

Hospices / CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaire

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

TOXICOMANIE DANS LE CANTON DE VAUD : CINQUIÈME PÉRIODE D'ÉVALUATION 2004-2006

Cahier 1

*Thérèse Huissoud, André Jeannin, Jean-Pierre Gervasoni,
Sanda Samitca, Sophie Arnaud, Hugues Balthasar,
Frank Zobel, Cédric Gummy, 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

Citation suggérée Huissoud T, Jeannin A, Gervasoni J-P, Samitca S, Arnaud S, Balthasar H, Zobel F, Dubois-Arber F. Toxicomanie dans le canton de Vaud : cinquième période d'évaluation 2005-2006 : épidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud, cahier 1. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2007 (Raisons de Santé, 135).

Groupe de pilotage Monsieur P.Y. Bassin
Madame L. Chinet
Madame N. Christinet
Monsieur le Dr P. Forel
Madame le Dr I. Gothuey
Monsieur le Dr D. Laufer
Monsieur F. Perrinjaquet
Monsieur J.Cl. Pittet

Remerciements À toutes les institutions qui ont participé à l'évaluation

Fichier : 135 ToxVD 06.doc

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction et méthode	4
1.1	Politique cantonale : 5 axes d'intervention	4
1.2	Objectifs d'évaluation 2004-2006 et méthode	5
2	Épidémiologie de la consommation de drogues dans le canton de Vaud	8
2.1	Introduction	8
2.2	Évolution de la consommation dans la population générale jeune	9
2.3	Évolution de la consommation chez les consommateurs de drogue dépendants	13
2.4	Évolution de l'état de santé et de la situation sociale des consommateurs dépendants	19
2.5	Evolution des prises en charge et des traitements	26
2.6	Évolution des dénonciations	33
2.7	Synthèse à partir des indicateurs épidémiologiques	36
3	Nouvelles demandes de prises en charge avec consommation autre que l'héroïne	41
3.1	Introduction	41
3.2	Centres de traitement ambulatoire spécialisés dans la dépendance	41
3.3	Projet Départ	42
3.4	Institutions psychiatriques	43
3.5	Centres d'accueil spécialisés dans la dépendance	44
4	Présentation synthétique des résultats du suivi des structures de prise en charge	48
4.1	La prise en charge dans les centres de traitement ambulatoire : synthèse	48
4.2	La prise en charge dans les structures résidentielles : synthèse	52
4.3	Unité de sevrage : La Calypso	55
4.4	La prise en charge dans les centres d'accueil : synthèse	57
4.5	Projet Départ	62
4.6	Remise de matériel stérile et de préservatifs	65
4.7	Les consommateurs de drogue dans le système carcéral vaudois	71
5	Evolution des traitements de substitution	73
5.1	Cadre de l'analyse	73
5.2	Méthode	74
5.3	Résultats	75
6	Conclusions et recommandations	91
	Bibliographie	97
7	Annexes	99
7.1	Annexes au chapitre VIH et hépatites	99
7.2	Annexe au chapitre consommateurs dépendants	102
7.3	Annexe au chapitre évolution de la demande dans les institutions psychiatriques vaudoises	106
7.4	Annexe au chapitre nouveaux profils de consommation	108
7.5	Annexe au chapitre suivi des structures résidentielles	110
7.6	Annexe : la Calypso	111
7.7	Annexe au chapitre remise de matériel stérile	112
7.8	Annexes au chapitre des traitements de substitution	117

1 INTRODUCTION ET MÉTHODE

1.1 POLITIQUE CANTONALE : 5 AXES D'INTERVENTION

Le Conseil d'Etat a décidé en 1996 de soutenir un ensemble de projets et de structures visant à renforcer le dispositif de prévention et de prise en charge de la toxicomanie dans le canton de Vaud, notamment dans les domaines du traitement d'une part, avec l'ouverture d'un premier centre de traitement ambulatoire, et, d'autre part, de la réduction des risques à travers les centres d'accueil à bas seuil. Il définissait alors sa politique de lutte contre la drogue par cinq axes d'interventions :

- Augmenter la prise en charge et la rétention des consommateurs de drogues.
- Améliorer la diversité et la qualité de la prise en charge.
- Améliorer la santé et l'insertion socio-professionnelle des consommateurs.
- Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants.
- Renforcer les activités de prévention primaire et secondaire^a.

