

Hospices / CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaire

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

CONTRIBUTION A LA REFLEXION
SUR L'APPORT DE MESURES DE
TRAITEMENT ET DE REDUCTION
DES RISQUES EN COMPLEMENT
AU DISPOSITIF ACTUEL

Programme de prescription d'héroïne,
local d'injection

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

Etude financée par

Le canton de Vaud, Département de la Santé et de l'Action sociale (DSAS), selon décision du Conseil d'Etat du 11 décembre 1996, renouvelé tous les deux ans.

Citation suggérée

Huissoud T, Samitca, Arnaud S, Zobel F, Dubois-Arber F. Contribution à la réflexion sur l'apport de mesures de traitement et de réduction des risques en complément au dispositif actuel: programme de prescription d'héroïne, local d'injection. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2006 (Raisons de santé, 121).

Remerciements

Nous remercions les experts ayant participé aux focus group, cités en annexe.

Nom fichier : RdS 121.doc

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	4
1.1	Contexte	4
1.1.1	Rappel de la situation épidémiologique	4
1.1.2	Problématique	5
1.2	Méthode	6
2	Synthèse des données récoltées et conclusions	7
2.1	Prescription d'héroïne	8
2.1.1	Faisabilité dans le canton	8
2.1.2	Conclusions : Mise en place d'un programme de prescription d'héroïne dans le canton	9
2.2	Local de consommation	9
2.2.1	Faisabilité dans le canton	10
2.2.2	Conclusions : ouverture d'un local d'injection dans le canton	10
3	Programme de prescription d'héroïne	12
3.1	Revue de la littérature sur la prescription médicale d'héroïne	12
3.1.1	La prescription médicale d'héroïne en Suisse et dans d'autres pays	12
3.1.2	Les effets de la prescription médicale d'héroïne	13
3.1.3	En conclusion	18
3.2	Modalités de mise en oeuvre et exemples pratiques	19
3.2.1	Conditions posées par l'OFSP pour l'ouverture d'un programme de prescription d'héroïne	19
3.2.2	Financement et capacités d'accueil	19
3.2.3	Critères d'éligibilité des patients	20
3.2.4	Exemple de programme de prescription d'héroïne en Suisse	20
3.3	Prescription d'héroïne : Faisabilité dans le canton de Vaud	20
3.3.1	Position des experts consultés	20
3.3.2	Estimation du nombre de personnes potentiellement concernées	21
4	Les structures avec local de consommation (SLC)	23
4.1	Synthèse de la littérature existante	23
4.1.1	Les SLC en Suisse et dans d'autres pays	23
4.1.2	Les effets des structures avec locaux d'injection	24
4.1.3	Conclusions	27
4.2	Exemple de locaux d'injection en Suisse	28
4.3	Local de consommation : faisabilité dans le canton de Vaud	29
4.3.1	Position des experts consultés	29
4.3.2	Conclusions et propositions	30
4.3.3	Estimation du nombre de personnes potentiellement concernées	30
5	Bibliographie	32
6	Annexe	32
6.1	Liste des personnes ayant participé aux focus group	36
6.2	Prescription médicale d'héroïne : type d'essais réalisés, en cours ou projetés dans différents pays	36

1 INTRODUCTION

Depuis 1996 et suite à l'extension du dispositif mis en place pour lutter contre les problèmes de toxicomanie dans le canton, le Conseil d'Etat a chargé l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) d'un **mandat d'évaluation** dans le domaine de l'action cantonale contre la toxicomanie, qui se décompose en **trois tâches principales**.

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

A la suite de la dernière présentation de la situation épidémiologique de la toxicomanie dans le canton de Vaud, et de la discussion au sujet des recommandations concernant le dispositif en place, le Conseil d'Etat a confié à l'IUMSP le mandat de soutenir la réflexion sur l'apport de mesures de réduction des risques supplémentaires pour les consommateurs à haut risque d'infection par le VIH et les hépatites.

Par rapport aux autres cantons de Suisse ayant des grandes villes, le canton de Vaud présente notamment la particularité de ne posséder ni programme de prescription d'héroïne, ni local d'injection. Dans les villes de taille comparable à Lausanne, ces deux mesures existent le plus souvent en parallèle, et ce depuis une dizaine d'années pour les programmes de prescription d'héroïne et parfois davantage pour les locaux d'injection. Actuellement, il existe en Suisse 23 centres de prescription d'héroïne (dont deux en prison) qui comptaient 1273 personnes en traitement en décembre 2004 (pour 1389 places de traitement disponibles) et 11 locaux d'injection répartis dans 7 villes, la plupart comprenant aussi un local d'inhalation.

Ce rapport, qui se veut une aide à la décision, explore donc ces deux mesures qui n'ont pas été mises en place dans le canton de Vaud. Il présente d'abord un rappel du contexte dans lequel s'inscrit le mandat du Conseil d'Etat ainsi que les méthodes utilisées pour cette étude. Le second chapitre présente une synthèse des données récoltées pour chacune des deux mesures et les conclusions qui s'y rapportent. Les chapitres trois (prescription d'héroïne) et quatre (structures avec local de consommation) exposent en détail les éléments utilisés pour la synthèse.

1.1 Contexte

1.1.1 Rappel de la situation épidémiologique

Selon l'enquête menée auprès des usagers des structures à bas seuil (SBS) du canton de Vaud en 2004^b, le **nombre de consommateurs réguliers de drogues dures** est resté stable entre 2002 et 2004.

^a Pour la plupart ces experts sont membres du Conseil consultatif.

^b Cette enquête est menée une semaine durant dans l'ensemble des structures à bas seuil du canton remettant du matériel d'injection. Un questionnaire partiellement auto-administré est alors proposé à toutes personnes fréquentant ces lieux. Elle a eu lieu dans le canton de Vaud en 2000, 2002 et 2004. A l'échelle nationale, cette enquête a été menée selon le même design en 1993, 1996 et 2000. Il est prévu de la reconduire en 2006.

Durant la même période, on observe une baisse de la polyconsommation (héroïne et cocaïne) durant le dernier mois (60 à 40%), ainsi que de la consommation par injection au cours des 6 derniers mois (58 à 43% dans cette population). Par contre, on relève une augmentation du nombre de consommateurs réguliers de cocaïne (16 à 25%) et du nombre moyen d'injections par semaine (8.3 à 9.8).

Le **partage de matériel stérile** reste élevé (30% ont utilisé une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre au cours des 6 derniers mois) et l'exposition potentielle au risque de transmission de maladies infectieuses par voie sexuelle a augmenté (22% utilisent un préservatif avec leur partenaire stable contre 31% auparavant).

Le **nombre de nouveaux tests positifs au VIH** selon les déclarations des médecins^a était de 23 chez les consommateurs de drogue par voie intraveineuse du canton en 2003, soit une augmentation par rapport aux années précédentes.

La **prévalence rapportée pour les hépatites** dans différentes sources statistiques^b est élevée (60% pour l'hépatite C et 35% pour l'hépatite B), mais relativement stable.

Le **nombre de décès** liés à la consommation de drogues est en moyenne sur les 5 dernières années de 14 décès par an (13, 10, 24, 8, 14 respectivement de 2001 à 2005).

Les résultats du dernier rapport d'évaluation¹ montrent cependant que les consommateurs de drogues ne forment pas un groupe homogène, mais que **trois types différents d'usagers** des SBS peuvent être distingués :

1. les consommateurs par injection à haut risque (17% des usagers des SBS) ;
2. les consommateurs par injection occasionnels (52%) ;
3. les consommateurs non-injecteurs (31%).

Ces différents types d'usagers nécessitent une prise en charge adaptée à leurs spécificités. Les programmes de prescription d'héroïne concernent essentiellement le premier type. Les locaux d'injection s'adressent aux types 1 et 2.

Le dernier groupe de consommateurs (type 3), souvent plus jeunes et présentant des prévalences rapportées de VIH et d'hépatites beaucoup plus basses, a des besoins de prises en charges spécifiques, notamment pour éviter le passage à l'injection et les risques de contamination par les virus du VIH et des hépatites qui y sont liés, mais également limiter les risques majeurs de désinsertion sociale.

1.1.2 Problématique

Par rapport au bilan épidémiologique, trois questions se posent :

- Comment limiter le nombre de nouveaux cas de VIH et d'hépatites et diminuer la mortalité des personnes consommatrices ?
- Comment atteindre et stabiliser les consommateurs à haut risque ?
- Comment favoriser le maintien et la poursuite de la diminution des comportements à risque déjà obtenue avec les mesures de réduction des risques et le développement du dispositif de prise en charge en général ?

L'objectif de cette étude est donc celui d'évaluer les réponses que certaines mesures complémentaires pourraient apporter aux questions ci-dessus.

^a Source : Office fédéral de la santé publique, Berne.

^b Notamment : statistique des personnes en traitement de substitution dans le canton de Vaud (Santé publique 2003), enquête auprès de la clientèle des SBS (2004).

1.2 Méthode

Cette brève étude repose sur :

Une **revue de la littérature scientifique** récente sur les locaux d'injection et les programmes de prescription d'héroïne (description, exemples en Suisse avec horaire d'ouverture et ressources, critères d'éligibilité pour le programme de prescription d'héroïne, intérêt de chacune des mesures dans le cadre de la prise en charge de personnes toxicodépendantes). Cette revue permet d'interroger le niveau de preuve scientifique des effets attendus pour chacune des mesures analysées.

L'organisation de **deux focus groups d'experts et de professionnels du terrain cantonaux**^a : d'une part des médecins, membres de l' Association Vaudoise des médecins concernés par la toxicomanie (AVMCT), prescripteurs de méthadone et travaillant avec une population incluant des consommateurs à haut risque, et, d'autre part, des professionnels travaillant dans les différentes structures à bas seuil du canton et directement confrontés aux consommateurs par injection. Chaque focus group a discuté de deux thèmes :

- Avantages/inconvénients d'un programme de prescription d'héroïne dans le contexte vaudois actuel de consommation pour le groupe des médecins. Avantages/inconvénients d'un local d'injection dans le contexte vaudois actuel de consommation pour les professionnels du bas seuil.
- Estimations du nombre de candidats potentiels pour chacune des mesures à l'échelle du canton.

Une **analyse des études et statistiques vaudoises existantes** en vue d'une validation croisée des estimations du nombre de personnes potentiellement concernées faites par les groupes d'experts.

Une **revue des principales caractéristiques techniques** (budget, taille de la clientèle prévue, nombre de places, besoins en personnel) des programmes de prescription d'héroïne et des structures à bas seuil avec local d'injection les plus récemment ouverts (Genève/Bienne) afin de donner quelques informations sur les expériences réalisées en la matière.

^a Voir liste en annexe.

2 SYNTHÈSE DES DONNÉES RECOLTÉES ET CONCLUSIONS

Les programmes de prescription d'héroïne sont classés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans les mesures de traitement, tandis que les locaux d'injections sont des mesures de réduction des risques. Les objectifs visés par l'une ou l'autre de ces mesures, ainsi que les moyens mis en œuvre pour les atteindre, diffèrent partiellement :

- La prescription d'héroïne vise l'amélioration de l'état de santé et de l'intégration sociale des patients à travers une prise en charge thérapeutique soutenue qui doit conduire **notamment** à une réduction/disparition des consommations de substances non prescrites et des comportements à risque qui y sont liés.
- Les locaux d'injection visent l'amélioration de la santé physique et sociale des usagers, en offrant un cadre permettant une consommation à moindre risque de substances que se procure l'utilisateur et un apprentissage des bonnes pratiques, notamment en matière d'hygiène, par la supervision de l'injection. Le personnel médical et social présent peut apporter des soins de base et favoriser l'orientation vers le réseau de prise en charge, mais il n'y a pas de prise en charge thérapeutique.

Les deux mesures ont donc un potentiel de réponse aux problèmes révélés par le bilan épidémiologique, même si aucune des deux ne peut garantir la fin des transmissions du VIH ou des hépatites.

Tableau 1 Objectifs spécifiques (immédiats, à moyen et long terme), poursuivis par la prescription d'héroïne et les locaux d'injection

Prescription d'héroïne	Local d'injection
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de l'état de santé physique et psychique des patients ayant expérimenté plusieurs échecs de traitements 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration des conditions d'injection, apprentissage de bonnes pratiques d'injection
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de l'intégration sociale (renforcement des compétences individuelles, réinsertion progressive, distanciation de la scène de la drogue, réduction de la délinquance, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminution des décès par overdose, des maladies infectieuses (notamment transmission VIH et hépatites, abcès) et des autres problèmes de santé chez les consommateurs de drogue par injection
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arrêt / Diminution de la consommation de substances non prescrites 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminution des injections dans l'espace public
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abstinence durable comme un but à long terme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offre d'un accueil et d'un soutien social à seuil bas ▪ Accès au réseau d'aide et de traitement

2.1 Prescription d'héroïne

Les différents éléments tirés de l'ensemble de la littérature scientifique (cf. 3.1) et de la consultation du groupe de médecins experts (cf. 3.3.1) convergent pour reconnaître aux programmes de prescription d'héroïne les effets suivants.

