ont connu une importante augmentation en 1999, puis une légère diminution (1449 en 1999, 1290 en 2001).

Les saisies d'héroïne et de cocaïne ont aussi diminué ces dernières années. En revanche, celles de cannabis ou d'ecstasy ont augmenté.

Les Offices centraux de police criminelle de l'Office fédéral de la police établissent une statistique annuelle en collaboration avec les corps de police cantonaux et municipaux. Nous disposons pour l'ensemble de la Suisse et pour le Canton de Vaud de données sur les dénonciations pour infractions à la Loi sur les Stupéfiants (LStup) ¹⁴. Ces statistiques sont un reflet de l'ampleur de la consommation et du trafic de drogue, mais aussi de l'intensité de l'activité de la police. Comme on ne dispose pas d'indicateurs concernant cette dernière, il n'est pas possible d'apprécier dans quelle mesure les tendances observées pour les dénonciations correspondent effectivement à des variations en matière d'usage de drogue.

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

■ Dénonciations totales

Depuis le début des années 90 jusqu'en 1998, le nombre total de dénonciations n'a cessé d'augmenter en Suisse, puis il s'est stabilisé : passant de 18'718 en 1990 à 45'726 en 1998 et 46'116 en 2001. Le nombre des premières dénonciations a connu un pic en 1993, puis un creux en 1996. Depuis 1997, il a à nouveau augmenté. Ainsi, le taux de premières dénonciations est variable au cours de la période observée : il est passé de 45% au début des années 1990 à 20% en 1996-1997, atteignant à nouveau les 40% à partir de 2000.

Figure 5.3-1 Evolution du nombre total de premières dénonciations, des dénonciations répétées et du pourcentage de premières dénonciations par rapport à l'ensemble des dénonciations pour infraction à la LStup, de 1987-2001 en Suisse, (source : OFP)

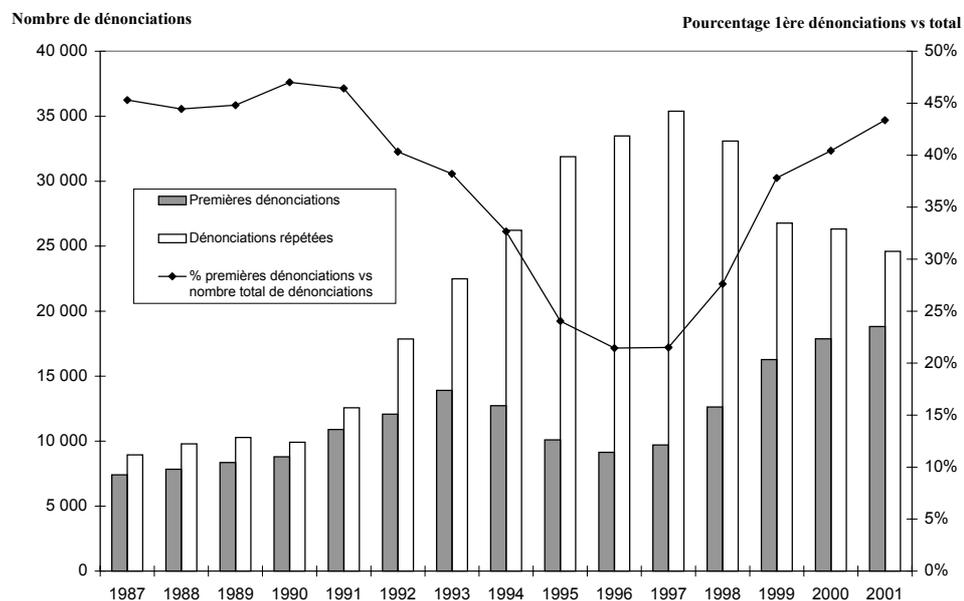
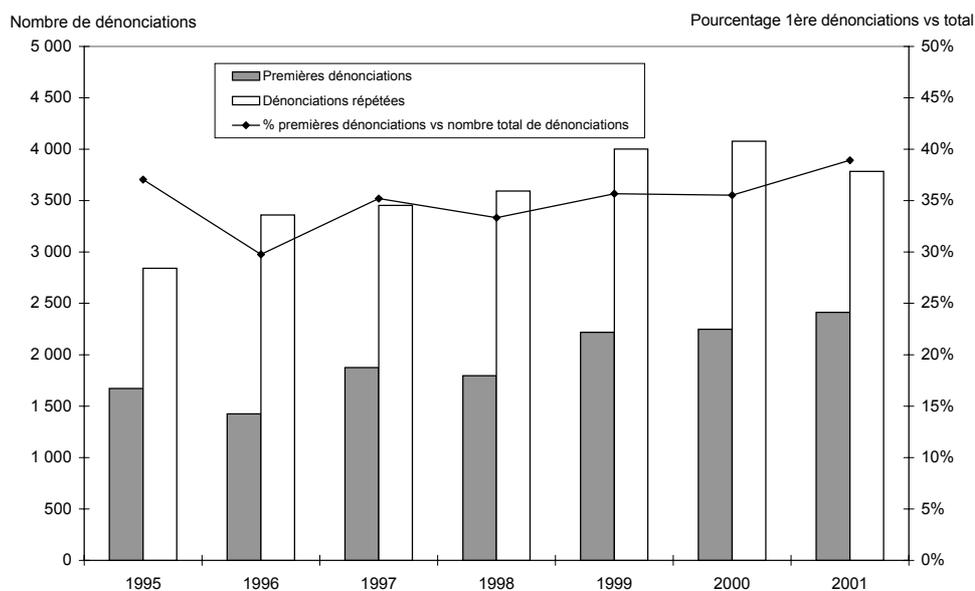


Figure 5.3-2 Evolution du nombre total de premières dénonciations, des dénonciations répétées et pourcentage de premières dénonciations par rapport à l'ensemble des dénonciations pour infraction à la LStup, de 1995-2001 dans le Canton de Vaud, (source : OFP)



Dans le Canton de Vaud, le nombre total de dénonciations n'a cessé d'augmenter depuis 1995 jusqu'en 2000, puis s'est stabilisé en 2001, passant de 4'517 en 1995 à 6'522 en 2000, puis à 6'427

en 2001 (Figure 5.3-2). Ce qui représente 14% du total suisse. Contrairement à la Suisse durant cette même période, les dénonciations répétées ont continuellement augmenté jusqu'en 2000 puis elles ont légèrement diminué en 2001 (4'078 en 2000 et 3'785 en 2001). Les premières dénonciations ont connu de légères baisses en 1996 et 1998. En 2001, 2'412 premières dénonciations ont été enregistrées pour le Canton de Vaud. Mais le taux de premières dénonciations est nettement plus stable au niveau cantonal que national, oscillant entre 30 % et 39 % durant les années 1995-2001.

■ Dénonciations pour consommation

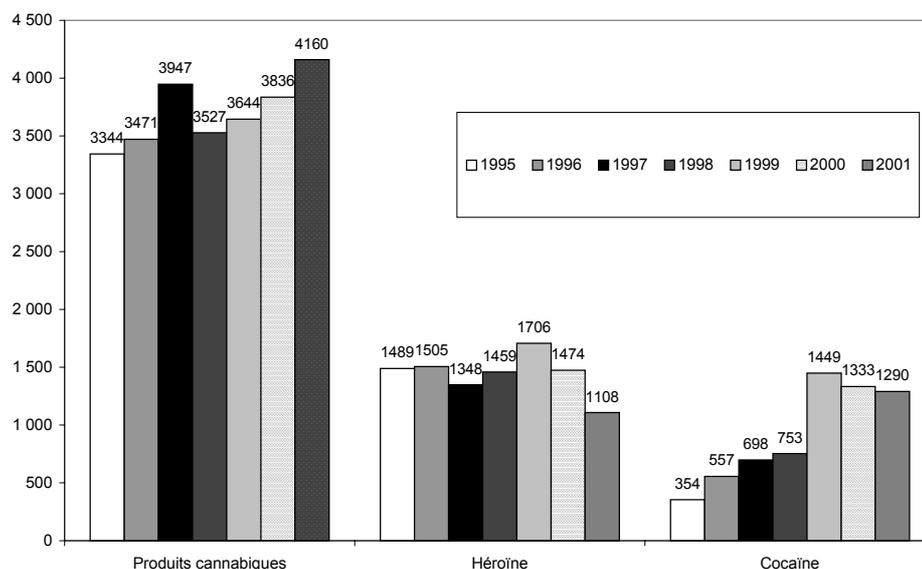
Le nombre de dénonciations pour consommation n'a cessé d'augmenter dans le Canton de Vaud jusqu'en 2000 puis il s'est stabilisé, passant de 3'870 en 1995 à 5'561 en 2001. La proportion de dénonciations pour consommation dans le canton est stable au cours de ces années : entre 85% et 87% de l'ensemble des dénonciations concernent la consommation de stupéfiants. Ce taux est légèrement supérieur au taux national (80%-81%).

Tableau 5.3-1 Nombre de dénonciations pour consommation et dénonciations totales dans le Canton de Vaud 1995-2001, (source : OFP)

	Dénonciations pour consommation	Dénonciations totales	% dénonciations pour consommation
1995	3870	4517	86%
1996	4113	4785	86%
1997	4609	5330	86%
1998	4530	5389	84%
1999	5407	6307	86%
2000	5571	6522	85%
2001	5561	6427	87%

La Figure 5.3-3 présente le nombre de dénonciations de consommateurs de stupéfiants d'après les produits consommés. Les dénonciations pour consommation de produits cannabiques (haschisch et marijuana cumulés) constituent la part la plus importante de ce type de dénonciations, elles sont en légère augmentation passant de 3'344 en 1995 à 4'160 en 2001. Les dénonciations liées à l'héroïne sont relativement stables jusqu'en 2000 (1'474) avec un léger pic en 1999 (1'706) puis elles diminuent en 2001 (1108). Quant aux dénonciations liées à la cocaïne, elles n'ont cessé d'augmenter jusqu'en 1999, avec un important saut entre 1998 et 1999 (354 dénonciations en 1995, 1'449 en 1999), puis elles diminuent légèrement (1'290 en 2001). Relevons encore que les dénonciations liées à l'ecstasy ont presque doublé entre 1999 (102) et 2001 (199).

Figure 5.3-3 Evolution du nombre de dénonciations^{aa} pour consommation de stupéfiants d'après les produits consommés dans le Canton de Vaud de 1995-2001 (Source : OFP)



■ Saisies

Les saisies effectuées par la police nous renseignent indirectement sur la quantité de substances circulant en Suisse, mais sont aussi évidemment le reflet de l'intensité de l'activité répressive. Dans le Canton de Vaud, par rapport à 1999, le nombre de saisies de cocaïne et d'héroïne a diminué. La quantité totale d'héroïne saisie a plus fortement diminué que la quantité totale de cocaïne saisie. Parmi les autres substances, il faut noter que le nombre de saisies, ainsi que la quantité totale saisie de produits cannabiques a augmenté depuis 1999. Les saisies d'ecstasy ont doublé entre 1999 et 2001, quant aux doses totales d'ecstasy saisies, elles se sont multipliées par huit.

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

5.4.1 Décès liés à la drogue

Résumé Le nombre de décès dus à la drogue enregistré par l'Office fédéral de la police (OFP) a légèrement diminué ces deux dernières années dans le Canton de Vaud. L'OFP enregistre 16 décès en 1999, 10 en 2000 et 13 en 2001.

Les décès liés à la consommation de drogues sont un reflet de la gravité de la consommation de drogue. Pour différentes raisons, ne serait-ce que par les multiples causes possibles de décès liés au mode de vie des consommateurs de drogues, il est difficile d'estimer le nombre exact de décès

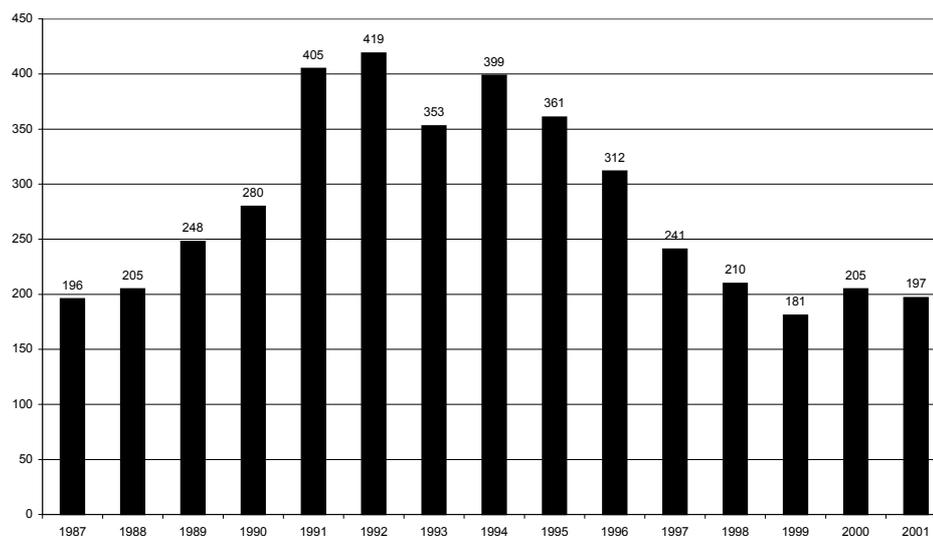
^{aa} Chaque dénonciation pour consommation figure autant de fois qu'il y a de stupéfiants consommés. Ainsi la somme des dénonciations pour consommation par produits peut être supérieure au total de dénonciations, une dénonciation pouvant concerner une personne consommant plusieurs produits.

liés à la drogue chaque année. Toutefois, cette statistique est utile pour mesurer l'évolution au cours du temps des décès .

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

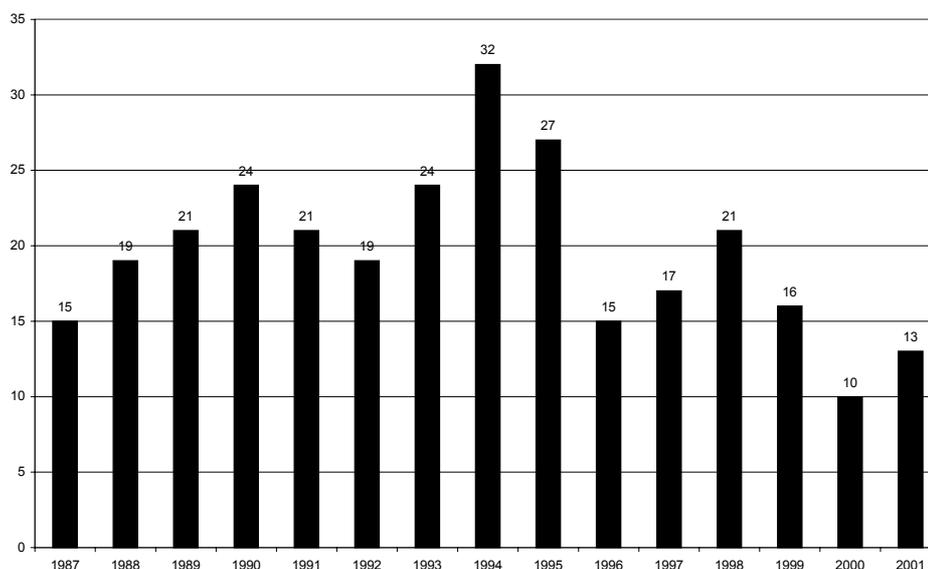
Le nombre de décès dus à la drogue en Suisse a connu un pic en 1992 (419 morts), suivi d'une diminution puis d'une stabilisation autour de 200 décès par an depuis 1998 (Figure 5.4-1).

Figure 5.4-1 Nombre de décès liés à la consommation de drogues en Suisse 1987-1999, (Source : données OFP)



Dans le Canton de Vaud, le maximum de décès a été atteint en 1994 (32 décès) et depuis lors on a également observé une tendance générale à la diminution. Toutefois, l'OFP enregistre encore plus d'une dizaine de décès par an : 10 en 2000, 13 en 2001 (Figure 5.4-2). La proportion de ces décès par rapport au total suisse varie entre 5 et 10%, selon les années.

Figure 5.4-2 Nombre de décès liés à la consommation de drogues dans le Canton de Vaud, 1987-2001 (Source : données OFP)



5.4.2 VIH et hépatites

Résumé Les estimations de l'OFSP présentent une augmentation depuis 1999 du nombre de tests positifs au VIH en général et chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en particulier : 9 nouvelles infections par le VIH chez les injecteurs de drogues dans le Canton de Vaud en 1999, 16 en 2001. Une tendance à la hausse est également observée au niveau de l'estimation des personnes infectées par le virus de l'hépatite C.

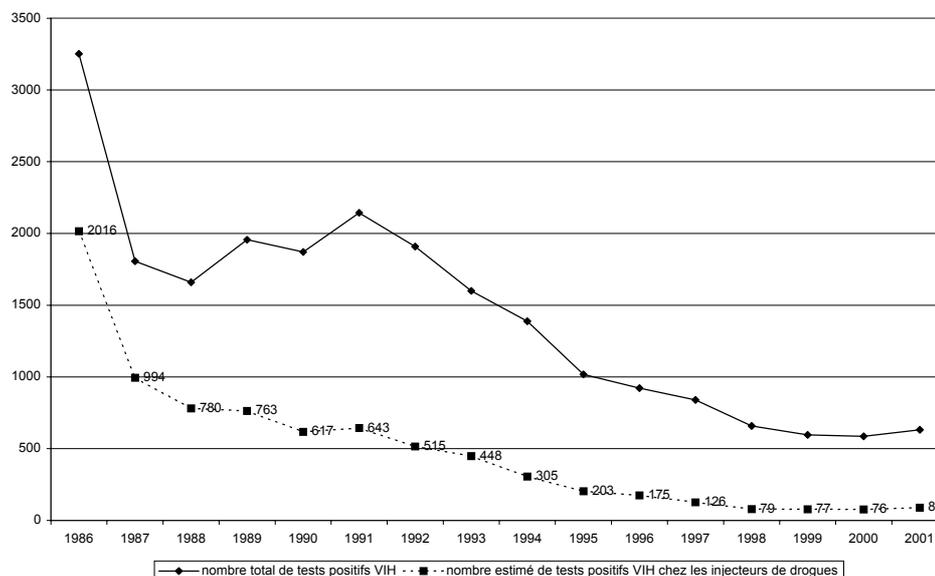
Les statistiques récentes auprès de différentes sous-populations de consommateurs de drogues du Canton de Vaud montrent également une tendance à la hausse. Le taux de séroprévalence au VIH atteint 13% en 2001, dans la statistique des institutions résidentielles. Ce taux est confirmé dans les traitements à la méthadone (15% en 2001). Ces diverses statistiques montrent également l'importance du développement de l'hépatite C auprès des consommateurs de drogues : 60% sont positifs au VHC dans les traitements à la méthadone en 2001.

■ VIH

Les données présentées dans cette section proviennent des documents publiés par l'OFSP¹⁵, qui nous a directement fourni les données les plus récentes^{bb}. Elles sont basées sur les déclarations des laboratoires de confirmation pour les tests VIH positifs, ainsi que sur les déclarations complémentaires des médecins qui nous informent sur les proportions attribuées aux différentes voies d'infection permettant ainsi d'estimer le nombre de tests positifs VIH chez les usagers de drogues en Suisse et dans le Canton de Vaud.

^{bb} Source : OFSP, Division épidémiologie et maladies infectieuses, Monsieur Gebhardt.

Figure 5.4-3 Evolution du nombre total de premiers tests positifs au VIH et du nombre estimé de premiers tests positifs au VIH chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en Suisse de 1986 à 2001, (Source : OFSP)

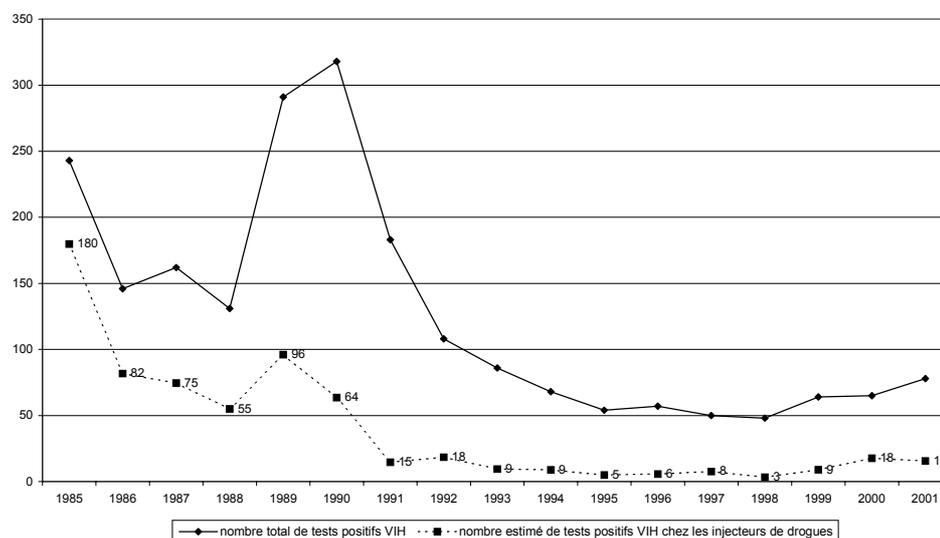


En Suisse, l'incidence du VIH, c'est-à-dire le nombre de nouvelles infections chaque année, diminue progressivement entre 1991 et 2000 (cf. Figure 5.4-3). En 2001, le nombre de nouveaux cas déclarés dépasse celui de l'année précédente et la tendance s'est poursuivie en 2002. Chez les consommateurs de drogue^{cc}, la diminution a été particulièrement forte avec une stabilisation des nouveaux cas depuis 1998. On ne peut pas affirmer pour l'instant que l'augmentation des nouveaux cas en 2001 soit attribuable aux consommateurs de drogue, pour la Suisse en tout cas.

