

Hospices cantonaux  
Département universitaire de médecine  
et de santé communautaires

Institut universitaire de médecine  
sociale et préventive  
Lausanne

## POUR UN SYSTEME DE SUIVI DE LA STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN SUISSE

Situation et évolution des  
comportements à risque chez les  
consommateurs de drogue

*Frank Zobel, Françoise Dubois-Arber*

**Étude financée par :**

Office fédéral de la santé publique, Berne  
Contrat 04.000158 / 2.24.01.-744

**Citation suggérée :**

Zobel F, Dubois-Arber F. Pour un système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse : situation et évolution des comportements à risque chez les consommateurs de drogue. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive 2006 (Raisons de santé, 123).

**Remerciements :**

A toutes les personnes et institutions qui ont participé à cette étude

Nom fichier : RdS 123.doc

# TABLE DES MATIERES

Résumé .....	5
Zusammenfassung .....	7
1 Introduction .....	9
2 Méthode .....	9
3 Données épidémiologiques .....	10
3.1 Données provenant du système de déclaration des maladies infectieuses .....	10
3.1.1 VIH/sida .....	10
3.1.2 Hépatite B et C .....	11
3.1.3 Situation ailleurs en Europe .....	13
3.2 Prévalence des maladies infectieuses .....	14
3.2.1 Situation ailleurs en Europe .....	15
3.3 Données sur les comportements à risque .....	16
3.3.1 Comportements de consommation .....	16
3.3.2 Exposition aux risques de transmission des maladies infectieuses .....	17
3.3.3 Situation ailleurs en Europe .....	17
3.4 Synthèse des indicateurs épidémiologiques .....	18
4 Observations des professionnels .....	20
4.1 Changements/ nouvelles tendances dans le profil (socio-démographique, consommation de substances) des usagers .....	20
4.1.1 Secteur des structures à bas seuil d'accessibilité (SBS) .....	20
4.1.2 Secteur des traitements ambulatoires .....	21
4.1.3 Secteur «nightlife» .....	21
4.2 Changements/ nouvelles tendances dans les comportements à risque de transmission du VIH/des hépatites chez les usagers ? .....	21
4.2.1 Secteur des structures à bas seuil d'accessibilité (SBS) .....	21
4.2.2 Secteur des traitements ambulatoires .....	22
4.2.3 Secteur «nightlife» .....	22
4.3 Situation et évolution de la prévalence du VIH/sida et des hépatites ? ..	22
4.3.1 Secteur des structures à bas seuil d'accessibilité (SBS) .....	22
4.3.2 Secteur des traitements ambulatoires .....	22
4.3.3 Secteur «nightlife» .....	23
4.4 Situation et évolution de l'accès et de la compliance aux traitements pour les maladies infectieuses chez les usagers de drogue? .....	23
4.4.1 Secteur des structures à bas seuil d'accessibilité (SBS) .....	23
4.4.2 Secteur des traitements ambulatoires .....	23
4.4.3 Secteur «nightlife» .....	24
4.5 Mesures permettant d'améliorer la situation ? .....	24
4.5.1 Secteur des structures à bas seuil d'accessibilité (SBS) .....	24
4.5.2 Secteur des traitements ambulatoires .....	24
4.5.3 Secteur «nightlife» .....	25
4.6 Synthèse des observations des professionnels .....	25

5	Synthèse générale .....	27
6	Bibliographie .....	29
7	Annexe	
	Liste des participants aux focus groups sur les comportements à risque .....	31
7.1	Focus group bas-seuil (1.12.2005 à Berne en allemand) .....	31
7.2	Focus group centres de traitement (2.12.2005 à Berne en anglais) .....	31
7.3	Focus group « nightlife » (10.02.2006 à Bienne en allemand/français) .....	31

## RESUME

Menée dans le cadre du monitoring de la stratégie de lutte contre le sida 2004-2008, cette étude visait à faire le point à fin 2005 sur la situation actuelle en matière de comportements à risque chez les consommateurs de drogue dépendants. Elle était aussi destinée à tester l'intérêt de faire régulièrement un tel exercice « d'alerte », entre deux enquêtes sur les comportements en matière de VIH/sida chez les consommateurs de drogue (2000, 2006).

L'étude a été divisée en deux parties :

1. Une revue des données épidémiologiques pertinentes existantes en Suisse : données provenant du système de déclaration des maladies infectieuses (VIH/sida, hépatites B et C), données sur la prévalence des maladies infectieuses chez les consommateurs de drogues, données sur les comportements à risque (consommation et exposition au risque de transmission des maladies infectieuses) et la prévention.
2. La réalisation de *focus groups* avec des professionnels directement en contact avec les consommateurs de drogue dépendants : institutions à bas seuil d'accès, médecins de centres spécialisés de traitement pour consommateurs de drogue, professionnels de la réduction des risques en milieu festif.

L'utilisation des données épidémiologiques existantes couplée à un recueil d'information auprès des professionnels a permis de faire émerger une vision claire de la situation concernant les maladies infectieuses chez les consommateurs de drogues :

En ce qui concerne le VIH/sida :

- L'incidence a fortement diminué et semble s'être stabilisée. Des comportements à risques de transmission persistent : le partage de seringues, dont la prévalence est plutôt basse par rapport à la moyenne européenne, se produit plutôt dans des situations particulières liées aux circonstances de la consommation (injections répétées de cocaïne ou de médicament, p. ex.) ; en revanche le partage de matériel servant à préparer l'injection reste plus fréquent.
- La grande majorité des consommateurs de drogue par injection a été testée pour le VIH. Toutefois, il est possible qu'une partie de ces tests soient anciens et l'accès au counselling pour un dépistage répété si nécessaire pourrait être amélioré.
- L'accès aux traitements antirétroviraux semble satisfaisant, quoique encore perfectible et la collaboration entre équipes soignantes (addictologie/infectiologie) est bonne.

En ce qui concerne les hépatites, il existe une situation très différenciée entre les hépatites B et C :

- Pour l'hépatite B, les efforts de vaccination ont sans doute contribué à la diminution importante des nouveaux cas, observée depuis le milieu des années 90.
- En revanche, les nouveaux cas d'hépatites C ne diminuent pas ou peu et la prévalence est élevée chez les consommateurs de drogue par voie intraveineuse. La morbidité et la mortalité liées au VHC (cirrhoses, cancers du foie) pourraient donc devenir importantes dans les années à venir, d'autant plus que les toxicomanes sont souvent aussi des consommateurs d'alcool, qui constitue un facteur aggravant et une limitation de l'indication au traitement. Les comportements de partage de matériel servant à préparer l'injection restent assez fréquents – de même que le partage de matériel d'inhalation – et pourraient conduire, compte tenu de l'infectiosité plus grande du VHC que du VIH, à une persistance de la transmission du virus.

- Même si la majorité des personnes consommatrices de drogues par voie intraveineuse a déjà été testée pour l'hépatite C, la prévalence du test est plus basse que pour le VIH et, là aussi, un effort de counselling et de dépistage le cas échéant est nécessaire.
- L'accès au traitement de l'hépatite C est encore insatisfaisant. Le traitement demande une motivation importante des personnes concernées et des soignants puisqu'une stabilisation de la consommation de drogues et d'alcool est nécessaire. Lorsque cette motivation existe, il est tout à fait possible de mener un traitement dans de bonnes conditions. Dans ce domaine, la communication et la collaboration entre spécialistes de la dépendance et hépatologues doit encore s'améliorer.

Les professionnels interrogés dans les différents secteurs concernés par la dépendance (bas-seuil, traitement ambulatoire, nightlife) suggèrent un certain nombre de mesures pour améliorer la situation

- Veiller à maintenir le réseau de structures de réduction des risques, qu'ils perçoivent menacé par les restrictions budgétaires.
- Renforcer la prévention des risques de transmission par voie sexuelle dans tous les secteurs. Il s'agit en particulier de former et d'aider les intervenants à le faire et de donner une attention particulière à la sexualité des hommes et à la prostitution
- Sensibiliser les consommateurs aux risques de transmission de l'hépatite C et renforcer la prévention des risques de transmission liés au partage de matériel servant à l'inhalation (partage de pailles et d'embout) et au partage de matériel servant à préparer l'injection.
- Améliorer le counselling et le dépistage concernant le VIH et le VHC, ainsi que l'accès au traitement (sans lequel le dépistage perd de son sens).
- Etre attentif à l'apparition de nouvelles formes de consommation ou de nouveaux types de consommateurs (p. ex. consommation alcool / cannabis ou multi-consommateurs en milieu festif).
- Proposer davantage de possibilités de réinsertion sociale aux consommateurs de drogues vieillissants et ayant une longue carrière de consommation.

L'exercice de « faire le point de la situation » avec les professionnels a été jugé intéressant par ces derniers. Cela ne permet certes pas de faire des « découvertes » extraordinaires concernant la situation telle qu'elle apparaît avec l'analyse secondaire des données épidémiologiques existantes, mais l'exercice apporte des précisions utiles – par exemple concernant la situation de l'accès au traitement – et est un complément intéressant. Pour cette raison et dans la mesure où la surveillance des comportements liés aux maladies infectieuses se poursuit avec un rythme de 4 à 5 ans, il serait utile de répéter l'exercice (analyse secondaire + focus groups de professionnels) au même rythme, dans l'intervalle.

# ZUSAMMENFASSUNG

Diese im Rahmen des Monitorings des Nationalen HIV/Aids-Programms 2004-2008 erstellte Studie gibt einen Überblick über die aktuelle Situation (Stand: Ende 2005) hinsichtlich des Risikoverhaltens bei den abhängigen Drogenkonsumierenden zusammen. Ferner sollte die Studie auch die Frage klären, ob ein Interesse daran besteht, zwischen zwei Befragungen über die Verhaltensweisen im Zusammenhang mit HIV/Aids bei Drogenkonsumierenden (2000, 2006) regelmässig eine derartige «Alarmübung» durchzuführen.

Die Studie wurde in zwei Teile unterteilt:

1. Eine Durchsicht der relevanten epidemiologischen Daten, die in der Schweiz verfügbar sind: Daten aus dem Meldesystem der meldepflichtigen Infektionskrankheiten (HIV/Aids, Hepatitis B und C), Daten über die Prävalenz von Infektionskrankheiten bei Drogenkonsumierenden, Daten zu Risikoverhalten (Drogenkonsum und Situationen, in denen die Gefahr einer Übertragung von Infektionskrankheiten besteht) und Prävention.
2. Die Bildung von *Focus Groups* zusammen mit den Fachpersonen, die direkt mit den abhängigen Drogenkonsumierenden in Kontakt stehen: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter niederschwelliger Einrichtungen, Ärztinnen und Ärzte, die in spezialisierten Behandlungszentren für Drogenkonsumierende tätig sind, Fachpersonen, die sich für die Risikoreduktion im Partymilieu einsetzen.