Tableau 2 Synthèse des principaux résultats en lien avec les objectifs poursuivis

Objectif 1

Amélioration de l'état de santé physique et psychique des patients ayant expérimenté plusieurs échecs de traitements différents

- Etat de santé : amélioration de la santé somatique (abcès, notamment) et de la santé psychique.
- Comportements à risque : diminution des comportements à risque tels que le partage de seringues ou de matériel usagé, mais surtout diminution des risques liés au contexte que représente la fréquentation de la scène de la drogue.
- Rétention en traitement : 50 à 70% selon la durée du traitement.
- Mortalité : diminution du taux de mortalité chez les patients traités à l'héroïne dans les essais suisses (pas d'autres données). Diminution du taux d'incidence du VIH et des hépatites.

Objectif 2

Amélioration de l'intégration sociale (renforcement des compétences individuelles, réinsertion progressive, distanciation de la scène de la drogue, réduction de la délinquance, etc.)

- Situation sociale : amélioration significative à moyen terme des indicateurs sociaux (logement, emploi et revenu) et du fonctionnement social, notamment éloignement de la scène de la drogue. A long terme ce dernier résultat reste significatif.
- Délinquance et criminalité : Diminution du nombre de dénonciations et de la criminalité.

Objectif 3

Arrêt / Diminution de la consommation de substances non prescrites

- Consommation parallèle : nette amélioration du point de vue de la consommation d'héroïne non prescrite (% croissant de personnes abstinentes), diminution de la fréquence de consommation de cocaïne, résultats moins significatifs concernant la consommation de benzodiazépines.

Objectif 4

Abstinence durable comme un but à long terme

- Abstinence : un petit nombre de personnes parviennent à l'abstinence des opiacés et de la cocaïne.

2.1.1 Faisabilité dans le canton

■ Nombre de personnes candidates

Les estimations provenant des experts et des sources statistiques convergent et indiquent entre 50 et 90 patients potentiels pour un programme de prescription d'héroïne dans le canton. La participation à un programme d'héroïne nécessitant le passage 2 à 3 fois par jour dans la structure, il est vraisemblable

que toutes les personnes théoriquement candidates ne choisiront pas un tel programme en raison des déplacements impliqués, du moins si le traitement ne peut être dispensé qu'à Lausanne.

■ Réalisation dans le canton

Les experts considèrent qu'il y a une place pour un programme de prescription d'héroïne dans le canton. Ils estiment toutefois que cette mesure n'est pas la priorité numéro 1 pour le canton et que, notamment, les questions de prise en charge occupationnelle et de réintégration sont à considérer en premier lieu.

Il n'existe à ce jour pas de projet de prescription d'héroïne, si ce n'est au centre St Martin où un projet de prescription d'héroïne par voie orale pourrait être envisagé (cf. point 3.3.1).

2.1.2 Conclusions : mise en place d'un programme de prescription d'héroïne dans le canton

Le nombre de personnes potentiellement concernées dans le canton est estimé entre 50 et 90 consommateurs à haut risque.

L'intérêt principal d'une telle mesure pour ce petit groupe de consommateurs est une prise en charge thérapeutique renforcée qui vise une stabilisation des consommations chez les consommateurs à haut risque. On peut attendre de ce programme qu'il amène une amélioration notable de l'état de santé et de l'intégration sociale des patients, notamment par l'éloignement de la scène de la drogue et une diminution de la criminalité, ainsi qu'une réduction des risques liés à l'injection.

Les experts reconnaissent l'intérêt de ce type de projet dans le cadre d'un dispositif idéal, mais voient d'autres besoins prioritaires. On relève un intérêt mesuré au sein de la structure la plus à même de prendre en charge un tel programme, et spécifiquement pour un programme de prescription orale d'héroïne accompagné d'un projet de recherche comparative.

2.2 Local de consommation

Les différents éléments tirés de la littérature scientifique (cf. 4.1) et de la consultation du groupe de professionnels travaillant dans les structures à bas seuil du canton (cf. 4.3.1), convergent pour reconnaître aux locaux d'injection les effets suivants.

Tableau 3 Synthèse des principaux résultats en lien avec les objectifs poursuivis

Objectif 1

Amélioration des conditions d'injection, apprentissage de bonnes pratiques d'injection

- Comportements à risque et maladies infectieuses : diminution des comportements à risque, essentiellement par l'amélioration des conditions de l'injection (hygiène et propreté, apprentissage des bonnes pratiques en matière d'injection) et la diminution du partage de seringues
 - Consommation : généralement pas d'effets (diminution ou augmentation de la consommation) sur la consommation mentionnés par les usagers en lien avec l'existence de locaux d'injection
-

Objectif 2

Diminution des décès par overdose, des maladies infectieuses (notamment transmission VIH et hépatites et abcès) et des autres problèmes de santé chez les consommateurs de drogue par injection.

- Pas de décès par overdose relevé dans les structures local de consommation (SLC)
- Probable diminution de la mortalité et de la morbidité
- Réduction des maladies infectieuses

Objectif 3

Diminution des injections dans l'espace public

- Ordre public : diminution des scènes de la drogue et de la dispersion de seringues usagées dans les lieux publics
- Voisinage : la cohabitation entre une SLC et un quartier peut s'avérer problématique et nécessite un travail relationnel soutenu entre les différents acteurs

Objectif 4

Offre d'un accueil et d'un soutien social à seuil bas et accès au réseau d'aide et de traitement

- Etat de santé : amélioration de l'accès au réseau de soins, en plus des soins prodigués sur place
 - Entrée en traitement ou maintien en traitement : l'existence d'un local d'injection ne semble pas être un obstacle à l'entrée en traitement ou dans le réseau de prise en charge
-

2.2.1 Faisabilité dans le canton

■ Nombre de personnes candidates

L'estimation statistique et celle des experts sont proches et oscillent entre 270 et 400 personnes potentiellement concernées par l'utilisation d'un local d'injection. Il s'agit toutefois d'une estimation concernant l'ensemble du canton et il est plus difficile de se prononcer sur la fréquentation effective d'un local si ce dernier est situé à Lausanne. En effet, les experts rapportent que les usagers habitant dans les régions périphériques semblent dire que « oui un local c'est bien, mais qu'ils n'y iraient pas » évoquant différentes raisons pour expliquer ce fait : contrôle de la police, tensions à Lausanne, fréquentation des locaux d'autres cantons.

■ Réalisation dans le canton

Le consensus concernant l'utilité et les effets de la mise en place d'un local de consommation est élevé parmi les experts. La Fondation ABS (Accueil à bas seuil) à Lausanne est intéressée à réaliser le projet, mais n'a pas encore de projet défini.

Les experts soulignent que la mise en place d'un tel local ne devrait pas se faire au détriment d'un autre type de prestations et doit s'inscrire dans un dispositif complet.

2.2.2 Conclusions : ouverture d'un local d'injection dans le canton

L'offre d'un local d'injection concerne un nombre plus important de consommateurs que les programmes de prescription d'héroïne vu qu'elle s'adresse théoriquement à toute personne qui s'injecte

des drogues. La fourchette est toutefois plus difficile à estimer car le rythme de fréquentation d'un tel local peut être très variable (plusieurs fois par jour à une fois par an en raison des profils différents des consommateurs).

L'intérêt d'un local d'injection est essentiellement une amélioration de l'hygiène et des pratiques d'injection, ainsi que de l'ordre public. En ce qui concerne l'accès au réseau de soins et de traitement, le dispositif actuellement en place dans le canton offre déjà de telles prestations.

Les experts s'accordent sur la nécessité d'un tel projet et ils sont d'avis que ce projet devrait comporter à la fois un local d'injection et un local d'inhalation. Il n'existe à ce jour pas encore de projet concret malgré l'intérêt marqué par la Fondation ABS.

Par ailleurs, l'OFSP suisse a mis en place un ensemble de normes de qualité (référentiel modulaire Qualité thérapie drogues alcool [QuaThéDA]) pour les SBS et qui incluent aussi des critères spécifiques pour les locaux de consommation. L'application de ces critères devrait être une condition pour la mise en place d'un local d'injection.

3 PROGRAMME DE PRESCRIPTION D'HEROÏNE

3.1 Revue de la littérature sur la prescription médicale d'héroïne^a

La prescription médicale d'héroïne a été envisagée comme une offre supplémentaire dans la palette des traitements pour les personnes dépendantes aux opiacés, et résistantes aux traitements existants tels que ceux orientés vers l'abstinence et/ou recourant à la méthadone. Cette alternative a donc été pensée comme un élément d'un processus de traitement. Il s'agit de stabiliser les personnes les plus dépendantes et marginales afin de les diriger, lorsque c'est possible, vers un autre type de traitement.

Les principaux objectifs de la prescription médicale d'héroïne sont les suivants^{2,3} :

- Amélioration de l'état de santé physique et psychique des patients ayant expérimenté plusieurs échecs de traitements.
- Amélioration de l'intégration sociale (aptitude à travailler, distanciation de la scène de la drogue, réduction de la délinquance, etc.).
- Arrêt / diminution de la consommation de substances non prescrites.
- Abstinence durable comme un but à long terme.

3.1.1 La prescription médicale d'héroïne en Suisse et dans d'autres pays

La prescription d'héroïne en tant qu'analgésique au même titre que d'autres opiacés existe depuis plusieurs décennies en Angleterre. Au cours des années 70, suite à une restriction de prescription, son utilisation devient réservée au traitement des cas de dépendance. Toutefois, c'est dans les années 90 qu'apparaissent les principaux développements et/ou implantations d'essais de prescription médicale d'héroïne, avec notamment les études de faisabilité en Australie (1990) et le programme national de prescription dans les cliniques suisses (1994-1996).

La décision qui a permis la mise en place des essais de prescription médicale d'héroïne (PROVE)^b en Suisse date de 1992. Les essais eux-mêmes ont commencé au début de 1994 dans deux centres de traitement zurichois pour se terminer fin 1998. Un Arrêté fédéral urgent (AFU) a ensuite permis la poursuite des traitements au-delà de la période des essais. Suite à un référendum lancé par l'Union démocratique fédérale contre cet AFU, la population suisse a été appelée à se prononcer sur cet objet le 13 juin 1999. Une majorité du peuple (54.4%) et des cantons (14) a alors rejeté le référendum. Aujourd'hui, la prescription médicale d'héroïne^c figure au nombre des traitements disponibles en Suisse pour les personnes dépendantes aux opiacés⁴.

Ces premiers essais suisses ont fait l'objet d'études scientifiques évaluées par une Commission d'experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1999⁵. Leur rapport concluait à la difficulté de mettre en évidence les liens de causalité entre la prescription d'héroïne et les améliorations constatées, essentiellement en raison de l'absence de groupe contrôle. Par la suite, d'autres pays se sont intéressés à la prescription médicale d'héroïne et, contrairement à ce qui s'était fait en Suisse, ils ont

^a Les données fournies ici sont le résultat d'une recherche de littérature réalisée grâce à *Medline*, au moyen des mots-clés suivants : *heroin, prescription, assisted-treatment, retention, maintenance program*, ainsi que de la consultation de sites Internet spécifiques, tel que www.heroinstudie.de ou www.msc.es, et d'une prise de contact avec les responsables de quelques programmes.

^b *Projekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE)*.

^c *Heroingestützte Behandlung (HeGeBe)*.

développé une série d'études de « 2^{ème} génération », suivant les recommandations du groupe d'experts de l'OMS. Ainsi, les Pays-Bas (avril 2000 - décembre 2001), l'Espagne (terminée en novembre 2004), l'Allemagne (mars 2002 - décembre 2005), et plus récemment le Canada (février 2005) et la Grande-Bretagne (2005), ont mis en place des essais contrôlés randomisés^a. Les approches se distinguent toutefois du point de vue du *design*, des paramètres ou encore des questions de recherche. En Australie, plusieurs protocoles (essais pilotes et essais cliniques) sont en attente d'un accord politique pour pouvoir démarrer⁶⁻⁸.

3.1.2 Les effets de la prescription médicale d'héroïne

Les publications recensées ici (n=18) font état essentiellement des résultats des essais suisses (n=14), et dans une moindre mesure des essais hollandais (n=3). Il faut encore relever quelques publications en lien avec les études plus anciennes menées en Grande-Bretagne (n=1). Si les essais allemands et espagnols sont à leur terme, les résultats n'ont cependant pas encore fait l'objet de publication scientifique.

Les résultats des essais suisses relèvent d'une étude de cohorte menée sur 1035 patients entrés en traitement entre janvier 1994 et décembre 1996 et qui sont restés au moins 18 mois en traitement. Ces patients avaient été répartis en groupes non randomisés et traités soit avec de l'héroïne, de la morphine ou de la méthadone et ont été suivis à 6, 12 et 18 mois. L'objectif était de mesurer la faisabilité et les effets d'une telle prescription. Les patients de cette cohorte entrés en traitement entre janvier 1994 et mars 1995 (n=366) ont été revus six ans après. A Genève, un essai randomisé de taille limitée (27 patients héroïne et 24 patients méthadone) a été mené, comme une sous-étude de la cohorte nationale. La comparaison s'est alors faite à 6 mois.