Les tendances observées pour le Canton de Vaud sont un peu différentes (Figure 5.4-4). Le nombre total de nouvelles infections, comme le nombre estimé pour les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, a diminué depuis 1991 et reste relativement stable jusqu'en 1998. On observe depuis 1999 une augmentation du nombre total de nouvelles infections et du nombre estimé pour les consommateurs de drogues : on passe de 48 tests positifs au VIH au total dans le canton, dont 3 chez des consommateurs de drogues par voie intraveineuse, à respectivement 78 et 16 en 2001, soit le niveau de 1992.

^{cc} Le nombre estimé est obtenu en multipliant le nombre total de premiers tests positifs dans le canton par la proportion d'injecteurs parmi ceux pour lesquels l'information sur le facteur de risque est connue (déclaration complémentaire des médecins).

Figure 5.4-4 Evolution du nombre total de premiers tests positifs au VIH et du nombre estimé de premiers tests positifs au VIH chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans le Canton de Vaud de 1985 à 2001
(Source : OFSP)



■ Hépatite B^{dd}

L'hépatite B est une infection qui peut rester asymptomatique, se manifester au moment de l'infection (hépatite B aiguë) ou plus tard. Les personnes infectées qui développent les anticorps adéquats sont "guéries" et ne sont plus à risque de transmettre le virus de l'hépatite B (VHB). Par contre, certaines personnes infectées par le VHB peuvent rester des porteurs chroniques du virus, qu'ils soient symptomatiques ou non, et dans ce cas le risque de transmission est maintenu. L'infection par l'hépatite B peut être prévenue par la vaccination^{ee}.

En Suisse, la déclaration par les médecins des cas d'hépatite B aiguë nous renseigne sur les principaux facteurs de risque impliqués dans la transmission du VHB. Pour l'ensemble de la Suisse, le nombre annuel total de cas d'hépatite B aiguë a diminué de 50% au cours de la décennie (annexe 1.1 page 119). Cette diminution est surtout attribuable à l'impressionnante chute du nombre de cas d'hépatite B aiguë parmi les personnes qui s'injectent des drogues, qui est passé de 229 en 1990 à 18 en 2001. On n'observe pas le même portrait dans le Canton de Vaud : le nombre de cas d'hépatite B aiguë déclarés n'a pas diminué et l'injection de drogues représentait jusqu'en 1998 la principale voie d'infection^{ff} (annexe 1.1). Ce qui n'est plus le cas depuis 2000, puisque l'injection de drogues est associée dans environ un tiers des cas (3 cas associés à l'injection de drogues en 2000 et 6 cas en 2001).

^{dd} Source : OFSP, Division épidémiologie et maladies infectieuses, Madame Masserey.

^{ee} Le vaccin pour l'hépatite B est disponible depuis plus de 10 ans. On peut signaler par ailleurs, que le Service de la santé publique du Canton de Vaud dispose d'un budget pour la vaccination de l'hépatite B, auquel les structures peuvent recourir pour leur clientèle.

^{ff} Les fluctuations du nombre de cas d'hépatite B aiguë dans le Canton de Vaud doivent être interprétées avec prudence, compte tenu du faible nombre de cas.

■ Hépatite C^{gs}

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est une infection insidieuse. Il est rare qu'elle se manifeste au départ et elle reste longtemps asymptomatique mais, à la différence du virus de l'hépatite B, une proportion importante des personnes infectées développera une infection chronique, souvent "active". L'infection au VHC a des conséquences importantes sur la santé, notamment l'hépatite chronique et la cirrhose. Il n'y a actuellement pas de vaccin disponible pour prévenir l'infection par le VHC.

En Suisse, la déclaration par les médecins des cas d'hépatite C aiguë nous renseigne sur les principaux facteurs de risque impliqués dans la transmission du VHC. Le nombre de cas d'hépatite C aiguë documentés ne représente qu'une infime minorité des nouvelles infections par le VHC qui surviennent chaque année, mais cela ne devrait pas affecter la répartition des principaux facteurs de risque impliqués. Depuis 1993, le nombre de cas d'hépatite C aiguë documentés en Suisse est relativement stable, excepté un pic en 2000 (cf. annexes 1.1). Pour l'ensemble de la Suisse, chaque année depuis 1993 l'injection de drogues est associée à 60% ou plus des cas d'hépatite C aiguë déclarés (68% en 2001). Dans le Canton de Vaud on observe les mêmes tendances, l'injection de drogues est fortement associée aux hépatites C aiguës déclarées (cf. annexes 1.1). En 2000, 13 sur 16 des cas d'hépatite C aiguë déclarés sont attribuables aux consommateurs de drogues, 6 sur 9 en 2001.

Le test permettant le diagnostic d'une infection par l'hépatite C n'est disponible que depuis 1990. Dans le cadre d'un dépistage, il permet de détecter des personnes infectées qui sont asymptomatiques. Dans ce contexte, le test ne permet pas de connaître le moment précis où l'infection a été acquise. Entre 1996 et 1999, pour l'ensemble de la Suisse, le nombre estimé de personnes apprenant qu'elles sont infectées par le virus de l'hépatite C^{hh} a augmenté, ce qui peut être un effet du dépistage plus fréquent de cette maladie (2'559 en 1996 versus 3'011 en 1999) (cf. annexes 1.1). En 2000, ce nombre a diminué pour se stabiliser à 2'323 en 2001.

Pour le Canton de Vaud, le nombre estimé de personnes pour lesquelles une infection a été mise en évidence oscille entre 297 en 1997, 253 en 2000 et 310 en 2001ⁱⁱ. Ainsi, seulement dans le Canton de Vaud, au cours des 6 dernières années, il y a eu plus de 1'500 individus - qui sont presque tous des injecteurs de drogues - pour lesquels un dépistage a révélé l'infection (1996 à 2001: 1'555 pour Vaud, 15'738 pour l'ensemble de la Suisse, le Canton de Vaud représentant ainsi 10% du total suisse).

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

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

- | | |
|----------------------------|---|
| • consommateurs dépendants | ETUDE BAS SEUIL auprès de la clientèle des structures à bas seuil d'accès (cf. 5.2.2) |
| • traitements résidentiels | STATISTIQUE FOS statistique des usagers des structures résidentielles (cf. 5.5.2) |
| • traitements méthadone | STATISTIQUE METHADONE statistique des consommateurs suivant un traitement à la méthadone (cf. 5.5.1) |

^{gs} Source : OFSP, Division épidémiologie et maladies infectieuses, Madame Masserey.

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

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

Tableau 5.4-1 Données sur la séroprévalence au VIH et aux hépatites auprès de diverses sous-populations de consommateurs de drogues dans le Canton de Vaud (1996-2001)

	% testés VIH	% VIH+	% testés hép. B	% hép. B+	% testés hép. C	% hép. C+
Etude Bas seuil						
SBS 1996	99%	11%				
SBS 2000	92%	7%	78%	36%	70%	58%
Statistique FOS						
FOS 1999	80%	9%				
FOS 2000	71%	9%				
FOS 2001	70%	13%				
Statistique Méthadone						
METHA 2001	63%	15%	59%	36%	61%	60%

En ce qui concerne les hépatites, on dispose de peu de données mais elles montrent l'importance du développement de l'hépatite C chez les consommateurs de drogues. Plus de la moitié des usagers des SBS rapportent au moins un test positif à l'hépatite C (58%, la moyenne suisse étant à 59% en 2000), 36% pour l'hépatite B (la moyenne suisse étant à 40% en 2000). La statistique des traitements à la méthadone^{jj} présente les mêmes tendances : 60% des consommateurs testés sont positifs à l'hépatite C, 36% à l'hépatite B.

5.4.3 Exposition aux risques et protection

Résumé On ne dispose pas de données récentes sur les expositions aux risques liés à l'injection dans la clientèle des SBS, mais en 2000 elles restent élevées : 22% des usagers des SBS ont partagé leur seringue durant les 6 derniers mois précédant l'enquête, ce qui constitue le double de la moyenne suisse en 2000. Le taux de partage mesuré sur le dernier mois ou les derniers 12 mois dans la statistique FOS est aussi assez élevé: 14% ont partagé leur seringue durant le mois précédant l'entrée en institution en 1999, 7% en 2001.

D'autres expositions aux risques liées à l'injection sont mesurées dans l'enquête SBS : 70% ont partagé la cuillère avec quelqu'un d'autre durant les 6 derniers mois précédant l'enquête, 47% ont utilisé le même filtre, 31% ont puisé dans la même eau. L'ensemble de ces expositions aux risques sont plus élevées que la moyenne suisse.

On dispose dans cette section de deux sources de données : principalement les enquêtes auprès de la clientèle des structures à bas seuil, dont la dernière date de 2000 (cf. 5.2.2) et la statistique des institutions résidentielles qui donnent également quelques indications concernant l'exposition aux risques dans le cadre de l'injection.

Dans les SBS du Canton de Vaud, le partage de seringue usagée durant les 6 derniers mois s'élevait à 39% en 1993, il s'est abaissé en 1996 à 24% et s'est stabilisé en 2000 à 22%, le double de la moyenne suisse (12% en 2000) (cf. Tableau 5.4-2). Le don de seringue usagée durant les 6 der-

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

niers mois a diminué presque de moitié entre 1996 et 2000 (22% à 13%), pour atteindre presque la moyenne suisse de 2000 (9%)^{kk}.

Tableau 5.4-2 Exposition aux risques des clients des structures à bas seuil consommateurs de drogues dures, 1993-1996-2000 (Source IUMSP)

	1993		1996		2000			Suisse
	Rel'aids	Suisse	Saint-Laurent	Suisse	Lau-sanne	Canton	TOTAL VAUD	
Partage de seringue usagée*								
% durant les 6 derniers mois	39	17	24	11	21	23	22	12
Don de seringue usagée*								
% durant les 6 derniers mois			22	9	9	17	13	9
Utilisation du préservatif **								
% Partenaire(s) stable(s)	65	60	51	53	64	60	62	56
% toujours utilisé préservatif	32	26	21	27	36	25	31	29
% jamais utilisé préservatif	46	55	58	58	44	57	50	55
% partenaire non consommateur	-	-	46	52	63	69	65	52
% Partenaire(s) occasionnel(s)	35	34	40	31	40	35	38	32
% toujours utilisé préservatif	62	61	77	67	80	62	72	72
% jamais utilisé préservatif	3	14	8	13	8	24	15	15
Utilisation du préservatif								
Durant dernier rapport sexuel	-	-	51	51	55	44	50	48
n	90	1119	65	944	97	82	179	924

* Taux rapporté à la population concernée.

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

Dans la statistique FOS, le taux de partage de seringue usagée durant le mois précédant l'entrée en institution est aussi élevé même s'il a diminué en 2001 : 14% en 1999, 7% en 2001 (cf. annexes 1.1). Le taux de partage durant les 12 derniers mois est passé de 32% en 1999 à 26% en 2001. Ces données confirment l'importance de l'exposition au risque dans le cadre de l'injection mesurée dans l'enquête SBS.

D'autres expositions aux risques sont documentées dans l'enquête SBS : 70% des injecteurs de l'enquête 2000 ont partagé la cuillère avec quelqu'un d'autre durant les 6 derniers mois précédents l'enquête, la moyenne suisse de 2000 étant de 51%. 47% ont utilisé le même filtre, la moyenne suisse de 2000 étant de 38%. 31% ont puisé dans la même eau, la moyenne suisse de 2000 étant de 26%^{kk}. Enfin, 13% ont partagé le coton, la moyenne suisse de 2000 étant de 7%. Ces expositions aux risques sont plus élevées que la moyenne suisse.

Les différents indicateurs de protection contre la transmission du VIH par voie sexuelle ont peu évolué au cours du temps et sont proches de la moyenne suisse. La majorité des consommateurs de drogue se protègent dans le cadre de leurs relations avec des partenaires occasionnels (72% utilisent toujours le préservatif, en 2000). Par contre, seule une minorité l'utilise systématiquement avec le partenaire stable (31% en 2000). Ce taux de protection est faible sachant que 65% d'entre eux ont eu un partenaire stable qui ne consommait pas de drogue dure en 2000. Enfin, la

^{kk} Cette question n'a été introduite qu'à partir de 1996.

moitié des usagers des SBS a utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel (50% en 2000). Ces comportements sont proches de ceux de la moyenne suisse.

L'état de santé perçu par les consommateurs de drogues est relativement stable au cours du temps : 74% se déclarent en bonne santé en 2000 (la moyenne suisse étant à 77% en 2000).

5.4.4 Caractéristiques démographiques et sociales des consommateurs de drogues

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

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

• consommateurs dépendants	ETUDE BAS SEUIL auprès de la clientèle des structures à bas seuil d'accès (cf. 5.2.2)
• traitements résidentiels	STATISTIQUE FOS statistique des usagers des structures résidentielles (cf. 5.5.2)
• traitements méthadone	STATISTIQUE METHADONE statistique des consommateurs suivant un traitement à la méthadone (cf. 5.5.1)
• unité de sevrage	STATISTIQUE OPALE À LA CALYPSO ^{ll} statistique des consommateurs suivant un sevrage à la Calypso (cf. 4.3)

On constate dans le Tableau 5.4-3 que la proportion de femmes varie dans les différentes structures, entre 29% (Calypso 2001) et 36% (FOS 2000)^{mmm}. L'âge moyen est un peu plus élevé chez les usagers suivant un traitement à la méthadone (33.5 ans en 2001, 28.9 dans les structures résidentielles en 2001).

Si l'on considère l'évolution au cours du temps, on constate une tendance au vieillissement dans toutes les catégories de structures. Celle-ci est particulièrement forte chez les usagers suivant un traitement à la méthadone : 31.1 ans en moyenne en 1997, 33.5 ans en 2001.

La situation du logement des consommateurs de drogue s'est un peu améliorée dans les dernières années par le fait que la proportion de personnes sans domicile fixe a légèrement diminué et semble se stabiliser. De plus, elle ne touche qu'une faible proportion de consommateurs : 2% de sans domicile fixe chez les usagers suivant un traitement à la méthadone en 2001, 8% chez les usagers en traitement résidentiels en 2001. Toutefois, la situation des consommateurs fréquentant les SBS, principalement celles situées à Lausanne, sont nombreux à connaître une situation de logement précaire (cf. 4.5).

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

^{mmm} Exception faite de SBS 1996.

Tableau 5.4-3 Données socio-démographiques de diverses sous-populations de consommateurs de drogues dans le Canton de Vaud (1996-2001)

	% femme	Age moyen	% sdf	% sans emploi	% AI, AVS, chômage	% assistance publique	Revenu illégal
Bas seuil							
SBS 1996	48%	29.2	**14%	85%	38%	47%	14%
SBS 2000	33%	30.7	7%	73%	35%	51%	12%
FOS							
FOS 1999	32%	27.8	11%	63%	8%	*38%	11%
FOS 2000	36%	28.2	8%	61%	4%	*30%	13%
FOS 2001	31%	28.9	8%	62%	4%	*39%	18%
Methadone							
Méthadone SSP 1997	32%	H : 31.1 F : 30.1					
Méthadone SSP 1999	31%	H : 32.3 F : 31.1					
Méthadone SSP 2001	32%	33.5	2%	54%	21%	24%	
Calypso							
OPALE 1999	29%	29.8	8%	78%			
OPALE 2000	29%	29.6	3%	79%			
OPALE 2001	29%	30.6	4%	65%			

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

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

L'accès au travail s'est peu amélioré dans les SBS (85% sans emploi en 1996, 73% en 2000). On constate que le taux des non-actifs est plus bas chez les personnes suivant un traitement à la méthadone (54% sans emploi). Le recours aux assurances (AI, chômage) et à l'aide sociale se stabilise mais est plus important pour les usagers des SBS (51% des usagers des SBS bénéficient de l'assistance publique en 2000 et 35% d'une assurance sociale versus 24% et 21% chez les usagers suivant un traitement à la méthadone).

Les personnes en traitement à la méthadone représentent une population plus âgée, avec une situation sociale moins précaire que les autres.

5.5 ÉVOLUTION DES PRISES EN CHARGE ET DES TRAITEMENTS

Résumé Le nombre de traitements à la **méthadone (statistique du Service de la santé publique)** s'est stabilisé depuis 1999 dans le Canton de Vaud (1'710 en 1999, 1'782 en 2001). On observe un nombre un peu plus bas en 2000, artefact dû au changement de logiciel d'enregistrement.

Le nombre de **traitements résidentiels** a augmenté durant les dernières années (101 en 1999, 142 en 2001).

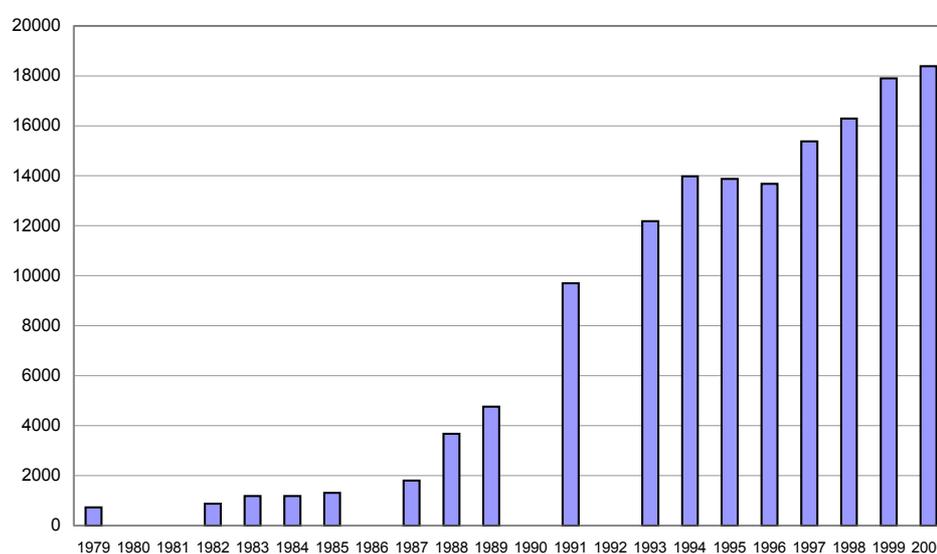
Le nombre d'admissions hospitalières dans **les institutions psychiatriques vaudoises** (à l'exception de la Calypso), qui contenaient une indication de toxicodépendance et **enregistrées par la statistique OPALE**, est resté stable entre 1999 et 2001 (521 en 1999 et 464 en 2001). La même tendance est observée en ce qui concerne les admissions pour consommation de drogues dures (qui représentent 46% des admissions hospitalières avec un diagnostic en toxicodépendance en 2001).

5.5.1 Traitements de substitution à la méthadone

▪ Quelques données concernant les traitements à la méthadone en Suisse

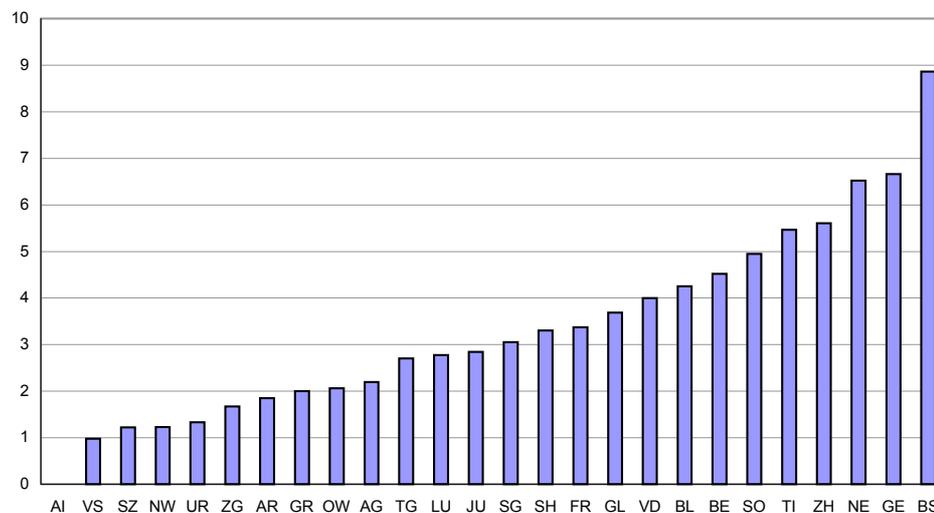
Le nombre de traitements de substitution à la méthadone en Suisse a considérablement augmenté à la fin des années 80 et au début des années 90¹⁶. Il est ainsi passé d'un peu moins de 2'000 traitements en 1987 à près de 14'000 en 1994. Cette augmentation a été suivie d'une période de stabilité jusqu'en 1996. Celle-ci était sans doute due au développement de la prescription médicale d'héroïne. Dès 1997, le nombre de traitements à la méthadone a repris une tendance à la hausse et ce sont 18'393 traitements qui ont été enregistrés en 2000 (Figure 5.5-1).

Figure 5.5-1 Nombre de traitements à la méthadone en Suisse: 1979-2000 (Source : OFSP)



Quatre cantons enregistrent plus de la moitié de l'ensemble des traitements en Suisse, dont le Canton de Vaud (ZH, BE, GE, VD). Cependant, si l'on calcule le nombre de traitements pour 1000 habitants de 20 à 64 ans, ce sont les cantons de Bâle-Ville, de Genève et de Neuchâtel qui affichent les taux les plus élevés (Figure 5.5-2). Le Canton de Vaud occupe la 9^{ème} place. Avec 1'782 traitements en 2001, le Canton de Vaud représente environ 10% des traitements en Suisse. Ce qui correspond à la proportion de la population vaudoise par rapport à l'ensemble de la Suisse.

Figure 5.5-2 Nombre de traitements pour mille habitants de 20-64 ans par canton, 2000
(Source : OFSP)



■ Données concernant les traitements à la méthadone dans le Canton de Vaud

Jusqu'en 2000, les données relatives aux traitements de substitutions dans l'ensemble du canton provenaient des données disponibles dans le registre des autorisations délivrées par le médecin cantonal. En 2000, le Service de la santé publique (SSP) a mis en place un nouveau logiciel permettant d'optimiser la gestion des traitements de substitution d'une part et de fournir un outil de recherche dans le domaine des addictions d'autre part. L'extraction des données de ce nouveau logiciel étant extrêmement complexe et pas encore systématisée, nous nous référons dans ce chapitre pour les données 2001 au rapport de Monsieur S. Doll¹⁷, qui les a analysées en détail.