Die Auswertung vorhandener epidemiologischer Daten und die Sammlung von Informationen bei den Fachpersonen ergaben ein klares Bild der Situation hinsichtlich Infektionskrankheiten bei Drogenkonsumierenden:

In Bezug auf HIV/Aids:

- Die Inzidenz hat sich beträchtlich verringert und scheint sich stabilisiert zu haben. Übertragungsrisiken werden aber weiterhin eingegangen: der Spritzentausch – dessen Verbreitung gemessen am europäischen Durchschnitt eher gering ist – findet eher in besonderen Situationen statt, die mit den Begleitumständen des Konsums zusammenhängen (z.B. wiederholte Kokain- oder Medikamenteninjektionen); der Tausch von Material zur Vorbereitung der Injektion wird hingegen weiterhin häufiger praktiziert.
- Die grosse Mehrheit der Drogen injizierenden Konsumierenden wurde auf HIV getestet. Es ist jedoch möglich, dass diese Tests teilweise älteren Datum sind; der Zugang zum Counselling für eine gegebenenfalls notwendige Wiederholung des Tests könnte verbessert werden.
- Der Zugang zu antiretroviralen Behandlungen scheint zufriedenstellend, wenn auch noch verbesserungsfähig zu sein und die Zusammenarbeit zwischen Pflorgeteams (Suchtmedizin/ Infektiologie) ist gut.

Bei den Hepatitiden präsentiert sich die Situation bezüglich Hepatitis B und Hepatitis C sehr unterschiedlich:

- Bei Hepatitis B haben die Impfbemühungen zweifellos dazu beigetragen, dass sich die Anzahl neuer Fälle seit Mitte der 90er Jahre deutlich verringert hat.
- Die Neuinfektionen mit Hepatitis C gehen hingegen nicht oder nur wenig zurück und die Prävalenz bei intravenös Drogen konsumierenden Personen ist hoch. Daher ist damit zu rechnen, dass die Morbidität und Mortalität im Zusammenhang mit HCV (Zirrhosen, Leberkrebs) in den kommenden Jahren erheblich steigen wird, zumal die Drogenabhängigen häufig auch Alkohol konsumieren, was ein erschwerender Faktor ist

und der Indikation für eine Behandlung Grenzen setzt. Der Tausch von Material zur Vorbereitung der Injektion kommt weiterhin ziemlich häufig vor – ebenso der Tausch von Inhalationsmaterial, was angesichts der höheren Infektiosität des HCV gegenüber dem HIV dazu führen könnte, dass der Virus weiterhin übertragen wird.

- Auch wenn die meisten intravenös Drogen konsumierenden Personen bereits auf Hepatitis C getestet worden sind, ist die Testhäufigkeit niedriger als bei HIV; somit erweist es sich auch hier als notwendig, das Counselling zu verstärken und gegebenenfalls vermehrt HIV-Tests durchzuführen.
- Der Zugang zur Behandlung von Hepatitis C ist noch unbefriedigend. Die Behandlung setzt eine grosse Motivation bei den betroffenen Personen und dem Pflegepersonal voraus, da der Drogen- und Alkoholkonsums stabilisiert werden muss. Ist diese Motivation vorhanden, besteht durchaus die Möglichkeit, eine Behandlung mit guten Aussichten auf Erfolg durchzuführen. Diesbezüglich gilt es die Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen Suchtfachleuten und Hepatologen noch zu verbessern.

Die befragten Fachpersonen aus verschiedenen Einrichtungen, die mit Suchtfragen zu tun haben (niederschwellige Einrichtungen, ambulante Behandlungsstellen, nightlife) schlagen eine Reihe von Massnahmen zur Verbesserung der Situation vor

- Das Netzwerk der Einrichtungen zur Verringerung der Risiken ist zu erhalten; die Fachleute befürchten, dass diese von Budgetkürzungen bedroht sind.
- Verstärkung der Risikoprävention bei der sexuellen Übertragung in allen Bereichen. Dabei geht es vor allem darum, die Suchtfachleute entsprechend auszubilden und sie bei der Prävention zu unterstützen sowie ein besonderes Augenmerk auf die Sexualität von Männern und auf die Prostitution zu richten.
- Sensibilisierung der Konsumierenden auf die Übertragungsrisiken von Hepatitis C und Verstärkung der Prävention von Übertragungsrisiken im Zusammenhang mit dem Tausch von Inhalationsmaterial (Tausch von Röhrchen und Mundstück) und dem Tausch von Material zur Vorbereitung der Injektion.
- Förderung des Counsellings und der HIV- und HCV-Tests sowie des Zugangs zur Behandlung (ohne welche der Test eigentlich sinnlos ist).
- Beobachtung neuer Konsumformen oder neuer Typen von Konsumierenden (z.B. Alkohol-/Cannabiskonsum oder Mehrfachkonsumierende im Partymilieu).
- Grösseres Angebot an Möglichkeiten zur sozialen Wiedereingliederung für ältere Drogenkonsumierende mit einer langen Konsumkarriere.

Die Fachleute sahen es als spannende Aufgabe an, « über die Situation Bilanz zu ziehen». Zwar konnten so keine aussergewöhnlichen «Erkenntnisse» hinsichtlich der Situation, wie sie sich nach der Sekundäranalyse der vorhandenen epidemiologischen Daten präsentiert, gemacht werden; die Untersuchung erbrachte jedoch nützliche Präzisierungen– beispielsweise hinsichtlich dem Zugang zur Behandlung – und stellt somit eine aufschlussreiche Ergänzung dar. Aus diesem Grund und weil die Überwachung der Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten alle 4 bis 5 Jahre weitergeführt wird, wäre es sinnvoll, dazwischen diese Studie (Sekundäranalyse + Focus Groups der Fachpersonen) im selben Rhythmus durchzuführen.



# 1 INTRODUCTION

Les consommateurs de drogue font l'objet en 2006 d'une enquête dans les structures à bas seuil d'accessibilité (SBS) distribuant des seringues. Cette enquête, qui a déjà été réalisée en 1993, 1994, 1996 et 2000, permet de suivre les caractéristiques et comportements à risque dans la population des consommateurs de drogue les plus marginalisés<sup>1</sup>. En attendant les résultats de cette enquête, l'étude présentée ici vise à faire le point sur les données existantes et à recueillir les observations des acteurs de terrain qui sont directement en contact avec différentes populations d'usagers de drogue. Cette information permet une première appréciation de la situation actuelle en matière de comportements à risque et, ainsi, de suggérer d'éventuelles interventions souhaitables à court terme (fonction d'alerte possible). De plus, l'étude devait permettre de préparer l'enquête SBS en identifiant d'éventuelles problématiques que celle-ci devrait investiguer. Selon l'apport de cette étude, une répétition de l'exercice pourrait être envisagée dans l'intervalle entre deux enquêtes de monitoring des comportements (2006-2010 ?).

## 2 METHODE

L'étude est divisée en deux parties.

1. Une revue des données épidémiologiques pertinentes existantes en Suisse : données provenant du système de déclaration des maladies infectieuses (VIH/sida, hépatites B et C), données sur la prévalence des maladies infectieuses chez les consommateurs de drogues, données sur les comportements à risque (consommation et exposition au risque de transmission des maladies infectieuses) et la prévention. Le cas échéant, des comparaisons avec les données européennes disponibles sont effectuées.
2. Réalisation de *focus groups* avec des professionnels qui sont directement en contact avec les consommateurs de drogue dépendants :
  - les professionnels des institutions à bas seuil d'accessibilité, incluant ou non un local d'injection, qui sont notamment en contact avec la population dépendante qui n'est pas en traitement ;
  - les médecins de l'addiction qui dirigent ou pratiquent dans des centres spécialisés de traitement pour consommateurs de drogue ;
  - les professionnels de la réduction des risques en milieu festif qui sont en contact avec des consommateurs de drogue ayant un usage récréatif de drogues.

Les participants aux *focus groups* (voir liste en annexe) ont été sélectionnés principalement en fonction de critères de couverture géographique et de la taille des institutions/services pour lesquels ils travaillent. Il était en effet souhaité que les participants oeuvrent dans des institutions qui sont en contact avec un nombre important de consommateurs de drogue pour assurer une certaine représentativité des résultats par rapport à la population cible. Le Tessin n'est pas représenté puisqu'il ne compte ni SBS, ni centre de prescription de méthadone ou d'héroïne, ni projet de réduction des risques en milieu festif.

Les focus groups ont eu lieu entre décembre 2005 et février 2006 à Berne et Bienne. Les participants ont été invités à rendre compte de leurs observations concernant les comportements à risque suivants : partage de seringues/aiguilles et d'autre matériel servant à la préparation de l'injection, partage de matériel d'inhalation, usage de préservatifs lors de rapports sexuels avec divers types de partenaires.

### 3 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

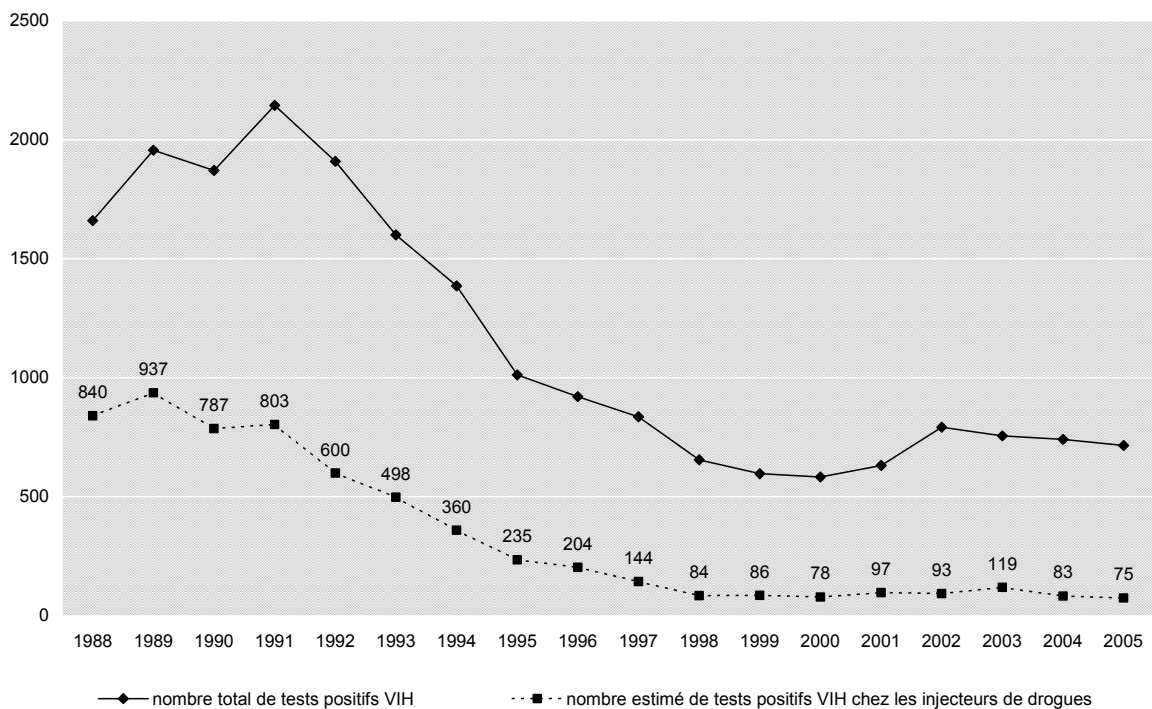
Ce chapitre fait l'inventaire des données épidémiologiques concernant le VIH/sida et les hépatites chez les consommateurs de drogue. Il est composé de deux parties : la première porte sur les données provenant des systèmes de déclarations obligatoires et la seconde porte sur les données provenant des enquêtes chez les consommateurs de drogue.