Aux Pays-Bas, l'étude menée fut un essai contrôlé randomisé avec pour objectif une comparaison d'une co-administration de méthadone orale versus d'héroïne (pour une part injectée et pour l'autre part inhalée) et de méthadone orale seule. Ainsi, 549 patients ont été suivis pendant 12 mois. Le traitement était considéré comme réussi si le patient présentait une amélioration de 40% par rapport à l'entrée en traitement dans au moins un des domaines d'inclusion que sont la santé physique, la santé mentale et le fonctionnement social, et pas de détérioration supérieure à 40% dans les autres domaines (indicateur composite).

En Grande-Bretagne, les résultats publiés font état d'une petite étude de faisabilité de la prescription d'héroïne menée avec 58 patients. Le choix leur était laissé entre un traitement à base d'héroïne injectée ou de méthadone injectée.

■ Rétention en traitement

Le taux de rétention se situe dans les essais suisses à 70% après 12 mois de traitement, à 50% après 30 mois et 34% sont restés en traitement cinq ans et plus. Dans 60% des cas d'arrêt de traitement, la raison est l'entrée dans un autre type de traitement. Les patients qui sont sortis du programme pour des questions de manque de collaboration ou de compliance l'ont fait en tout début de traitement^b. Blättler¹⁰ relève par ailleurs que la consommation parallèle de cocaïne n'est pas associée à un taux de *drop out* plus élevé^c.

^a Relevons que les critères d'inclusions varient d'un pays à l'autre, l'Allemagne et les Pays-Bas étant plus stricts.

^b Les taux de rétention ont été calculés sur l'ensemble des patients entrés en traitement entre janvier 1994 et décembre 2000 (n=1969), alors que les autres indicateurs ont été mesurés dans la population décrite sous 3.1.2.

^c Non usagers de cocaïne : 11% de drop out après 373 jours de traitement et 10% chez les consommateurs occasionnels après 265 jours et 14% chez les réguliers après 256 jours.

L'essai randomisé hollandais a montré un taux de rétention dans le traitement à base d'héroïne similaire à celui observé en Suisse (68% dans le cas de l'héroïne inhalée et 72% dans le cas de l'héroïne injectée). Toutefois, la comparaison avec les groupes de patients traités uniquement à la méthadone a montré un taux de rétention légèrement supérieur pour la méthadone (différence de 18.7% [IC95% : 8.8 à 28.6%] dans le cas de l'héroïne inhalée et de 12.3% [IC95% : 0.2 à 24.5%] dans le cas de l'héroïne injectée)¹¹.

L'étude de faisabilité menée en Grande-Bretagne avait, quant à elle, obtenu un taux de rétention en traitement de 57% à 12 mois¹².

■ Consommation parallèle

Le fait d'instaurer un traitement à base d'héroïne diminue de manière importante les consommations parallèles de produits illégaux, à savoir l'héroïne « de la rue » (ou non prescrite), mais aussi et surtout la cocaïne. Cela semble moins marqué pour les benzodiazépines^{9,12-14}.

Dans les essais suisses, la consommation quotidienne d'héroïne « de la rue » diminue de manière importante dès les premiers mois de traitement et la baisse est significative après 18 mois (82% à l'entrée en traitement et 6% après 18 mois, $p < 0.0001$)⁹. Parallèlement, la proportion de patients ne consommant pas du tout d'héroïne en dehors du traitement passe de 4% à 74% après 18 mois ($p < 0.001$)¹³. Dans l'essai randomisé genevois, la diminution de la consommation non prescrite d'héroïne est aussi significative avec, de surcroît, une différence significative avec le groupe témoin ne recevant que de la méthadone ($p = 0.02$).

La consommation parallèle de cocaïne^a diminue également de manière significative ($p < 0.001$) dans les essais suisses après quelques mois déjà de traitement : la consommation quotidienne de cocaïne passe de 30% à l'entrée à 6% après 18 mois, et la proportion d'abstinents passe de 15 à 41% après 18 mois¹⁰. Par ailleurs, la majorité des patients qui continuent à consommer de la cocaïne est passée d'une consommation fréquente à occasionnelle (sur 79 consommateurs quotidiens (ou presque) à l'entrée, 41 sont devenus occasionnels et 28 abstinents, $p < 0.001$). Selon Blättler¹⁰, la diminution de la consommation de cocaïne est directement liée à la diminution de facteurs tels que la criminalité, la prostitution ou la fréquentation de la scène de la drogue¹⁰.

L'essai hollandais fait état de résultats plus modérés en ce qui concerne la cocaïne¹¹. Une diminution du nombre de jours au cours du dernier mois pendant lesquels il y a eu consommation de cocaïne est cependant observée dans les deux groupes traités à l'héroïne (inhalation 11.5 vs 8.6 à 12 mois et injection 12.6 à 8.1 à 12 mois)¹¹.

Quant aux autres études, elles montrent des résultats hétérogènes. En Grande-Bretagne, Metrebian¹² relève une diminution significative des consommations parallèles, sauf pour les amphétamines, alors que l'essai genevois ne constate pas de différence pour la cocaïne, mais note une diminution significative ($p < 0.05$) de la consommation de benzodiazépines¹⁵.

■ Mortalité

Sur la base des essais suisses, Rehm¹⁶ a montré que le taux de mortalité chez les patients traités à l'héroïne était inférieur à celui observé chez les consommateurs d'opiacés en général, ainsi qu'à celui observé chez les patients en traitement à la méthadone. Les patients sous prescription d'héroïne présentent un taux brut de 1.1% alors que différents auteurs ont estimé ce taux entre 2.5 et 3% chez les consommateurs dépendants, qu'ils suivent un traitement ou non. Les principales causes de la mortalité chez les patients de la cohorte ($n = 49$ entre 1994 et 2000) ont notamment été le sida (35%), les accidents (18%) et le suicide (16%).

^a La consommation de substances parallèlement à l'héroïne prescrite est auto-rapportée par les patients eux-mêmes. Toutefois, des tests urinaires ont été effectués et ont montré une bonne validité des consommations rapportées de cocaïne.

■ Comportements à risque et maladies infectieuses

Les comportements à risque dans le domaine de la consommation de drogue sont soit liées au mode de consommation lui-même (injection) soit au contexte (fréquentation de la scène de la drogue, prostitution, criminalité).

Le partage de seringues ou de matériel usagé diminue de manière significative dans l'étude suisse. En effet, après 18 mois de traitement, 5% des patients rapportent avoir partagé des seringues alors qu'ils étaient 16% à l'avoir fait au cours des six mois précédant l'entrée en traitement ($p < 0,01$)¹³. Dans l'essai randomisé genevois, le partage de seringues a diminué dans le groupe expérimental (12 patients à l'entrée vs 1 après 6 mois) au cours des 6 mois de traitement, mais on n'observe pas de différence significative avec le groupe témoin (5 vs 3 patients)¹⁷. L'étude de faisabilité anglaise avait aussi montré une diminution significative ($p = 0,01$) des comportements à risque liés à l'injection (partage et fréquence de consommation)¹².

Le taux d'incidence des maladies infectieuses^a diminue de manière importante chez les patients de la cohorte suisse. Les résultats montrent que, d'une part la majorité des séroconversions survenues en cours de traitement ont été diagnostiquées dans les six premiers mois (30 sur 52)^b, et que, d'autre part, le taux d'incidence^c pour le VHB et le VHC diminue de moitié (10% vs 4%, RR 0.51 (0.28-0.93) $p < 0,05$) pour les périodes suivantes. Il n'y a en revanche aucune différence pour le VIH, dont le taux se situe autour de 1% par période de 6 mois¹⁸.

■ Santé physique et psychique

Les données à disposition font état d'une amélioration de la santé physique et psychique des patients traités à l'héroïne⁹, significative par rapport au groupe contrôle lorsqu'il y en a un^{11,12,15}. Ces améliorations se manifestent dès les premiers mois de traitement.

Les divers auteurs suisses font référence à une diminution significative des problèmes somatiques sévères, comme les infections de la peau (prévalence des abcès : 17% à l'entrée en traitement et 7% après 18 mois, $p < 0,01$ et prévalence des phlegmons : 31% à l'entrée en traitement et 8% après 18 mois, $p < 0,001$) ou du tractus digestif notamment. On observe aussi une augmentation du poids des patients (diminution des BMI < 20 de 35 à 23%, $p < 0,001$) après 18 mois de traitement¹⁹. Dans l'essai randomisé genevois, par contre, aucune amélioration significative n'est observée au niveau de la santé somatique après 6 mois¹⁵.

Les Pays-bas, qui utilisent un indicateur composite basé sur un score de 40 points, montrent aussi une évolution positive significative de la santé physique des patients à 12 mois de traitement¹¹.

Les améliorations sont plus notables dans le domaine de la santé mentale^{9,11,15}. Ainsi Rehm⁹ fait mention d'une diminution des problèmes mentaux sévères de 37% à l'admission à 19% après 18 mois de traitement ($p < 0,0001$). Dans l'essai randomisé genevois, il est précisé que, si la dépression sévère et l'anxiété ont diminué au cours du traitement, cette différence est significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle en ce qui concerne la « difficulté à maîtriser un comportement violent » ($p = 0,031$)¹⁵.

^a Dans la cohorte des patients en traitement à l'héroïne, les prévalences testées à l'entrée en traitement étaient supérieures puisque l'on observait 15% pour le VIH, 73% pour le VHB et 82% pour le VHC¹³.

^b Il faut envisager ici qu'une partie des séroconversions observées dans les six premiers mois de traitement peut être due à une prise de risque avant l'entrée en traitement.

^c Le calcul de ce taux est basé pour chaque période de six mois sur l'ensemble des patients séronégatifs en début de période.

Les premières informations concernant les essais allemands font également état d'une amélioration de la santé des patients^a.

■ Situation sociale

La première publication sur l'essai suisse faisait état d'améliorations significatives ($p < 0.0001$) au niveau de tous les indicateurs sociaux (logement, emploi et revenus) après 18 mois de traitement⁹. Les données issues de l'essai randomisé genevois, quant à elles, ont montré une amélioration de la situation de logement après 6 mois dans les deux groupes de patients, mais significative dans le groupe expérimental ($p < 0.05$). En revanche, la différence entre les deux groupes n'était pas significative. Sur d'autres indicateurs tels que la situation familiale ou l'emploi, peu de changements ont été observés au cours du traitement. Quant à l'indicateur relatif aux revenus illégaux, il a montré une diminution significative ($p < 0.001$) dans le groupe expérimental, ainsi qu'une différence importante entre les deux groupes ($p = 0.053$) spécialement sur la question du *deal* (différence significative entre les deux groupes $p = 0.03$)¹⁵.

La diminution de la fréquentation de la scène de la drogue représente une diminution des facteurs de risque, mais surtout une amélioration de l'intégration sociale des individus. Après 18 mois de traitement, 55% des patients n'ont plus de contact avec la scène de la drogue alors qu'ils étaient 18% dans cette situation à l'entrée en traitement¹⁸.

L'étude menée aux Pays-Bas ne fait pas état d'indicateurs sociaux particuliers puisqu'ils sont inclus dans l'indicateur composite de réussite de traitement¹¹.

L'étude de faisabilité anglaise montrait, à l'instar des essais suisses, une amélioration significative ($p = 0.01$) du fonctionnement social (*social functioning*) des patients traités à l'héroïne¹².

■ Délinquance et criminalité

Les différentes analyses menées sur les essais suisses montrent généralement une diminution importante et significative des activités illégales rapportées par les patients^{16,19,20}. Les revenus illégaux, tels que le *deal*, étaient le fait de 69% des patients à l'entrée en traitement vs 10% après 18 mois de traitement¹⁸. D'autres facteurs, par exemple la prostitution ou la fréquentation de la scène de la drogue, ont aussi diminué sur la même période¹⁰.

L'essai randomisé mené aux Pays-Bas met en évidence une différence importante entre les groupes expérimentaux et témoins. Les crimes contre la propriété sont par exemple trois fois moins fréquents chez les patients traités à l'héroïne (10,3%) que chez les personnes sous méthadone (37,5%) après 12 mois. Le nombre de dénonciations ou de cas judiciaires en cours est aussi inférieur (2,1 vs 2,8)²¹.

■ Coût

Les coûts liés à la prescription médicale d'héroïne, tenant compte des coûts de personnel, des soins, ainsi que de la recherche, sont supérieurs à ceux engendrés par un traitement à la méthadone uniquement^{b,21}. En Suisse, ce coût a été estimé à 60 Frs par jour et par patient²².

Or, le traitement à base d'héroïne a montré une amélioration de la qualité de vie des patients, ainsi que de leur santé physique et mentale. Indirectement, cela engendre une diminution des coûts liés aux conséquences de la consommation. Frei²³ a ainsi évalué les coûts associés à une série de pathologies

^a www.heroinstudie.de.

^b En Suisse, le coût de traitement de maintenance à la méthadone par rapport à d'autres options thérapeutiques reste cependant à étudier.

courantes^a chez les consommateurs d'opiacés par injection. En comparant le coût engendré par le nombre de cas prévalant à l'entrée et après 12 mois de traitement, il observe une diminution globale des coûts de 94'875 Frs à 21'998, soit une diminution du coût par patient et par jour de 17,11 Frs (en 1998).