Les données à disposition du SSP sont de quatre ordres :

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

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

Le nombre de traitements à la méthadone dans le Canton de Vaud n'a cessé d'augmenter au cours des années observées, il est passé de 1'127 en 1994 à 1'710 en 1999, puis il s'est stabilisé. Ces chiffres sont fournis par le SSP au début de l'année suivante, ce qui correspond à un pointage du nombre de traitements suivis en janvier de l'année suivante. En 2001, le nouveau logiciel dénombre 1'782 traitements à la méthadone dispensés au cours de l'année 2001 dans le canton. Les traitements en milieu carcéral ne sont pas comptabilisés (cf. 4.4).

Environ un tiers des traitements de substitution sont suivis par des femmes (cf. Tableau 5.5-1). L'âge moyen des femmes est proche de celui des hommes. Par contre pour les deux sexes, l'âge moyen augmente au cours de la période étudiée : il passe chez les hommes de 29.7 ans en 1994 à 33.9 ans en 2001, chez les femmes de 29.4 ans à 32.8 ans.

Tableau 5.5-1 Nombre de traitements de substitution, proportion de femmes et âge moyen de 1994 à 2001 (Source SSP, rapport S. Doll)

	1994	1997	1999	2001
Nombre de traitements	1127	1560	1710	1782
Proportion de femmes	34%	32%	31%	32%
Age moyen				
▪ Hommes	29.7 ans	31.1 ans	32.3 ans	33.9 ans
▪ Femmes	29.4 ans	30.1 ans	31.1 ans	32.8 ans

Parmi les 1'782 cures suivies en 2001, 67 sont des premières cures (4%) (cf. Tableau 5.5-2). 286 se sont terminées durant l'année 2001, dont 17 suite à un décès. Le nombre de médecins prescrivant de la méthadone est resté relativement stable depuis 2000 : 248 médecins en 2000, 236 en 2001.

Tableau 5.5-2 Type de traitement de substitution 2001 (rapport S. Doll)

	2001
Nombre de traitements	1782
Nombre de 1ères cures	67
Nombre total de fin de cures	286
Nombre de fin de cures dues à un décès	17
Nombre de médecins prescrivant de la méthadone	236

Les données présentées ci-après proviennent des questionnaires d'entrée, qui ont été remplis en 2001 pour 512 patients. Les deux tiers environ sont de nationalité suisse, 66% sont célibataire, un quart a des enfants. Quant au niveau de formation atteint : 27% scolarité obligatoire, 37% apprentissage, 24% formation supérieure.

Tableau 5.5-3 Traitement à la méthadone : résultats du questionnaire d'entrée 2001*
(rapport S. Doll)

	2001
Nationalité	
Suisse	66%
Etat-civil	
Célibataire	66%
Présence enfant	
Avec enfant	24%
Niveau de formation	
Niveau obligatoire	27%
Apprentissage	37%
Formation supérieure	24%
Traitement antérieur concernant dépendance	86%
Traitement méthadone**	55%
Nombre de questionnaires d'entrée	512

* On compte un taux relativement élevé de non-réponse aux diverses questions (6% à 37%).

** Parmi les traitements antérieurs.

86% ont déjà bénéficié d'au moins un traitement concernant leur problème de dépendance dans le passé (440), parmi ces prises en charge 55% étaient des traitements à la méthadone (241).

5.5.2 Traitements résidentiels (FOS)

En 1998, un répertoire des institutions résidentielles en Suisse a été publié par COSTEⁿⁿ¹⁸. Elle comprend des renseignements sur l'organisation, le processus d'admission, le concept thérapeutique, le coût et les prestations offertes.

Depuis 1995, la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS)^{oo} décrit annuellement la clientèle des centres de traitements résidentiels en Suisse. Dans le Canton de Vaud, trois établissements participent à la statistique FOS depuis 1998 : le Relais, Bartimée et le Levant^{pp}. Deux ont débuté la collecte des données au 1^{er} janvier 1998 et un à la fin de juillet 1998. Les données de 1998 ne sont donc pas complètes, raison pour laquelle elles ne sont pas présentées dans ce rapport.

La statistique FOS est composée de deux questionnaires : le premier est rempli durant le premier mois de séjour dans l'institution et comporte les variables socio-démographiques concernant le résident. Il décrit sa situation socioprofessionnelle avant son admission, ainsi que son parcours dans la consommation de drogues. La plupart des questions concernant l'insertion sociale et la consommation avant l'admission distinguent deux périodes : le mois avant « la cure de désintoxication précédant l'admission » et 12 mois avant « la cure de désintoxication précédant l'admission ». Dans le cas d'institutions pour lesquelles la transition par un sevrage n'est pas obligatoire (Le Relais et le Levant), nous avons considéré que cette période correspondait au mois précédant l'admission. Le

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

^{oo} FOS : Forschungsverbund stationäre Suchttherapie.

^{pp} Narconon ne participe pas à la statistique FOS.

deuxième questionnaire est rempli lors de la sortie du résident, ces données ne sont pas présentées dans la partie épidémiologique. En plus des analyses présentées dans cette section, la statistique FOS a aussi permis de décrire la clientèle du Relais, du Levant et de Bartimée (voir cahier 2).

Les données présentées pour le Canton de Vaud couvrent 3 années soit de 1999 à 2001. Un certain nombre de problèmes se posent cependant pour leur exploitation. Pour 2001, un nombre plus élevé de questionnaires a été rempli contenant, toutefois, beaucoup de données manquantes. Ceci est lié notamment aux bouleversements qu'a connus la structure de Bartimée durant cette année qui ont induit une rotation semblerait-il plus rapide des résidents. L'année 2000 pose également des problèmes car, pour le Relais, seules les informations concernant l'âge et le sexe sont disponibles⁹⁹.

Pour ces raisons, nous avons fait le choix de présenter les pourcentages calculés non pas sur l'effectif total des résidents mais sur l'effectif avec données complètes. Le nombre de données manquantes figure dans les tableaux en dessous de chaque indicateur. La comparaison entre les différentes années est ainsi facilitée. Toutefois, lorsque les données manquantes sont nombreuses, la validité des résultats est moins grande. Le profil de l'ensemble de la clientèle de structures résidentielles vaudoises participant à FOS est présenté ici au niveau cantonal, les résultats par structure figurent dans le cahier 2. Avant de présenter les résultats cantonaux, voici quelques données nationales FOS 2001.

▪ Quelques données concernant les structures résidentielles en Suisse

Il n'est actuellement pas possible de savoir exactement combien de places sont disponibles dans la totalité des institutions de traitement résidentiel en Suisse. Les données récoltées par COSTE constituent la meilleure estimation à l'heure actuelle et elles indiquent l'existence de 994 places dans ces institutions en 2000.

En 2001, 61 centres ont participé à la statistique FOS (48 en Suisse allemande, 9 en Suisse romande et 4 au Tessin)¹⁹. Ainsi, au total 811 questionnaires d'entrée et 767 questionnaires de sortie ont été remplis. Dans les questionnaires d'entrée, on compte 28% de femmes. L'âge moyen des hommes s'élève à 29.6 (médiane 29.5), celui des femmes à 27.2 (médiane 26.0).

▪ Données concernant les structures résidentielles vaudoises

Les données FOS montrent une augmentation du nombre de personnes ayant commencé un séjour résidentiel : 101 en 1999, 114 en 2000 et 142 en 2001. Cette augmentation a surtout eu lieu dans les foyers du Relais et de Bartimée qui regroupaient en 2001 chacun environ 25% de la clientèle, 50% étant au Levant (cf. Tableau 5.5-4).

Environ 30% des personnes entrées sont des femmes. L'âge moyen est passé de 27.8 ans à 28.9 en 3 ans (médiane à 28 ans). Environ 30% de la clientèle est âgée de 26 à 30 ans. La classe des moins de 20 ans diminue légèrement (11% à 4%).

⁹⁹ Le délai pour le renvoi des questionnaires ayant été avancé, les questionnaires sont arrivés trop tard et n'ont plus été intégrés par l'ISF.

Tableau 5.5-4 Profil des entrées dans les institutions résidentielles de 1999 à 2001 (Source FOS)

	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs	101		114		142	
Nb femmes	32	32	41	36	44	31
Age						
Age moyen	27.8		28.2		28.9	
Age médian	28.0		28.0		28.0	
15 à 20 ans	11	11	9	8	6	4
21 à 25 ans	22	22	31	27	33	24
26 à 30 ans	37	37	32	28	45	31
31 à 35 ans	22	22	27	24	31	22
36 ans et plus	9	9	15	13	27	19
Centre de traitement*						
Relais	18	18	27	24	37	26
Bartimée	17	17	16	14	34	24
Levant	66	65	71	62	71	50

* Narconon ne participe pas à la statistique FOS.

La consommation de drogues dures durant le mois précédant l'admission présente des variations selon les années : 83% en 1999, 76% et 57% respectivement pour 2000 et 2001. L'année 1999 présente donc un pic pour toutes les données de consommation. Il semble que cela ait été une année particulière, avec des fréquences plus élevées pour tous les indicateurs. Toutefois, les données manquantes en 2000 et 2001 (32 et 38 questionnaires) rendent l'interprétation délicate.

Les données sur la consommation d'héroïne durant le dernier mois sont proches de celles d'OPALE, avec environ 60% de personnes concernées. La consommation de cocaïne a diminué en 2001 (73% en 1999, 46% en 2001). La consommation conjointe d'héroïne et de cocaïne a été maximale en 1999 et 2000 et touchait alors un peu plus de la moitié de la clientèle des résidentiels vaudois.

Tableau 5.5-5 Données autour de la consommation dans les structures résidentielles de 1999 à 2001 (Source : FOS)

	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs	101		114		142	
Drogues dures durant le mois						
Droque dure durant le mois	74	83	62	76	59	57
Héroïne	57	64	56	68	39	38
Cocaïne	65	73	53	68	48	46
Héroïne et cocaïne	48	54	44	54	28	27
Missing	12		32		38	

	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs	101		114		142	
Injection						
Durant le mois (rapporté aux consommateurs de DD durant le dernier mois)	65	88	51	82	46	78
Durant la vie	83	93	75	91	81	78
Missing	12		32		38	
Polytoxicomanie						
Toujours, le plus souvent	46	52	49	60	19	18
Occasionnellement	22	25	11	13	22	21
Jamais	18	20	22	27	52	50
Missing	12		32		38	
Traitement antérieur						
Aucun traitement	20	20	39	34	41	29
Traitement de substitution	57	56	51	45	54	38
Entrée institution						
Entrée immédiate après sevrage	62	72	40	50	56	42
Missing entrée	15		34		7	
Suite à autre résidentiel	24	24	29	25	56	39
Période d'essai	18	18	24	21	28	19
Condition d'admission						
Volontaire	75	79	61	73	100	86
Involontaire	20	21	23	27	17	15
Missing	6		30		25	

Au cours de leur vie environ 90% des résidents ont consommé une fois au moins par injection, cette proportion passe à 78% en 2001. La proportion d'injecteurs durant le mois précédant l'admission diminue également : 88% en 1999 et 78% en 2001.

Environ 20 à 30% des résidents n'avaient pas eu de traitement en relation avec leur dépendance avant l'entrée en résidentiel. Entre 40 et 55% avaient cependant bénéficié d'un ou de plusieurs traitement de substitution. Pour une grande majorité, l'admission a eu lieu tout de suite après un sevrage ou suite au passage dans une autre institution résidentielle. Les trois quarts des admissions ont été volontaires.

5.5.3 OPALE, la statistique des institutions psychiatriques vaudoises

■ Source des données et population étudiée

La statistique OPALE regroupe les statistiques des institutions psychiatriques vaudoises à l'exception du secteur Est^{rr}. La gestion de cette statistique est conjointe pour les secteurs Nord/Centre/Ouest et permet d'obtenir des informations sur les patients par unité de soins,

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

selon le(s) diagnostic(s) posé(s). Depuis 1997, elle contient une série d'autres variables médico-sociales sur l'insertion sociale des patients, la nature et les modalités du traitement, les réseaux de collaboration dans le système socio-sanitaire ("adressé par" et "adressé à"), etc. En plus des quelques analyses présentées dans cette section, la statistique OPALE a aussi été utilisée pour décrire la clientèle et les activités du Centre St-Martin de l'UAS et La Calypso.

Dans la statistique OPALE, les intervenants peuvent coder jusqu'à 10 diagnostics dont l'un est le diagnostic principal, c'est-à-dire le problème le plus important ou celui motivant la consultation ou le suivi. Les autres sont considérés comme des diagnostics secondaires, associés (comorbidités), sans égard à leur degré de gravité. Pour 1996 et 1997, seul le diagnostic principal avait été demandé lors de l'extraction des données. Le fichier analysé pour les années 1998 à 2001 contient également les 9 possibilités de diagnostics secondaires, ce qui permet d'apprécier les comorbidités psychiatriques et la polytoxicomanie et d'inclure tous les patients concernés à un degré ou à un autre par un problème de dépendance.

Dans les rapports précédents, l'analyse avait porté sur les patients ayant eu un diagnostic de toxicomanie aux opiacés ou à la cocaïne. Dans ce rapport, sont inclus dans l'analyse épidémiologique l'ensemble des admissions contenant une indication de toxicodépendance (toute substance autre que l'alcool ou le tabac) enregistrée dans la statistique OPALE **en milieu hospitalier**, excepté la Calypso^{ss}.

■ Nombre d'admissions et diagnostics

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

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

^{ss} Seules les admissions comportant uniquement une dépendance au tabac et/ou à l'alcool ont été exclues d'emblée de l'analyse.

Tableau 5.5-6 Nombre d'admissions et de patients par année, 1998-2001 (Source : OPALE : hospitalisation hors Calypso)

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nb d'admission	521		464		484		464	
Nb de patients	398		402		393		389	
% de femmes¹		37		40		34		40
Age moyen¹	32		34		33		33	
Age médian¹	30		31		30		30	
Age min-max	15-89		14-83		15-87		15-86	

¹ Calculé sur le total de patients.

Le type de produit le plus fréquemment mentionné dans les diagnostics en 1998 est les opiacés (57% des cas). Dès 1999, les diagnostics « opiacés » diminuent et se stabilisent (36% en 2001), au profit du cannabis (21% en 1998, 39% en 2001), de l'alcool (13% en 1998, 27% en 2001) et de la cocaïne (6% en 1998, 21% en 2001). Les diagnostics « benzodiazépines » et « toxicomanie à des produits multiples » oscillent entre 15% et 23 % des admissions au cours du temps.

L'admission pour consommation de drogues dures diminue entre 1998 et 1999, puis se stabilise (61% en 1998, 41% en 1999 et 46% en 2001).

Tableau 5.5-7 Toxicomanie selon les produits impliqués, ensemble des admissions, 1998-2001 (Source : OPALE : hospitalisation hors Calypso)

Produit impliqué	1998		1999		2000		2001	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Opiacé	298	57	172	37	183	38	168	36
Cocaïne	32	6	45	10	59	12	95	21
Benzodiazépine	78	15	105	23	73	15	108	23
Cannabis	107	21	132	28	174	36	181	39
Hallucinogène	6	1	4	1	7	1	4	1
Alcool	68	13	99	21	110	23	126	27
Multiples produits	83	16	95	21	98	20	79	17
Total opiacé ou cocaïne	315	61	192	41	215	44	211	46
Opiacé et cocaïne	15	3	25	5	27	6	52	11

Le premier diagnostic est majoritairement le problème de toxicodépendance ; la proportion diminue entre 1998 et 2000, puis augmente à nouveau légèrement en 2001 (73% en 1998, 62% en 1999, 55% en 2000, 61% en 2001).

Le pourcentage de diagnostics psychiatriques (en premier diagnostic ou en diagnostic associé) augmente en 1999, puis se stabilise autour des 80% (60% en 1998, 85% en 1999, 83% en 2000). On relève parmi les troubles les plus souvent cités l'anxiété, les troubles de l'adaptation (45% en 2001), viennent ensuite les troubles de la personnalité et du comportement (26% en 2001), suivis des troubles de l'humeur (20%) et des troubles psychotiques (16% en 2001).

Tableau 5.5-8 Diagnostics psychiatriques les plus fréquemment posés en cas de toxicodépendances, 1998-2001 (Source : OPALE : hospitalisation hors Calypso)

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ensemble des admissions	521		464		484		464	
Au moins un diagnostic psychiatrique cité	312	60	393	85	404	84	383	83
Diagnostics psychiatriques le plus souvent cités								
Troubles de la personnalité et du comportement	103	20	123	27	133	27	119	26
Troubles de l'humeur	75	14	106	23	105	22	90	20
Troubles psychotiques	65	12	76	16	62	13	72	16
Anxiété, adaptation	154	29	199	43	190	39	210	45

En 1998, la moitié des traitements destinés aux admissions pour dépendance aux drogues dures était des sevrages. Depuis 1999, les principaux traitements dispensés aux personnes présentant des problèmes de dépendance aux drogues dures sont des traitements psychiatriques (82-84%), seuls 9% à 11% sont des sevrages. Ceci est vraisemblablement dû à l'ouverture de la Calypso.

Tableau 5.5-9 Nature du traitement en cas de diagnostics aux drogues dures, 1998-2001 (Source : OPALE : hospitalisation hors Calypso)

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre total d'admissions dd	315		192		215		211	
Nature du traitement								
Traitements psychiatriques	121	38	158	82	179	83	179	84
Sevrage	153	49	21	11	19	9	24	11

5.6 CONCLUSIONS A PARTIR DES INDICATEURS EPIDEMIOLOGIQUES

5.6.1 Rappel méthodologique

La synthèse des informations rassemblées dans ce chapitre épidémiologique permet d'émettre des hypothèses sur l'évolution du nombre de consommateurs de drogues et de la gravité des problèmes liés à la consommation dans le Canton de Vaud. Un tableau de synthèse est proposé à la fin de ce chapitre ; il présente les hypothèses de changement depuis le dernier rapport, soit depuis 1999.

Il faut toutefois garder à l'esprit que l'analyse des données épidémiologiques repose sur des données provenant d'études ou de statistiques parfois incomplètes, dont la validité peut être limitée par différents facteurs (par ex. représentativité, biais de sélection, etc.). Ces données concernent des groupes de consommateurs distincts, puisque recrutés dans des situations et des lieux différents avec des méthodologies différentes. Néanmoins, on peut dégager quelques grandes lignes d'évolution qui doivent être traitées comme des hypothèses et des réflexions de tendance générale.

5.6.2 Synthèse des principaux indicateurs

■ Evolution de la prévalence et des modes de consommation

Les résultats des diverses enquêtes chez les adolescents et dans la population adulte confirment une augmentation de la consommation de cannabis. La consommation d'alcool et de tabac est aussi en augmentation, particulièrement chez les jeunes filles.

Les quelques données à disposition (cf. 6.2.4) concernant les drogues de synthèse (« party drugs ») montrent qu'une partie des jeunes adultes consomment de façon abusive de l'ecstasy et d'autres drogues, y compris de la cocaïne.

Par contre, les enquêtes de population indiquent une stabilisation de la consommation de drogues dures (héroïne et cocaïne). Une tendance à la baisse de l'injection semble se dégager.

On ne dispose pas de données récentes nationales et cantonales sur la consommation de drogues dures auprès d'usagers dépendants. La clientèle vaudoise des structures à bas seuil a moins recours à l'injection que la clientèle suisse des SBS. On compte également moins de consommateurs réguliers d'héroïne et cocaïne au sein de cette clientèle vaudoise. Il est possible que le nombre et la qualité des traitements à la méthadone dispensés soient à l'origine de cette situation.

D'autres indicateurs, mesurant indirectement le nombre de consommateurs, vont dans le même sens d'une diminution du nombre de consommateurs de drogues dures:

- Les statistiques de répression montrent une diminution des dénonciations pour consommation d'héroïne et de cocaïne, certes plus forte pour l'héroïne que pour la cocaïne. On observe aussi une diminution des saisies. Rappelons toutefois que ces statistiques sont aussi un indicateur de l'activité de la police qui peut avoir changé sa pratique.
- Les statistiques d'entrée en traitement et les enquêtes effectuées dans les structures à bas seuil montrent une augmentation de l'âge moyen des consommateurs. Cela peut indiquer

une diminution de l'entrée en dépendance mais aussi une augmentation de la rétention en traitement (cohorte vieillissante).

Ces statistiques ne couvrent pas les consommateurs dits « cachés » qui ne souhaitent pas être traités, qui ne fréquentent pas les SBS et qui n'ont jamais été arrêtés par la police. Toutefois, il faut rappeler qu'une enquête menée il y a quelques années mettait en évidence que la population véritablement cachée de consommateurs d'héroïne était probablement peu importante, particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes consommant par injection^{20 21}. Les consommateurs de drogues dures que l'on ne trouve pas dans les structures spécialisées seraient donc plutôt des personnes consommant de la cocaïne et/ou ne s'injectant pas de substance (consommation plutôt "récréative").

Cette lente amélioration globale de la situation de la consommation des drogues dures ne doit toutefois pas faire oublier le problème de la multiconsomption (drogues dures + benzodiazépines + alcool, etc.), le fait que les benzodiazépines soient parfois injectées (comprimés dissous) et les abus aigus de cocaïne entraînant des épisodes d'injections très fréquentes avec des troubles du comportement. Ces questions, qui posent beaucoup de problèmes au sein des structures d'accueil et de traitement, font l'objet d'un chapitre séparé (6.2.1 et 6.2.2).