#### 3.1 DONNEES PROVENANT DU SYSTEME DE DECLARATION DES MALADIES INFECTIEUSES

##### 3.1.1 VIH/sida

Le nombre de tests positifs au VIH en Suisse<sup>a</sup> a diminué progressivement de 1991 à 2000. En 2001, ce nombre a connu une légère augmentation, une tendance qui s'est poursuivie en 2002, avant de connaître une nouvelle légère tendance à la baisse dès 2003 (Figure 1). Chez les consommateurs de drogue, la diminution a été particulièrement forte durant les années 90 avec une stabilisation des nouveaux cas depuis 1998. Cependant, on a ici aussi observé une tendance à la hausse entre 2001 et 2003, avant de retrouver des valeurs plus basses en 2004 et 2005. Durant les huit dernières années, le nombre estimé d'infections par le VIH chez des consommateurs de drogue est d'environ 90 cas par an.

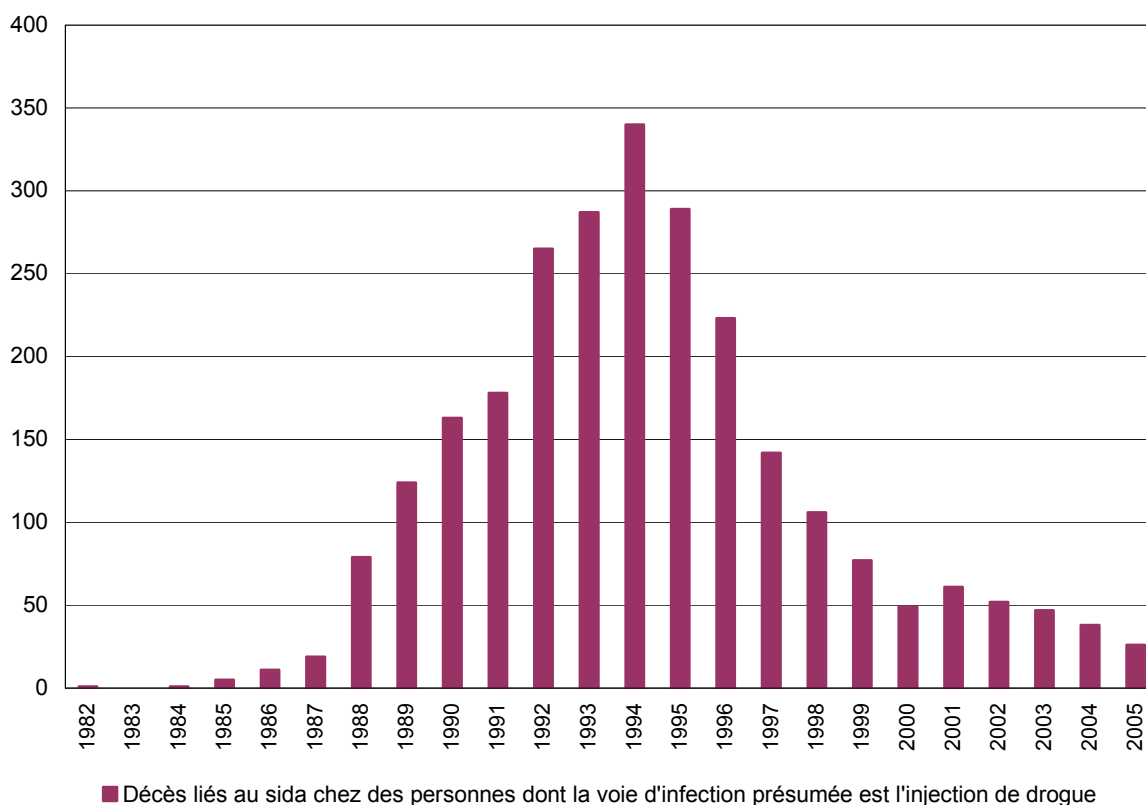
**Figure 1** Evolution du nombre total de tests positifs au VIH dans la population générale et du nombre estimé de tests positifs au VIH chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en Suisse, selon l'année de déclaration, de 1988 à 2005 (Source : OFSP)



<sup>a</sup> Source : OFSP, Division épidémiologie et maladies infectieuses, Monsieur M. Gebhardt.

Les décès liés au sida chez des personnes pour qui la voie d'infection présumée était l'injection de drogue ont massivement augmenté depuis l'apparition du VIH/sida jusqu'en 1994 (340 décès) avant de diminuer jusqu'en 2000 (49 cas) (Figure 2). Après une légère hausse en 2001, ce nombre a repris une tendance à la baisse pour atteindre moins de trente cas en 2005.

**Figure 2** Evolution du nombre de décès liés au sida chez des personnes dont la voie d'infection présumée est l'injection de drogues, de 1982 à 2005, (Source : OFSP)

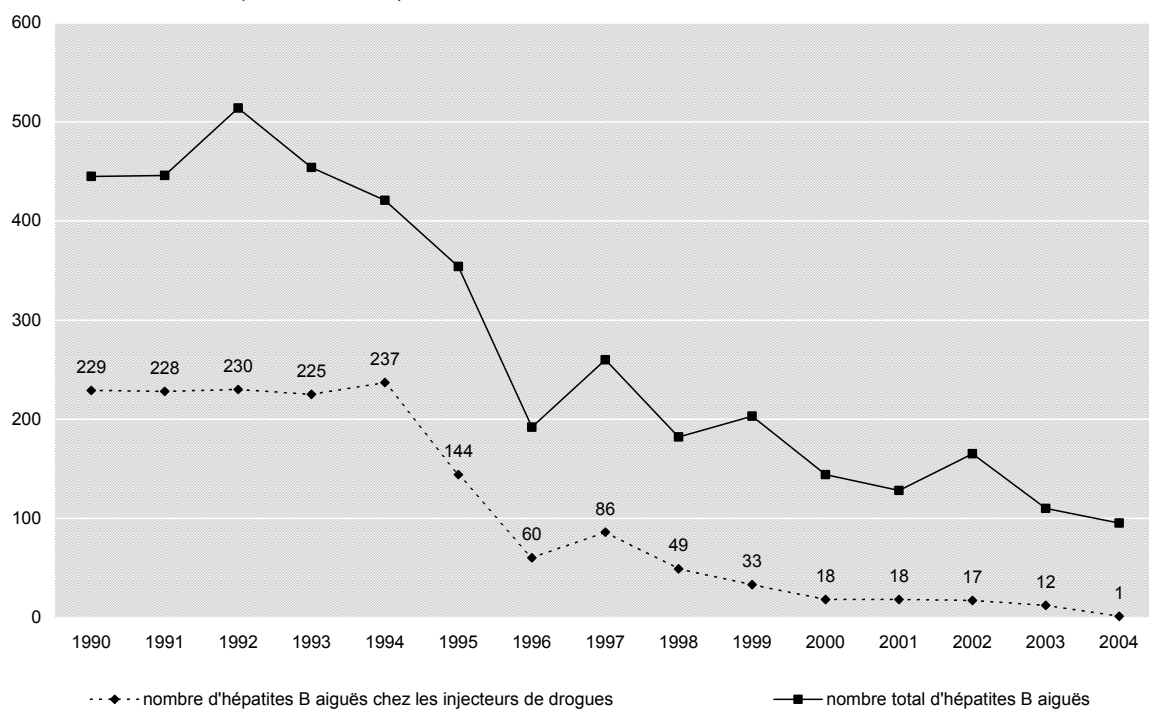


### 3.1.2 Hépatite B et C<sup>b</sup>

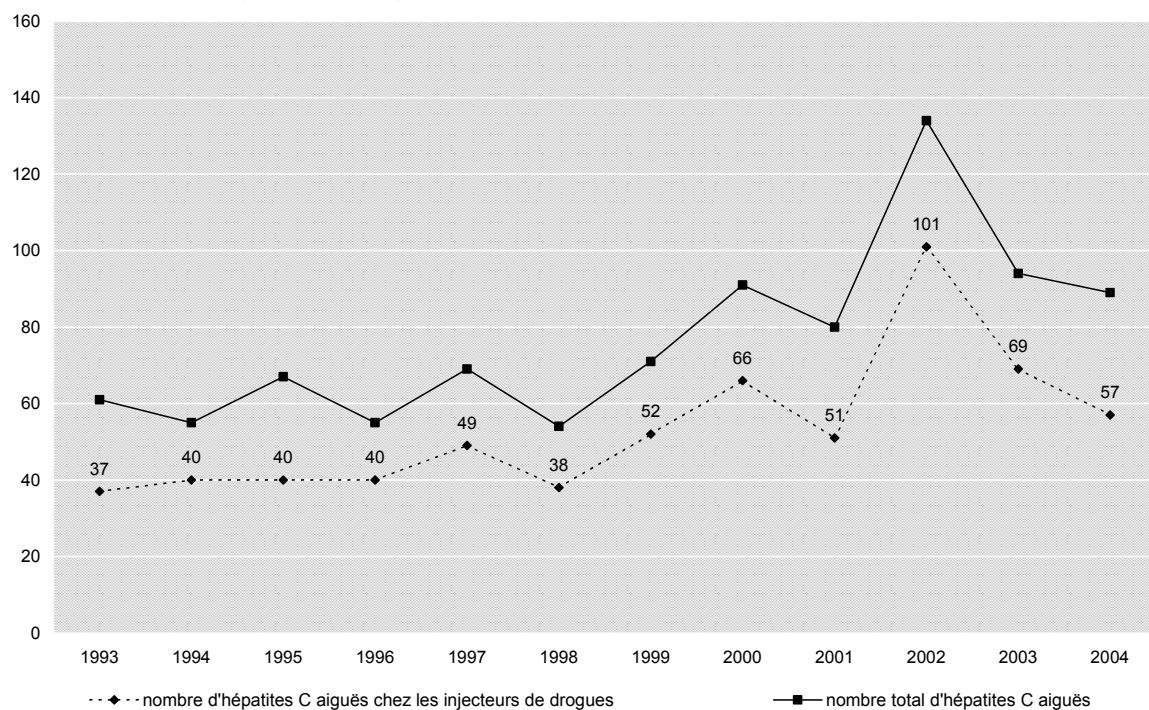
La déclaration par les médecins des cas d'hépatites aiguës renseigne sur les principaux facteurs de risque impliqués dans la transmission du VHB et du VHC. Pour l'ensemble de la Suisse, le nombre annuel total de cas d'hépatites B aiguës a diminué de deux-tiers au cours des années 90 (Figure 3). Cette 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 moins d'une dizaine de cas en 2004.