Dijkgraaf²¹ a observé que, parallèlement, la criminalité et la délinquance associées à la consommation de drogue diminuaient aussi au cours du traitement. De fait, les coûts engendrés par la répression sont inférieurs. Au final, bien que le coût direct du traitement à l'héroïne soit plus élevé, la diminution des coûts indirects liés aux problèmes de santé et à la répression rendent le traitement à l'héroïne meilleur marché²¹.

■ Autres résultats

Au-delà des premiers résultats de faisabilité et d'efficacité, les données récoltées au cours des essais suisse et hollandais ont permis d'investiguer deux aspects plus précisément : les dosages d'héroïne et les éventuels facteurs prédictifs de réussite du traitement.

Peu de données existent quant au dosage « optimal » d'héroïne. On constate cependant des différences importantes entre les dosages prescrits dans les essais suisses (500 à 600 mg en injection par jour/patient) et par exemple les essais britanniques (200 mg au maximum par jour/patient). Gschwend²⁴ s'est intéressé à cette question et a suivi de manière descriptive les dosages utilisés au cours des traitements dispensés en Suisse. Il observe alors une diminution significative, après ajustement initial, du dosage moyen d'héroïne (474 mg pour l'héroïne injectée et 993 mg pour l'héroïne inhalée), sans qu'il y ait pour autant d'augmentation de la méthadone de manière compensatoire. Cette diminution est linéaire pour deux des régimes de traitement (1 et 3)^b. Il en conclut qu'il n'y a pas de tolérance développée au cours du temps²⁴.

Blanken²⁵, quant à lui, a croisé les résultats observés chez les patients au niveau socio-sanitaire avec différentes caractéristiques de la population traitée susceptibles d'influencer l'issue du traitement. Parmi tous les critères utilisés, seul le fait d'avoir déjà suivi une thérapie orientée vers l'abstinence est un facteur prédictif d'une meilleure réponse au traitement (60.5 vs 23.8%, $p=0.0003$). En revanche, la sévérité de la dépendance ou encore la sévérité des problèmes psychiatriques n'ont pas eu d'influence sur les effets du traitement²⁵.

■ Effets à long terme

Parmi les 366 patients entrés en traitement entre janvier 1994 et mars 1995 en Suisse, 244 ont pu être interrogées 6 ans après leur entrée en traitement¹⁴, parmi lesquelles 132 étaient toujours en traitement et 112 l'avaient terminé^c.

^a Episodes dépressifs, maladies de peau (impétigo, phlegmon, abcès), maladies du tractus gastro-intestinal (gastrites, nausées, vomissements), épisodes épileptiques et intoxications.

^b Il y avait ici trois régimes différents : 1) établissement d'une dose initiale, puis le patient choisit son dosage (basé sur ses dosages antérieurs et sa tolérance) et la forme d'application (injection vs inhalation). 2) le praticien décide du dosage, et le traitement est dispensé uniquement 2 fois par jour. Pas de limite supérieure. 3) la dose maximale quotidienne est limitée à 800mg pour l'héroïne injectable. Le dosage est fixé par le médecin.

^c Dans le groupe des personnes ayant « terminé » leur traitement avec l'héroïne se trouvent autant des personnes qui sont arrivées au terme effectif de leur traitement, que des personnes qui l'ont simplement abandonné ou encore des personnes qui se sont tournées vers d'autres types de traitement. L'entretien de suivi à 6 ans ne posait pas la question directement. Toutefois, il demandait les raisons de la sortie du traitement. Ainsi, près d'un quart (24.3%) avait quitté pour s'engager dans une thérapie orientée vers l'abstinence et un peu plus d'un cinquième (21.6%) pour entreprendre un traitement à base de méthadone.

Sur ces 112 patients, 16% (n=18) étaient abstinents pour les opiacés et la cocaïne au cours des 6 derniers mois au moins. Par ailleurs, la diminution des consommations parallèles, constatée à 18 mois, reste significative après les six ans pour l'héroïne, la cocaïne et les benzodiazépines. Ainsi, chez les personnes encore en traitement, 84% consommaient de l'héroïne «de la rue» presque quotidiennement au début du traitement, alors qu'elles étaient 3.8% après 6 ans ($p<0.001$). De même chez les patients ayant terminé le traitement, 76.1% consommaient de l'héroïne à l'entrée et 18.9% au moment du suivi ($p<0.001$). En ce qui concerne la cocaïne, on relève une diminution de 27.5% à 5.3% ($p<0.001$) chez les personnes en traitement et de 30.8 à 9.8% ($p<0.001$) chez ceux qui l'ont terminé. Pour les benzodiazépines, la différence est tout aussi significative puisqu'on observe une diminution de la consommation de 18.8% à 4.5% ($p<0.001$) chez des patients encore en traitement et de 16.3% à 3.6% ($p<0.01$) chez ceux qui l'avaient terminé. Une différence significative est aussi présente entre les deux groupes en ce qui concerne l'héroïne, en faveur du groupe encore en traitement ($p<0.001$). Pour les autres substances, la proportion de consommateurs est la même dans les deux groupes.

En ce qui concerne la situation sociale des patients, le suivi de la cohorte montre que certaines des améliorations relevées dans les premiers temps du traitement se retrouvent à long terme. Ainsi, la diminution des revenus illégaux (53% à l'entrée vs 9.8% après 6 ans, $p<0.001$ chez les personnes encore en traitement et 42.2% vs 11.6%, $p<0.001$ chez les personnes l'ayant terminé) reste significative. De même, l'amélioration en ce qui concerne les dettes est toujours observée chez les personnes encore en traitement (« être libre de dettes » : 24.4% vs 48%). En matière de logement et de l'emploi les variations enregistrées entre l'entrée en traitement et après 6 ans ne sont pas significatives.

En revanche, aux Pays-Bas, on observe une détérioration rapide de la situation générale chez 82% des patients deux mois après l'interruption du traitement. Toutefois, il faut noter que la durée du traitement n'est pas prise en compte dans ces résultats et que par ailleurs, dans l'essai hollandais, le traitement a été interrompu de manière fixe après 12 mois pour tous les patients, quel que soit le stade de traitement atteint par les patients.

3.1.3 En conclusion

Les effets de la prescription d'héroïne chez les consommateurs d'opiacés ont pu être observés pour la première fois avec la cohorte suisse. Le premier résultat que l'on retient est la diminution importante du taux de mortalité chez les patients traités, et ce d'autant plus que l'on a affaire à la population la plus gravement atteinte. Ce résultat répond directement à l'un des objectifs de la politique drogue nationale.

Le deuxième point à relever est l'importante diminution de la fréquentation de la scène de la drogue chez les patients traités à l'héroïne. Ce résultat est d'autant plus important qu'il est corrélé à la diminution de la consommation de cocaïne et de la criminalité.

Parmi les autres résultats, il faut noter la diminution du taux d'incidence des hépatites B et C, ainsi que l'amélioration de la santé physique et psychique des patients et la diminution significative des consommations parallèles (héroïne et surtout cocaïne).

Les pays qui se sont ensuite intéressés à la prescription d'héroïne ont tous développé des essais contrôlés randomisés, permettant ainsi de mesurer l'efficacité d'un tel traitement. Aux Pays-Bas, l'essai a confirmé les résultats suisses sur les indicateurs sanitaires. Il a par ailleurs montré que le traitement expérimental était plus efficace qu'un traitement à base de méthadone uniquement ($p=0.0001$)^a.

Finalement, sur la question du maintien de ces effets sur le long terme, seule la cohorte suisse fournit actuellement des données. Or, la comparaison entre les données d'entrée en traitement et six ans après montrent une persistance significative de certains bénéfices, que la personne soit encore en traitement ou l'ait terminé.

^a L'indicateur composite utilisé permettait de mesurer un taux de réussite. La différence observée était de 51.8% (IC95% 44.7 à 58.9%) pour l'héroïne et de 28.7% (IC95% 22.9 à 34.5%) pour la méthadone ($p=0.0001$).

3.2 Modalités de mise en oeuvre et exemples pratiques

3.2.1 Conditions posées par l'OFSP pour l'ouverture d'un programme de prescription d'héroïne

Dans le Classeur *Traitement avec prescription d'héroïne : directives, recommandations, informations*³, l'OFSP établit les conditions d'ouverture d'un programme de prescription d'héroïne : elles relèvent d'exigences structurelles d'une part et, d'autre part, d'exigences en matière de personnel.

Le centre de prescription est rattaché à une institution et les directives en matière de structures portent sur les bâtiments (porte sécurisée, baies vitrées obscurcies, ...), le stockage des stupéfiants, le local d'administration (protection des personnes, trousse de première urgence, ...), la salle d'attente ou salle de séjour (faciliter la vue d'ensemble), la salle d'injection (10 places au maximum, contrôle à vue par le personnel), la salle de soins médicaux (minimum 1), la salle pour les entretiens individuels ou de groupe (minimum 1) et l'informatique ou les moyens de communication.

Quant aux exigences en matière de personnel, elles portent plus spécifiquement sur l'interdisciplinarité avec une prise en charge somatique, psychiatrique et sociale. Le personnel soignant doit être composé au minimum d'un médecin responsable de la direction médicale, d'un professionnel responsable de la prise en charge psychosociale et de deux personnes responsables des soins aux patients, de la remise de stupéfiants et de médicaments prescrits. Enfin, un effectif suffisant de personnel qualifié doit être à disposition dans tous les secteurs du traitement et de la prise en charge.

Pour ce qui est du personnel soignant et de l'administration du traitement, il est également précisé que deux personnes au moins, dont l'une de formation médicale, doivent obligatoirement être présentes dans le local d'injection à chaque période de remise pour un nombre de patients traités simultanément inférieur ou égal à 5. La présence de trois soignants est nécessaire quand le nombre de patients est supérieur à 5 (maximum 10).

Un concept de prise en charge est exigé, de même que l'accord du Conseil d'Etat et les différents documents demandés par l'OFSP. Sinon, il faut que les critères de sécurité et de dotation soient remplis. Le critère de la localisation ne se réfère en fait qu'à l'existence d'un local d'injection ou de consommation (forme orale) réservé aux utilisateurs de ce traitement. Il est toutefois imaginable de séparer les heures d'accès pour la clientèle méthadone et héroïne et d'utiliser le même lieu de consommation pour les deux.

3.2.2 Financement et capacités d'accueil

En Suisse, les centres de traitement se subdivisent en trois types en fonction de leur taille et de leur capacité d'accueil³.

- Les petites institutions (jusqu'à 49 places) se trouvent à Winterthur, Zoug, Horgen (Zurich), Soleure, Olten et Schöngrün (Soleure).
- Les institutions de moyenne dimension (entre 50 et 99 places) sont celles de Genève, Lucerne, St-Gall, Thoune et Bienne.
- Les grandes institutions (100 places et plus) sont à Bâle, Berne et Zurich (2).

L'OFSP donne généralement Frs 50'000 lors de l'installation d'un centre HeGeBe pour la mise en place de celui-ci. Ensuite, le remboursement Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) couvre environ 80% des frais des centres HeGeBe. Les frais d'infrastructure et les prestations psychosociales ne sont pas couverts. Les communes et cantons assument ce financement.

3.2.3 Critères d'éligibilité des patients

Pour pouvoir être admis à suivre un traitement avec prescription d'héroïne le patient doit satisfaire à quatre exigences³ :

- Avoir 18 ans révolus
- Etre gravement dépendant de l'héroïne depuis 2 ans au moins
- Avoir fait au moins deux tentatives de traitement, sans succès ou interrompues, dans une autre thérapie ambulatoire ou résidentielle reconnue et
- Présenter des déficits de nature somatique, psychique ou sociale imputables à la consommation de drogues

3.2.4 Exemple de programme de prescription d'héroïne en Suisse

Genève : Le programme expérimental de prescription de stupéfiants – PEPS

- Taille : 50 places de traitement
- Ressources en personnel : 8.4 équivalents temps plein
- Fréquentation : file active de 36 patients
- Budget : 1'393'000 (dont 1'086'000 de frais de personnel), 640'000 sont financés par les prestations facturées

3.3 Prescription d'héroïne : faisabilité dans le canton de Vaud

3.3.1 Position des experts consultés

Le groupe d'experts^a, formés de médecins membres de l'AVMCT, prescripteurs de méthadone et travaillant avec une population englobant des consommateurs à haut risque dans le canton de Vaud, s'est réuni le 15 décembre 2005. Deux aspects ont été discutés au cours de cette rencontre :

- Avantages/inconvénients d'un programme de prescription d'héroïne dans le contexte épidémiologique vaudois actuel.
- Estimation du nombre de candidats potentiels pour un tel programme à l'échelle du canton.

Les éléments rapportés ci-après émanent des experts consultés et ont fait l'objet d'une validation orale à la fin de la rencontre.