■ Santé

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

- Le nombre de personnes en traitement se stabilise (légère augmentation des traitements en milieu résidentiel). La philosophie de maintenance et de réduction des risques (pas d'exclusion automatique du traitement en cas de consommation parallèle et insistance sur la permanence du lien thérapeutique) est associée cependant, pour une minorité des personnes en traitement, à une persistance de risques dus à la consommation intraveineuse (particulièrement de cocaïne et de benzodiazépines).
- Le nombre de décès par overdose se stabilise (10 à 15 décès par an).
- En revanche, le nombre de nouveaux cas de VIH, en général et chez les personnes toxicomanes, a augmenté ainsi que la prévalence du VIH dans les différentes structures d'aide et de traitement.
- Le dépistage plus systématique du VHC a confirmé une prévalence de l'hépatite C très élevée chez les consommateurs de drogues utilisant les SBS et/ou suivant un traitement à la méthadone. Une campagne de prévention et de sensibilisation à ce problème a démarré à la fin de l'année 2002 dans toutes les structures spécialisées du canton.
- Les dernières données sur le partage de matériel d'injection et de matériel servant à préparer l'injection datent de 2000 et montrent que le taux de partage des seringues rapporté par les utilisateurs des centres d'accueil a diminué. Il était cependant à cette époque encore plus élevé dans le canton de Vaud qu'en Suisse. Le partage de matériel d'injection avant l'entrée en traitement résidentiel reste aussi élevé.

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

■ Situation sociale

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

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

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

Tableau 5.6-1 Synthèse de l'évolution des principaux indicateurs indirects du nombre de consommateurs dépendants et de la gravité des problèmes liés à la dépendance* et hypothèses de changement entre 1999 et 2002

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

** **Exemple de lecture :** SANS DOMICILE FIXE
2^e colonne : la proportion de sans domicile fixe est stable.
3^e colonne : la proportion de sans domicile fixe n'est pas un indicateur indirect du nombre de consommateurs.
4^e colonne : la proportion de sans domicile fixe est un indicateur indirect de la gravité des problèmes liés à la dépendance. La proportion de sans domicile fixe étant stable, l'hypothèse suivante peut être formulée : les problèmes liés à la dépendance ne s'aggravent pas.

6 QUESTIONS TRANSVERSALES : EVOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE ET ETAT DU DEBAT

6.1 INTRODUCTION

Dans ce chapitre, nous présentons quelques-unes des préoccupations principales qui nous sont transmises par les gens du terrain ou qui apparaissent régulièrement dans les discussions avec les équipes évaluées. Il ne s'agit pas d'une présentation exhaustive des problèmes liés à la toxicomanie et à son évolution. Le choix des questions abordées s'est fait sur la base soit de la récurrence de la mention d'un problème (logement), soit de l'émergence de phénomènes nouveaux de consommation (produits psycho-stimulants) ou encore de l'évolution d'un aspect particulier de la toxicomanie (double diagnostic).

Les informations présentées sont issues à la fois des données quantitatives travaillées dans le cadre de l'analyse épidémiologique et des données qualitatives issues des réunions de suivi menées avec les différentes équipes de professionnels. De plus, notre participation à diverses rencontres scientifiques (colloques, conférences, groupes de travail du GREAT, etc.) nous a également permis de confronter les problématiques retenues ici avec les sujets de débats en Suisse Romande et parmi un public parfois moins spécialisé dans le domaine de la toxicomanie.

Le but de ce chapitre est de mettre en perspective les diverses sources de données à notre disposition et de faire l'état du débat dans le canton sur quelques points importants, de transmettre les inquiétudes des gens du terrain ou de la population de manière plus générale et de relever les points susceptibles de poser un problème de santé publique dans les années à venir.

Pour la rédaction de ce chapitre, nous avons collaboré étroitement avec l'équipe de Rel'ier, bénéficiant de ses connaissances tant du point de vue du réseau que de celui de la toxicomanie en général. Nous avons ainsi pu avoir des informations tirées à la fois du suivi du « dispositif seuil-bas » que Rel'ier assure au niveau de l'agglomération lausannoise et d'éléments provenant des différentes régions grâce à son engagement au niveau cantonal.

Différents intervenants dans le domaine de la toxicodépendance ont également été sollicités pour compléter et relire les points présentés ici, qu'ils en soient remerciés.

6.2 CONSOMMATION (COCAÏNE/AUTRES PRODUITS)

6.2.1 Héroïne, cocaïne

D'une manière générale, dans les discours des intervenants du domaine de la toxicomanie, l'évolution de la consommation de cocaïne est largement mentionnée et présentée comme très élevée et préoccupante. Les données épidémiologiques montrent cependant que :

- Les enquêtes de population (chapitre Epidémiologie) indiquent une baisse probable de la consommation d'héroïne et une faible hausse de la consommation de cocaïne.
- Les données d'enquêtes auprès des clients des structures à bas seuil en Suisse font état d'une augmentation importante de la consommation de cocaïne entre 1993 et 1996 et

d'une légère baisse entre 1996 et 2000. La consommation d'héroïne diminue un peu plus nettement durant la même période.

- Les données des structures vaudoises évaluées indiquent également une hausse du pourcentage de consommateurs de cocaïne jusqu'en 1999, suivi d'une relative stabilisation (diminution dans FOS). Le pourcentage de consommateurs actifs d'héroïne diminue aussi légèrement.
- Les dénonciations et saisies concernant ces deux substances sont en diminution.

On relève également l'existence d'une consommation festive de cocaïne dans les milieux nocturnes et de loisirs (cf. 6.2.4).

Il semble que l'arrivée en masse de la cocaïne sur le marché a eu pour effet de déstabiliser une part importante d'anciens consommateurs d'héroïne qui était plus ou moins stabilisée par des traitements de substitution à la méthadone²². L'usage de la cocaïne serait donc intervenu consécutivement à la dépendance à l'héroïne, voire durant le traitement de substitution. La fréquence de consommation de cocaïne décrite par les usagers des SBS est plus souvent occasionnelle, et concerne une quantité importante de produit. On notera que, parmi les personnes hospitalisées en milieu psychiatrique pour toxicodépendance, la consommation de cocaïne est celle qui a le plus augmenté.

La consommation de cocaïne n'entraîne pas de dépendance physique, par contre la dépendance psychologique est extrêmement marquée et entraîne un « craving » (ou désir de consommer tyrannique et brutal) intense²³. Cette particularité a des effets sur les traitements potentiels de la consommation et notamment sur la durée puisqu'il faut compter un à deux mois d'abstinence totale pour que le craving s'atténue et devienne lentement plus maîtrisable par la majorité des patients²².

Malgré une bonne connaissance des risques et en raison du besoin compulsif et immédiat de cocaïne injectée, les problèmes les plus souvent observés chez les consommateurs de cette substance sont les ruptures affectives, les renvois professionnels, la perte de logement, l'incarcération pour des délits en lien avec un besoin urgent et important d'argent, l'infection par le VIH ou les hépatites. Enfin, on relève encore des décompensations avec tentatives de suicide, et/ou des crises paranoïdes nécessitant parfois un internement psychiatrique. Chez les consommateurs qui s'injectent, le nombre élevé d'injections lors d'épisodes de consommation compulsive (20 à 30 fois par jour pour certaines personnes²²) entraîne souvent de graves atteintes du réseau veineux.

De l'avis des intervenants des structures évaluées, la consommation de cocaïne est très fluctuante et dépend des arrivages sur le marché. Toutefois, si le produit est disponible et d'un coût relativement abordable, la consommation tend à exploser. Il s'agit dès lors le plus souvent d'une consommation compulsive qui entraîne des prises de risques importantes, des états d'épuisement physique qui font craindre parfois pour la survie de la personne. En même temps, la violence et l'agressivité qui vont souvent de pair avec cette forme de consommation peuvent déstabiliser fortement les équipes. Les difficultés rapportées par différents centres sont comparables : attitude paranoïaque, hypersensibilité aux frustrations, s'imposant avec force et agressivité; ainsi, deux ou trois consommateurs compulsifs peuvent complètement perturber le fonctionnement quotidien des équipes par l'attention qu'ils demandent.

■ En résumé

Il semble que la consommation de cocaïne a atteint un certain niveau de diffusion dans la population toxicomane et que si cette diffusion tend à se ralentir, les phases de consommation actives

sont quant à elles imprévisibles (liées au marché), plus occasionnelles mais extrêmement sollicitantes pour les équipes des centres d'accueil et des centres de traitement ambulatoire. Leur implication sur l'état de santé tant physique que psychique des consommateurs, ainsi que sur leur exposition aux risques, est très préoccupante en terme de santé publique.

Différentes recherches de traitement de substitution et antagonistes sont actuellement en cours dans le domaine de la pharmacodépendance et de la neurobiochimie sans qu'un traitement vraiment efficace n'ait été trouvé pour l'instant.

Du point de vue de la réduction des risques, un certain nombre de conseils sont donnés par les équipes allant de l'encouragement au changement de mode de consommation, à la diminution de la fréquence d'injection, en passant par la promotion de l'utilisation du matériel de réduction des risques, ou encore par l'amélioration de la technique d'injection pour préserver le capital veineux. Relevons à ce sujet la mise sur pied à Lausanne, dans le cadre du Concept de remise de seringues, d'un « Atelier de sensibilisation à l'hygiène d'injection » à l'intention des consommateurs par injection (automne 2002). Cet atelier se tient une fois par mois au Passage et est animé à la fois par des intervenants du domaine social et du domaine médical, ainsi que par des usagers. Une majorité des structures à bas seuil du canton participent à la réflexion autour de ce projet.

■ Recommandations

- Suivre l'évolution de la consommation ;
- Garder de la disponibilité dans les équipes pour pouvoir gérer les épisodes de consommation compulsive de cocaïne ;
- Réfléchir à un éventuel manque dans l'offre de prise en charge dans les situations de crise (de type hospitalisation ponctuelle en raison de l'épuisement de la personne toxico-dépendante).
- Promouvoir d'autres modes de consommation (que l'injection).

6.2.2 Injection de médicaments et conséquences physiques et psychiques

Depuis deux à trois ans, les structures relèvent une consommation croissante de benzodiazépines et en particulier du Dormicum®, médicament ne figurant pas sur le carnet à souche. Les données sur la clientèle des structures vaudoises évaluées indiquent une consommation de médicaments chez environ 35% des usagers en 2000. Une enquête menée par Rel'ier dans le cadre du DSB¹¹ confirme ces résultats. La consommation de benzodiazépines est le plus souvent postérieure à une dépendance aux drogues dures²⁴. Les médicaments sont fréquemment consommés en association avec des drogues dures ou de la méthadone. De nombreux consommateurs consomment des benzodiazépines sous forme de comprimés dissous et injectés. Afin de mieux cerner les risques liés à cette consommation particulière, il nous semble utile de reprendre un certain nombre d'informations qui nous ont été fournies par le médecin somaticien chef du Centre St-Martin²⁵.

Les dangers liés à la consommation en injection des comprimés de médicaments psychotropes (en particulier le Dormicum®) sont liés à la quantité de substance active et la vitesse à laquelle elle atteint la circulation générale d'une part, et liés à la présence dans les comprimés d'excipients

¹¹ DSB : Dispositif seuil bas de la Ville de Lausanne.

n'existant pas dans les préparations injectables et au fait que la dissolution des comprimés est nécessairement imparfaite, d'autre part.

▪ Effets selon le mode de consommation

Le Dormicum® en particulier est un somnifère à induction rapide et de durée d'action courte. C'est un médicament utilisé pour la sédation. En cas d'absorption orale, la quantité de substance active qui atteint la circulation générale est liée à deux facteurs principaux : l'absorption intestinale et l'effet de premier passage.

L'absorption intestinale d'un produit n'est jamais complète et surtout se fait progressivement, ce qui permet d'éviter une arrivée massive du principe actif dans la circulation générale et en particulier dans le Système nerveux central (SNC), ce qui n'est pas le cas lors de la prise par injection du même comprimé.

Le sang transportant les substances absorbées par les intestins passe d'abord par le foie (via la veine porte) avant de rejoindre la circulation générale. Lors de ce passage, il y a une certaine quantité de substance active qui est extraite (métabolisée) par le foie et qui par conséquent ne va pas passer dans la circulation générale ni atteindre le SNC. C'est ce qu'on appelle **l'effet de premier passage**.

En cas d'injection d'un médicament psychotrope prévu pour être ingéré, la quantité de substance active arrivant au cerveau n'est pas exactement connue. Elle ne sera pas modulée ni diminuée par l'absorption intestinale et l'effet de premier passage. Le risque de faire un surdosage est par conséquent plus important.

Les effets d'une surdose de Dormicum® sont une baisse de la tension, une dépression respiratoire avec risque d'arrêt respiratoire et d'arrêt cardiaque. Ces effets sont potentialisés en cas de prise d'autres tranquillisants, d'opiacés et d'alcool. Il existe un médicament antagoniste des benzodiazépines (qui peut réveiller les personnes ayant fait un surdosage). Il s'agit du flumazénil avec comme nom de marque l'Anexate®.

La consommation de Dormicum®, qui devrait normalement induire le sommeil, se traduit chez les personnes toxicodépendantes davantage par une amnésie pouvant durer environ une demi-heure (l'utilisateur peut par exemple oublier le nombre d'injections qu'il s'est déjà faites). Le Dormicum® a par ailleurs un effet désinhibiteur, conduisant souvent à des problèmes de comportement et de régression.

▪ Effets des excipients

Ce qui enrobe la substance active dans un comprimé peut être également responsable de différents problèmes en cas d'injection :

- L'excipient, souvent constitué d'amidon et parfois de talc (les deux sont contenus dans les comprimés de Dormicum®), se dissout difficilement et lentement. De ce fait, d'une part, les usagers renoncent à utiliser pour les seringues les filtres stériles et se servent de fragments de filtres de cigarettes, ceci augmentant les risques infectieux. D'autre part, ils sont amenés à injecter un produit plus épais, voire pâteux qui peut localement favoriser les thromboses.
- En cas de prise orale, ces excipients sont digérés et métabolisés par le foie. Lorsque les comprimés sont injectés, ils se retrouvent dans la circulation sanguine et doivent se dépo-

ser quelque part (foie, reins, poumons...). Dans ces tissus, ils sont responsables d'une inflammation localisée et sont pris en charge par les macrophages du système immunitaire. On les retrouve dans les ganglions ou sous forme de granulomes.

Les risques liés à l'injection de Dormicum® sont les oedèmes et les ulcères, en raison de la détérioration des veines, ainsi que les thromboses déjà évoquées. Les risques psychiques sont une perte de présence mentale entraînant une incapacité d'écoute et, de l'avis de certains intervenants, des atteintes cognitives ou mnémoniques. Le coût très bas du Dormicum® sur le marché noir et sa relative abondance favorisent une forte consommation surtout lorsque la qualité et la disponibilité de l'héroïne sont faibles.

Pour les intervenants confrontés à ces consommations, le sentiment d'impuissance est important face à des gens qui sont « shootés » pendant des heures. Ils relèvent que des montées de tension entre usagers sont souvent dues à cette consommation et que, dans les cas de régression, l'équipe se trouve en situation d'avoir à mater l'usager. De l'avis de certains intervenants, ces consommateurs sont souvent les plus mal en point psychologiquement et physiquement, surtout s'il y a consommation parallèle d'autres substances. Ces consommations conjointes de médicaments et de drogues dures concernent entre 20 et 40% de la clientèle des structures bas seuil.

■ En résumé

De façon générale, l'injection de médicaments présente un double problème : le premier est lié à la présence d'excipients qui n'existent pas dans les préparations prévues pour être injectées, le deuxième tient à la quantité de substance active et à la vitesse à laquelle elle atteint la circulation générale.

La prise de médicaments par injection est à l'origine de nombreux dégâts tant sur le plan psychique que sur le plan physique ; cette pratique est malgré tout très répandue dans le milieu toxicomane. De l'avis des intervenants, les personnes qui consomment des benzodiazépines en plus des drogues dures sont souvent les plus mal en point. Le travail des intervenants est souvent rendu plus difficile par cette consommation supplémentaire.

■ Questions discutées actuellement

Dans le milieu de la réduction des risques, les intervenants réfléchissent aux orientations à donner à leurs interventions de prévention auprès des personnes concernées :

- Comment décourager le mode de consommation par injection de comprimés dilués ?
- Comment prévenir les risques, notamment de thrombose, liés à l'injection et leurs conséquences ?

Certains intervenants recommandent ainsi actuellement :

- S'il y a consommation de Dormicum®, conseiller de le prendre par voie orale.
- Faire prendre conscience que les doses sont particulièrement peu contrôlées lors d'une consommation par injection.
- Rappeler les risques accrus liés à la consommation conjointe de plusieurs substances sédatives.

- Au sein du groupe PPMT^{uu} du Nord vaudois, deux tiers des médecins généralistes sont favorables à l'inscription du Dormicum® sur le carnet à souche. Pour que cette mesure ait un sens, il faudrait cependant qu'elle soit prise au niveau national.
- Cette prise de position rejoint une des préoccupations du Groupe réduction des risques du GREAT, qui a également discuté de la possibilité de demander l'inscription du Dormicum® sur le carnet à souche. Même s'il apparaît évident que cette mesure amènerait la consommation d'un autre médicament similaire quant aux effets qu'il procure, il semble que la solution du carnet à souche reste pertinente en raison du caractère amnésique propre au Dormicum® et aux molécules semblables

■ Recommandations

- Par rapport au marché noir existant, mettre en garde les médecins généralistes contre une prescription trop généreuse de benzodiazépines et les rendre attentifs aux détournements de médicaments existant actuellement. De même, les pharmaciens devraient être sensibilisés à un meilleur contrôle de la validité des ordonnances.

6.2.3 Cannabis et jeunes

Depuis le début des années 90, la consommation de cannabis a fortement augmenté au sein de la population, en particulier chez les jeunes : l'enquête de l'ISPA²⁶ montre que la consommation à vie de cannabis chez les jeunes de 15 ans est passée de 8,5 à 30,8 % entre 1990 et 1998. (Pour le détail voir le chapitre 1).

Ces chiffres se retrouvent dans la plupart des études européennes. Il faut toutefois distinguer différents types de consommation. L'usage récréatif et occasionnel d'une part, lié à une recherche de plaisir, d'identité et de sensation d'ivresse. L'usage intensif ou abusif d'autre part, qui résulte le plus souvent d'une forme d'ennui, de fuite de la réalité souvent lié à des facteurs de vulnérabilité comme la dépression ou d'autres troubles psychiques, les carences affectives ou encore les conflits. De plus, l'usage intensif peut amener une dépendance psychique qui se traduit par la perte de la maîtrise de la consommation et l'abandon d'autres sources d'intérêt au profit de la substance^{vv}. Dans la majorité de ces cas, l'alcool et le tabac sont également associés.

Les risques liés à la consommation de cannabis dépendent fortement du mode de consommation et du contexte de la personne. Dans le cas d'une consommation abusive, des risques de ruptures professionnelles ou d'abandon du cursus formatif existent. Cette consommation intensive masque souvent d'autres problèmes, comme celui d'un mal être plus profond, voire d'une pathologie psychiatrique sous-jacente qu'il s'agira de prendre en considération.

Dans la littérature scientifique, l'évidence d'un lien entre consommation de cannabis chez les jeunes et apparition de maladies psychiatriques (schizophrénie et dépression) est présente. Cependant, "la question de savoir si l'usage du cannabis déclenche l'apparition de schizophrénie ou de dépression chez des personnes par ailleurs vulnérables ou si le cannabis est la cause de telles affections chez des personnes non prédisposées n'est pas encore résolue"²⁷.

^{uu} PPMT : Programme de Prévention et Perfectionnement des Médecins dans le domaine de la Toxicomanie

^{vv} Catherine Lomier-Viret, « Cannabis et autres substances : existe-t-il des drogues douces ». Présentation lors de la Journée de formation à l'attention des médecins généralistes etc. 7 novembre 2002, Yverdon.

L'augmentation de la consommation de cannabis est au centre de nombreuses préoccupations aussi bien dans le champ de la prévention que dans la population en général. Ainsi, on assiste à une augmentation des demandes d'intervention de la part de différents acteurs : famille, milieu professionnel ou scolaire, demande d'informations aussi de la part de médecins généralistes qui sont souvent en première ligne. Le plus souvent ces demandes traduisent un sentiment d'impuissance et d'inquiétude.

Les milieux de la formation professionnelle se sentent également concernés par la consommation de cannabis chez les apprentis, comme l'a montré la forte participation à la journée *Cannabis et apprentissage : faire face au flou actuel*^{ww}. Des informations sur le produit et ses effets ont été présentées ainsi que les règlements internes établis par certaines entreprises pour répondre à la consommation de cannabis (ou d'autres substances). Plus largement, la question de la santé des jeunes adultes a été abordée.

Pour répondre à ces inquiétudes ou besoins de clarification sur le cannabis en général, les structures spécialisées en toxicomanie ou en soins aux adolescents offrent des prestations sous forme d'information, d'entretiens, de conseils et d'orientation aux consommateurs de cannabis et à leurs proches. Toutefois, les usagers de ces structures ne viennent pas ou très rarement consulter pour la seule consommation de cannabis qui est, dans 95% des cas, associée à la consommation de drogues dures chez les usagers de ces centres. Les consultations de médecine et de psychiatrie de l'adolescent sont probablement davantage sollicitées.

Le site internet CIAO de l'ISPA offre aux adolescents la possibilité de soulever des questions sur toutes sortes de produits et sur les risques liés à leur consommation; c'est une source d'informations très utilisée.

Le Relaid's quant à lui répond et intervient fréquemment au sein de familles confrontées à des questions liées au cannabis.

De nombreuses communes, voire régions, financent des projets de prévention sous forme de travailleurs de rue, mais sans qu'il y ait forcément de consultation ou de coordination entre elles.

Un nombre relativement important de personnes a consulté l'une ou l'autre des institutions psychiatriques du canton^{xx}. En effet, la statistique des institutions psychiatriques (OPALE) indique une augmentation des admissions avec comme problème une consommation de cannabis seul, doublé ou non d'un diagnostic psychiatrique (357 admissions, soit 267 patients différents en 2001)^{yy}.

^{ww} Journée organisée par l'Institut suisse de pédagogie pour la formation professionnelle (ISFPF), l'ISPA l'OFSP et la Société suisse pour la recherche appliquée en matière de formation professionnelle (SRFP). 10.10.02, Tolochenaz.