<sup>b</sup> Source : OFSP, Division épidémiologie et maladies infectieuses, Madame Masserey.

**Figure 3** Evolution du nombre total d'hépatites B aiguës déclarées et du nombre d'hépatites B aiguës chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en Suisse de 1990 à 2004 (Source OFSP)



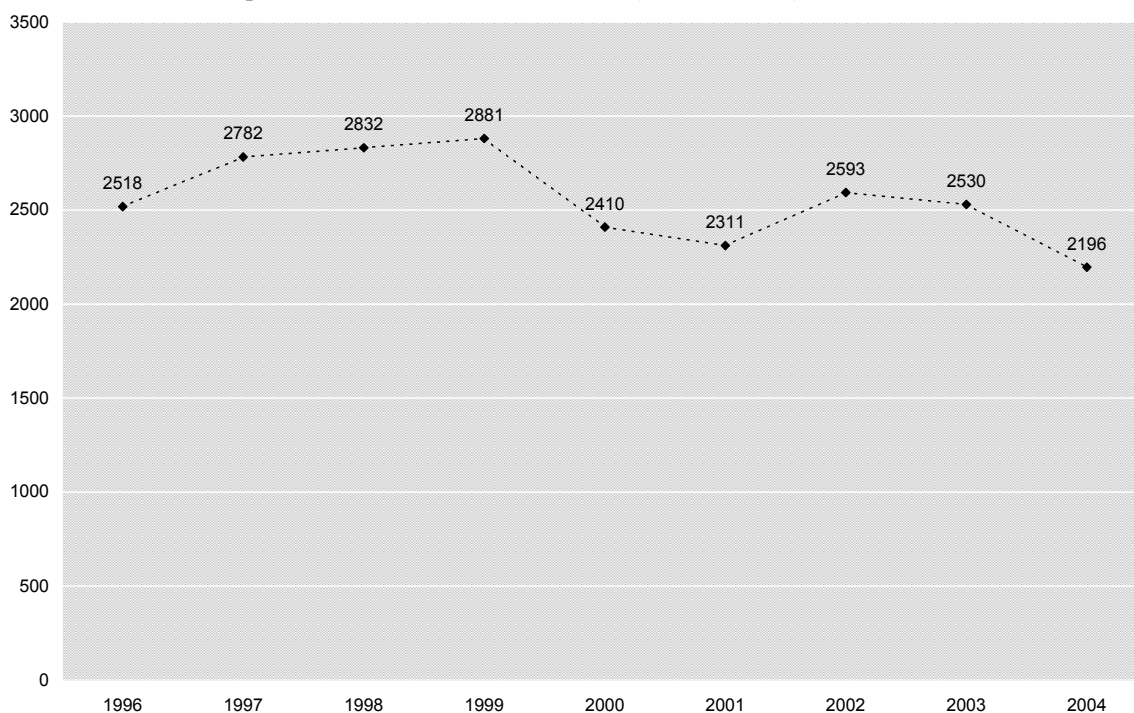
**Figure 4** Evolution du nombre total d'hépatites C aiguës déclarées et du nombre d'hépatites C aiguës chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en Suisse de 1993 à 2004 (Source OFSP)



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, ni les trends. Depuis 1993, le nombre de cas d'hépatite C aiguë documentés en Suisse est relativement stable, avec toutefois une légère hausse entre la fin des années 90 et le début des années 2000 et un pic en 2002 (Figure 4). Pour l'ensemble de la Suisse, chaque année depuis 1993 l'injection de drogues est associée à environ 70% des cas d'hépatite C aiguë déclarés.

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 aussi 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 contractée. Entre 1996 et 1999, pour l'ensemble de la Suisse, le nombre estimé de personnes apprenant qu'elles sont infectées par le virus de l'hépatite C<sup>c</sup> a augmenté, ce qui peut être un effet du dépistage plus fréquent (2'514 en 1996 versus 2'875 en 1999) (Figure 5). En 2000, ce nombre est revenu à la valeur antérieure et est resté stable, depuis, à environ 2'400 cas par an.

**Figure 5** Evolution du nombre estimé de premiers tests positifs démontrant l'infection par le virus de l'hépatite C en Suisse de 1996 à 2004 (Source OFSP)



### 3.1.3 Situation ailleurs en Europe

La situation concernant le VIH/ sida chez les consommateurs de drogues se présente de manière très différenciée selon les pays et les régions<sup>2,3</sup>.

<sup>c</sup> Plus précisément, le nombre estimé de *premiers* tests positifs à l'hépatite C.

Dans la région Ouest, l'évolution est assez semblable à ce que l'on trouve en Suisse, avec des décalages temporels (diminution des nouveaux cas de sida liés à la consommation de drogues plus tardive dans les pays du Sud de l'Europe).

Si l'on considère les nouveaux cas de sida, la transmission par voie intraveineuse est prédominante, et on est passé d'environ 9000 cas annuels au milieu des années 90 à environ 2'000 en 2002. Cette année là, l'injection de drogue n'était plus, pour la première fois, la principale voie de transmission du VIH dans l'UE. Cette évolution générale cache des réalités diverses. On ne dispose pas de l'évolution des nouveaux cas de VIH pour certains pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne et en partie Portugal qui n'a introduit la déclaration obligatoire des cas de VIH qu'en 2000). Or ces pays sont ceux chez qui la transmission par voie intraveineuse est prédominante et importante et c'est dans ces pays que l'on a mesuré des prévalences très élevées (voir plus loin). Au Portugal les nouveaux cas de VIH attribués à la transmission intraveineuse ont diminué entre 2000 et 2003 et, dans certaines régions d'Espagne et d'Italie où il existe une surveillance des cas de VIH, les nouveaux cas de VIH associés à la voie intraveineuse ont aussi diminué..

La situation est autre en Europe orientale, c'est à dire dans certains des nouveaux pays membres de l'UE, comme les républiques baltes, ainsi qu'en Russie où le nombre maximum de nouveaux cas a été atteint au début des années 2000 avec une hausse spectaculaire dès la fin des années 90.

Parmi les cas notifiés d'hépatite C, la proportion déclarée de cas liés à l'injection de drogue se situe, dans les différents pays où cette information est disponible, dans une fourchette entre 50 et 95%.

Les données européennes rendent donc compte d'une situation très similaire à celle que l'on observe en Suisse : baisse importante des nouveaux cas de VIH chez des consommateurs de drogue et très forte représentation (supérieure à 50%) de ces mêmes consommateurs chez les personnes chez qui l'on dépiste le VHC.

### 3.2 PREVALENCE DES MALADIES INFECTIEUSES

Les données sur la prévalence du VIH en Suisse proviennent en général de statistiques ou d'études qui ne permettent de connaître que le statut sérologique déclaré/connu des personnes interrogées. Il s'agit donc d'une prévalence rapportée et non mesurée (Tableau 1).

La clientèle des structures à bas-seuil (SBS) et des traitements résidentiels constitue une population massivement testée pour le VIH. Le pourcentage de personnes ayant subi au moins un test de dépistage du VIH est égal ou supérieur à 90% dans les SBS (91% en 1999, 93% en 1996 et 95 % en 2000) et dans le secteur des traitements résidentiels (entre 86% et 93.9% pour la période 1997-2003). En 2000, 66% des personnes interrogées dans les SBS avaient fait un test récemment (dans les deux dernières années).

La prévalence rapportée pour le VIH a nettement diminué au début des années nonante. Entre 1995 et 2004, le pourcentage de personnes rapportant un test VIH positif est resté relativement stable pour chacun des types de structure :

- dans la clientèle des structures à bas-seuil, la prévalence rapportée est passé de 10% à 11% entre 1993 et 2000. Les données précédentes avaient été récoltées à Zurich durant la période des scènes ouvertes ;
- dans la clientèle des traitements résidentiels, env. 5% des consommateurs débutant un tel traitement se déclarent séropositifs. Ce taux est stable depuis de nombreuses années.

**Tableau 1** Proportion de personnes testées pour le VIH, et de personnes testées positivement au VIH, à l'hépatite B et à l'hépatite C dans divers types de structures d'accueil ou de traitement en Suisse, 1989-2004<sup>4-12</sup>

Lieu	% Tests VIH	% VIH+	% Hépatite B+	% Hépatite C+
<b>Bas-seuil</b>				
ZHKA 89		25		
ZHZ 92		19		
SBS 93	88	10		
SBS 94	91	11		
SBS 96	93	11		
SBS 2000	95	11	40	59
SBS 2004 VD seul.	90	10	28	55
<b>Traitement résidentiel</b>				
FOS 97	92.8	4.8	27.7	30
FOS 98	93.9	4.7	26.6	34.9
FOS 99	92.2	4.6	28	41
FOS 2000	90	3.5	22.2	39.6
FOS 2001	91	5		
FOS 2002	93	3		
FOS 2003	86	5		

La prévalence rapportée pour le VIH est restée relativement basse mais celle pour les hépatites B et C est par contre plus élevée. Les consommateurs de drogue sont aussi un peu moins testés pour les hépatites que pour le VIH.

En 2000, dans les SBS, 82% des personnes interrogées avaient déjà été testées pour l'hépatite B et 53% dans les deux dernières années. 40% se déclaraient positives pour l'hépatite B.

En ce qui concerne l'hépatite C : en 2000, 77% avaient déjà été testés, 54% récemment et 59% disaient avoir eu un test positif pour l'hépatite C.

Dans le secteur résidentiel, la statistique FOS indique pour la période 1997-2000 des prévalences rapportées de 30-40% pour l'hépatite C et de 22.2% à 28% pour l'hépatite B.