■ Intérêts et avantages

Les avantages que pourrait offrir la prescription d'héroïne, selon les experts, sont notamment de constituer une prise en charge plus intensive et un contexte favorable pour une alliance thérapeutique entre les patients et les différents intervenants des soins de santé et de l'aide sociale.

L'introduction de la prescription d'héroïne permettrait aussi plus généralement de diversifier l'offre de traitement, ce que souhaitent les médecins.

^a Voir liste en annexe.

■ Limites et désavantages

La principale limite attribuée au programme de prescription d'héroïne est qu'il ne répond pas à deux enjeux actuels liés à la problématique de la consommation de drogues : les besoins sociaux et occupationnels que l'on observe dans la cohorte des consommateurs vieillissants et l'injection de cocaïne qui s'est diffusée ces dernières années. Concernant ce dernier point, les avis sont plus mitigés, certains experts faisant état que la prescription d'héroïne pourrait avoir un effet positif sur la consommation de cocaïne chez certaines personnes qui sont actuellement sous méthadone et qui injectent de la cocaïne.

Les experts relèvent également que ce type de traitement ne permet pas d'éviter absolument les épidémies localisées d'infections par le VIH qui ont été observées ces dernières années.

Il a aussi été mentionné, par certains participants, que ce type de traitement contribuait à maintenir le lien avec le produit et qu'il ne permettait pas en soi de traiter les comorbidités psychiatriques ou de favoriser la réintégration dans la communauté. Certains participants observent donc que le questionnement sur l'introduction de la prescription d'héroïne est peu pertinent, que d'autres questionnements (moyens pour les placements à des fins d'assistance, tutelles, mise en place d'un Samu social ou d'autres mesures de soutien et d'occupation) sont plus urgents.

Les autres désavantages perçus sont le coût de tels traitements, qui ne serait pas couvert par le financement LAMal, le fait qu'un centre de traitement en ville serait trop éloigné pour certains patients des régions périphériques et que le travail des équipes médicales et sociales pourrait devenir plus lourd en raison de la mise en place d'un espace pour l'injection de l'héroïne.

■ Conclusions et proposition du groupe d'experts

Il n'existe pas de véritable consensus parmi les participants au sujet de l'opportunité d'introduire la prescription d'héroïne dans le canton de Vaud. Certes, on s'entend sur l'existence d'une population qui pourrait bénéficier d'un tel traitement et de l'intérêt de la mesure dans le cadre d'un dispositif de prise en charge idéal et complet, mais ce constat est pondéré par le fait que d'autres besoins urgents existent. Les experts sont par ailleurs d'avis que la mesure ne garantit pas à 100% l'absence de séroconversion chez les consommateurs à haut risque.

Le centre Saint-Martin (CSM) a par ailleurs formulé une autre proposition d'introduction de cette forme de traitement. Il s'agirait de se limiter à l'utilisation de l'héroïne orale et de réaliser une étude comparative entre l'utilisation de celle-ci et celle de la méthadone orale, voire de l'héroïne injectée (avec Genève)^a. L'avantage de l'utilisation de la seule forme orale serait de pouvoir le faire, selon les experts du CSM, en recourant à des procédures et des équipes déjà existantes. Un autre bénéfice attendu serait de pouvoir aussi utiliser pour des consommateurs d'héroïne qui n'ont pas encore eu recours à l'injection. A l'inverse, l'utilisation de la forme orale aurait l'inconvénient de ne pas permettre les injections sécurisées que permet l'utilisation de la forme injectable.

3.3.2 Estimation du nombre de personnes potentiellement concernées

L'estimation a été faite dans un premier temps sur la base de statistiques et d'enquêtes à disposition, puis les résultats obtenus ont été, dans un deuxième temps, confrontés à l'estimation des experts sur la base de leurs connaissances de la population toxicomane du canton.

^a Le principal obstacle au projet est le fait que pour l'instant la diacétylmorphine orale n'est pas enregistrée par Swissmedic (communication de l'OFSP).

■ Estimation selon les données à disposition

Deux sources de données ont été exploitées pour déterminer le nombre de candidats potentiels pour un programme de prescription d'héroïne : la statistique des traitements de méthadone dans le canton de Vaud et l'enquête dans les structures à bas seuil du canton de Vaud menée en 2004. Vu les critères d'inclusion définis par l'OFSP impliquant une toxicomanie grave, il est vraisemblable que la majorité des personnes potentiellement candidates soient recensées dans l'une ou l'autre des sources statistiques utilisées et que s'il existe une population cachée celle-ci soit de moindre importance. Pour néanmoins en tenir compte, l'estimation est calculée sur la base suivante : consommateurs à haut risque vus durant l'enquête dans les SBS de 2004 et qui ne sont pas en traitement de substitution multipliés trois fois^a (10 *3), auxquels il faut ajouter les personnes en traitement de substitution et présentant une problématique complexe^b (57). Selon ce mode de calcul, on peut estimer que le nombre total de candidats potentiels serait d'environ 87 personnes^c.

Fichier de l'ensemble des personnes bénéficiant d'un traitement à la méthadone dans le canton de Vaud en 2003 (n= 1696), Source : Santé publique

- Nombre de personnes en traitement de substitution et présentant une problématique complexe^d : 57

Etude auprès des usagers des SBS du canton de Vaud, 2004

- Consommateurs à haut risque^e VD : 26, dont 10 ne sont pas en traitement de substitution
-

■ Estimation avec le groupe de professionnels experts (CSM, de l'UAS et l'AVMCT)

Les médecins experts ayant participé à la consultation s'accordent sur le fait qu'il existe une population, que l'on peut estimer à environ 5% des patients des centres spécialisés et de leur clientèle respective, qui pourrait bénéficier d'une telle forme de traitement. Ceci correspond à environ 50 à 80 personnes potentiellement candidates dans le canton. Cette population se caractérise notamment par une chronicisation des situations et une résistance au traitement par méthadone qui se traduisent par la poursuite du recours à l'injection et par d'autres comportements à risque.

Conclusion

Les deux estimations sont proches et l'on peut penser que la prescription médicale d'héroïne pourrait concerner de 50 à 90 personnes dans le canton de Vaud.

^a Les équipes des structures à bas seuil estiment qu'en une semaine d'enquête, nous avons pu contacter environ un tiers de leur file active.

^b Définie par les valeurs suivantes : injecteurs, dose de méthadone supérieure à 40 mg, consommation fréquente d'héroïne ou de cocaïne, pas intégré socialement (avis du médecin prescripteur).

^c Dont environ les 2/3 sont domiciliés dans le Grand Lausanne.

^d Définie par les valeurs suivantes : continuent à s'injecter, dose de méthadone supérieure à 40 mg, consommation fréquente d'héroïne ou de cocaïne, pas intégré socialement (avis du médecin prescripteur).

^e Définis par injection durant les 6 derniers mois, multiconsomption (héroïne et cocaïne), partage de la seringue au cours des 6 derniers mois.

4 LES STRUCTURES AVEC LOCAL DE CONSOMMATION (SLC)

Ce chapitre traite avant tout des **locaux d'injection** puisque ce sont eux qui sont susceptibles de réduire les infections par le VIH et parce qu'il s'agit du seul type de SLC qui a fait l'objet de nombreuses recherches. Toutefois, comme les **locaux d'inhalation** tendent à se multiplier et que les professionnels du bas seuil vaudois (voir plus loin) s'expriment en faveur de la mise en place d'une structure permettant, de manière séparée, les deux modes de consommation (injection et inhalation), nous avons également mené une brève revue des connaissances sur cette seconde forme de SLC. Ce point est traité à la fin du chapitre et toute la partie antérieure ne concerne donc que les locaux d'injection.

4.1 Synthèse de la littérature existante

Les SLC sont des structures à bas seuil d'accessibilité (SBS) où les usagers de drogue peuvent consommer des substances psychotropes dans des conditions d'hygiène et de sécurité meilleures que celles qu'ils pourraient trouver ailleurs, y compris à leur domicile. Les principaux objectifs de ces structures, qui sont classées parmi les mesures de réduction des risques, sont :

- Amélioration des conditions d'injection, apprentissage de bonnes pratiques d'injection ;
- Diminution des décès, notamment par overdose, des maladies infectieuses (notamment transmission VIH et hépatites et abcès) et des autres problèmes de santé chez les consommateurs de drogue par injection ;
- Diminution des injections dans l'espace public ;
- Offre d'un accueil et d'un soutien social à seuil bas et accès au réseau d'aide et de traitement.

L'activité des SLC ne se limite ainsi pas à la supervision de la consommation de drogue. Elles offrent aussi divers services (accueil, restauration, services de santé, distribution de seringues et de préservatifs, etc.) pour les consommateurs de drogue et agissent souvent en médiateurs auprès du public dans des quartiers touchés par les problèmes de drogue.

Les SLC suisses ont d'abord disposé d'un local d'injection avant d'ajouter, pour la majorité d'entre-elles, aussi un local d'inhalation pour répondre à certains changements dans les modes de consommation chez les consommateurs de drogue.

4.1.1 Les SLC en Suisse et dans d'autres pays

Il existe actuellement une dizaine de SLC en Suisse (Bâle (3), Berne (1), Bienne (1), Genève (1), Schaffhouse (1), Soleure (1), Zürich (3)) et une cinquantaine ont été identifiées dans d'autres pays (Allemagne (25 SLC), Espagne (3), Pays-Bas (22), Australie (1), Canada (1)). Chronologiquement, c'est en Suisse que sont apparues les premières SLC dans la seconde partie des années 80. L'Allemagne et les Pays-Bas ont ensuite mis en place leurs premières structures au début des années 90, alors que l'Espagne, l'Australie et le Canada l'ont fait une décennie plus tard.

La grande majorité des SLC a fait l'objet d'évaluations et/ou de travaux de recherche²⁶⁻⁴⁶. Les connaissances ainsi réunies ont été synthétisées à différentes reprises^{47,48} et, en particulier, en 2004 dans un rapport de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)⁴⁹. A la même époque, une analyse plus spécifiquement axée sur la réalité helvétique⁵⁰⁻⁵⁵ a été remise à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) par l'Institut de médecine sociale et préventive (IUMSP)⁵⁶. Le chapitre présenté ici reprend donc ces différents rapports, ainsi que quelques travaux plus récents, pour faire état des connaissances scientifiques à propos des effets négatifs et positifs qui peuvent être attribués aux SLC.

4.1.2 Les effets des structures avec locaux d'injection

La nature des problèmes liés à la drogue, leur durée et la diversité des interventions qui s'adressent aux consommateurs de drogue dépendants rendent difficile la constitution d'évidences scientifiques dans ce domaine. Cela vaut tant pour les activités de prévention que pour celles de la prise en charge (traitements résidentiels/ambulatoires et réduction des risques). Il est encore plus difficile de mettre en œuvre des études permettant d'obtenir des preuves solides lorsqu'il s'agit d'institutions dont le travail repose sur le bas seuil d'accessibilité et, donc, sur l'anonymat. Dès lors, le niveau de preuve est dans ce domaine généralement limité et l'on ne peut que recourir aux meilleures connaissances disponibles (*best available knowledge*) pour rendre compte des connaissances suggérant des effets positifs et négatifs.

■ Comportements à risque et transmission des maladies infectieuses

La littérature internationale rapporte qu'il n'a pas été possible à ce jour de démontrer que l'utilisation des SLC a eu un impact sur la transmission des maladies infectieuses (VIH et hépatites)⁵⁷. Toutefois, une réduction des comportements à risque en la matière a été observée^{47,48}. Elle concerne notamment une amélioration des conditions de l'injection (hygiène, propreté) et une réduction du partage des seringues. Différentes évaluations de SLC menées en Suisse observent le même type de résultat en matière de réduction des comportements à risque^{27,33,34,58}. Il faut aussi rappeler que les risques associés à une injection de drogue sont en général plus faibles dans une SLC que dans tout autre contexte de consommation.

En Suisse, les SLC constituent, parmi les différentes structures distribuant des seringues, celles qui remettent la plus grande quantité de matériel stérile. Cette activité a, sans doute, contribué à la forte baisse durant les années 90 des nouvelles infections par le VIH chez des consommateurs de drogue en Suisse. Une telle baisse n'a toutefois pas eu lieu s'agissant du VHB et du VHC, deux virus qui se transmettent aussi plus facilement.

■ Overdoses et mortalité

Les taux d'overdoses dans des SLC au niveau international (Madrid, Allemagne et Sydney) ont récemment été mesurés à respectivement 1.1, 6.4 et 7.0 overdoses pour mille visites d'un local d'injection⁴⁸. En Suisse, deux évaluations récentes ont montré des taux de 0.7 (Bienne, août 01 à août 02) et de 1.7^a (Genève, août 02 à décembre 02) overdoses pour mille consommations. Aucune de ces overdoses n'a été fatale et le seul cas de décès recensé à ce jour a eu lieu dans une SLC en Allemagne et était dû à un choc anaphylactique⁴⁸. Sinon, les données existantes tendent à montrer un impact positif des SLC sur le nombre d'overdoses et leur sévérité⁵⁷.

L'évaluation des SLC en Allemagne a fait apparaître une relation statistiquement significative entre l'existence d'une telle structure et la baisse du nombre de décès liés à la drogue enregistrés par les services de police des quatre villes où ces données étaient disponibles⁴⁰.