^{xx} Les institutions concernées par ces demandes sont extrêmement nombreuses (plus de 40 services différents) et diverses, puisque l'on retrouve aussi bien dans la liste des centres psychosociaux, l'hôpital de Bellevue, des services de psychiatrie pour adolescents ou encore le Service d'observation et crise.

^{yy} Les personnes qui se sont présentées dans le cadre d'une institution psychiatrique, en 2001, avec un problème principal ou secondaire de cannabis sont en majorité des hommes (75%), d'un âge moyen de 26 ans (médiane à 23 ans) et âge minimum de 10 ans.

■ En résumé

- L'augmentation importante de la consommation de cannabis pose de nombreuses questions auxquelles les spécialistes de la toxicomanie ne répondent que partiellement. On assiste à la mise sur pied d'éléments de réponse, mais en l'absence d'une prise de position concertée et de directives communes.

■ Questions d'actualité

- Que répondre aux inquiétudes, sans dramatiser ni banaliser ? Quelles mesures de prévention développer ? Comment prévenir l'entrée dans une consommation abusive ? Quelle prise en charge appropriée pour les adolescents consommateurs quotidiens ? Que peuvent offrir les professionnels de la toxicomanie ? Comment suivre l'évolution du « phénomène cannabis » ?

■ Recommandations

- Encourager une réflexion commune impliquant les différents intervenants spécialisés que ce soit dans la toxicomanie ou dans les soins aux adolescents.
- Encourager les différents milieux qui encadrent des adolescents à prendre conscience de la consommation de cannabis et à développer des solutions avec l'aide de professionnels.
- Organiser des journées de formation à l'attention des enseignants et leur donner des outils de lecture et de compréhension du phénomène « cannabis »^{zz}.
- Développer des projets de prise en charge pour les consommateurs abusifs.
- Pour la suite de l'évaluation, suivre les projets de prise en charge en discussion, les expériences internationales et l'observation des répercussions de la révision de la loi sur les stupéfiants.

6.2.4 Substances psycho-stimulantes

La consommation de produits psycho-stimulants est peu présente dans les résultats des études clientèles des structures suivies dans le cadre de l'évaluation. Néanmoins, elle est régulièrement mentionnée en lien avec des manifestations « techno » et fait l'objet de nombreux articles tant en Suisse qu'au niveau européen. Il s'agit dans cette partie de poser la question des éventuels risques de retrouver, d'ici quelques années, une partie des consommateurs des soirées « techno » parmi la clientèle des structures bas seuil, c'est-à-dire ayant passé d'une consommation dite « festive » à une dépendance aux substances consommées, et quel est ou devrait être le rôle des structures spécialisées dans la prise en charge de la toxicomanie face à ces consommations.

L'apparition de la consommation de produits psycho-stimulants de type "ecstasy" est fortement associée au mouvement culturel « house » et aux soirées « rave » ou techno. D'après l'OEDT^{aaa}, il semble cependant que l'usage de ces substances se retrouve de plus en plus associé aux lieux de loisirs nocturnes indépendamment du style de musique qu'ils diffusent. En Suisse romande, l'association Prevtch^{bbb}, en collaboration avec des chercheurs du Service universitaire de

^{zz} Voir à ce sujet le guide de l'ISPA « Cannabis, en parler aux ados : guide pratique pour des activités de prévention à l'école ». Lausanne, 2000.

^{aaa} L'OEDT : l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies.

^{bbb} Prevtch est une association qui fait de la prévention en milieu techno.

psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (SUPEA), a entamé une enquête auprès des personnes fréquentant ces soirées^{ccc}. Entre mars et mai 2002, un questionnaire auto administré était mis à disposition sur les stands de Prevtch et récolté de manière anonyme via une boîte aux lettres. Au total, 142 questionnaires ont été remplis durant cette période^{ddd}.

L'analyse des données récoltées indique un âge moyen de 20 ans (min 15 - max 40), une proportion des moins de 18 ans de 23% et une proportion de personnes ayant entre 17 et 20 ans de 63%. Les hommes et les femmes sont en proportion relativement comparable (54% contre 46%).

Tableau 6.2-1 Consommation de substances psycho-stimulantes et fréquence, données Prevtch-SUPEA, 2002

Substances	Déjà consommé		Pas les 3 derniers mois		1x par mois		1 à 2x par semaine		Plus de 3x par semaine	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectif total n=142										
Cocaïne	56	40	20	14	13	9	17	12	6	4
Héroïne	14	10	9	6	2	1	2	1	1	1
Alcool	127	89	12	9	26	18	47	33	42	30
Cannabis	104	73	12	9	9	6	10	7	73	51
Ecstasy	80	66	13	9	20	14	39	28	8	6
Champignons	51	36	34	24	8	6	3	2	4	3
Amphétamine	45	31	14	10	13	9	14	10	3	2

Sur les 142 personnes ayant rempli le questionnaire de Prevtch, 40% ont déjà consommé de la cocaïne au cours de leur vie et 10% de l'héroïne. La proportion de personnes ayant consommé d'autres substances psycho-stimulantes est plus importante : 89% pour l'alcool, 73% pour le cannabis et 66% pour l'ecstasy.

Pour 9% des personnes ayant répondu à l'enquête, la consommation de cocaïne est mensuelle et pour 12%, elle est liée au week-end. Enfin, pour 4% elle intervient trois fois par semaine ou plus. Les chiffres pour l'ecstasy sont plus élevés avec 14% des répondants qui déclarent une consommation mensuelle, 28% une consommation le week-end et 5% une fréquence de trois fois par semaine ou plus.

Parmi les personnes qui consomment plusieurs substances, plus de 80% disent faire des mélanges, c'est-à-dire consommer simultanément plusieurs produits, généralement pour augmenter les effets (73% des cas) ou atténuer la "descente" (33%).

Les auteurs de l'article distinguent deux groupes chez les consommateurs ayant répondu au questionnaire : les consommateurs modérés d'alcool, de cannabis et d'ecstasy (78 personnes soit 55%) et les personnes qui présentent une polyconsommation importante (64 personnes soit 45%)

^{ccc} « Enquête dans les soirées techno : nouvelles consommations et accès au réseau de soin », Léonie Chinet, Mathieu Bernard, Philippe Stéphan et Alexandra Rubin. (A paraître).

^{ddd} La récolte de questionnaires s'est poursuivie tout au long de l'année 2002, seuls les premiers résultats de cette recherche sont pour l'instant disponibles.

usant aussi bien de stimulants que de calmants, notamment pour atténuer les effets de la « descente » (anxiété, dépression, insomnie). Ce deuxième type de consommateurs se retrouve davantage chez les hommes (68%) que chez les femmes (45%).

Une autre information importante ressort de cette étude. Les personnes qui fréquentent les soirées techno sont plus sensibles à la réduction des risques qu'aux messages de prévention. Les mesures de réduction des risques semblent donc être un angle d'approche à privilégier pour entrer en contact avec cette population, pour ensuite faire de la prévention. De plus, à une question portant sur l'accès au réseau d'aide en cas de problèmes liés à la consommation, 32% répondent qu'ils s'adresseraient à un médecin généraliste et 3% seulement à une structure spécialisée en toxicomanie. Dans le groupe des personnes présentant une polyconsommation importante, plus de 20% disent qu'ils ne s'adresseraient à personne.

■ En résumé

Si l'on se base sur cette étude, qui corrobore par ailleurs des recherches menées en Europe^{28,29}, la consommation de substances psycho-actives au cours des soirées techno est à prendre au sérieux. Bien que souvent décrite comme une consommation « festive », elle ne signifie en rien une absence de prise de risques : risque de décès liés à la consommation d'ecstasy et au mélange de substances, risque de dépendance à moyen ou long terme pour une partie des consommateurs, risque de troubles de la santé durables lié à la consommation de stimulants du type amphétamines, sans parler des risques liés à la conduite après avoir consommé.

Il semble que les plus jeunes consommateurs sont très mal informés des risques liés à la consommation et sous-estiment le danger de dépendance qu'entraîne une consommation régulière. Le coût très faible de la plupart des substances, l'évolution rapide des produits proposés et leur vente dans certains « shops » spécialisés favorise une grande disponibilité et rendent les efforts pour restreindre l'approvisionnement difficiles.

La clientèle des soirées techno est très jeune (63% ont moins de 20 ans dans l'enquête de Prevtech). Pour une part importante des consommateurs, la consommation, notamment de substances fortement addictives comme la cocaïne, est fréquente (une fois par semaine ou plus) et se fait souvent sous forme de mélange.

■ Questions d'actualité

Les questions qui se posent vis-à-vis des mesures de prévention à prendre sont les suivantes : comment limiter les risques liés à une consommation pour une partie du public tout en maintenant les non consommateurs dans leur abstinence, quelle information prodiguer, quelles mesures exiger de la part des organisateurs de soirées techno (premier secours, salle de repos ...) ^{eee}, faut-il encourager des stands d'analyse pour rentrer en contact avec les consommateurs, comment aider les consommateurs qui sont dans une phase problématique de consommation ? etc.

On constate par ailleurs que les centres spécialisés en toxicomanie ne sont que très peu en contact avec les utilisateurs de drogues de synthèse. Par contre les usagers de ces structures sont des consommateurs occasionnels de ces produits surtout à défaut d'autres substances. Comment développer les liens entre ces centres et les projets liés à la scène techno, comment favoriser l'échange d'expérience respective, quelle collaboration imaginer ?

^{eee} Actuellement le groupe « Coordination techno » du GREAT propose une charte qui s'adresse à tous les organisateurs de soirées techno et qui constitue un véritable engagement éthique.

Actuellement quelques projets, le plus souvent menés par des pairs, s'adressent à cette population. On peut citer en plus de Prevttech, le Drop In de Bienne ou la Ligue jurassienne contre les toxicomanies. En plus de la distribution d'informations et de conseils lors des soirées, ces projets réfléchissent à la possibilité de mettre sur pied une analyse^{fff} des substances consommées. Seul le projet Pilot E^{sss} pratique actuellement l'analyse sur site (c'est-à-dire au cours des soirées) des substances à la demande des consommateurs (méthode de chromatographie en phase liquide)³⁰.

Pour la commission consultative de l'association Prevttech et d'autres intervenants proches du milieu techno il paraît urgent de :

- Soutenir les projets existants et réfléchir à l'orientation des actions de prévention. La réflexion autour des méthodes d'analyse et de leur apport dans une démarche de prévention et de réduction des risques devrait être poursuivie et surtout élargie aux différents partenaires potentiellement impliqués par la consommation de drogues de synthèse.
- Encourager la diffusion de la charte rédigée par le groupe « Coordination techno » du GREAT qui s'adresse à tous les organisateurs de soirées techno et qui constitue un engagement éthique.

■ Recommandations

- Développer la recherche sur la consommation des drogues de synthèse afin de suivre l'évolution de la clientèle et des différents types de consommateurs. Une meilleure connaissance des motifs de la consommation et des problèmes qu'elle amène permettrait de réfléchir sur la prise en charge à développer pour les consommateurs qui ont dépassé une consommation occasionnelle.
- Etablir des échanges entre les partenaires concernés, depuis les milieux organisateurs de soirées jusqu'aux structures spécialisées en n'oubliant pas les acteurs de la prévention ni les médecins généralistes pour mettre sur pied un dispositif cohérent et permettre, le cas échéant, l'orientation rapide vers des structures de prise en charge adaptée.
- Rester très vigilant sur l'évolution du phénomène et notamment surveiller l'hypothèse de glissement vers d'autres drogues.

6.3 COMORBIDITE PSYCHIATRIQUE

6.3.1 Evolution de la comorbidité psychiatrique

Suite à l'apparition répétée dans les discours des différents intervenants et spécialistes en toxicomanie des notions de « double diagnostic » et de comorbidité psychiatrique, nous avons demandé aux médecins psychiatres présents dans les structures évaluées de nous préciser ces notions et leur importance dans la prise en charge des personnes toxicodépendantes.

^{fff} Analyse ou "testing" des substances.

^{sss} Pilot E : Expérience pilote financée par le canton de Berne, qui intervient dans les milieux techno pour mieux connaître la clientèle, les modes de consommation et le type de substance ainsi que leur composition à travers le "testing".

Les troubles psychiatriques sont de natures diverses. Si l'on suit les indications de la CIM-10 et du DSMIV^{hhh}, les troubles psychiatriques de l'axe 1 se traduisent par une maladie mentale manifeste, telle que par exemple la schizophrénie ou les troubles bipolaires. L'axe 2 regroupe les troubles spécifiques de la personnalité comme le trouble émotionnel labile de type borderline ou encore paranoïaque. Ces troubles peuvent cependant aussi être présents sous une forme incomplète et l'on parlera alors de traits de la personnalité. De l'avis des médecins psychiatres, il faut tenir compte de ces troubles, même lorsqu'ils sont présents sous forme de traits.

Les troubles psychiatriques sont la plupart fluctuants et peuvent se manifester de manière épisodique ou continue, mais également sous forme de crise plus ou moins aiguë, ou être latents. Selon le type d'institution qui recevra une personne toxicomane, l'importance accordée à la dimension psychiatrique dans l'évaluation de la problématique de la personne variera non seulement en fonction de la manifestation des troubles, mais aussi de la sensibilité de l'intervenant.

C'est pourquoi, si l'on interroge différents médecins, une appréciation de la fréquence des troubles psychiatriques différente peut être obtenue : le médecin psychiatre consultant du Nord vaudois ou celui de la Calypso estiment que 90% de leurs patients ont un diagnostic psychiatrique. A l'UAS, 70% des patients ont au minimum un diagnostic psychiatrique. Pour le CSM, et bien que cela ne ressorte pas des statistiques OPALE en raison d'une sous-codificationⁱⁱⁱ, la comorbidité psychiatrique au sens de l'axe 1 de la CIM-10 concerne entre 40 et 60% des patients suivis.

La définition sur laquelle tout le monde s'entend est la présence simultanée d'un diagnostic de toxicomanie associé à au moins un diagnostic psychiatrique. L'association de ces deux types de diagnostic permet de parler de comorbiditéⁱⁱⁱ.

On peut distinguer quatre types de corrélation entre abus de substances et troubles psychiatriques, bien que la littérature à ce sujet soit controversée et qu'il n'y ait pas de réel consensus en la matière :

- Le trouble psychique précède la consommation de substances sans forcément être diagnostiqué. La consommation sert alors plus ou moins d'automédication pour soigner un malaise interne. Il est alors important de connaître quel était l'état du patient avant la période de consommation et durant celle-ci pour pouvoir anticiper les éventuelles manifestations de troubles en cas de diminution d'un traitement de substitution par exemple. Il s'agit là du cas le plus fréquent de comorbidité psychiatrique.
- L'abus de substance a lieu avant l'apparition du trouble psychiatrique. La consommation peut alors soit révéler un trouble latent, soit le provoquer. Cela peut se produire notamment dans le cas de consommation de substances psycho-stimulantes, de cocaïne ou

^{hhh} La CIM-10 Classification internationale des maladies (10ème révision) est une norme internationale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour présenter l'information sur les diagnostics cliniques. Le DSMIV est le manuel de diagnostics et de statistiques de l'Association américaine de psychiatrie, 4^{ème} édition.

ⁱⁱⁱ La fonction d'accueil du Centre St-Martin a pour conséquence que les patients viennent en premier lieu pour un problème de toxicomanie et que l'abus de substance est présenté comme l'urgence numéro 1. Le diagnostic psychiatrique apparaît souvent par la suite, alors que la fiche d'ouverture de dossier d'OPALE est déjà saisie.

ⁱⁱⁱ Nous préférons parler de comorbidité psychiatrique plutôt que de doubles diagnostics, termes qui nous semblent moins précis.

d'hallucinogènes, mais aussi d'alcool. Il s'agit dans ces cas d'une pathologie secondaire consécutive à un usage chronique ou excessif de certaines substances.

- Dans le troisième cas, il est difficile de déterminer quel diagnostic apparaît en premier. On peut par contre relever la présence de facteurs de vulnérabilité communs aux deux troubles tels que la violence, les abus sexuels ou autres événements traumatiques qui peuvent avoir induit aussi bien la maladie psychiatrique que la consommation, voire les deux en même temps.
- Le quatrième cas de figure est celui de l'association fortuite de troubles psychiatriques et de consommation sans qu'il y ait un lien de cause à effet. Ceci aura surtout des conséquences sur les risques de rechute et les possibilités de traitement en raison d'une fragilisation de la personne sur les deux plans.

L'augmentation de l'établissement d'un diagnostic psychiatrique chez les toxicomanes peut semble-t-il résulter de différents facteurs. Le premier concerne l'évolution de la psychiatrie qui s'est longtemps tenue à l'écart de la toxicomanie, pensant qu'elle n'avait pas les moyens de la soigner. C'était l'époque d'une vision environnementaliste des causes de la dépendance (à propos de l'alcool dans les années 50, puis pour d'autres substances). Par la suite, une certaine forme de consommation a été vue comme l'expression de mouvements d'autonomie vis-à-vis des lois de la société. Ce n'est qu'assez tardivement, il y a une vingtaine d'années, qu'est apparu au sein de la psychiatrie une volonté de réfléchir différemment à la toxicomanie et de redonner une légitimité à la prise en charge médico-psychiatrique, notamment avec l'avancement de la neurobiologie et de la psychopharmacologie.

Parmi les autres causes d'augmentation de comorbidité psychiatrique, on peut relever :

- Une disponibilité et une variété de produits accrues, et pour certains produits une teneur plus élevée en substances psychotropes.
- Une pression renforcée de la société qui favorise l'apparition de sentiments de malaise chez les personnes les plus vulnérables et les pousse à une automédication. Le stress a été reconnu comme un facteur de risque pour les addictions.
- L'apparition d'une pensée épidémiologique psychiatrique qui fait apparaître plus clairement les diagnostics (notamment grâce aux outils de la CIM-10 ou du DSMIV).
- Le mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie qui, en diminuant les durées d'hospitalisation et en renonçant aux placements en asile, pousse une partie des malades vers un quart monde qui n'a pas toujours accès aux soins. Ce sont souvent les patients les plus vulnérables qui ont dès lors comme seule ressource la Soupe populaire ou les structures d'accueil à bas seuil.

Les troubles psychiatriques ne nécessitent pas tous un même traitement ou encadrement. Ainsi, les patients toxicomanes-psychotiques sont souvent les personnes les plus désinsérées socialement, qui ont un rapport à leur propre corps très négatif et pour lesquelles l'accès aux soins est le plus difficile. Ce sont des personnes qui ont souvent un potentiel d'autonomie limité et qui ont surtout besoin d'un accompagnement et d'un étayage soutenus dans leur vie quotidienne. Au contraire, les personnes présentant des troubles de la personnalité ou du comportement ont besoin d'être confrontées et mises face à leurs responsabilités.

▪ En résumé

De l'avis des intervenants spécialistes en psychiatrie, cette généralisation des diagnostics psychiatriques, sans pour autant être une nouveauté, renforce l'idée selon laquelle l'abus de substance est le plus souvent lié à l'existence de facteurs multiples et nécessite une approche multifocale. Il est notamment important de repérer les diagnostics psychiatriques car si dans le cadre d'un traitement on envisage une diminution de la méthadone par exemple, un trouble anxieux ou un trouble psychotique peut réapparaître fortement. Il ne s'agit cependant pas de coller au patient une étiquette supplémentaire qui l'enfermerait encore davantage, mais de s'interroger ouvertement sur sa pathologie et sur les différents moyens de la traiter. Ceci d'autant plus que de l'avis des personnes interrogées, les troubles psychiatriques se soignent relativement bien s'ils sont traités parallèlement à la consommation de drogues.

▪ Recommandations

Développer les connaissances en matière de comorbidité psychiatrique chez les intervenants socio-éducatifs ou les médecins généralistes pourrait aider les intervenants à mieux repérer ces pathologies chez certains de leurs clients et à développer une approche appropriée à chacune de ces situations. Les personnes présentant une telle comorbidité ne fréquentent en effet pas uniquement les structures telles que le CSM ou l'UAS spécialisées en la matière, mais se retrouvent aussi bien dans les cabinets des médecins généralistes ou dans les structures à bas seuil, dont les intervenants se disent parfois dépassés.

Une réflexion plus large devrait porter sur la situation des personnes pour qui un séjour de longue durée dans un foyer résidentiel semble indiqué. Actuellement, pour certaines personnes terminant un séjour à l'Eventail et pour lesquelles une réinsertion même accompagnée d'un suivi ambulatoire n'est pas envisageable, la solution recherchée serait une place en établissement médico-social (EMS). Ceci semble peu adéquat tant pour la population des EMS que pour les personnes présentant à la fois des troubles psychiques importants et une dépendance. Il semble toutefois qu'il n'y ait pas vraiment d'alternative actuellement pour ces situations. Relevons aussi que pour les placements à des fins d'assistance (PLAFA), le Code civil prévoit l'existence d'un établissement approprié, ce qui pour l'instant n'existe pas dans le Canton de Vaud ni ailleurs. Actuellement, les PLAFA, qui concernent souvent des personnes toxicomanes présentant une comorbidité psychiatrique importante, se font dans les milieux hospitaliers qui ne sont pas adaptés pour les accueillir. Il semble nécessaire de s'occuper de trouver une solution pour cette population généralement socialement dérangeante.

L'évolution de la comorbidité psychiatrique ne doit pas faire oublier ou sous-estimer les autres comorbidités présentes, somatiques ou sociales, qui sont toutes plus ou moins présentes chez les personnes toxicodépendantes et qui devraient toutes être intégrées dans la prise en charge.

6.4 PROBLEMES LIES A L'INSERTION

6.4.1 Problème de logement

Depuis la fin des années 90, le Canton de Vaud, et en particulier la ville de Lausanne connaissent une situation de pénurie de logements vacants. Les personnes ou familles à revenus modestes (familles monoparentales, rentiers, personnes au bénéfice de l'aide sociale, etc.) sont particu-

lièrement touchées. Cette situation est renforcée par le fait que certaines gérances refusent d'accorder des appartements à des personnes en situation précaire, malgré les garanties financières proposées par les services sociaux.