### 3.2.1 Situation ailleurs en Europe

Les données récoltées par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies concernent essentiellement des études de prévalence mesurée (et non rapportée) du VIH dans différents groupes de consommateurs de drogue. Les résultats de ces études montrent de très grandes variations s'agissant de la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogue (de 0% à 37.5%). Ces variations existent non seulement entre les pays mais aussi au sein de ceux-ci<sup>2,3</sup>.

En Europe de l'Ouest durant la période 1998-2003, cinq pays (Espagne, Portugal, Italie, France, Pays-Bas) ont affiché des taux de prévalence supérieurs à 20%, dans au moins une ville. Dans les autres pays d'Europe de l'Ouest, la prévalence est en général de moins de 5%. Cependant, la prévalence est généralement en baisse partout

La situation est similaire – grandes variations – s'agissant de la prévalence du VHC. Ici, les taux vont d'environ 10% à un peu moins de 70% pour les échantillons de consommateurs de drogue qui ont une couverture nationale. La prévalence moyenne se situe aux alentours de 40%.

La différence du type de mesures (infections rapportées vs. mesurées) et des échantillons de consommateurs de drogue étudiés rendent les comparaisons précises entre la Suisse et les pays de l'UE difficiles. On peut toutefois estimer qu'il n'existe pas de différences importante entre la situation helvétique et la moyenne européenne. La Suisse est probablement dans une situation intermédiaire entre pays du Sud et du Nord.

### 3.3 DONNEES SUR LES COMPORTEMENTS A RISQUE

#### 3.3.1 Comportements de consommation

L'enquête nationale auprès de la clientèle des structures à bas-seuil d'accès (SBS) fournissant du matériel d'injection permet de suivre la situation des consommateurs de drogue dépendants<sup>13</sup> (Tableau 2).

La plupart des usagers des SBS consommaient par injection en 2000. Environ 90% d'entre eux s'étaient déjà injecté des drogues et un peu moins avaient eu recours à l'injection durant les six derniers mois (85% en 1993 et 79% en 2000). La proportion de nouveaux injecteurs (moins de 2 ans) avait quant à elle fortement diminué entre 1993 et 2000, passant de 30% à 7%. Le nombre moyen d'injections par semaine avait aussi diminué, passant de 18.9 en 1994, à 17.7 en 1996 et à 13.7 en 2000. Il existait cependant d'importantes variations, souvent liées à la consommation de cocaïne, entre les différentes villes et cantons.

**Tableau 2** Evolution de la consommation des clients des SBS en Suisse : de 1993 à 2000  
totalité des échantillons

CONSOMMATION/TRAITEMENT		1993	1994	1996	2000
		n=1119	n=907	n=944	n=924
		%	%	%	%
<b>Injection</b>	% injecteurs durant la vie	89	89	91	90
	% injecteurs durant 6 derniers mois	85	▲85	86	79
	% injecteurs récents (<= 2 ans)	30	24	14	7
	nombre moyen d'années d'injection	6.7	7.8	8.8	11.8
	nombre moyen d'injections /semaine		▲18.9	17.7	▲13.7
<b>Consommation durant la vie</b>	% consommateurs héroïne	99	▲99	99	▲98
	% consommateurs cocaïne	82	▲91	92	▲88
	% consommateurs cocktail	▲66	▲79	85	▲75
<b>Fréquences durant le mois<sup>a</sup></b>	% consommateurs réguliers héroïne	61	63	67	54
	% consommateurs réguliers cocaïne	23	27	31	27
	% consommateurs réguliers cocktail	▲16	30	37	25
<b>Traitement méthadone</b>	% traitement à la méthadone	35	45	45	56
	% programme d'héroïne			11	4

▲ Données non-existantes pour Zurich

♣ Données inexistantes pour Berne

<sup>a</sup> Fréquence de consommation rapportée au nombre total d'individus  
Consommation régulière = plusieurs fois par semaine



L'héroïne restait en 2000 la substance consommée le plus régulièrement, soit plusieurs fois par semaine pour la moitié des personnes, même si la consommation régulière semblait diminuer un peu. La consommation de cocaïne et de cocktail<sup>d</sup> avait augmenté de 1993 à 1996 avant de diminuer ensuite (entre 1996 et 2000). Parallèlement le nombre d'usagers des SBS en traitement à la méthadone avait augmenté, ce qui pourrait expliquer la diminution de la proportion de consommateurs des deux substances.

### 3.3.2 Exposition aux risques de transmission des maladies infectieuses

En ce qui concerne l'exposition aux risques (Tableau 3), la proportion de personnes ayant partagé le matériel d'injection dans les six derniers mois avait passé de 9% en 1994 à 12% en 2000, alors que le partage du matériel servant à préparer l'injection semblait diminuer tout en restant relativement fréquent. Peu de changements en revanche en ce qui concernait les risques sexuels de transmission du VIH. Le taux d'utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels était comparable à celui que l'on observe dans la population générale. Lors d'activités de prostitution, les pratiques de protection étaient plus répandues. En revanche, la protection restait faible avec les partenaires stables.

**Tableau 3** Evolution de l'exposition au VIH et de la protection chez les clients des SBS en Suisse : de 1993 à 2000 ; totalité des échantillons

<b>EXPOSITION AU VIH ET PROTECTION</b>		<b>1993</b> n=1119	<b>1994</b> n=907	<b>1996</b> n=944	<b>2000</b> n=924
<b>UTILISATION DE MATERIEL D'INJECTION USAGE</b>		%	%	%	%
<b>Partage de seringue / aiguille</b>	% durant la vie <sup>a</sup>	40	▲37	44	45
	% durant les 6 derniers mois <sup>b</sup>	17	9	11	12
	% en prison durant 2 derniers ans <sup>c</sup>			6	9
<b>Don de seringue / aiguille<sup>b</sup></b>	% durant les 6 derniers mois		▲9	9	9
<b>Partage d'autre matériel<sup>b</sup></b>	<b>durant les 6 derniers mois</b>				
	% utilisation de cuillère en commun			68	51
	% utilisation de filtre en commun			46	38
	% utilisation de coton en commun			3	▲7
	% utilisation de l'eau				▲26

▲ Données non-existantes pour Zurich

<sup>a</sup> Taux rapporté aux injecteurs durant la vie

<sup>b</sup> Taux rapporté aux injecteurs durant les 6 derniers mois

<sup>c</sup> Ce taux est calculé sur l'ensemble des personnes ayant été en prison durant les deux dernières années

<sup>d</sup> Durant les 6 derniers mois. Trois fréquences d'utilisation : toujours, parfois, jamais (la somme = 100 %)

### 3.3.3 Situation ailleurs en Europe

En Suisse, le partage de seringue est relativement faible (environ 10%) et, selon les données de comparaison internationale, un des plus bas d'Europe<sup>2</sup> (Tableau 4). Quant aux autres comportements à risques liés à l'injection (partage de cuillère, de coton et d'eau), ils restent encore élevés, et ce tant en Suisse qu'ailleurs.

<sup>d</sup> Mélange d'héroïne et de cocaïne.

**Tableau 4** Taux de partage de seringues (en %) dans divers pays : 1992-2002

<b>Pays/Villes</b>	<b>Lieu</b>	<b>Année</b>	<b>Temps</b>	<b>Taux (%)</b>
Allemagne <sup>14</sup>	Multicentrique	1992-93	six mois	39
UK <sup>15</sup>	Bas-seuil	1994	douze mois	17-48
France <sup>14</sup>	Bas-seuil	1996	dernier mois	13
Italie du Nord <sup>16</sup>	Cohorte	1996	six mois	15-29
UK <sup>17</sup>	Multicentrique	1997-98	dernier mois	42-44
Irlande <sup>18</sup>	Multicentrique	1997-1998	dernier mois	29-64
UK <sup>18</sup>	Community survey	1998	six mois	50
Pays-Bas <sup>18</sup>	Community surveys	1997-1999	six mois	10-17
Danemark <sup>18</sup>	Traitements	1998	six mois	59
France <sup>19</sup>	Bas-seuil	1998	dernier mois	18
Luxembourg <sup>18</sup>	Traitements	1999	six mois	29
Italie du Nord <sup>16</sup>	Cohorte	1999	six mois	10-20
Portugal <sup>18</sup>	Traitements	1999	six mois	32
Espagne/Catalogne <sup>20</sup>	Bas-seuil	2000	six mois	31
Angleterre <sup>21</sup>	Centres de conseil et traitement, bas seuil, rue, domicile, etc.	2002	dernier mois	29-31

En ce qui concerne les comportements sexuels, les tendances observées en Suisse sont aussi relevées en Europe : l'utilisation de préservatifs s'est bien développée dans les relations sexuelles avec les clients (pour les femmes qui se prostituent) ou avec les partenaires occasionnels alors qu'elle est moins répandue lors de relations avec un partenaire stable<sup>22</sup>.

### 3.4 SYNTHÈSE DES INDICATEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Les données épidémiologiques portant sur les décès liés au VIH/sida, les nouveaux cas de VIH/VHB/VHC, la prévalence de ces maladies infectieuses chez les consommateurs de drogue et les comportements à risque dans cette population permettent de décrire de manière relativement précise la situation actuelle :

- Les nouvelles infections par le VIH et les décès liés au sida chez des (ex-)consommateurs de drogue par injection ont connu une forte baisse durant les années 90 avant de remonter légèrement au début des années 2000 sans que cela puisse être considéré comme une tendance lourde<sup>23</sup>. En effet, les dernières années ont plutôt

confirmé une poursuite d'une légère tendance à la baisse et, en 2005, le nombre absolu de nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida chez des consommateurs de drogue atteignent les niveaux les plus bas depuis 20 ans (75 infection par le VIH (estimation), 26 décès liés au sida)<sup>e</sup>. Le contexte européen confirme cette tendance même si il faut observer que certaines régions d'Europe orientale ont connu une évolution différenciée.

- La situation est similaire pour l'hépatite B puisque les cas aigus enregistrés ont diminué massivement et que les consommateurs de drogue n'y contribuent plus que très marginalement. Les efforts de vaccination ont sans doute porté leurs fruits.
- La situation est par contre tout autre s'agissant de l'hépatite C. Ici, le nombre absolu de nouveaux cas enregistrés chaque année est stable et les consommateurs de drogue y contribuent sans doute largement. En effet, en Suisse comme ailleurs on peut estimer que plus de la moitié des infections sont dépistées dans cette population.
- Les données sur la prévalence rapportée des maladies infectieuses chez les consommateurs de drogue montrent une forte stabilité de la prévalence du VIH depuis une dizaine d'années au moins. La situation est plus préoccupante s'agissant des hépatites puisque l'on observe des prévalences rapportées de 22-40% pour l'hépatite B et, surtout, de 30-60% pour l'hépatite C. Sur ce dernier indicateur (hépatite C), les données européennes sont similaires à celle observées en Suisse mais avec une plus grande variabilité (10-70%), ce qui est aussi le cas pour le VIH (0-37.5%).
- Les données sur les comportements à risque confirment que le niveau de prise de risque reste faible en Suisse, comparé à d'autres pays européens, au moins s'agissant du partage des seringues. Le reste du matériel est par contre beaucoup plus souvent partagé, ce qui participe sans doute de la forte propagation du VHC dans cette population.