Les consommateurs de drogue en Suisse font encore souvent l'expérience d'overdoses⁵³ et un nombre important d'entre eux décède chaque année des suites de celles-ci, d'accidents ou des suites de consommations de longue durée. Toutefois, le nombre des décès a nettement diminué à la fin des années 90 et les SLC, qui n'ont rapporté aucun cas de décès en Suisse, ont probablement contribué à la réduction de la mortalité parmi les consommateurs de drogue.

■ Consommation de drogue

Une revue de la littérature concernant les SLC⁴⁸ ne rapporte qu'une publication néerlandaise abordant le sujet de la fréquence d'injection : dans ce cas, une diminution du nombre de jours avec usage de drogue chez les usagers de SLC a été observée.

^a Overdoses et surdoses.

Dans la clientèle des SLC suisses, la proportion de personnes qui s'injectent, de même que le nombre moyen d'injections qu'elles effectuent chaque semaine a diminué entre 1993 et 2000. Des études plus qualitatives (en 1996 [plusieurs villes avec SLC⁵³], 2002 [SLC Genève³⁰] et 2003 [SLC Genève⁵⁹]) rapportent aussi des informations sur ce sujet : dans de petits collectifs, la majorité des personnes interviewées indique qu'il n'y a pas de lien entre la fréquence d'injection et le fait de fréquenter une SLC. Les variations sont attribuées à d'autres causes (disponibilité du produit, ressources financières, état psychique, etc.). En revanche on trouve dans ces trois séries quelques personnes qui indiquent que la fréquentation d'une SLC leur a permis de stabiliser ou de diminuer leur consommation et quelques autres qui, au contraire, rapportent que la fréquentation de la SLC a conduit à une augmentation ou à une envie d'augmentation de leur consommation (tentation en voyant d'autres personnes s'injecter, moins de barrières à l'injection). Ces deux situations opposées sont en nombre équivalent^a.

Deux études mentionnent l'existence de personnes ayant fait leur première injection dans une SLC^{30,33}. De tels cas, qui sont très rares, existent et l'autorisation d'utiliser le local de consommation n'est généralement donnée par les intervenants que si tout indique que l'injection se fera de toute façon et dans des conditions plus dangereuses que dans le cadre de la SLC.

■ Soins de base et soutien psychosocial

A Sydney en Australie une visite à la SLC sur quatre aboutit à une prestation médicale ou sociale, et une visite sur 41 donne lieu à un relais vers un centre spécialisé dans le traitement de la dépendance, vers un autre centre de soins ou vers une structure d'aide sociale. A Münster, en Allemagne, une visite sur sept entraîne une prestation médicale ou sociale ou encore au relais vers une autre structure. A Madrid, ce nombre est de une visite sur neuf⁴⁸.

A Genève³⁰, une visite du local d'injection sur 50 aboutit à un soin sur place dans un local spécialisé et 20% de ces interventions sont suivies d'un relais médical; une visite sur huit s'accompagne d'une prestation sociale (dans l'ordre : écoute, entretien, gestion de stress et violence, relais, information, douches, accompagnement extérieur).

Diverses enquêtes ont été menées en Suisse auprès des usagers de SLC^{27,30,31,58,60} portant sur l'utilité des diverses prestations qu'elles offrent. Elles indiquent notamment que tous les clients ne font pas le même usage des SLC : certains y viennent essentiellement pour l'injection et repartent immédiatement ; d'autres, généralement des personnes plus marginalisées socialement, utilisent davantage les différentes offres des SLC et bénéficient particulièrement des prestations sociales et de santé. Un constat similaire a aussi été fait à Hambourg⁴³.

■ Entrée et maintien en traitement

Différentes études menées au niveau international ont montré que la participation à un programme d'échange de seringues a un effet positif sur l'identification des problèmes de santé et l'entrée en traitement chez les personnes dépendantes⁶⁰⁻⁶³. Les revues les plus récentes portant sur les SLC ne traitent pas de cette question, mais rapportent une contribution à l'amélioration de la santé, des comportements à risque et des liens entre services sociaux et de santé⁴⁸. Plusieurs études suisses^{30,37,38} portent sur le travail effectué par les intervenants dans les structures à bas seuil disposant d'un local d'injection et/ou d'inhalation. Celles-ci indiquent que l'interaction entre les consommateurs de drogue et le personnel des structures permet à ces derniers d'aborder des questions de santé et de suggérer des solutions, qu'il s'agisse de pratiques de réduction des risques ou de prise de contact avec le réseau thérapeutique, pouvant être adoptées par les consommateurs de drogue.

En Suisse, la proportion des usagers des SLC en traitement a presque doublé entre 1993 (32%) et 2000 (58%) et cette proportion est désormais similaire à celle trouvée chez la clientèle des autres SBS (63%

^a A Genève en 2002 : augmentation 3, diminution 2, sans influence 11 – en 2003 : augmentation 4, diminution 4, sans influence 7.

en 2000). Deux récoltes de données plus récentes confirment l'importante proportion d'usagers des SLC qui sont en traitement. A Bienne³⁹, une brève enquête auprès de la clientèle d'une structure à bas seuil d'accessibilité a fait apparaître que 80% (39/49) des usagers du local d'injection et 67% des usagers du local d'inhalation (14/21) étaient en traitement de substitution. A Genève³⁰, le même type d'enquête a montré que 72% des usagers (59/82) d'une structure avec local d'injection (Quai 9) suivaient un traitement.

Ces données semblent indiquer que la fréquentation d'une SLC ne constitue pas un obstacle à l'entrée et au maintien en traitement. En revanche, il est possible que cette fréquentation soit un indicateur de la qualité insuffisante de certains traitements et/ou de la résistance à ceux-ci par une partie de la population des usagers de drogue. D'ailleurs, les personnes qui fréquentent les SLC ont généralement déjà eu recours à différents traitements (abstinence, substitution) et connu de multiples échecs à ce niveau.

■ Ordre public

La littérature internationale^{42,43,45,48} indique que la mise sur pied d'une SLC tend à contribuer à la réduction de la consommation de drogue et de la dispersion des seringues usagées dans les lieux publics. L'acceptation de ces structures par la communauté environnante paraît être prioritairement liée à l'absence de scènes de la drogue (trafic et consommation) dans le quartier concerné. Si les résidents observent ou perçoivent une croissance de celle-ci, une relation conflictuelle se met en place le plus souvent.

Les données obtenues en Suisse montrent un résultat similaire, c'est-à-dire que les SLC ont contribué à la réduction des scènes publiques de la drogue^{27,38,58}. Toutefois, il a aussi été observé que cette réduction était souvent jugée insuffisante de la part de la communauté environnante. Ce constat renvoie souvent à des attentes très importantes vis-à-vis des SLC et qui sont parfois peu réalistes en regard de certaines caractéristiques (heures d'ouverture, nombre de places) de ces structures²⁷.

Au plan national, l'enquête auprès de la clientèle des SBS fait apparaître une diminution du taux de personnes ayant eu recours à un lieu public comme lieu d'injection principal durant les six derniers mois (19% en 1994 ; 6% en 2000). Il n'existe toutefois pas de différence entre la clientèle des villes disposant de SBS avec et sans local d'injection. Une telle différence apparaît cependant au niveau du domicile comme lieu principal d'injection puisque la clientèle des villes avec une ou plusieurs SLC affiche en 2000 des taux nettement plus bas (32% à 58%) que celle des villes avec SBS mais sans local d'injection (71% à 95%). Dès lors, il semble que l'existence d'une SLC n'a pas forcément d'impact spécifique sur la consommation dans des lieux publics mais qu'elle en a un, en revanche, s'agissant des lieux d'habitation (incluant les locaux d'injection « sauvages »).

■ Les locaux d'inhalation

Des locaux d'inhalation ont été ouverts dans plusieurs villes suisses (Berne, Bâle, Zurich, etc.) et existent aussi à l'étranger. Leur apparition est liée à des observations indiquant que la prévalence de la consommation par inhalation augmente. Les buts complémentaires de ces SLC sont, à l'exemple de Zurich³⁷ :

- Une meilleure orientation vers les besoins de certaines personnes (consommateurs de drogue n'ayant eu recours qu'à l'inhalation et ex-injecteurs).
- Un soutien des consommateurs dans leur adoption de modes de consommations à faible risque ou à moindre risque de transmission de maladies infectieuses (*risikoarm* ou *risikoärmer Konsum*)^a.

^a Il s'agirait ici autant de prévenir le passage à l'injection que de promouvoir le remplacement de l'injection par l'inhalation.

- L'offre d'un lieu où ce type de consommation est accepté et la réduction de certaines nuisances (fumée, création d'une « scène ») dans l'espace public.

On dispose encore de peu de données concernant ce type de structures. Quelques évaluations ont eu lieu en Suisse^{35,37-39}, mais elles sont surtout centrées sur les processus de mise en oeuvre de ces structures.

Ce que l'on a pu observer, notamment à Bienne, c'est qu'il semble y avoir deux sous-populations chez les clients des locaux d'inhalation : des personnes qui ont un long parcours de dépendance et des antécédents d'injection et des personnes qui ne se sont jamais injectées mais qui néanmoins, pour la plupart, consomment depuis de longues années (10% seulement ont moins de 25 ans). L'évaluation des structures de Zurich (2001-2002) apporte des indications qui vont dans le même sens : les intervenants estiment que 40% des utilisateurs du local d'inhalation fréquentaient déjà le local d'injection et qu'une partie des nouveaux arrivants sont des personnes connues des clients du local d'injection et/ou fréquentaient les abords de la structure³⁶. Très rapidement, les deux structures évaluées ont atteint un taux d'occupation de 90%. L'évaluation d'un projet pilote à Olten (2001) a également montré que les utilisateurs du fumoir étaient pour moitié aussi des injecteurs et qu'un quart seulement^a était constitué de personnes jusqu'alors inconnues de la structure³⁵.

Les rares données disponibles indiquent donc que la population cible de ces structures existe bel et bien et qu'elle semble pouvoir être rejointe au moins en partie. Au-delà de ce constat, il convient d'être très prudent puisque la prise de contact avec les inhalateurs semble difficile, que la toxicité des produits consommés est parfois mal connue et que des passages durables de l'injection à l'inhalation dans les SLC ont été encore peu documentés. A l'inverse, il faut cependant aussi noter que les effets délétères, et notamment un passage de l'inhalation à l'injection et des obstacles à l'entrée en traitement, n'ont pas non plus été confirmés. En somme, la mise en oeuvre de SLC avec local d'inhalation doit encore faire l'objet de recherches et d'évaluations pour qu'il puisse être correctement statué sur leurs effets.

4.1.3 Conclusions

Le niveau de preuve concernant les effets des locaux de consommation est limité du fait des difficultés à mener des recherches expérimentales dans ce contexte. Toutefois, un corpus de données croissant – tant au niveau du nombre que de la diversité des études réalisées – permet désormais d'établir un certain nombre de constats s'agissant de ces effets.

La mise en place d'un local d'**injection** permet ainsi de réduire certains risques et ce tant au niveau des injections individuelles, faites dans la structure, que des pratiques générales en matière d'injection des individus qui la fréquentent. Une réduction des overdoses fatales, et donc de la mortalité, est sans doute aussi à mettre au crédit des locaux d'injection, tout comme une contribution à la réduction de certains problèmes d'ordre public. Finalement, les soins de base et l'aide sociale qui peuvent être obtenus dans ces structures, et qui sont surtout utilisés par la population la plus précarisée et en mauvaise santé, constituent une autre qualité.

Ces effets positifs pourraient être réduits si les locaux d'injection favorisaient la consommation de drogue et constituaient un obstacle à la mise en oeuvre de traitements. En l'état actuel des connaissances, il est peu vraisemblable que les structures avec local d'injection aient ces effets délétères puisque les indicateurs pertinents (âge moyen, proportion en traitement, comportements de consommation et observations personnelles des usagers) tendent à infirmer cette hypothèse. Cela ne signifie pas que l'existence d'un local d'injection a des effets favorables pour tous mais que le bilan global, qui tient compte d'effets délétères chez certains individus, est positif. Cela est particulièrement le cas, comme le note l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, lorsque la structure est

^a Sur les 5 mois d'observation.

intégrée dans un réseau de services coordonnés (traitements, aide psychosociale, hébergement) et qu'elle répond à certains critères de fonctionnement (taille, heures d'ouverture, location)⁴⁹.

La situation concernant les SLC avec local d'inhalation est nettement moins claire. Certes, il a pu être montré qu'il existait des clientèles (anciens injecteurs, nouveaux consommateurs n'ayant pas encore eu recours à l'injection) pour ce type d'offre, mais il n'a pas encore pu être démontré que les effets positifs attribués aux locaux d'injection s'appliquaient et que des problèmes spécifiques (par ex. manque de contacts avec les usagers) pouvaient trouver une solution satisfaisante. Pour toutes ces raisons, la mise en place d'une SLC avec local d'inhalation ne devrait pas, en l'état actuel des connaissances, faire l'économie d'une évaluation rigoureuse permettant d'améliorer le niveau de preuve à ce sujet.