Pour les personnes toxicomanes, la situation est encore plus difficile, conjuguant plusieurs difficultés : absence de revenu stable, poursuites judiciaires, dettes, etc. Il en résulte une concurrence accrue surtout pour les logements à loyer modéré, mais également pour les logements subventionnés.

Si les données des structures à bas seuil indiquent un pourcentage de personnes sans domicile fixe relativement stable (entre 5 et 10%), les équipes relèvent cependant une charge de travail accrue pour trouver des solutions de logements temporaires ou d'urgence ou pour permettre à des personnes en phase active de consommation de conserver un logement. La question du logement a été abordée de manière plus détaillée au Parachute et au Passage dans le cadre de mini enquêtes clientèles. Les résultats montrent qu'en plus des personnes sans domicile fixe, un pourcentage important de personnes a une solution d'hébergement précaire : "squat", hébergement d'urgence, chambre dans une pension ou encore hébergement chez des connaissances. On estime que 20 à 25% des usagers fréquentant le Passage sont dans cette situation. Si on ajoute les personnes qui se disent à la rue, 30 à 40% des usagers ont une situation de logement précaire.

Les conséquences de cette situation sont les suivantes :

- Risques accrus de dégradation de la santé psychique et physique pour les personnes en situation précaire.
- Risques accrus de consommation sur le domaine public, notamment de consommation par injection.

Pour les structures offrant une prise en charge résidentielle, le problème de trouver un logement en fin de séjour est devenu lancinant et tend à se traduire par une augmentation de la durée de séjour en institution.

Pour répondre à ce problème, différentes solutions ont vu le jour ou sont actuellement en projet.

En voici quelques exemples de façon non exhaustive.

■ Hébergement d'urgence

- **La Marmotte et le SleepIn**

A Lausanne, en plus de l'offre du Parachute (cf. cahier 2), la Marmotte et le SleepIn offrent un hébergement d'urgence, comprenant un lit, le petit-déjeuner et la douche pour 5.- par nuit. La durée d'hébergement est limitée à respectivement 20 et 18 nuits d'affilée. Pour compléter cette offre, qui n'arrive pas à absorber toute la demande, des solutions provisoires sont mises en oeuvre.

- **Abri PC de la Vallée de la Jeunesse, Lausanne**

En 2001, Lausanne a ouvert un lieu d'hébergement d'urgence nocturne de mi-décembre jusqu'à fin février pour répondre à la demande du terrain et compléter l'offre d'hébergement du SleepIn, de la Marmotte et du Parachute. Géré par une équipe de bénévoles, ce lieu d'accueil a été très fréquenté (30 à 40 personnes par soir), et notamment par des toxicomanes.

En hiver 2002, la Ville de Lausanne a pris l'initiative d'ouvrir et de gérer un abri de nuit pour la même période qu'en 2001. Du personnel formé a été engagé pour veiller à la gestion et au fonc-

tionnement du lieu, dont le nombre de places est limité à 25. Selon le modèle des structures d'hébergement d'urgence permanentes, sont proposés pour 5.- Frs un lit, des produits pour l'hygiène corporelle, ainsi qu'un petit déjeuner.

- **La Lucarne à Yverdon**

Un nouveau lieu d'hébergement d'urgence a été ouvert à Yverdon en avril 2002. Dans le projet initiale, 17 lits sont prévus, ainsi qu'une possibilité de se restaurer. De plus, il est prévu de fournir des aides et un accompagnement au relogement. Pour l'instant, il n'y a pas de chiffres officiels sur la fréquentation de ce lieu qui répond cependant selon les intervenants de Zone Bleue à une demande importante. Il semble même que des personnes toxicomanes de Lausanne se déplacent à Yverdon lorsqu'elles ont épuisé leurs nuitées au SleepIn de Lausanne et à la Marmotte.

Un rapport d'activité est prévu pour le premier trimestre 2003.

- **Logements fixes**

En plus des solutions d'hébergement d'urgence, la plupart des villes ont un certain nombre de logements sociaux.

A Lausanne, une réflexion pour développer et améliorer la politique du logement est actuellement en cours. La ville dispose à ce jour de plusieurs offres de logements : d'une part des logements fixes à long terme pour les personnes suivies, par exemple, par le CSR et, d'autre part, des appartements de secours. Tous sont cependant fortement demandés.

Actuellement, la ville de Lausanne essaye d'associer les communes environnantes et le canton à sa réflexion.

A Morges, l'équipe d'EdS est confrontée aux mêmes difficultés de logement pour sa clientèle et signale que désormais les solutions qui n'étaient utilisées auparavant que de manière très ponctuelle, parce que trop inconfortables (chambres de bonnes minuscules par ex.), sont actuellement convoitées et utilisées comme logement fixe.

- **En résumé**

Le nombre de personnes dans la population générale, et plus encore pour les personnes toxicomanes, qui se retrouvent face à des difficultés pour trouver un logement fixe a fortement augmenté ces dernières années.

Malgré l'augmentation des solutions d'hébergement temporaire, la demande dépasse l'offre et certaines régions sont complètement dépourvues face à ce phénomène. On relève ainsi une tendance à une mobilité interrégionale : les personnes de Lausanne ayant épuisé leurs possibilités de nuitées au SleepIn et à la Marmotte se rendent à Yverdon, les personnes de la Riviera cherchant un abri nocturne à Lausanne ou à Yverdon.

Les projets pour augmenter le nombre de logements à disposition des autorités communales existent mais ils sont de longue haleine et coûtent chers. Par ailleurs les demandes provenant de personnes à faible revenu ou précarisées augmentent et ne concernent pas uniquement les personnes toxicomanes.

- **Recommandations**

- Encourager et soutenir le développement de nouveaux projets.

- Travailler avec les gérances et/ou les propriétaires en vue d'un accord sur les garanties fournies par des services sociaux.
- Revoir la notion de quota de nuit aux SleepIn et à la Marmotte si le marché foncier est saturé.
- Développer une politique de logement social sur le plan cantonal.

6.4.2 Insertion professionnelle

■ Introduction

L'insertion professionnelle est considérée aujourd'hui comme faisant partie à part entière des mesures de prise en charge et de traitement des personnes toxico-dépendantes. L'emploi constitue un élément clé de la réinsertion sociale des toxicomanes, offrant une source légale de revenu et permettant de développer la confiance en soi.

Une étude européenne publiée récemment³¹ fait le point sur la situation en Europe. Il en ressort que, globalement, les programmes de réinsertion professionnelle pour les toxicomanes proposent une palette d'offres qui comprend une évaluation des besoins professionnels des individus, des activités de conseil et d'orientation, ainsi que des activités de formation et de placement sur le marché du travail.

La réinsertion tend à devenir un indicateur de la réussite du traitement³² dans la mesure où la réinsertion sur le marché de l'emploi ainsi que la capacité à mener une vie autonome constituent des objectifs fondamentaux de la prise en charge des toxicomanes.

Actuellement en Europe, il existe différents modèles d'intervention visant à améliorer la situation de l'emploi parmi les usagers de drogues dures. Dans les travaux scientifiques trois types de programmes sont décrits :

1. **Les programmes de travail subventionnés** proposant une formation professionnelle, le développement de compétences générales et parfois l'intervention sur le lieu de travail. Ces programmes s'adressent avant tout à des personnes invalides ou handicapées.
2. **Les programmes de développement des aptitudes générales** proposés aux toxicomanes pendant et après leur traitement. Ils consistent en différentes activités pour développer les aptitudes, améliorer les capacités d'intégration sociale, et augmenter les chances d'obtenir et de conserver un emploi.
3. **Les programmes de placement** ouverts aux toxicomanes qui suivent ou ont suivi un traitement. L'accent est alors mis sur le développement des aptitudes à chercher du travail et sur l'orientation professionnelle.

Par ailleurs, ces programmes de réinsertion professionnelle peuvent être soit spécifiques aux personnes toxicomanes, ou non-spécifiques, s'adressant à une population plus large. Les premiers s'adressent spécialement aux (anciens) toxicomanes dans le cadre d'institutions de traitement résidentiel, ou comme usagers externes. Ils comprennent des emplois protégés, des modules de formation générale ainsi que des séances de conseil et d'orientation professionnelle. Quant aux programmes de réinsertion professionnelle non-spécifiques, ils ont été créés à l'intention de différents groupes-cibles et accueillent notamment d'(anciens) toxicomanes.

Un certain nombre d'indicateurs semblent favoriser la réinsertion professionnelle. Parmi ceux-ci la durée du traitement est un facteur central, la réinsertion professionnelle étant un processus qui demande plus de temps que l'amélioration de l'état de santé. Les chances de réussite du processus de réinsertion peuvent également être augmentées grâce à des groupes de soutien ("self-help group"). Une étude comparative entre un groupe de toxicomanes et un groupe de personnes atteintes de divers handicaps physiques arrive à la conclusion qu'il n'y a pas de différences entre eux en terme de réinsertion professionnelle. Dans les deux groupes, les situations de réinsertion réussie concernent des personnes qui ont bénéficié d'un nombre élevé de services, et plus particulièrement d'un soutien diagnostique et d'évaluation, d'une formation professionnelle et à la communication, ainsi que d'une formation au développement de leurs capacités relationnelles³³.

La réussite de la réinsertion dépend en fait d'un ensemble de facteurs relevant à la fois de la nature des programmes de réinsertion et de la personnalité des individus qui y participent; ces facteurs devraient par conséquent être pris en considération pour une optimisation des résultats.

Aujourd'hui, les données internationales sur l'insertion ou la réinsertion sur le marché de l'emploi des toxicomanes qui ont suivi un traitement sont inexistantes. Néanmoins, la réinsertion professionnelle semble constituer un maillon faible des systèmes de soins dans un grand nombre de pays.

A l'heure actuelle les études qui se sont penchées sur ces questions en Europe mettent en évidence l'absence d'évaluation comparée et systématique des programmes, d'où l'importance, dans une visée d'amélioration de l'offre, non seulement d'obtenir des informations détaillées sur les besoins et les offres, mais également de développer les travaux sur les résultats de ces programmes.

■ La situation dans le Canton de Vaud

Une minorité des personnes toxicomanes du Canton de Vaud ont un emploi, qu'il soit à temps complet ou partiel ou même occasionnel. Sont généralement associés au fait de ne pas travailler les risques de recours à des sources de revenus illégaux ("deal", vol, mendicité ou prostitution). Pour la majorité des intervenants, l'absence d'occupation est aussi largement responsable de rechute dans la consommation ou d'une consommation plus régulière.

Qu'en est-il de la réinsertion professionnelle des toxicomanes dans le Canton de Vaud ?

Sans prétendre à l'exhaustivité, nous présentons ici plusieurs dispositifs de réinsertion sociale et professionnelle auxquels peuvent recourir les personnes en traitement. Parmi ces dispositifs, **PuissanceL**^{kkk} est un/le seul programme spécifique, du moins initialement. Créé pour les personnes ayant suivi un traitement dans une des maisons du Levant, ce programme est aujourd'hui ouvert à toutes les personnes pouvant bénéficier ou non d'un emploi temporaire subventionné (assurés LACI^{lll}, bénéficiaires du RMR et du RMR 50+). Son offre est double, combinant formation (bilans de compétences, techniques de recherche d'emploi, rédaction d'un CV, ...) et exécution de fonctions professionnelles soumises aux mêmes exigences (horaires, rythme de travail, productivité) que celles du marché du travail. Des Emplois temporaires subventionnés (ETS) dans différents corps de métiers sont proposés : secrétariat, relations publiques, comptabilité, menuiserie, électricité, serrurerie, transport, logistique et activités polyvalentes. Selon la

^{kkk} PuissanceL est une offre de la Fondation du Levant à Lausanne.

^{lll} LACI : Loi sur l'Assurance chômage.

typologie présentée dans le chapitre précédent, on est proche de programmes de type deux et trois, les ETS relevant du programme 1 présentés précédemment.

Quand aux autres programmes, non-spécifiques, on peut mentionner **L'unité de travail temporaire** (UTT) ou **Mobilet'**, qui fait partie des semestres de motivation (SEMO) existant dans le canton et qui s'adressent plus spécifiquement à des jeunes présentant des difficultés pour s'engager dans un travail régulier (Programme de type 2). **La Fondation Intégration pour tous**, qui fonctionne comme un bureau de placement spécialisé, pour toute personne atteinte dans sa santé physique ou psychique. (Programme de type 3). Le **CEFIL^{mmm}** faisant partie de l'Association du Relais, est orienté sur la formation des adultes, accueillant toute personne en situation de précarité économique ou sociale (Programme de type 2). De plus, au sein des **Ateliers du Relais**, un axe de formation en vue de l'obtention d'un Certificat fédéral de capacité (CFC) pour différents corps de métiers (ébéniste, cuisinier, serrurier, tapissier ou boulanger) est proposé. Dans le cadre de l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO), la Bourse à l'emploi constitue une plaque tournante entre les employeurs et les demandeurs d'emploi. Elle propose à des femmes et des hommes qui n'arrivent pas à s'adapter à des emplois fixes du travail de durée limitée.

Les trois établissements résidentiels évalués dans le présent rapport intègrent dans leur offre thérapeutique une prise en charge socio-professionnelle, ou du moins des activités en lien avec la formation et la recherche d'emploi.

A la fin du traitement au **Levant**, le Centre de réinsertion professionnelle (CRP) propose une préparation en vue de l'intégration sociale et professionnelle. PuissanceL intervient au niveau technique, dans la rédaction d'un CV, l'élaboration d'un bilan de compétences notamment et de là les résidents peuvent entreprendre leurs démarches pour trouver un emploi. PuissanceL est un outil qui permet de réajuster le rapport au travail des résidents. Bien que faisant partie de la Fondation du Levant, PuissanceL est ouvert à des personnes extérieures et non toxicomanes.

Par ailleurs, le Levant met à disposition un atelier de bijouterie qui offre la possibilité pour certains résidents, notamment ceux bénéficiant d'une rente AI, d'avoir une occupation partielle et d'aménager leur journée avec un suivi de qualité.

La **Fondation Bartimée** propose une palette d'offres avec des exigences croissantes, sur un continuum allant d'activités occupationnelles en atelier à une réinsertion professionnelle, en passant par des ateliers professionnels, tel l'atelier de menuiserie ou encore une activité professionnelle dans le cadre de l'Etexⁿⁿⁿ. La collaboration se fait essentiellement avec les programmes généralistes (pas exclusivement destinés aux personnes toxicodépendantes). Dans certains cas toutefois, notamment lorsqu'il y a des problèmes psychiatriques, la réinsertion professionnelle est envisagée dans un cadre de travail protégé.

Le **Foyer-Relais** oriente les résidents sur les Ateliers pour leur permettre d'avoir une activité rémunérée (10.- CHF brut de l'heure). Ces ateliers se distinguent de ceux qui sont protégés, dans la mesure où ils nécessitent de fournir un travail (boulangerie, traiteur, ...) avec des exigences similaires à celles du monde du travail. Il s'agit par conséquent davantage d'une forme de réapprentissage. Par la suite, les résidents cherchent un travail à l'extérieur, le plus souvent à temps partiel; ils sont alors soutenus par les intervenants. Le recours aux structures générales, ne s'adressant pas spécifiquement à une population de toxicomanes, est encouragé et, lorsque cela

^{mmm} Le CEFIL est le Centre d'étude et de formation intégrée du Léman.

ⁿⁿⁿ Etex pour Etape de transition vers l'extérieur durant laquelle la personne habite un appartement en ville et travaille à raison d'au minimum 50 %.

ne suffit pas ou n'est pas adapté, le recours à des structures spécifiques est alors envisagé. Pour les personnes bénéficiant de l'AI et ne pouvant pas retrouver de travail à temps plein, une activité à temps partiel permettant notamment de structurer la journée, est recherchée. Il peut s'agir par exemple de bénévolat.

Résultats

Les données FOS permettent de connaître la situation professionnelle des clients à la sortie à la sortie des institutions. Parmi les personnes ayant quitté les structures résidentielles entre 1998 et 2001, 28% ont un projet de travail à plein temps, 11% à temps partiel ou occasionnel, 4% vont commencer une formation et trois pour cent ont un travail intégré. De plus, 26% sont sans travail, 15% sont au chômage et 13% bénéficient d'une rente AI. Par rapport à la situation à l'entrée, ces résultats montrent une diminution des personnes sans activité avec pour corollaire une augmentation du nombre de personnes ayant un travail (+19%), de celles travaillant en ateliers protégés (+3%) et celles bénéficiant d'une rente (+2%).

Cette amélioration est cependant fortement dépendante de la durée de séjour. Les mêmes données, calculées en fonction d'une durée de plus ou moins un an dans l'institution, montrent une amélioration plus nette avec notamment 48% de personnes ayant un projet de travail à plein temps et 12% un travail occasionnel ou à temps partiel. Aucune possibilité n'existe cependant de vérifier si ces projets se sont bien réalisés et perdurent après quelques temps en dehors des institutions.

Tableau 6.4-1 Comparaison de la situation professionnelle à l'entrée, à la sortie et selon la durée de séjour, FOS, ensemble des questionnaires de sortie (1998-2001)

	A l'entrée n=160	A la sortie n=160	Séjour de 1 à 365 jours n=102	Séjour de plus de 365 jours n=58
% plein temps	9	28	17	48
% temps partiel, occasionnel	5	11	11	12
% formation	2	4	3	7
% travail intégré	0	3	2	3
% chômage	18	15	18	10
% rente	11	13	15	9
% autre, ss travail	56	26	35	10

* Les pourcentages sont calculés pour l'ensemble des questionnaires ayant une information.

■ Limites et difficultés : les questions qui se posent

Au vu de ce qui a été présenté jusqu'ici, que ce soit au niveau européen ou plus localement dans le Canton de Vaud, un certain nombre de difficultés peuvent être mises en évidence.

Si l'objectif de réinsertion professionnelle est admis, la question du type de structures sur lesquelles s'appuyer pour atteindre cet objectif se pose cependant de façon centrale. Le débat

porte actuellement sur l'alternative entre structures non-spécifiques et spécifiques pour les personnes toxicomanes.

Dans le premier cas, on recourt aux structures générales existantes, en sous-entendant que les difficultés rencontrées par la population toxicomane sont similaires à celles des populations exclues de façon plus générale. Dans le second, on admet que la population toxicomane présente un profil et/ou un parcours particulier appelant une aide ad hoc.

On peut en effet relever que les programmes mentionnés qui existent dans le Canton de Vaud s'adressent à une population de jeunes et jeunes adultes en difficultés dans leurs démarches en vue d'une insertion ou réinsertion professionnelle, mais ne concernent pas spécifiquement une population toxicomane. PuissanceL est un programme un peu différent, puisque faisant partie de la Fondation du Levant et s'adressant en premier lieu à ses résidents, bien qu'accueillant aujourd'hui une population plus large. Ces différents programmes proposent des formations et/ou des formes de stages et de travail temporaire faisant appel à des exigences similaires à celles du monde du travail.

Quelles sont les autres formes de réinsertion proposées si elles existent ? Sont-elles actuellement envisagées/envisageables ? Est-ce autre chose que de l'"occupationnel" ?

Un point important à mentionner concerne le niveau "élevé" d'exigences de ces dispositifs. En effet, dès lors que l'on évoque l'insertion professionnelle, une forme de stabilité est requise et on sort par conséquent d'une offre "bas seuil". Qu'en est-il du niveau d'exigences (en terme d'accessibilité) de ces structures professionnelles ? Existe-t-il des étapes préalables en vue d'une intégration professionnelle, qui seraient plus spécifiquement liées à des structures de prise en charge des toxicomanes ? Existe-t-il des étapes intermédiaires facilitant l'intégration de cette population toxicomane dans la structure générale ?

Se pose ainsi la question de l'existence de liens, de passerelles voire de leur absence, entre "l'occupationnel" et le professionnel. La réinsertion professionnelle peut-elle être envisagée pour tous ? N'y a-t-il pas une partie de la population pour laquelle autre chose peut être envisagé et, le cas échéant, de quoi s'agit-il ?

De plus, on ne saurait faire abstraction du fait que les exigences professionnelles sont de plus en plus élevées.

Dans le dispositif existant, il semble que l'on peut distinguer des formes de réinsertion professionnelle en tant que telles, dans le monde du travail "normal" pour des personnes stabilisées ayant des ressources et plus ou moins autonomes, d'une part. Ces formes de réinsertion correspondent à des programmes de type 2 et 3, non spécifiques à une population de consommateurs de drogues dures. D'autre part, une réinsertion à caractère plutôt social, pour des personnes à l'AI et par rapport à un objectif de diminution de la consommation totale par exemple, pouvant prendre la forme d'un travail à temps partiel, temporaire, de bénévolat ou de travail en ateliers, l'objectif étant alors davantage de recréer du lien social.

■ Recommandations

- De manière générale, il conviendrait aujourd'hui de réfléchir en terme de passerelles entre les différents dispositifs.

6.5 SANTE

D'une manière générale, l'offre développée ces dernières années dans le domaine de la réduction des risques a permis dans un premier temps une diminution des infections au VIH, qui tendent cependant depuis 1999 à augmenter (Enquête auprès des SBS, 2000), une diminution du partage de seringues avec une stabilisation autour de 10% de consommateurs ayant partagé leur seringue durant les six derniers mois. Malgré tout, on assiste actuellement à une augmentation des hépatites B et C et les données VIH cantonales montrent une légère augmentation des nouvelles infections.

Les points sur lesquels nous avons souhaité nous arrêter dans ce contexte concernent la remise de matériel d'injection et l'augmentation des hépatites.