---

<sup>e</sup> Ces données peuvent encore évoluer quelque peu en raison de retards dans les déclarations.

## 4 OBSERVATIONS DES PROFESSIONNELS

Trois focus groups de professionnels ont été créés pour recueillir les observations et appréciations de la situation concernant la transmission et la prise en charge des maladies infectieuses chez les consommateurs de drogue. Chacun de ces groupes a eu pour mission de donner, si il était en mesure de le faire, des réponses aux questions suivantes :

- Observez-vous des changements/de nouvelles tendances dans le profil (socio-démographique, consommation de substances) des usagers de votre service ?
- Observez-vous des changements/de nouvelles tendances dans les comportements à risque de transmission du VIH/des hépatites (échange de matériel pour sniffer ou s'injecter, relations sexuelles non protégées, etc.) chez les usagers de votre ou de vos service(s) ?
- Quelle est la situation et quelle est l'évolution que vous observez s'agissant de la prévalence du VIH/sida et des hépatites chez les usagers de votre ou de vos service(s) ?
- Quelle est la situation et quelle est l'évolution s'agissant de l'accès et de la compliance aux traitements pour ces maladies infectieuses ?
- Auriez-vous des mesures à suggérer en fonction des réponses aux questions ci-dessus ?

Les réponses des professionnels sont traitées ci-dessous en fonction de ces questions avant de faire l'objet d'une synthèse à la fin de ce chapitre.

### 4.1 CHANGEMENTS/NOUVELLES TENDANCES DANS LE PROFIL (SOCIO-DEMOGRAPHIQUE, CONSOMMATION DE SUBSTANCES) DES USAGERS

#### 4.1.1 Secteur des structures à bas seuil d'accessibilité (SBS)

Deux populations principales, et qui sont relativement différenciées, apparaissent aujourd'hui dans les SBS : d'une part, une population vieillissante (30 ans et plus) de consommateurs de drogue par injection, dont certains ont toutefois abandonné cette voie de consommation au profit de l'inhalation. Ces personnes sont souvent en traitement de substitution. D'autre part, une population de personnes plus jeunes (18-30 ans), qui consomment souvent exclusivement par inhalation. Celles-ci prennent néanmoins passablement de risques au niveau de leur consommation, notamment au travers du mélange de multiples substances, mais ne s'injectent généralement pas les drogues.

La population des consommateurs les plus âgés, qui constitue la majorité des usagers des SBS, est surtout caractérisée par le caractère chronique des problèmes de santé physiques et psychiques qu'elle connaît et par la mauvaise situation sociale des individus qu'elle regroupe. La consommation d'alcool et de médicaments, notamment par voie intraveineuse, y est aussi très répandue.

La population des consommateurs plus jeunes, qui est nettement moins importante en nombre et qui fait usage plus irrégulièrement des SBS, compte parfois une partie importante d'étrangers de la seconde génération et de nombreux *drop outs* et/ou sans-emplois. Certains vivent encore chez leurs parents et d'autres sont en rupture avec leur environnement social. Finalement, il est aussi fait mention, dans les cantons de Vaud et de Genève, d'une petite population de jeunes consommateurs qui ont commencé par l'inhalation de drogues mais qui recourent désormais aussi à l'injection.

#### 4.1.2 Secteur des traitements ambulatoires

Le constat dans ce secteur est relativement similaire à celui fait dans celui des SBS : il existe un premier groupe, majoritaire, de consommateurs de drogue par injection vieillissants. Ce groupe se renouvelle peu et diminue progressivement au fil des sorties de la drogue mais aussi des décès. Quant au second groupe, il est formé de personnes en moyenne plus jeunes qui ne s'injectent pas ou moins régulièrement, qui ont souvent eu recours à la cocaïne en premier, qui sont assez souvent socialement intégrés (travail, famille, ressources financières). Toutefois, il existe aussi un sous-groupe au sein de celui-ci où les jeunes sont plutôt poly-consommateurs et socialement très marginalisés. C'est la population "jeune" rencontrée dans les SBS (voir ci-dessus).

Les professionnels des centres de traitements ambulatoires mentionnent encore un autre groupe qui est en voie de progression, celui de jeunes âgés de 16 à 25 ans qui sont engagés dans une consommation intensive de cannabis et/ou d'alcool, et qui connaissent des problèmes scolaires et/ou familiaux. De nouvelles ressources et de nouvelles approches ont été mises en place pour ce nouveau type de clientèle.

#### 4.1.3 Secteur "nightlife"

Il y a dans ce secteur relativement peu d'observations concernant l'évolution des profils de consommateurs de drogue. Quelques "scènes" dans lesquelles la consommation de drogues, stimulantes ou hallucinogènes, serait plus répandue sont mentionnés (scène gaie "hard", scène "trance-érotisante").

Sinon, il existe quelques sous-groupes qui ont très peu de connaissances sur les maladies sexuellement transmissibles en général. Ces sous-groupes sont parfois difficiles à définir mais un exemple type serait celui de migrants d'ex-yougoslavie. Sinon, les connaissances des jeunes s'arrêtent généralement aux risques de transmission sexuels liés à la pénétration vaginale.

### 4.2 CHANGEMENTS/ NOUVELLES TENDANCES DANS LES COMPORTEMENTS A RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH/DES HEPATITES CHEZ LES USAGERS ?

#### 4.2.1 Secteur des structures à bas seuil d'accessibilité (SBS)

Les professionnels de ce secteur observent différentes évolutions s'agissant des comportements à risque. Sur certains sites, il est observé une aggravation des prises de risque chez les injecteurs : la disposition à prendre des risques augmente, notamment avec la diffusion de la cocaïne et de certains médicaments, et la consommation de mélanges (ou cocktails) devient la règle.

S'agissant des pratiques d'inhalation, les professionnels observent que le partage de matériel (embouts, pailles) est encore répandu. Sinon, il est souvent plus difficile de rejoindre les consommateurs plus jeunes en raison de l'absence des intervenants dans le fumoir mais aussi de la difficulté à aborder ces personnes avec des messages de prévention/réduction des risques après leur consommation.

Les professionnels ont relativement peu de connaissances, s'agissant de la sexualité et des pratiques de protection du VIH lors de pratiques sexuelles, des clients de leur structure. La sexualité masculine et la prostitution restent en particulier des tabous qui ne sont que rarement abordés. La situation est un peu meilleure s'agissant de la sexualité des femmes. Les quelques observations faites sont quelque peu pessimistes sur le niveau de protection. Ainsi, il est relevé que les couples formés par des consommateurs de drogue abandonnent parfois très rapidement le préservatif, comme le confirment les demandes concernant la « pilule du lendemain ».

#### 4.2.2 Secteur des traitements ambulatoires

Les observations des professionnels de ce secteur rejoignent en grande partie celle de leurs collègues des SBS. La diffusion de la cocaïne a conduit à une hausse générale des comportements à risque, encore accentuée lorsqu'il y a consommation parallèle d'alcool et/ou de benzodiazépines.

Les sniffeurs et fumeurs partagent encore souvent leur matériel avec d'autres et les messages de prévention de la transmission du VHC n'ont donc pas encore atteint ces consommateurs.

Des appartements dans lesquels se déroulent des pratiques de consommation à risque ont aussi été identifiés dans quelques villes. Ces pratiques à risque ont notamment lieu lorsque certaines substances sont consommées (benzodiazépines, cocaïne) et/ou que le matériel de consommation stérile vient à manquer. L'hygiène est généralement mauvaise dans ces endroits ce qui favorise la survenue de certains problèmes comme les abcès ou les endocardites.

S'agissant de la protection lors de relations sexuelles, les seuls commentaires concernent la prostitution. Il est notamment observé que des consommatrices acceptent de s'engager dans des relations sexuelles non protégées avec un *dealer* en échange d'un peu de cocaïne.

#### 4.2.3 Secteur "nightlife"

Les professionnels de ce secteur notent que le partage de la paille fait partie de rituels de consommation et n'est pas associé, chez les consommateurs, à une possibilité de transmission du VHC.

La consommation d'ecstasy ou d'autres substances induit parfois des problèmes d'érection qui conduisent à la non-utilisation du préservatif – autre perturbateur d'érection – lors de rapports sexuels. La même situation peut aussi découler de l'état d'ivresse dans lequel sont les consommateurs lors de soirées festives. Sinon, les différentes organisations distribuent de grandes quantités de préservatifs. Ceux-ci sont parfois pris pour usage immédiat sur les lieux mêmes de la fête.

### 4.3 SITUATION ET EVOLUTION DE LA PREVALENCE DU VIH/SIDA ET DES HEPATITES ?

#### 4.3.1 Secteur des structures à bas seuil d'accessibilité (SBS)

Les professionnels de ce secteur connaissent relativement peu le statut sérologique des usagers de leurs services. Ils estiment que les prévalences des maladies infectieuses, en particulier du VHC, doivent être élevées. Le thème des maladies infectieuses est aussi peu abordé par les équipes sauf parfois en conseil individuel. Ce travail est plutôt laissé aux médecins référents des SBS qui sont tenus par le secret médical. Sinon, il y a parfois des actions spécifiques menées sur le thème du dépistage des maladies infectieuses ou de la vaccination contre l'hépatite B.

#### 4.3.2 Secteur des traitements ambulatoires

La majorité des centres de traitement ambulatoires ont mis en place des pratiques de *screening* pour leurs usagers ou alors le statut sérologique de ceux-ci est connu. Ainsi, on trouve des prévalences du VIH qui se situent entre 5% et 26% et, surtout, un faible nombre de séroconversions durant les dernières années. L'hypothèse d'un effet de saturation (tous les consommateurs par injection à haut risque sont infectés) a été émise par certains professionnels.

Les prévalences pour l'hépatite C sont quant à elles beaucoup plus élevées puisqu'elles se situent entre 52 et 80%. Les personnes infectées semblent ici être presque exclusivement des injecteurs et les personnes consommant seulement par inhalation semblent peu ou pas touchées. Sinon, des réinfections, avec de nouveaux génotypes du virus, sont aussi observées.

#### 4.3.3 Secteur "nightlife"

Les professionnels de ce secteur distribuent du matériel de prévention et de réduction des risques, abordent le sujet des maladies infectieuses lorsque cela est possible, mais ils ne connaissent évidemment pas le statut sérologique des personnes qu'ils rencontrent.