Finalement, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mis en place un ensemble de normes de qualité (référentiel modulaire QuaThéDA) pour les SBS et qui incluent aussi des critères spécifiques pour les locaux de consommation. L'application de ces critères et la « certification qualité » qui lui fait suite devraient être une condition pour la mise en place d'un local d'injection.

4.2 Exemple de locaux d'injection en Suisse

Bienne : Fondation Réseau Contact, structure du Cactus, ouverture en 2001

Taille : 6 places en local d'injection

Ressources en personnel : 6 équivalents temps plein

Fréquentation : 22'500 injections environ en 2005 pour plusieurs centaines de personnes différentes vues chaque année (plus de 800 inscrits depuis l'ouverture en 2001)

Projection au départ : 250 à 300 personnes potentiellement clientes

Budget : 670'000 Fr. (dont env. 600'000 de frais de personnel), sans les coûts de fonctionnement de l'espace d'accueil géré par l'association Yucca. (500'000 Fr. dont environ 50% en autofinancement)

Jour/heure d'ouverture : lundi à samedi 12h30 à 19h30

Genève : Association Première Ligne, structure de Quai 9, ouverture en 2001

Taille : 6 places en local d'injection

Ressources en personnel : 9 équivalents pleins-temps collaborateurs socio-sanitaires (12 personnes), 1 coordinatrice à 80 %, 1 secrétaire à 50 %, intendance-nettoyage à ~50 %

Fréquentation : Près de 20'000 injections en 2005 pour plusieurs centaines de personnes différentes vues chaque année (plus de 1500 questionnaires remplis en 4 ans et environ 1000 personnes différentes vues chaque année)

Projection : l'estimation était de 50 injections par jour, mais le nombre de clients total n'était pas précisé ; on savait que 1500 personnes étaient en traitement de substitution à ce moment-là et que 2500 personnes différentes avaient été vues au BIPS^a au cours des 10 années précédentes

Budget : 1'500'000 Fr.

Jour/heure d'ouverture : lundi - mercredi- vendredi - samedi - dimanche 12h- 19h, mardi - jeudi 14h- 21h

^a Bus Itinérant Prévention Sida (BIPS).

4.3 Local de consommation : faisabilité dans le canton de Vaud

4.3.1 Position des experts consultés

Le groupe d'experts, formé de professionnels travaillant dans les SBS du canton de Vaud^a, s'est réuni le 18 janvier 2006. Deux thèmes ont été discutés au cours de cette rencontre :

- Avantages/limites présente un local d'injection dans le contexte actuel de la toxicomanie.
- Nombre de consommateurs potentiellement usagers d'un local d'injection.

Les éléments rapportés ci-après émanent des experts consultés et ont fait l'objet d'une validation orale à la fin de la rencontre.

■ Observation générale

Les participants sont d'avis qu'un local de consommation, c'est-à-dire comprenant à la fois un espace d'injection et un espace d'inhalation, serait beaucoup plus utile qu'un seul local d'injection. La raison invoquée est qu'une partie des consommateurs actuels, notamment de cocaïne, ne s'injectent pas. Les participants rappellent aussi que l'intervention dans les appartements lausannois utilisés comme lieux d'injection « sauvages » – qui a été jugée inadaptée – n'est pas une alternative à un lieu d'injection.

■ Intérêt et avantages

Les bénéfices attendus vis-à-vis d'une telle structure sont nombreux et font l'unanimité des participants : amélioration des conditions d'hygiène et des conditions de stress lors des injections au local, amélioration des pratiques d'injection en général chez les usagers de la structure (apprentissage et acquisition des bons gestes), amélioration de l'accès à du matériel stérile et du retour du matériel, possibilité de transmettre des messages de prévention et de promotion de la santé, amélioration de problèmes d'ordre public (moins de seringues et d'injections dans l'espace public), moins d'overdoses fatales et de séroconversions, plus d'accès au réseau sanitaire et social.

■ Limites et désavantages

Les participants notent très peu de désavantages et limites liés à ce type de structure. On peut toutefois relever les points suivants : le quartier dans lequel serait installé la structure pourrait être soumis à des nuisances (trafic par exemple), l'existence du local ne résoudrait pas certains problèmes, notamment le manque de logement, qui sont actuellement importants. Il ne résoudrait pas non plus le problème des personnes dans la rue la journée et, finalement, les usagers des régions périphériques n'iraient sans doute pas à Lausanne pour s'injecter.

Les autres commentaires concernent la question de la mise en pratique du local : quel accord serait fait avec la police notamment par rapport aux usagers se rendant au local en vue de consommer, comment éviter le *deal* aux alentours, quels seraient les critères d'entrée, quelles seraient les règles et les principes éthiques qui s'appliqueraient, etc. Finalement, la question du financement, et notamment le fait que les ressources mobilisées ne devraient pas conduire à la fermeture ou à des restrictions d'activités d'autres structures, est évoquée. Si l'ouverture du local devait se faire en lieu et place du Passage, il y aurait une perte de prestations de type « accueil ».

^a Voir liste en annexe.

4.3.2 Conclusions et propositions

Le consensus concernant l'utilité et les effets de la mise en place d'un local de consommation est élevé parmi les participants. La Fondation ABS (Accueil à bas seuil) à Lausanne est intéressée à réaliser le projet (en remplacement du Passage avec reprise de certaines des activités du Passage tels que la petite restauration, les petits jobs et certains aspects de l'accueil par d'autres structures). Elle n'a toutefois pas encore de projet défini.

La question du financement soulève des inquiétudes : le local d'injection souhaité est perçu comme un complément nécessaire qui pourrait éventuellement conduire à la suppression de certaines activités à double en ville de Lausanne mais ne devrait pas entraîner de coupes ailleurs.

Le modèle souhaité n'est pas encore clairement défini : l'aspect hygiénique de Genève plaît et serait à retenir pour la salle d'injection. Le modèle biennois a l'approbation des experts parce qu'il fait partie d'un dispositif complet^a comprenant un accueil socio-éducatif (drop-in), un local de consommation, des travailleurs de rue et un bistrot.

Le personnel devrait comprendre différentes disciplines (médicales et sociales) et une présence médicale suffisante devrait être assurée. Par ailleurs, tous les éléments matériels et de management (heures d'ouverture, nombres de place, lieu), comme les éléments de politique institutionnelle (règles de fonctionnement, éthique, rapports avec la police, etc.) sont encore à discuter et les compétences nécessaires devraient encore être identifiées.

Finalement, les participants souhaitent que le local s'inscrive dans un dispositif de prise en charge des problèmes de drogues – avec coordination entre canton et ville de Lausanne – qui comprenne les structures actuelles, mais aussi un développement des mesures de réinsertion et d'occupation. Une claire répartition des tâches et des prestations entre les différentes structures s'occupant de consommateurs de drogues est aussi souhaitée, le mélange de populations à des stades différents de la toxicomanie n'est pas souhaitable.

4.3.3 Estimation du nombre de personnes potentiellement concernées

L'estimation a été faite dans un premier temps sur la base de statistiques et d'enquêtes existantes, puis les résultats obtenus ont été, dans un deuxième temps, confrontés à l'estimation des experts sur la base de leurs connaissances de la population toxicomane du canton.

■ Estimation selon les données à disposition

Deux sources statistiques ont été exploitées pour déterminer le nombre de personnes qui pourraient fréquenter un local d'injection : la statistique des traitements de substitution à la méthadone du canton de Vaud et l'enquête menée pendant une semaine dans les structures à bas seuil du canton de Vaud en 2004.

Les équipes des SBS touchées par l'enquête en 2004 estiment que la population vue au cours de la semaine d'enquête représente environ un tiers de leur file active. Sur cette base et en considérant qu'environ 40% des personnes consommant par injection vues dans les SBS ne suivent pas un traitement de substitution, l'estimation du nombre de personnes intéressées a été la suivante : nombre de personnes en traitement à la méthadone consommant par injection (299) auquel on ajoute trois fois le nombre d'injecteurs dans les SBS qui ne sont pas en traitement (3*23). La fourchette ainsi obtenue varie entre 300 et 370 personnes pour le canton de Vaud.

^a Même si les différents éléments ne se trouvent pas localisés au même endroit.

Fichier de l'ensemble des personnes bénéficiant d'un traitement à la méthadone dans le canton de Vaud en 2003 (source : Santé publique) :

- Nombre de personnes^a en traitement de substitution qui s'injectent selon le fichier méthadone (VD 2003) : 299

Etude auprès des usagers des SBS du canton de Vaud, 2004 :

- Nombre d'usagers des SBS ayant consommé par injection durant les 6 derniers mois et qui ne suivent pas un traitement du substitution : 23

■ Estimation avec les équipes du dispositif bas seuil (professionnels travaillant dans les SBS du canton)

Les estimations du nombre de personnes qui pourraient potentiellement bénéficier d'un local d'injection sont de 270 à 400 individus (Lausanne : 200-300 pour local de consommation et pas uniquement d'injection; Est 30-40 ; Ouest 20-30 ; Nord 20-30), sans compter ceux qui ne recourent pas aux SBS actuelles et qui pourraient avoir recours à un tel type d'offre. Selon la majorité des participants, le chiffre avancé recoupe celui des consommateurs qui prennent de gros risques et concerne essentiellement des injecteurs.

Conclusion

Les deux estimations diffèrent légèrement (fourchette plus large chez les experts) et oscillent entre 270 et 400 personnes potentiellement concernées par un local d'injection. Il s'agit toutefois d'une estimation concernant l'ensemble du canton et il est plus difficile de se prononcer sur la fréquentation d'un local si ce dernier est situé à Lausanne. En effet, les experts rapportent que les usagers habitant en dehors de la région de Lausanne semblent dire que « oui un local c'est bien, mais qu'ils n'y iraient pas » évoquant différentes raisons pour expliquer ce fait : contrôle de la police, tension à Lausanne, fréquentation des locaux de consommation d'autres cantons.

Taille d'un local

Par ailleurs sur la base des résultats de Quai 9 à Genève (2003 et 2005) faisant état du nombre de personnes vues et du nombre de passages quotidiens relevés, on peut estimer que la fréquentation d'un local d'injection à Lausanne varierait entre 16 et 44 passages journaliers en salle d'injection sur la base d'une estimation variant entre 300 et 400 personnes.

	Genève	Genève	Vaud estimation	
	2003	2005	basse	élevée
nb de passages en salle d'injection	40000	20000	6000	16000
nb de personnes différentes vues en 1 année	1000	1000	300	400
nb d'injections par personne par an	40	20	20	40
nb injections par jour	110	55	16	44

Au vu de ces résultats, un local d'injection dans le canton pourrait être de taille comparable aux modèles genevois ou biennois.

^a Injection d'héroïne, de cocaïne ou de benzodiazépines.

5 BIBLIOGRAPHIE

- 1 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).
- 2 Traitement avec prescription d'héroïne: argumentaire concernant la votation populaire sur l'Arrêté fédéral urgent sur la prescription médicale d'héroïne (traitement avec prescription médicale d'héroïne) du 13 juin 1999. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1999.
- 3 Traitement avec prescription d'héroïne: directives, recommandations, informations. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001.
- 4 Zobel F, So-Barazetti B. La gestion de l'innovation dans le cadre du ProMeDro. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.
- 5 Ali R, Auriacombe M, Casa M, Cottler L, Farrell M, Kleiber D, et al. Report of the external panel on the evaluation of the Swiss scientific studies of medically prescribed narcotics to drug addicts. *Sucht* 1999;45(3):160-70.
- 6 World Health Organization/Regional Office for Europe, editor. Models of medication supported treatment for opioid addicts. 2002. Available at URL: http://www.heroinstudie.de/WHO_report.pdf.
- 7 Rehm J, Fischer B, Uchtenhagen A. An overview of systematic studies on heroin-assisted treatment (2002). Institut für Gesundheit und Suchtforschung (IGSF); Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT); 2002. (Internal document).
- 8 Traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe) en 2004. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2005.
- 9 Rehm J, Gschwend P, Steffen T, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, Uchtenhagen A. Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *Lancet* 2001;358(9291):1417-20.
- 10 Blättler R, Dobler-Mikola A, Steffen T, Uchtenhagen A. Decreasing intravenous cocaine use in opiate users treated with prescribed heroin. *Soz Praeventivmed* 2002;47:24-32.
- 11 van den Brink W, Hendriks VM, Blanken P, Koeter MW, van Zwieten BJ, van Ree JM. Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts : two randomised controlled trials. *Br Med J* 2003;327:310-5.
- 12 Metrebian N, Shanahan W, Wells B, Stimson G. Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate-dependent drug users : associated health gains and harm reduction. *Med J Aust* 1998;168:596-600.
- 13 Steffen T, Christen S, Blättler R, Gutzwiller F. Infectious diseases and public health: risk-taking behavior during participation in the Swiss program for a medical prescription of narcotics (PROVE). *Subst Use Misuse* 2001;36(1&2):71-89.
- 14 Güttinger F, Gschwend P, Schulte B, Rehm J, Uchtenhagen A. Evaluating long-term effects of heroin-assisted treatment: the results of a 6-year follow-up. *Europ Addict Res* 2003;9:73-9.
- 15 Perneger T, Giner F, del Rio M, Mino A. Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *Br Med J* 1998;317:13-8.
- 16 Rehm J, Frick U, Hartwig C, Gutzwiller F, Gschwend P, Uchtenhagen A. Mortality in heroin-assisted treatment in Switzerland 1994-2000. *Drug Alcohol Depend* 2005;79:137-43.