6.5.1 Le concept de remise de matériel stérile aux personnes toxicodépendantes

En lien avec la politique suisse en matière de drogues, le pilier « réduction des risques » s'est développé, depuis 1996 dans le Canton de Vaud. Ainsi, l'offre en matière de matériel d'injection s'est étoffée, d'abord dans la ville de Lausanne, puis dans les autres régions. Ces mesures ont eu des conséquences positives sur la santé des consommateurs : on a assisté à une diminution de la pratique du partage des seringues et des infections au VIH (voir chapitre 1).

Si l'on regarde le nombre total de seringues distribuées par année, celui-ci s'élève en 1998-1999 à plus de 530'000 seringues. En 2000, ce nombre est passé à 450'000 puis à 280'000 en 2001. Après un pic à la fin 98, la distribution de seringues connaît donc une baisse importante depuis la fin 99. Depuis début 2001, ce nombre tend à se stabiliser.

Dans les premières années de distribution, il y a eu plusieurs plaintes de la population qui signalaient que du matériel usagé traînait sur la voie publique. Cet état de fait a amené à se demander quels sont les risques liés à d'éventuels contacts avec du matériel. Dans ce contexte, le Service de la santé publique a entrepris avec Rel'ier, une réflexion visant à un juste équilibre entre logiques de santé publique et de sécurité publique. Elle a abouti au développement d'un *Concept de remise de matériel stérile aux personnes toxicodépendantes*^{ooo} pour lequel les différents acteurs concernés ont été consultés.

Le concept a permis de dégager certaines recommandations, validées par le Conseil d'Etat en décembre 2000, qui portaient sur la nécessité de rendre le matériel stérile accessible sur l'ensemble du territoire vaudois, d'unifier les pratiques, d'améliorer la récupération du matériel usagé et de permettre une évaluation. Ces recommandations sont actuellement mises en œuvre conjointement par le Service de la santé publique et Rel'ier. Sont associés à ces démarches les intervenants actifs dans le domaine de la réduction des risques. L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive est chargé de la récolte des données et de leur analyse statistique, ce qui permet d'avoir une vision objective et évolutive de la situation. En vue de pérenniser ces pratiques, un bilan est prévu pour le début de l'année 2003.

^{ooo} Rapport pour un concept cantonal en matière de remise de matériel stérile aux personnes toxicodépendantes, version corrigée 2001. Service de la santé publique et Rel'ier. www.infoset.ch/f/risques/vaud.htm.

Un travail de réseau a également été mis en place. Une Coordination cantonale, réunissant un délégué de chaque structure accréditée par le médecin cantonal^{PPP}, permet d'ajuster l'ensemble de cette démarche et de suivre la situation cantonale.

La formation des intervenants est un des axes importants de la démarche. Une première rencontre de présentation du *Concept* et d'échange d'information a réuni une quarantaine de personnes à Lausanne. Des formations dans le domaine de la réduction des risques ont aussi été proposées (ARIA)^{qqq} et plus d'une trentaine d'intervenants ont déjà pu en bénéficier.

Cette formation a également permis d'optimiser la qualité des interventions développées auprès des consommateurs et d'améliorer la diffusion des messages de prévention spécifiques à ce domaine.

Une centralisation du lieu d'approvisionnement en matériel a été organisée. Le type de matériel remis dans le canton est unifié et les coûts sont rationalisés. Le financement de cette offre a constitué une aide concrète et bienvenue pour les structures cantonales, comme ACT, Entrée de Secours et Zone bleue.

Le matériel remis gratuitement a été adapté selon les besoins et un effort particulier a été fait en matière de récupération du matériel usagé. Afin de faciliter le transport des seringues usagées jusqu'au lieu d'échange, un matériel léger (tube en carton) est maintenant remis aux consommateurs.

Le taux de retour des seringues usagées est satisfaisant et les plaintes sont devenues rares. A noter également que les intervenants des structures organisent eux-mêmes des tournées régulières de ramassage.

Actuellement, tous les centres d'accueil et de traitement (ouverture en journée)^{rrr} proposent cette offre. Les lieux de traitement réservent cette remise à des situations de dépannage. L'offre est donc concentrée autour de ces lieux^{sss}.

Les douze structures (ou intervenants) procédant à l'échange ont suivi le processus d'accréditation auprès du médecin cantonal. L'échange qui consiste à donner à l'utilisateur un nombre de seringues équivalent à celles rendues avec deux supplémentaires (n+ 2 au maximum) est désormais la règle appliquée par tous et les conditions de remise de matériel stérile sont unifiées dans le canton.

Le financement de l'ensemble du programme (matériel, coordination, formation, évaluation) est assuré par le Fond de prévention et de lutte contre les toxicomanies. Il n'est toutefois pas pérennisé.

^{PPP} L'Association de "Toxicomanes en éveil et en sommeil", Lausanne, ne participe pas à la remise du matériel.

^{qqq} ARIA : centre de perfectionnement professionnel du Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies, Yverdon.

^{rrr} Pour plus de renseignements, voir : <http://relier.concepto.ch/content.cfm>.

^{sss} Lausanne, Yverdon, Morges, Vevey, Montreux et Bex.

■ Questions d'actualité

La distribution de matériel d'injection stérile a progressé surtout qualitativement ces dernières années grâce au travail de coordination et de formation qui a été entamé. On assiste cependant à une diminution du nombre de seringues distribuées. Quant au taux de retour, il est bon.

Les intervenants participant au Concept sont cependant confrontés au problème de trouver des modes d'intervention et de prévention qui permettraient de réduire les taux de partage.

Le dispositif est inégalement réparti sur le canton et l'accès au matériel est difficile dans les régions comme, par exemple, la Broye, Nyon et la Vallée de Joux. Selon les régions, aucun accès n'est possible la nuit ou même parfois durant les fins de semaine. Les pharmacies sont dans ces régions les seules possibilités d'accéder à du matériel stérile.

■ Recommandations

Le développement de l'accessibilité au matériel implique la recherche de nouveaux partenaires. Des démarches dans ce sens ont été entreprises et l'expérience montre la complexité de la question, qui reste sensible, bien qu'il soit établi d'une part que la remise de matériel ne favorise pas la toxicomanie et, d'autre part, que cette mesure a un réel impact sur la santé des consommateurs et est un élément de santé publique pour la population générale.

Evaluer la place des pharmacies dans le dispositif de remise des seringues.

6.5.2 Hépatites

Comme l'ont démontré de récentes études, l'hépatite C (VHC) est devenue un problème de santé publique³⁴. En Suisse, entre 50 et 70'000 personnes sont porteuses du virus, soit 0,7% à 1% de la population. On recense chaque année 2'500 nouvelles contaminations et ce nombre est en augmentation. En comparaison, le nombre total de tests de dépistage du VIH positifs depuis 1985 est de 25'640³⁵.

Les personnes s'injectant des drogues sont particulièrement touchées. Après une année de consommation, 20 à 40% d'entre elles sont contaminées, ce taux passant à 90% après quelques années de consommation³⁶. A l'heure actuelle, il n'existe pas de vaccin et les traitements sont longs. De plus, ils nécessitent une abstinence chez les patients et, du fait que les médicaments utilisés peuvent provoquer des états dépressifs, cela demande une bonne préparation des usagers afin de garantir un bon suivi du traitement.

L'hépatite est une infection du foie causée par un ou des virus spécifiques. La transmission se fait par le sang dans la plupart des cas (transmission plus "efficace" que pour le VIH). En cas de partage de matériel, le risque de contamination est très élevé, les plus petites traces de sang pouvant transmettre le VHC. On peut en retrouver dans les ustensiles utilisés par les consommateurs en plus de la seringue, la cuillère, le filtre et l'eau.

La consommation par voie nasale est également indiquée comme pouvant représenter une source de contamination. Certains produits (cocaïne, médicaments, ...) irritent les muqueuses et des saignements peuvent alors se produire. En cas de partage de la « paille », le risque de contamination est ainsi présent.

Les produits consommés diffèrent en fonction de l'approvisionnement du marché. Depuis environ cinq ans, une augmentation notable de la consommation de cocaïne est constatée et il en résulte de nouveaux problèmes. En effet, les consommateurs de cocaïne s'injectent plus fréquemment que les héroïnomanes (jusqu'à 10 à 30 injections/jour), augmentant fortement les

risques non seulement en raison du nombre quotidien d'injections, mais également à travers l'effet psychoactif produit par la cocaïne. En effet, cette dernière peut induire des problèmes psychiatriques comme une décompensation psychotique, un état dépressif ou d'anxiété majeure. Les personnes rencontrent alors de grandes difficultés à maintenir une hygiène suffisante. Cette population est donc à haut risque et il est impératif de renforcer les mesures adéquates, comme l'accessibilité au matériel stérile ou encore des conseils de prévention au sujet de l'hygiène d'injection.

■ Campagne de prévention de l'hépatite C destinée aux personnes toxicodépendantes

En 2001, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a lancé une campagne nationale de prévention destinée aux personnes toxicodépendantes. Elle a débuté en Suisse allemande pour ensuite être adaptée à la Romandie. Le Bureau suisse de réduction des risques (BRR) en collaboration avec le Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT)^{ttt} a été chargé de la coordination et de sa diffusion.

Les objectifs sont, d'une part, la sensibilisation des professionnels à la question de l'hépatite C et, d'autre part, la diffusion de messages de prévention auprès de la population cible et qui visent plus spécifiquement les pratiques à risque.

"Flyers", affiches, briquets, autocollants sont les supports utilisés pour permettre de décrire les risques liés au partage du matériel. Le message principal étant « utilise toujours ton propre matériel ».

Cinq demi-journées de formation ont été organisées en Suisse romande. Elles ont été largement suivies par les intervenants du domaine de la réduction des risques. La campagne se déroule actuellement dans tous les lieux d'accueil et de traitement du Canton de Vaud^{uuu}.

Une des forces de cette campagne est de mobiliser les consommateurs en tant qu'agents de prévention. Des groupes ont été constitués et une formation complémentaire leur a été proposée. Ainsi, les consommateurs peuvent prendre une place active dans la diffusion des informations. Leur présence permet de démultiplier la transmission des messages auprès des personnes qui ne sont pas en contact avec les structures.

Les institutions ont la possibilité de disposer d'un budget pour rétribuer la participation des personnes toxicomanes.

Ce travail avec les consommateurs permet également de mieux connaître leurs pratiques et ainsi, de développer des messages ajustés à la situation.

A Lausanne, la campagne qui a été coordonnée au sein du Dispositif seuil bas (DSB) s'est déroulée du 2 au 6 décembre 2002. Dans le canton, elle a été complétée par l'offre gratuite d'un test de dépistage de l'hépatite C avec possibilité de vaccination contre les hépatites A et B. La vaccination est encouragée, l'addition d'une hépatite A et B à une hépatite C étant dangereuse. Un bud-

^{ttt} La description détaillée du matériel de prévention ainsi que les échos de la campagne peuvent être consultés sur le site du GREAT : www.infoset.ch/inst/great/hépatite.

^{uuu} Voir Zoom "L'hépatite C, un problème de santé publique", Rel'ier, décembre 2002, www.infoset.ch.

get spécial a été mis à disposition par le Service de la santé publique afin d'assurer le dépistage et la vaccination.

La formation, l'organisation de la campagne, ainsi que l'encadrement des consommateurs ont représenté un important travail pour les intervenants. La démarche a remporté une large adhésion. Dans le cadre du GREAT, un bilan de la campagne en Suisse romande est prévu au début 2003 qui permettra d'étudier les opportunités de prolongement de cette campagne, les éventuelles mesures permanentes à mettre en place et le développement des programmes d'éducation par les pairs.

7 ANNEXES

7.1 ANNEXE AU CHAPITRE 4.5

7.1.1 LE TRAVAIL SOCIAL DE PROXIMITE

Texte écrit par Viviane Prats^{vvv} et Eric Joye^{www}

Depuis plusieurs années se sont développés dans le Canton de Vaud de nombreux postes se référant au travail social de proximité (éducateur/ animateur /travailleur de proximité/ de rue) (ci-après TSP).

Ces différents postes sont financés soit par les communes, soit par le canton, soit de manière mixte.

Le canton soutient actuellement les projets suivants :

le programme de travail social de proximité de la région Morges-Aubonne, depuis fin 1996 ;

le programme de travail social de proximité de la région Aigle-Pays d'Enhaut, depuis 1997 ;

de manière paritaire avec les communes de Bussigny, de Chavannes-près-Renens, de St-Sulpice et de Villars-St-Croix et par l'intermédiaire du Fonds de prévention et de lutte contre les toxicodépendances, le programme de travail social de proximité de l'Ouest-lausannois, depuis 2002;

de manière paritaire avec les communes de Moudon et alentours et par l'intermédiaire du Fonds de prévention et de lutte contre les toxicodépendances, le programme de travail social de proximité d'Arcades, depuis 2001.

Mais de nombreux autres programmes ont vu le jour sur la propre initiative des communes et sont financés par elles.

Ces différents projets sont ancrés dans des réalités et des contextes différenciés.

Cependant, ils partagent tous une approche et des techniques d'intervention qui les rassemblent.

■ La proximité

Les TSP développent leurs interventions à proximité des lieux où les jeunes se trouvent. Les lieux publics (école, gare, square, centre de jeunes, semestre de motivation, rue, quartier) représentent des espaces privilégiés d'activités. Une présence régulière dans ces différents lieux leur permet de se faire connaître et reconnaître comme adultes ressources auprès des jeunes. Ils sont à même d'entrer en contact avec eux, et de connaître leurs préoccupations et leurs besoins.

Notons que les TSP ont un rôle de « thermomètre » social en prenant régulièrement en compte le climat du terrain et en témoignant de cette réalité.

■ Le lien relationnel

La création d'un lien relationnel est fondamentale dans le travail de proximité. Les jeunes sont bien souvent en rupture de lien avec leur entourage familial, scolaire ou professionnel. Par des contacts réguliers et progressifs, les intervenants de proximité tentent de rentrer en relation avec

^{vvv} Rel'ier.

^{www} Service de la santé publique.

ces jeunes dans la perspective de créer un lien significatif qui permettra de recréer une relation ensuite avec les autres personnes de l'entourage du jeune en question.

L'intervention des TSP se construit selon deux approches, une approche collective qui permet d'entrer en relation avec un groupe et de leur proposer des projets collectifs sociaux et/ou culturels ; et une approche individuelle qui va permettre d'apporter une réponse précise et ciblée aux besoins particuliers adaptés à la situation d'un jeune.

■ Une transmission de ressources-clés

Le travail consiste, en soi, en une mise en lumière des ressources que les jeunes possèdent (sans en avoir forcément conscience) et en une transmission de ressources-clés qui les aideront à construire leur avenir en lien avec le monde qui les entoure.

Ressources relationnelles et personnelles, ressources-clés, savoirs et expériences, l'alchimie qui permet le mieux à ces jeunes de renouer avec les valeurs instituées n'est pas univoque. Les TSP doivent faire preuve de doigté pour évaluer les besoins des uns et des autres.

■ Une action intégrée dans les réseaux

Afin de réaliser au mieux ce travail de transmission de ressources-clés, les intervenants de proximité doivent pouvoir compter sur une bonne connexion auprès des réseaux sociaux de leur région, qu'il s'agisse des entreprises, des lieux de formation, des clubs de loisirs et de sport, etc.

Leur connaissance de ces réseaux leur permet d'en faciliter l'entrée des jeunes concernés par une problématique particulière ; ils ont donc aussi une mission d'orientation et d'accompagnement.

Malgré ces points communs transversaux, il n'en demeure pas moins vrai que les assises et le soutien des différents projets développés dans le canton varient considérablement d'un endroit à l'autre.

Les attentes sont diverses en fonction des communes, les moyens alloués le sont aussi. L'encadrement offert par les différentes instances qui dirigent ces projets varie aussi considérablement.

Les problèmes de formation ont aussi leur importance car à l'heure actuelle il n'existe pas véritablement de formation spécifique au travail de proximité ; même s'ils sont tous formés en éducation ou en travail social, chacun essaie de développer des projets particuliers, ce qui donne souvent lieu à des initiatives originales et novatrices.

Mais ils sont aussi parfois confrontés à un sentiment de solitude, soit parce que les attentes à leur égard sont trop élevées et irréalistes, soit parce que l'encadrement prévu n'est pas suffisant.

Il y a indéniablement un déficit de reconnaissance de ce type de travail.

Ces constats ont amené à envisager une réponse pragmatique permettant d'encadrer et de soutenir ces différents projets.

- Promotion, coordination et évaluation des TSP

Menée conjointement par la Santé Publique et Rel'ier, une démarche originale a vu le jour il y a quelques mois. Elle consiste à comprendre et à définir de manière plus précise en quoi consiste ce type de travail, à saisir où ces interventions se situent dans l'ensemble du dispositif « dépendances », à en mettre en évidence l'efficacité et à dessiner les principales ressources nécessaires à son application.

Ce projet est en cours de réalisation. Si les étapes prévues sont identifiées et clairement envisagées par les différents partenaires, le projet n'est qu'en phase d'élaboration. Il est donc difficile à l'heure actuelle de présenter autre chose qu'un processus de mise en place.

Il s'agit, dans un premier temps, de faire un inventaire des différentes actions menées dans le canton, de proposer ensuite une plate-forme réunissant ces différents projets et de développer une volonté de mise en commun afin de favoriser le partage d'expérience, fonctionnant comme un lieu d'échanges et un espace de confrontation des différentes pratiques.

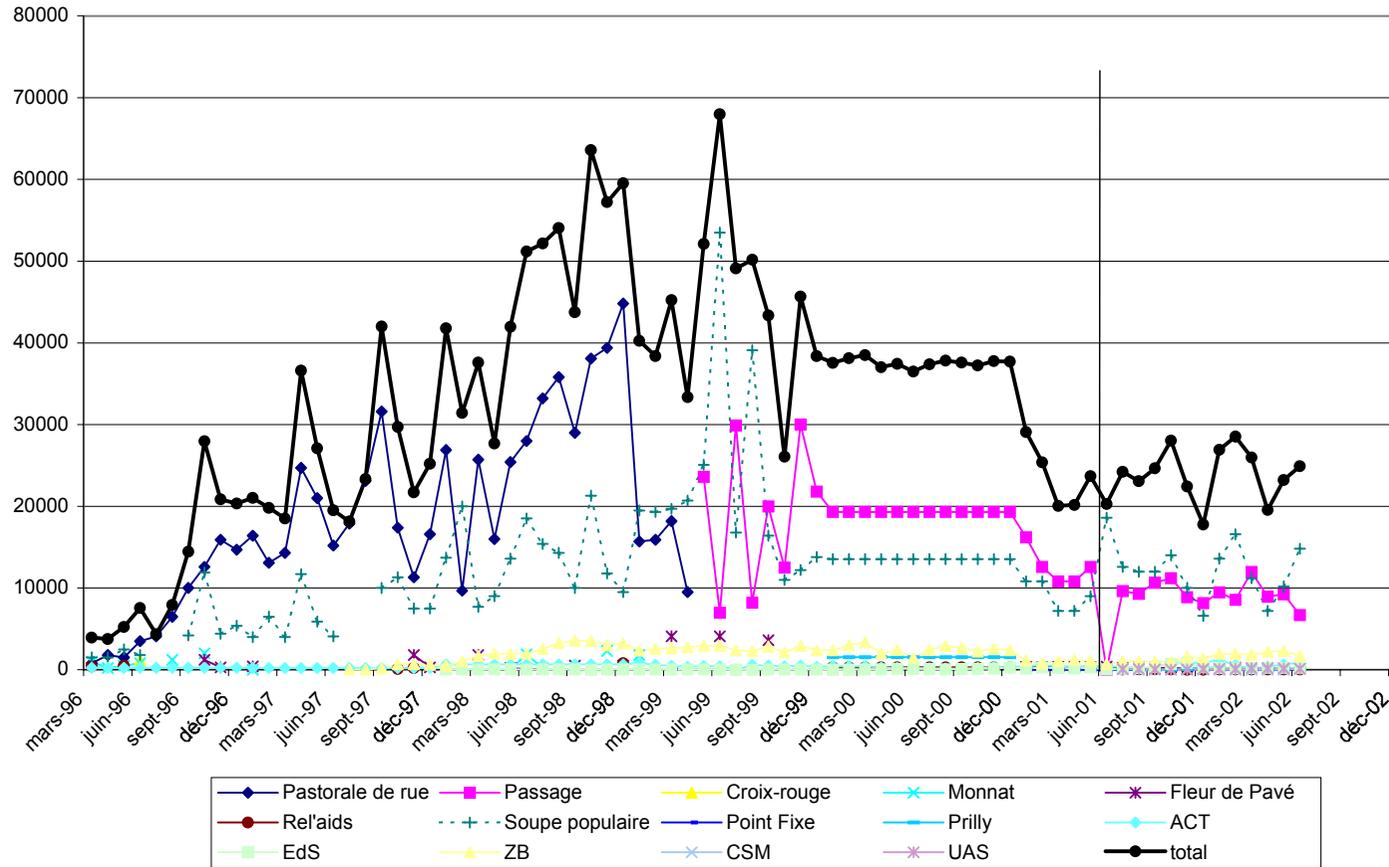
Il s'agit donc tout d'abord de créer l'adhésion des différents partenaires à ce principe, ce qui est chose faite, chacun reconnaissant l'utilité et l'importance d'appartenir à cette plate-forme.

Un travail de type « journalistique » va nous permettre également de prendre en compte les expériences pratiques des différents projets afin de documenter notre travail. Cette deuxième phase de documentation doit nous permettre une mise en lumière et une valorisation des projets développés. Elle devrait aussi nous conduire à identifier ce qui facilite les actions, car c'est en partant de l'expérience que nous réussirons à souligner les écueils et les réussites et à observer sur le terrain ce qui doit être favorisé pour aider à la réalisation d'un projet efficient.

Ces phases successives devraient aussi nous amener à élaborer un certain nombre de recommandations favorisant et aidant à la construction de futurs projets.