### 4.4 SITUATION ET EVOLUTION DE L'ACCES ET DE LA COMPLIANCE AUX TRAITEMENTS POUR LES MALADIES INFECTIEUSES CHEZ LES USAGERS DE DROGUE?

#### 4.4.1 Secteur des structures à bas seuil d'accessibilité (SBS)

Les professionnels de ce secteur ne sont pas directement impliqués dans la mise en place et la gestion des traitements. Ceux-ci relèvent des médecins et il n'y a que le couple usager-soignant qui est au courant de l'existence et du contenu des traitements. Le travail dans le SBS se limite donc souvent à un travail de motivation et de conseil lorsque les usagers eux-mêmes souhaitent aborder ce thème, par exemple en raison des effets secondaires des traitements. Sinon, ce thème relève des seules compétences du médecin conseil de la structure.

#### 4.4.2 Secteur des traitements ambulatoires

Les personnes séropositives suivies dans les centres ambulatoires sont généralement en traitement pour le VIH/sida, mais avec des variations importantes qui peuvent notamment être liées au seuil d'accessibilité (pour la substitution) instauré par les centres. Plus ce seuil est élevé et plus il y a de probabilités que la grande majorité des patients VIH+ – mieux stabilisés – soient en traitement. La simplification des traitements pour le VIH/sida et la diminution des effets secondaires ont aussi permis d'améliorer la compliance des patients. Finalement, les collaborations entre les centres de traitement ambulatoire et les équipes des infectiologues des centres hospitaliers sont, s'agissant du traitement du VIH/sida, le plus souvent de très bonne qualité.

La situation pour le VHC est quelque peu différente. Ici, la mise en place d'un traitement demande une stabilisation préalable des consommations de drogues illégales et d'alcool. Le traitement est par ailleurs susceptible d'induire une dépression chez des sujets fragiles et une partie non-négligeable des personnes concernées refuse tout simplement de suivre un tel traitement, pas facile à supporter. Le traitement doit être précédé d'une préparation soigneuse (motivation).

Il arrive aussi que ce soient les hépatologues qui refusent le traitement en jugeant insuffisant la stabilisation des comportements de consommation des personnes infectées par le VHC. Cela renvoie aussi parfois à une différenciation des critères d'indication entre les équipes d'addictologie – parfois moins restrictives ou plus optimistes dans l'indication au traitement – et celles d'hépatologie. Il semble d'ailleurs que, lorsque ces deux pôles communiquent et collaborent efficacement comme pour le VIH/sida, la proportion de personnes traitées tend à augmenter.

Les personnes qui ont pu être motivées et dont les consommations ont été stabilisées terminent cependant souvent le traitement de l'hépatite C avec succès. Toutefois, la proportion des personnes traitées semble relativement faible dans la plupart des centres ambulatoires, avec des exceptions. Cela pourrait notamment être dû à une trop longue période d'attente avant de proposer un traitement et de motiver/préparer les patients à suivre celui-ci.

#### 4.4.3 Secteur "nightlife"

Les professionnels de ce secteur ne sont pas concernés par cette question.

### 4.5 MESURES PERMETTANT D'AMÉLIORER LA SITUATION ?

#### 4.5.1 Secteur des structures à bas seuil d'accessibilité (SBS)

Les professionnels travaillant dans les SBS ont différentes mesures à proposer pour prévenir et mieux traiter les maladies infectieuses. Dans les cantons où ce type de structure n'existe pas, un local d'injection et/ou d'inhalation est souhaité pour permettre l'utilisation de matériel stérile et transmettre des messages de prévention. Dans les autres cantons, c'est la survie de ces locaux de consommation qui constitue un enjeu important et des mesures sont souhaitées pour assurer leur pérennité.

La sensibilisation des usagers de drogue, mais aussi du personnel qui s'occupe de ces personnes, la mise à disposition de possibilités de dépistage et de conseil facilement accessibles, sont aussi mentionnés comme des mesures utiles, particulièrement s'agissant des hépatites. Une nouvelle campagne nationale sur ce sujet est aussi évoquée.

Un inventaire des pratiques et interventions (brochures, matériel de réduction des risques) dans les cantons suisses permettrait aussi d'identifier des bonnes pratiques et de les diffuser ensuite.

La collaboration et la mise en réseau entre le personnel et les autres intervenants concernés constitue une autre ligne de réflexion mais il existe des craintes que celle-ci ne remette en question le caractère anonyme et non intrusif du travail mené dans les SBS.

#### 4.5.2 Secteur des traitements ambulatoires

Les médecins qui travaillent dans les centres de traitement ambulatoires sont eux aussi en faveur d'une meilleure collaboration entre les professionnels du traitement et ceux du bas-seuil. Deux critères doivent toutefois être pris en compte : pouvoir maintenir le secret médical et la confidentialité de la consultation, et discuter ensemble sur la meilleure division du travail possible.

Il faut aussi penser à une politique de *screening* des maladies infectieuses plus systématique, là où elle n'existe pas encore, et aussi développer la prévention sexuelle de ces maladies. Il faut aussi penser au sous-traitement (*undertreatment*) des personnes infectées par le VHC, ce qui pourrait être encouragé par : une meilleure intégration des problématique HIV et HCV dans la médecine de l'addiction, une plus forte présence des spécialistes de l'addiction dans les groupes de spécialistes (infectiologues, hépatologues) qui discutent les *guidelines* des traitements pour ces maladies infectieuses et une meilleure connaissance des pratiques de traitement qui existent en Suisse. Des mesures d'*outcome* des traitements des maladies infectieuses, au niveau notamment des changements affectant la qualité de vie, devraient aussi être utilisés pour améliorer ces traitements.



Au niveau de la population cible, il faudrait essayer de mieux identifier les diverses populations de consommateurs de drogue afin de mieux adapter l'offre de prise en charge à certains sous-groupes., notamment les cocaïnomanes et/ou les personnes qui souffrent de problèmes graves de santé mentale. Pour les consommateurs de drogue qui ont déjà une longue carrière de consommation derrière eux, il faudrait aussi pouvoir offrir quelque chose d'autre que le seul traitement et en particulier des mesures de réintégration sociale. Il faudrait aussi développer des mesures, comme des campagnes dans le milieu, pour inviter les consommateurs de drogue qui ont une maladie infectieuse à se faire traiter. Finalement, l'information sur les risques liés au partage de pailles ou d'embouts devrait être renforcée car elle n'atteint pas la population cible.

### 4.5.3 Secteur "nightlife"

Les professionnels de ce secteur notent que les préservatifs (disponibles en différentes tailles) sont importants mais qu'ils devraient aussi toujours être remis avec des instructions d'usage. Le lubrifiant et les brochures *safer sex* sont aussi très prisées. Dans le Jura, des préservatifs féminins ont aussi été distribués.

Les conseils de prévention aux stands sont importants car ils peuvent être adaptés aux connaissances de l'interlocuteur. Mais, d'autre part, il y a aussi des publics sur-informés qui ne veulent plus entendre parler de prévention. Dans le milieu gay, les choses sont souvent plus établies.

Concernant le partage du matériel de sniff, des kit-sniff ont été distribués à Zürich mais les propriétaires d'établissements n'ont guère apprécié que le sol soit couvert de pailles en fin de soirée. Une alternative serait de mettre des post-it dans les toilettes. Sinon, il faut surtout faire de l'info (attention aux billets de banque, pas de partage, etc.) directement et avec l'aide de brochures (sur le VHC en général ou sur le sniff). Quelques équipes ont aussi des seringues lorsqu'ils tiennent des stands en soirée. C'est rare qu'on leur en demande mais c'est une mesure de sécurité.

## 4.6 SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS DES PROFESSIONNELS

Les professionnels interrogés pour cette étude ont livré des informations qui permettent de compléter le bilan épidémiologique fait dans la première partie de ce rapport. Les principales observations sont :

- La population des consommateurs de drogue dépendants est aujourd'hui composée essentiellement d'un groupe d'(ex-)injecteurs de drogue âgés de plus de trente ans. La situation sociale et sanitaire de ces personnes est généralement très mauvaise comme en témoigne par exemple la prévalence du VHC observée dans les centres de traitement. La consommation concerne souvent de multiples substances et il y aurait une disposition plus élevée à prendre des risques dans certaines situations (injections multiples de cocaïne ou de médicaments).
- L'existence de ce groupe majoritaire ne doit toutefois pas cacher qu'il y a aussi de nouvelles entrées dans la dépendance. Ici, ce sont souvent des personnes plus jeunes, qui sont beaucoup moins souvent des injecteurs, qui sont parfois encore intégrés socialement et qui prennent parfois des risques élevés pour la santé au travers de certains de leurs pratiques de consommation (beaucoup de cocaïne et de mélanges, épisodes de consommation très intensifs). Dans cette population, la prévalence des infections par le VIH et le VHC sont sans doute nettement plus basse que chez les (ex-)injecteurs vieillissants.
- Les messages de prévention sur les risques de transmission du VHC avec les pailles et embouts n'ont apparemment pas atteint le public cible puisque des SBS aux centres de

traitement, en passant par les soirées techno, l'on observe la poursuite du partage de ce matériel.

- L'un des principaux enjeux qui ressort de ces focus groups concerne la prise en charge de l'hépatite C. Ici, les pratiques (indication, préparation, suivi) semblent différer d'un canton à l'autre et il n'y a pas de consensus sur la manière de faire. En outre, la proportion de personnes porteuses du VHC traitées semble être faible.
- Les mesures envisagées par les professionnels renvoient d'abord à un besoin accru de collaboration entre les services (traitement/bas-seuil mais aussi addictologie/maladies infectieuses ou addictologie/psychiatrie) qui s'occupent des personnes dépendantes. Les modalités de cette collaboration ne sont toutefois pas clairement établies.
- La question de la (ré)intégration des consommateurs dépendants au long cours est un problème de plus en plus important.

## 5 SYNTHÈSE GÉNÉRALE

L'utilisation des données épidémiologiques existantes couplée à un recueil d'information auprès des professionnels a permis de faire émerger une vision claire de la situation concernant les maladies infectieuses chez les consommateurs de drogues.

En ce qui concerne le VIH/sida :

- L'incidence a fortement diminué et semble s'être stabilisée. Des comportements à risques de transmission persistent : le partage de seringues, dont la prévalence est plutôt basse par rapport à la moyenne européenne, se produit plutôt dans des situations particulières liées aux circonstances de la consommation (injections répétées de cocaïne ou de médicament, p. ex.) ; en revanche le partage de matériel servant à préparer l'injection reste plus fréquent.
- La grande majorité des consommateurs de drogue par injection a été testée pour le VIH. Toutefois, il est possible qu'une partie de ces tests soient anciens et l'accès au counselling pour un dépistage répété si nécessaire pourrait être amélioré.
- L'accès aux traitements antirétroviraux semble satisfaisant, quoique encore perfectible et la collaboration entre équipes soignantes (addictologie/infectiologie) est bonne.