- 17 del Rio M, Mino A, Perneger TV. Predictors of patient retention in a newly established methadone maintenance treatment programme. *Addiction* 1997;92(10):1353-60. Available at: URL: PM:9489052.
- 18 Steffen T, Blatter R, Gutzwiller F, Zwahlen M. HIV and hepatitis virus infections among injecting drug users in a medically controlled heroin prescription programme. *Eur J Public Health* 2001;11(4):425-30.
- 19 Steffen T, Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, Blättler R. Die heroingestützte Behandlung von Opiatabhängigen. *Der Internist* 1999;40:651-6.
- 20 Killias M, Aebi MF, Ribeaud D, Rabasa J. Rapport final sur les effets de la prescription d'héroïne sur la délinquance des toxicomanes. Lausanne: Université de Lausanne, Institut de police scientifique et de criminologie; 2002.
- 21 Dijkgraaf MG, van der Zanden BP, de Borgie AJ, Blanken P, van Ree JM, van den Brink W. Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *Br Med J* 2005;330:1297-302.
- 22 Brehmer C, Iten PX. Medical prescription of heroin to chronic heroin addicts in Switzerland: a review. *Forensic Sci Int* 2001;121:23-6.
- 23 Frei A, Steffen T, Gasser M, Kümmerle U, Stierli M, Dobler-Mikola A, et al. Gesundheitsökonomische Bewertung der Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). *Soz Praeventivmed* 1998;43:185-94.
- 24 Gschwend P, Rehm J, Blättler R, Steffen T, Seidenberg A, Christen S, et al. Dosage regimes in the prescription of heroin and other narcotics to chronic opioid addicts in Switzerland: Swiss national cohort study. *Europ Addict Res* 2004;10:41-8.
- 25 Blanken P, Hendriks VM, Koeter MW, van Ree JM, van den Brink W. Matching of treatment-resistant heroin-dependent patients to medical prescription of heroin or oral methadone treatment: results from two randomised controlled trials. *Addiction* 2004;100:89-95.
- 26 Lander B. Evaluation des St. Galler Treffpunktes mit Injektionsraum "Am unteren Graben 55": Betriebszeit April 1990 bis März 1991. St. Gallen: Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen, Abteilung Gesundheitsvorsorge; 1991.
- 27 Ronco C, Spuhler G, Kaiser R. Evaluation des "Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige" in Luzern [Evaluation of a stay and care center for drug addicts in Lucerne]. *Soz Praeventivmed* 1996;41 Suppl 1:S45-S57. Available at: URL: PM:8693816.
- 28 Ronco C, Spuhler G, Coda P, Schöpfer R. Evaluation der Gassenzimmer I, II, und III in Basel. Basel: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel; 1994.
- 29 Nydegger B, Schumacher C, Meier Kressig M. Gesamtevaluation der niedrighschwelligigen Drogenhilfe in der Stadt Zürich. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 1996.
- 30 Benninghoff F, Solai S, Huissoud T, Dubois-Arber F. Evaluation de Quai 9 'Espace d'accueil et d'injection' à Genève: période 12/2001 - 12/2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, 103).
- 31 Geense R. To have or to have not, that's the question: a qualitative study on four low threshold needle exchange services for drug users in Switzerland. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.11).
- 32 Jann M, Herrmann R, Ramming P. Das Berner Anlaufstellenmodell: Evaluation des Betriebs der Anlaufstellen mit Drogenkonsumraum Münstergasse, Kleine Schanze und Nägeligasse 1989-1991. Bern: Stiftung Contact; 1992.
- 33 Reyes Fuentes VC. Fünfzehn Jahre Fixerraum Bern: Auswirkungen auf soziale und medizinische Aspekte bei Drogenabhängigen [These]. Bern: Medizinische Fakultät der Universität Bern; 2003.

- 34 Minder Nejedly M, Bürki CM. Monitoring HIV risk behaviours in a street agency with injection room in Switzerland [Thesis]. Bern: Universität Bern; 1999.
- 35 Willen C. Evaluation Inhalationsraum: Pilotprojekt des Anlaufstelle Rötzmatt, Suchthilfe Region Olten (SHO). Bern: Sfinx; 2002.
- 36 Spreyermann C, Willen C. Analyse der Tätigkeiten und Angebotsbereiche in Anlaufstellen. Bern: Sfinx; 2003.
- 37 Spreyermann C, Willen C. Öffnung der Kontakt- und Anlaufstellen für risikoärmere Konsumformen: Evaluation der Inhalationsräume der Kontakt- und Anlaufstellen Selnau und Seilergraben der Ambulanten Drogenhilfe Zürich. Bern: Sfinx; 2003.
- 38 Pilotprojekt Cactus: Evaluation der Kontakt- und Anlaufstelle des Contact Netz Drop-in Biel. Bern: Sfinx; 2002.
- 39 Benninghoff F, Dubois-Arber F. Résultats de l'étude de la clientèle du Cactus Biel/Bienne 2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002.
- 40 Poschadel S, Höger R, Schnitzler J, Schreckenberger D. Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland: Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos; 2003. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Band 149).
- 41 Wolf J, Linssen L, De Graaf I. Drug consumption facilities in the Netherlands. *J Drug Issues* 2003;33(3):649-62.
- 42 MSIC Evaluation Committee. Final report of the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. Sydney: 2003.
- 43 Zurhold H, Degkwitz P, Verthein U, Haase C. Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *J Drug Issues* 2003;33(3):663-88.
- 44 Kerr T, Tyndall M, Li K, Montaner J, Wood E. Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Lancet* 2005;366(July 23):316-8.
- 45 Wood E, Kerr T, Small W, Li K, Marsh DC, Montaner JS, et al. Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Can Med Assoc J* 2004;171(7):731-4.
- 46 Wood E, Kerr T, Montaner JS, Strathdee SA, Wodak A, Hankins CA, et al. Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer-injecting facility. *Lancet Infect Dis* 2004;4(May 2004):301-6.
- 47 Dolan K, Kimber J, Fry C, Fitzgerald J, McDonald D, Trautmann F. Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug Alcohol Rev* 2000;19:337-46.
- 48 Kimber J, Dolan K, van Beek I, Hedrich D, Zurhold H. Drug consumption facilities: an update since 2000. *Drug Alcohol Rev* 2003;22:227-33.
- 49 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European report on drug consumption rooms. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2004.
- 50 Benninghoff F, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. Monitoring des activités des structures à bas-seuil d'accès pour consommateurs de drogues en Suisse: remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques exemples cantonaux. *Soz Praeventivmed* 1996;41:5-14. Available at: URL: PM:8693817.

- 51 Benninghoff F. Monitoring des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection en Suisse 1993-1999. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- 52 Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1998;46:205-17.
- 53 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.
- 54 Dubois-Arber F, Jeannin A, Benninghoff F, Moreau-Gruet F, Spencer B. VIH/sida : recrudescence des comportements à risques ? Le principe de précaution devrait l'emporter. *Bulletin OFSP* 2003;8:128-32.
- 55 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/>.
- 56 Zobel F, Dubois-Arber F. Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse: expertise réalisée à la demande de l'Office fédéral de la santé publique. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2004.
- 57 Hagan H. Supervised injection rooms: prospects and limitations. *Int J Drug Policy* 2002;13:449-51.
- 58 Ronco C, Spuhler G, Coda P, Schöpfer R. Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel. *Soz Praeventivmed* 1996;41(S1):S58-S68.
- 59 Solai S, Benninghoff F, Meystre-Agostoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F. Evaluation de l'espace d'accueil et d'injection 'Quai 9' à Genève: deuxième phase, 2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2004. (*Raisons de santé*, 102).
- 60 Mac Master SA, Vail KA. Demystifying the injection drug user: willingness to participate in traditional drug treatment services among participants in a needle exchange program. *J Psychoactive Drugs* 2002;34(3):289-94.
- 61 Riley ED, Safaian M, Strathdee SA, Beilenson P, Vlahov D. Drug treatment referrals and entry among participants of a needle exchange program. *Subst Use Misuse* 2002;37(14):1869-86.
- 62 Henderson LA, Vlahov D, Celentano DD, Strathdee SA. Readiness for cessation of drug use among recent attenders and nonattenders of a needle exchange program. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;32(2):229-37.
- 63 Hagan H, McGough JP, Thiede H, Hopkins S, Duchin J, Alexander ER. Reduced injection frequency and increased entry and retention in drug treatment associated with needle exchange participation in Seattle drug injectors. *J Subst Abuse Treat* 2000;19(3):247-52.

6 ANNEXE

6.1 Liste des personnes ayant participé aux focus group

Focus group sur l'opportunité d'introduire la prescription d'héroïne dans le canton de Vaud :

Participants : Jacques Besson (CSM), Patrick Forel, Isabelle Gothuey (UAS), Martine Monnat (CSM), Jean-Pierre Voegeli.

Focus group sur l'opportunité d'introduire un local d'injection dans le canton de Vaud

Participants : Pierre-Yves Bassin (Zone Bleue), Francesca Derighetti (UnISET), Cédric Fazan (ACT), Martine Monnat (CSM), François Perrinjaquet (Entrée de secours), Nicolas Pythoud (Le Passage), Lionel Vandel (Le Relais).

6.2 Prescription médicale d'héroïne : type d'essais réalisés, en cours ou projetés dans différents pays

Suisse

Type d'étude : étude de cohorte, avec une sous-étude sous forme d'essai randomisé.

Objectifs : mesurer les effets d'un traitement à base d'héroïne sur la santé des individus traités, sur l'intégration sociale, sur la délinquance associée, sur la prise de risque. Estimer le coût-efficacité.

Mesures : cf. infra

Durée : 18 mois, une mesure à 6 ans

Nombre de patients **inclus** ou prévus : 1035 (jusqu'à fin 1996)

Etat d'avancement des travaux : étude scientifique terminée, traitement institutionnalisé, plusieurs publications

Pays-Bas

Type d'étude : essai contrôlé randomisé

Objectifs : comparaison d'une co-administration de méthadone orale/héroïne (pour une part injecté et pour l'autre part inhalée) et de méthadone orale seule

Mesures : indicateur composite de résultat. Le traitement était considéré comme réussi si le patient présentait une amélioration de 40% par rapport à l'entrée en traitement dans au moins un des domaines d'inclusion que sont la santé physique, la santé mentale et le fonctionnement social, et pas de détérioration supérieure à 40% dans les autres domaines

Durée : 12 mois

Nombre de patients **inclus** ou prévus : 549

Etat d'avancement des travaux : étude scientifique terminée, plusieurs publications

Angleterre

L'Angleterre représente un cas particulier puisque la prescription d'héroïne par les médecins existe depuis les années 1920, et non exclusivement pour traiter les patients dépendants aux opiacés. La liste des médecins autorisés a été restreinte en 1968. Ils sont aujourd'hui une centaine et le nombre estimé de patients est de 250-400. Aucune recherche systématique n'a été menée jusque là, à l'exception de petites études descriptives. Actuellement, l'Angleterre a mis en place une étude scientifique.

Concrètement, les essais ont commencé en 2005 dans deux cliniques londoniennes.

Allemagne

Type d'étude : essai contrôlé randomisé

Objectifs : comparaison de l'administration **d'héroïne selon 4 régimes différents** et de méthadone, additionnés d'un **traitement psychosocial**

Mesures : indicateurs de santé physique, psychique, de consommation parallèle de cocaïne et d'héroïne.

Par ailleurs, consommation d'autres substances, indicateurs de délinquance, de taux de rétention.

Durée : 24 mois pour une première phase

Nombre de patients inclus ou **prévus** : 1120

Etat d'avancement des travaux : 2^{ème} phase en voie d'achèvement, résultats printemps 2006

Espagne

Type d'étude : deux essais contrôlés randomisés, l'un en Andalousie (1) et l'autre en Catalogne (2)

Objectifs : (1) comparaison de l'administration d'héroïne injectable vs de méthadone (2) comparaison entre l'administration d'héroïne orale et de méthadone

Durée : 24 semaines

Nombre de patients inclus ou **prévus** : 180

Etat d'avancement des travaux : (1) essai terminé mais résultats pas publiés (2) essai en cours

Canada

Type d'étude : essai contrôlé randomisé

Objectifs : comparaison de l'administration d'héroïne injectable et de méthadone, plus essai en double aveugle sur la substitution d'un produit par un autre

Mesures : à 12 mois : rétention, consommations parallèles et comportement criminel. Puis, fonctionnement social, santé physique et mentale, qualité de vie, coût efficacité

Durée : 24 mois

Nombre de patients inclus ou **prévus** : 470

Etat d'avancement des travaux : le recrutement a commencé en février 2005