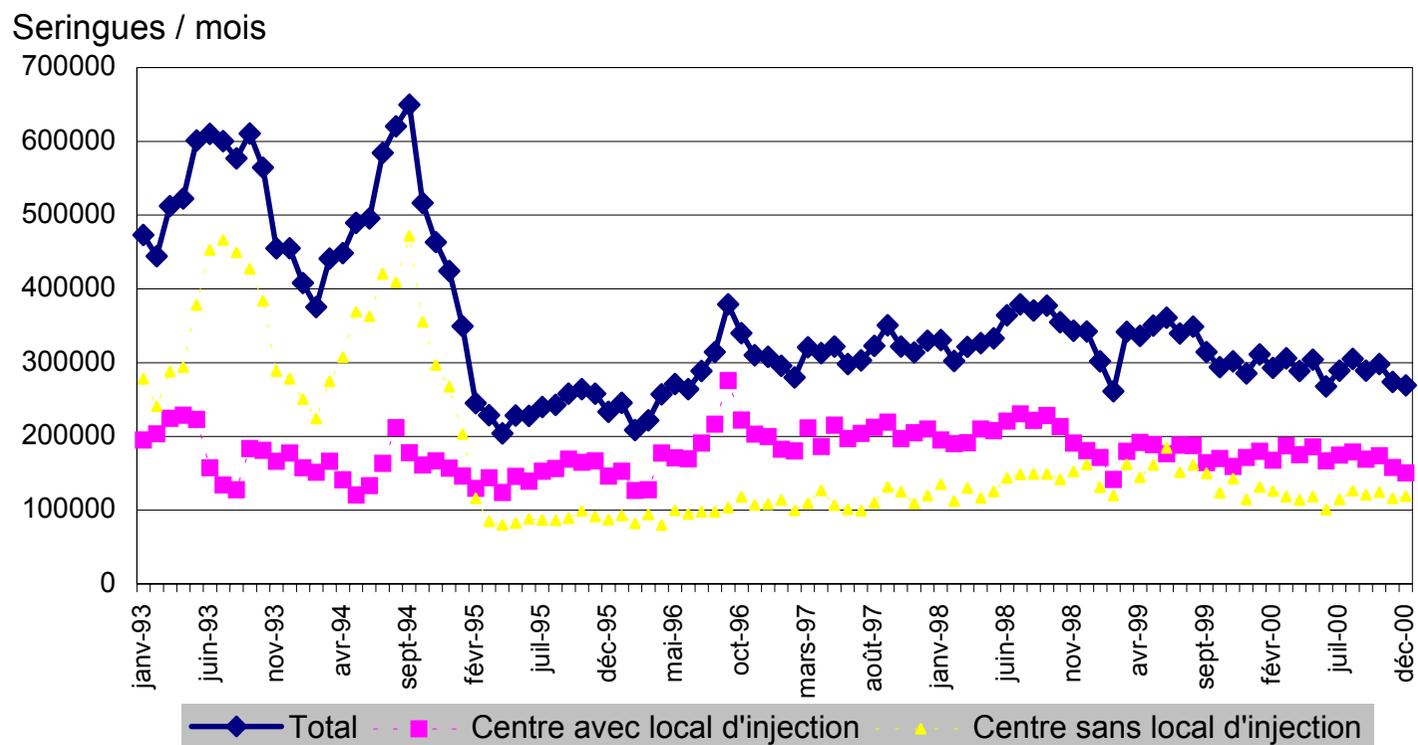
7.2 ANNEXE DU CHAPITRE 4.6

Figure 7.2-1 Evolution de la distribution de seringues dans le Canton de Vaud, données par mois de mars 1996 à juin 2002 (source IUMSP)



* Données de stock jusqu'en juin 2001. Relevé mensuel par les structures depuis juillet 2001.

Figure 7.2-2 Evolution de la distribution de seringues dans les structures à bas seuil en Suisse de 1993 à 2000, Source : IUMSP



7.3 ANNEXE AU CHAPITRE 5.4

Figure 7.3-1 Evolution du nombre total d'hépatites B aiguës déclarées et du nombre d'hépatites B aiguës chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en Suisse de 1993 à 2001, (source OFSP)

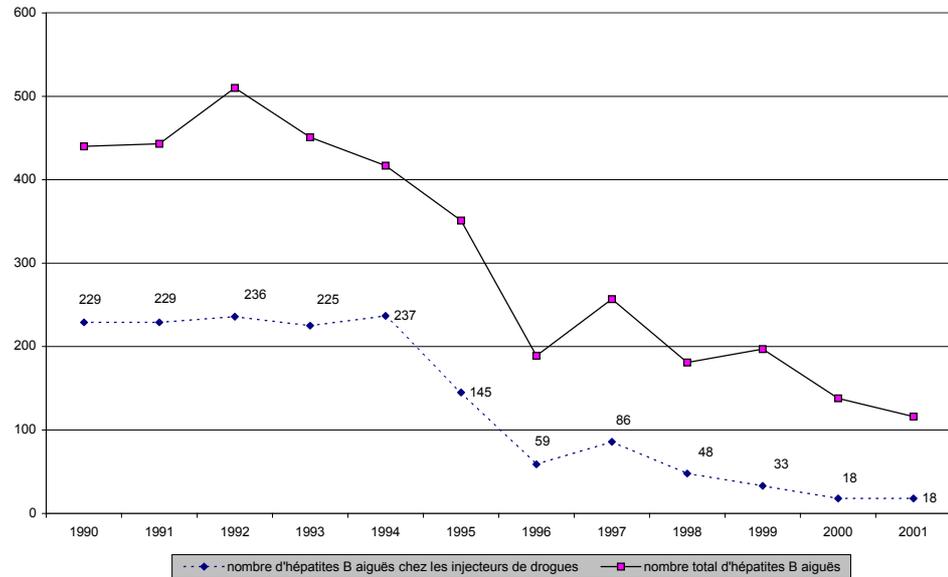


Figure 7.3-2 Evolution du nombre total d'hépatites B aiguës déclarées et du nombre d'hépatites B aiguës chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans le Canton de Vaud de 1990 à 2001, (source OFSP)

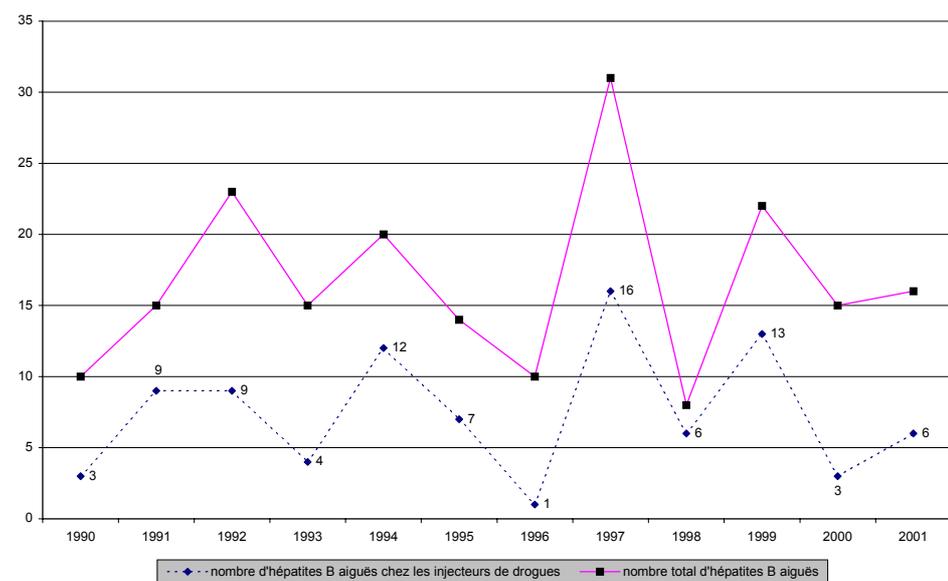


Figure 7.3-3

Evolution du nombre total d'hépatites C aiguës déclarées et du nombre d'hépatites B aiguës chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en Suisse de 1993 à 2001, (source OFSP)

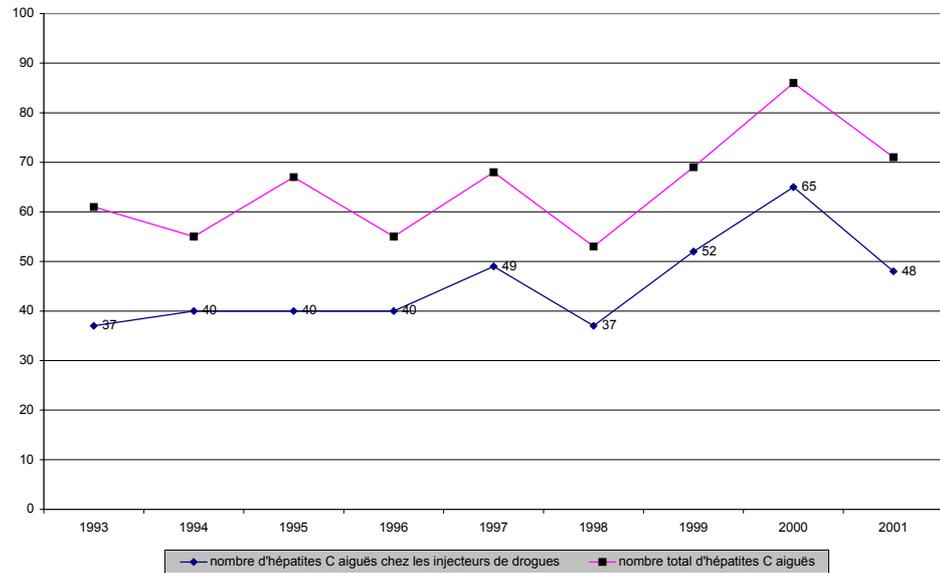


Figure 7.3-4

Evolution du nombre total d'hépatites B aiguës déclarées et du nombre d'hépatites C aiguës chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans le Canton de Vaud de 1990 à 2001, (source OFSP)

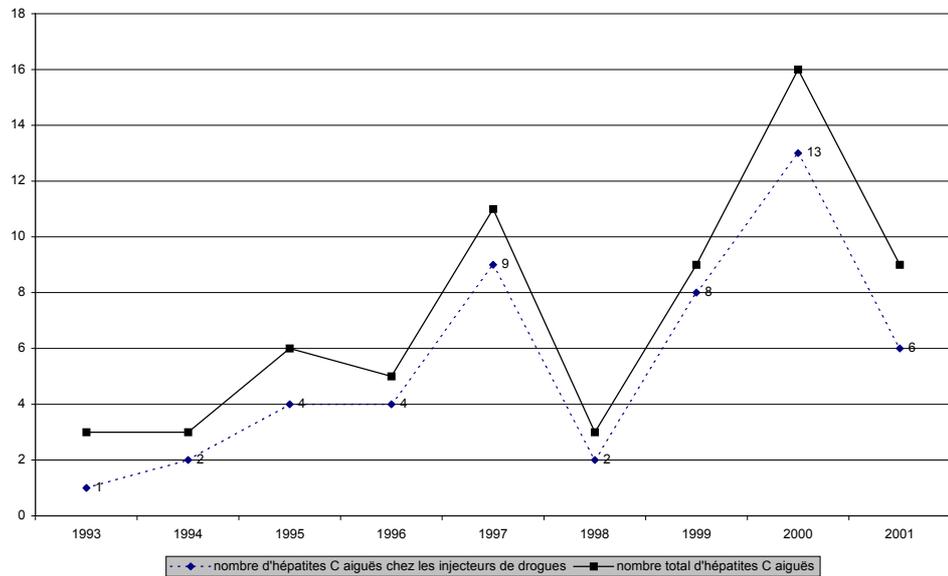


Figure 7.3-5 Evolution du nombre estimé de premiers tests positifs démontrant l'infection par le virus de l'hépatite C en Suisse de 1996 à 2001, (source OFSP)

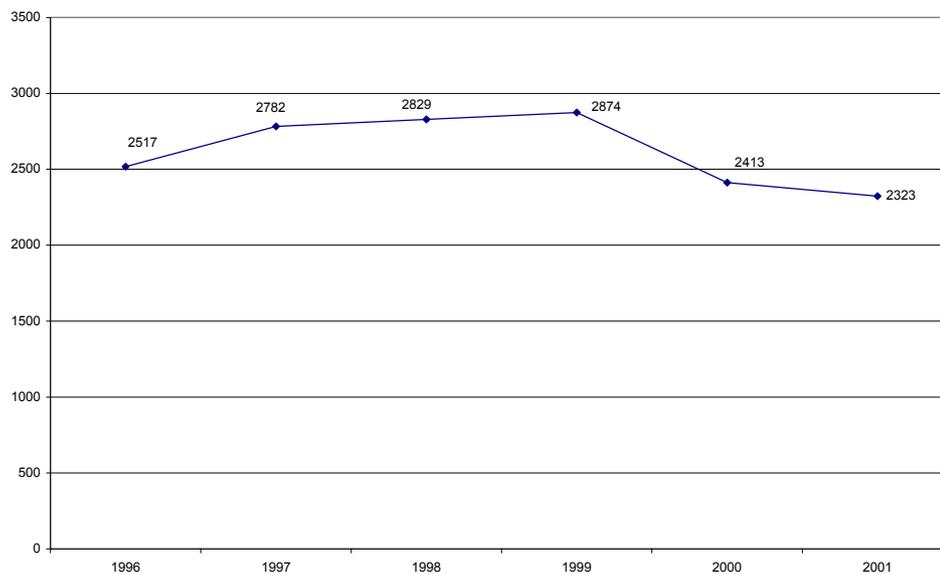


Figure 7.3-6 Evolution du nombre estimé de premiers tests positifs démontrant l'infection par le virus de l'hépatite C dans le Canton de Vaud de 1996 à 2001, (source OFSP)

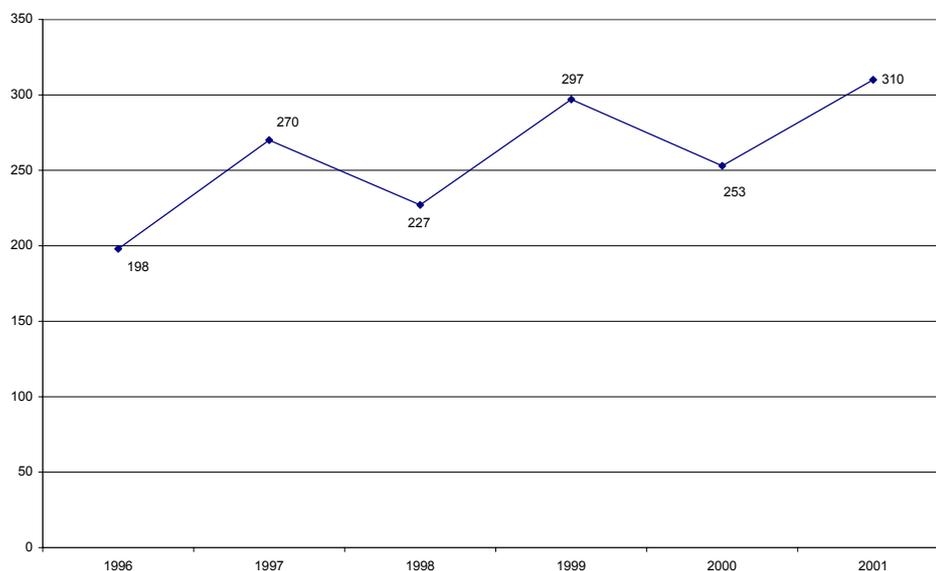


Tableau 7.3-1 FOS : exposition aux risques de 1998 à 2001 (source FOS)

	1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs	101		114		142	
Partage de seringues						
▪ Transmis seringue usagée dernier mois (rapporté aux injecteurs dernier mois)	9	14	6	12	3	7
▪ Transmis seringue usagée 12 derniers mois (rapporté aux injecteurs 12 derniers mois)	24	32	19	28	16	26

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Huissoud T, Gervasoni J-P, Benninghoff F, Dubois-Arber F. Epidémiologie de la toxicomanie dans le Canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le Canton de Vaud depuis 1996. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1998 (Raisons de santé, 20a).
- 2 Huissoud T, Morency P, Samitca S, Benninghoff F, Geense R, Dupertuis-dit-Neveu V, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. Epidémiologie de la toxicomanie dans le Canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le Canton de Vaud depuis 1996. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2000 (Raisons de santé, 63).
- 3 Blättler R, et al. Decreasing intravenous cocaine use in opiate users treated with prescribed heroin. *Soz Praeventivmed* 2002;47:24-32.
- 4 Killias M, et al. Rapport final sur les effets de la prescription d'héroïne sur la délinquance des toxicomanes. Lausanne : Université de Lausanne, Institut de police scientifique et de criminologie, 2002.
- 5 Benninghoff F, Geense R, Monitoring de la distribution de seringues dans le Canton de Vaud 2001. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2002. (Document non publié).
- 6 Huissoud T, Morency P, Samitca S, Benninghoff F, Geense R, Dupertuis V, et al. Epidémiologie de la toxicomanie dans le Canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le Canton de Vaud : deuxième période d'évaluation 1998-2000. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001. (Raisons de santé, 63).
- 7 Janin Jaquat B, François Y. Konsum psychoaktiver Substanzen bei Schüler/innen in der Schweiz: Nationale Ergebnisse der Umfrage zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11 bis 15 Jahren. *Abhängigkeiten : Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung* (Lausanne), 1999(5):5-23.
- 8 Delgrande M, Kuntsche E, Schmid H. Enquête sur les comportements de santé des écoliers de 12 à 15 ans, une statistique descriptive des données de 1998 du Canton de Vaud. Lausanne : SFA ISPA, 2000.
- 9 Zobel F, Thomas R, Arnaud S, de Preux E, Ramstein T, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F, avec la collaboration de : Kellerhals C, Morency P, So-Barazetti B, Ernst M-E, Benninghoff F, Gervasoni J-P. Evaluation globale du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) : quatrième rapport de synthèse 2000-2002. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2002.
- 10 Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, editor. Chiffres et données sur l'alcool et les autres drogues, 1999. Lausanne : Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 1999.
- 11 Delgrande M, Kuntsche EN, Schmid H. Enquête sur les comportements de santé des écoliers de 12 à 15 ans: une statistique descriptive des données nationales de 1998. Lausanne : Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 1999.
- 12 Benninghoff F. Prise en charge de la toxicodépendance en Suisse : une typologie des offres d'aide à "bas seuil" et à "haut seuil". In : Maeder C, Burton-Jeangros C, Haour-Knipe M (Eds). *Santé, médecine et société: contribution à la sociologie de la santé*. Zurich : Seismo ; 1999.
- 13 Benninghoff F, Gervasoni J-P, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. *Rev Epidémiol Sante Publique* 1998;46:205-17.
- 14 Statistique suisse des stupéfiants (de 1995 à 2001). Berne : Office fédéral de la police; de 1996 à 2002.
- 15 Gebhardt M. Sida et VIH en Suisse : situation épidémiologique fin 1998. Berne : Office fédéral de la santé publique; 1999.

- 16 Zobel F, Thomas R, Arnaud S, de Preux E, Ramstein T, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F, avec la collaboration de : Kellerhals C, Morency P, So-Barazetti B, Ernst M-E, Benninghoff F, Gervasoni J-P. Evaluation globale du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) : quatrième rapport de synthèse 2000-2002. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2002.
- 17 Doll S. Rapport préliminaire sur les traitements de substitution avec de la méthadone dans le Canton de Vaud au cours de la période du 1 janvier 2001 au 31 décembre 2001. Lausanne : 2002.
- 18 COSTE (1998). Offres de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues. Berne : Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues, 1998.
- 19 FOS (2002). La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 2001 : Rapport d'activité et statistique annuelle globale . Rapport No 147. Zurich : Institut de recherche sur la toxicomanie, 2002.
- 20 Kübler D, Hausser D. Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical: étude exploratoire auprès d'une population cachée. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.7).
- 21 Hausser D, Kübler D, Dubois-Arber F. Characteristics of heroin and cocaine users unknown to treatment agencies. Results from the Swiss hidden population study. Sozial- und Praeventivmedizin 1999;44(5):222-32.
- 22 Musset T. « Utilisation de cocaïne par voie intraveineuse : quels conseils donner ? In : Cocaïnomanie Flash Addiction no. 4 mars 2002, Journal du Collège romand de l'Addiction.
- 23 Chevalley A-F, Musset T. « Cocaïnomanie ». In : Cocaïnomanie Flash Addiction no 4 mars 2002, Journal du Collège romand de l'Addiction.
- 24 Hämmig R. L'usage de médicaments dans le milieu toxicomane. In : L'abus de médicaments en Suisse, sous la direction de Etienne Mäffli, Lausanne : SFA-ISPA Press, 2000.
- 25 Monnat M. Problèmes secondaires à l'injection de médicaments prévus pour être administrés par voie orale [Papier interne]. Lausanne : Centre St martin, DUPA; 2002.
- 26 Enquête sur les comportements de santé des écoliers de 12 à 15 ans: une statistique descriptive des données nationales de 1998. Lausanne : Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) ; 1999.
- 27 Rey JM, Tenant C. Cannabis and mental health. Br Med J 2002; 325:1183-4.
- 28 Riley SCE, et al. « Patterns of recreational drug use at dance events in Edinburgh, Scotland ». In : Addiction 2001;96:1035-47.
- 29 Rapports annuels 2001 et 2002 de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT).
- 30 Pilot E. Ein Projekt der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern und der Stiftung Contact Bern, Rapport 98/99.
- 31 Réinsertion professionnelle des toxicomanes en Europe, Actes du séminaire organisé par le Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou) Bratislava janvier 2002, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2001.
Uchtenhagen A, Schaaf S, Berger C. Réinsertion professionnelle des toxicomanes (Projet EUREHA) Etat des lieux et résultats d'une étude sur tous les Etats membres du Groupe Pompidou. Strasbourg, 2000.
- 32 Gerlach et Schneider, 1994, cités par Uchtenhagen, Schaaf, Berger, 2000.
- 33 Schwab et DiNitto, 1993, cités par Uchtenhagen, Schaaf, Berger, 2000.
- 34 Brochure « Hépatite C, concerné, moi ? », Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2002.
- 35 Statistiques « Epidémiologie et maladies infectieuses », Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2001.