En ce qui concerne les hépatites, il existe une situation très différenciée entre les hépatites B et C :

- Pour l'hépatite B, les efforts de vaccination ont sans doute contribué à la diminution importante des nouveaux cas observée depuis le milieu des années 90.
- En revanche, les nouveaux cas d'hépatites C ne diminuent pas ou peu et la prévalence est élevée chez les consommateurs de drogue par voie intraveineuse. La morbidité et la mortalité liées au VHC (cirrhoses, cancers du foie) pourraient donc devenir importantes dans les années à venir, d'autant plus que les toxicomanes sont souvent aussi des consommateurs d'alcool, qui constitue un facteur aggravant et une limitation de l'indication au traitement. Les comportements de partage de matériel servant à préparer l'injection restent assez fréquents – de même que le partage de matériel d'inhalation – et pourraient conduire, compte tenu de l'infectiosité plus grande du VHC que du VIH à une persistance de la transmission du virus.
- Même si la majorité des personnes consommatrices de drogues par voie intraveineuse a déjà été testée pour l'hépatite C, la prévalence du test est plus basse que pour le VIH et, là aussi, un effort de *counselling* et de dépistage le cas échéant est nécessaire.
- L'accès au traitement de l'hépatite C est encore insatisfaisant. Le traitement demande une motivation importante des personnes concernées et des soignants puisqu'une stabilisation de la consommation de drogues et d'alcool est nécessaire. Lorsque cette motivation existe, il est tout-à-fait possible de mener un traitement dans de bonnes conditions. Dans ce domaine, la communication et la collaboration entre spécialistes de la dépendance et hépatologues doit encore s'améliorer.

Les professionnels interrogés dans les différents secteurs concernés par la dépendance (bas-seuil, traitement ambulatoire, nightlife) suggèrent un certain nombre de mesures pour améliorer la situation.

- Veiller à maintenir le réseau de structures de réduction des risques, qu'ils perçoivent menacé par les restrictions budgétaires.

- Renforcer la prévention des risques de transmission par voie sexuelle dans tous les secteurs. Il s'agit en particulier de former et d'aider les intervenants à le faire et de donner une attention particulière à la sexualité des hommes et à la prostitution.
- Sensibiliser les consommateurs aux risques de transmission de l'hépatite C et renforcer la prévention des risques de transmission liés au partage de matériel servant à l'inhalation (partage de pailles et d'embout) et au partage de matériel servant à préparer l'injection.
- Améliorer le counselling et le dépistage concernant le VIH et le VHC, ainsi que l'accès au traitement (sans lequel le dépistage perd de son sens).
- Etre attentif à l'apparition de nouvelles formes de consommation ou de nouveaux types de consommateurs (p. ex. consommation alcool / cannabis ou multi-consommateurs en milieu festif).
- Proposer davantage de possibilités de réinsertion sociale aux consommateurs de drogues vicillissants et ayant une longue carrière de consommation.

L'exercice de « faire le point de la situation » avec les professionnels a été jugé intéressant par ces derniers. Cela ne permet certes pas de faire des « découvertes » extraordinaires concernant la situation telle qu'elle apparaît avec l'analyse secondaire des données épidémiologiques existantes, mais l'exercice apporte des précisions utiles – par exemple concernant la situation de l'accès au traitement – et est un complément intéressant. Pour cette raison et dans la mesure où la surveillance des comportement liés aux maladies infectieuses se poursuit avec un rythme de 4 à 5 ans, il serait utile de répéter l'exercice (analyse secondaire + focus groups de professionnels) au même rythme, mais dans l'intervalle.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

- 1 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agostoni G. Un système de surveillance de deuxième génération pour améliorer la surveillance du VIH/sida en Suisse. *Bulletin OFSP* 2006;15:277-81.
- 2 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Rapport annuel 2005: état du phénomène de la drogue en Europe. Lisbonne: OEDT; 2005.
- 3 European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2003 No. 70. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2004.
- 4 Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. Health trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994 to 2000). *AIDS Care* 2006;18(4):371-5.
- 5 Grichting E, Dobler-Mikola A, Reichlin M. La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1997: rapport d'activité (version abrégée): statistique annuelle globale. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 1998. (Rapport de l'Institut de recherche sur les addictions).
- 6 Grichting E, Dobler-Mikola A, Reichlin M, Bolliger H. La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1998: rapport d'activité et statistique annuelle globale (ci-inclus la comparaison des données d'entrées 1995 à 1998): version abrégée. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 1999. (Rapport de l'Institut de recherche sur les addictions).
- 7 Schaaf S, Berger Hoins C, Reichlin M, Grichting E, Wettach RHU, Dobler-Mikola A, et al. Service de coordination de la Ligue FOS, editor. La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1999: rapport d'activité et statistique annuelle globale: comparaison des données des thérapies à court-moyen terme et à long terme. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2000. (Rapport de recherche de l'Institut de recherche sur la toxicomanie).
- 8 Schaaf S, Reichlin M, Grichting E, Rehm J, Bolliger H. Service de coordination de la Ligue FOS, editor. La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 2000: rapport d'activité et statistique annuelle globale; comparaison des types de comportement en matière de consommation. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2001. (Rapport de l'Institut de recherche sur les addictions). Available at URL: <http://www.suchtforschung.ch>.
- 9 Schaaf S, Reichlin M, Hampson D, Grichting E, Bolliger H. Service de coordination de la Ligue FOS, editor. La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 2001: rapport d'activité et statistique annuelle globale; comparaison de client(e)s aux parcours thérapeutiques différents. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2002. (Rapport de l'Institut de recherche sur les addictions). Available at URL: <http://www.suchtforschung.ch>.
- 10 Schaaf S, Reichlin M, Hampson D, Grichting E, Bolliger H. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 2002. Zürich: ISF; 2003. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 159).
- 11 Schaaf S, Grichting E, Hampson D, Reichlin M, Bolliger H. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 2003. 180 ed. Zürich: ISF; 2004. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 180).
- 12 Huissoud T, Samitca S, Arnaud S, Balthasar H, Zobel F, Dubois-Arber F. Toxicomanie dans le canton de Vaud : période d'évaluation 2002-2004, Cahier 1. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2005. (Raisons de santé, 112). Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.
- 13 Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B, et al. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: quatrième rapport de

- synthèse 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.
- 14 Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 83). Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.
  - 15 Gossop M, Griffiths P, Powis B, Williamson S, Fountain J, Strang J. Continuing drug risk behaviour: shared use of injecting paraphernalia among London heroin injectors. *AIDS Care* 1997;9(6):651-60.
  - 16 Sabbatini A, Carulli B, Villa M, Correa Leite ML, Nicolosi A. Recent trends in the HIV epidemic among injecting drug users in Northern Italy, 1993-1999. *AIDS* 2001;15(16):2181-5. Available at URL: PM:11684938.
  - 17 Hope VD, Judd A, Hickman M, Lamagni T, Hunter G, Stimson GV, et al. Prevalence of hepatitis C among injection drug users in England and Wales: is harm reduction working? *Am J Public Health* 2001;91(1):38-42. Available at URL: PM:11189821.
  - 18 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, 2001. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 2001. Available at URL: <http://www.emcdda.org>.
  - 19 Valenciano M, Emmanuelli J, Lert F. Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France. *Addiction* 2001;96(4):597-606. Available at URL: PM:11300963.
  - 20 Centre d'estudis epidemiològics sobre l'HIV/sida de Catalunya (CEESCAT). Casabona J, editor. SIVES 2001: Integrated HIV/AIDS surveillance system of Catalonia. Barcelona: Departament de sanitat i seguretat social; 2002. (Technical document n° 14).
  - 21 Hope VD, Judd A, Hickman M, Sutton A, Stimson GV, Parry JV, et al. HIV prevalence among injecting drug users in England and Wales 1990 to 2003: evidence for increased transmission in recent years. *AIDS* 2005;19(11):1207-14.
  - 22 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Joint action on new synthetic drugs. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Ed. 2002. Available at URL: <http://www.emcdda.europa.eu/>.
  - 23 Dubois-Arber F, Zobel F. Brève analyse de l'augmentation des tests VIH-positifs et de l'injection de drogues comme possible cause de celle-ci. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002.

## 7 ANNEXE

### LISTE DES PARTICIPANTS AUX FOCUS GROUPS SUR LES COMPORTEMENTS A RISQUE

#### 7.1 FOCUS GROUP BAS-SEUIL (1.12.2005 A BERNE EN ALLEMAND)

Madame Ines Bürge, K&A Bern  
Monsieur Marc Roy, K&A Kaserne Zürich  
Madame Evelyne Flotiront, K+A Basel  
Madame Marlyse Flückiger, Cactus Biel  
Monsieur Jan Lohrer, Tagesraum Schaffhausen  
Monsieur Stefan Brauchli, Tagesraum Schaffhausen  
Monsieur Peter Menzi, Infodrog

Madame Martine Baudouin (Quai 9 à Genève) et Monsieur Nicolas Pythoud (le Passage à Lausanne) ne pouvaient participer au focus group et ils ont été interviewés par téléphone.

#### 7.2 FOCUS GROUP CENTRES DE TRAITEMENT (2.12.2005 A BERNE EN ANGLAIS)

Dr Barbara Broers, HUG Genève  
Dr Martine Monnat, Centre St-Martin Lausanne  
Dr Anne Pelet, Centre St-Martin Lausanne  
Dr Philip Bruggmann, Zokl-1 Zürich  
Dr Robert Haemmig, UPD Bern  
Dr Andrea Hazan, PUK Zürich  
Monsieur Peter Menzi, Infodrog

Le Dr Isabelle Gothuey (UAS Montreux) et le Dr Pierre-Alain Porchet (Drop-in Neuchâtel) ne pouvaient participer au focus group et ils ont été interviewés par téléphone.

#### 7.3 FOCUS GROUP « NIGHTLIFE » (10.02.2006 A BIENNE EN ALLEMAND/FRANÇAIS)

Monsieur Eric Moser, Contact Bienne  
Monsieur Jean-Félix Savary, GREAT  
Monsieur Peter Menzi, InfoDrog  
Monsieur Thierry Humair, CAPT Fleurier  
Monsieur Alexander Bücheli, Streetwork Zürich  
Madame Alexandra Rubin, Prevttech Lausanne  
Madame Sekinah Todesco, Nuit Blanche ? Genève  
Monsieur Michel Comment, Trans-AT Jura