Pour accompagner la mise en place de ces structures et évaluer leur pertinence du point de vue des besoins des personnes consommatrices de drogue ainsi que leur cohérence par rapport à l'ensemble du dispositif en place, le Conseil d'Etat a confié à l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne un mandat d'évaluation et de suivi de la situation épidémiologique concernant les problèmes liés à la consommation de drogues dans le canton.

Quatre périodes d'évaluation se sont succédées depuis lors¹⁻⁴ : la première analysait principalement les étapes de la mise en œuvre des nouvelles structures - partiellement ou totalement financées par le canton depuis 1996 - avec les éléments facilitateurs et les difficultés rencontrées. Une première analyse de la fréquentation de ces structures et du profil de leur clientèle était également dressée.

Une fois établie la pertinence de ces nouvelles structures tant du point de vue de la fréquentation que de l'offre de prestations, les aspects concernant le travail en réseau et l'intégration des nouvelles structures dans le dispositif existant préalablement ont été évalués dans un 2^{ème} rapport. De plus, un travail exploratoire a été mené sur la définition, le contenu et les possibilités d'évaluation du travail socio-éducatif et une enquête auprès de la clientèle de l'ensemble des structures à bas seuil (SBS) du canton de Vaud a été conduite (en parallèle à une enquête sur l'ensemble de la Suisse) de manière à étayer les données épidémiologiques disponibles.

Par la suite (3^{ème} et 4^{ème} rapports), l'évaluation s'est étendue aux structures résidentielles qui bénéficiaient depuis longtemps de subventions cantonales de manière à pouvoir apprécier l'ensemble du dispositif cantonal de prise en charge de personnes toxicodépendantes dans le canton. Dès lors, il s'agissait davantage d'un suivi des différentes structures et moins d'une évaluation de chacune des institutions soutenues par le canton. Ce suivi plus global a permis de faire ressortir des questions convergentes aux différentes équipes, par exemple sur les comorbidités ou les fortes prévalences de l'hépatite C au sein de la population des consommateurs de drogues. Ces aspects ont été traités de manière plus qualitative et sont venus compléter la vision statistique fournie par le suivi épidémiologique.

Le mandat d'évaluation a ainsi évolué vers un suivi de la situation épidémiologique de la toxicomanie dans le canton de Vaud, un monitoring de l'activité et de la clientèle des structures, ainsi que l'investigation de questions particulières, sur demande des autorités.

Le dispositif suivi dans le cadre de ce mandat comporte : les institutions résidentielles spécialisées dans l'accueil de personnes toxicodépendantes, les centres de traitements ambulatoires et les centres d'accueil à bas-seuil.

^a Ce dernier objectif a surtout été investigué dans les premières périodes d'évaluation^{1,2}.

1.2 OBJECTIFS D'ÉVALUATION 2004-2006 ET MÉTHODE

Les objectifs de l'évaluation pour la période 2004-2006 étaient les suivants :

- suivre l'évolution de la situation épidémiologique de la toxicomanie dans le canton de Vaud en s'appuyant sur les données existantes ;
- répéter l'enquête sur les comportements des consommateurs de drogue dans les structures à bas seuil effectuée régulièrement dans le cadre d'une enquête nationale ;
- évaluer l'émergence de nouvelles demandes de prise en charge et de nouveaux modes de consommation problématique sans héroïne ;
- suivre l'évolution des structures de traitement et d'accueil à bas seuil ;
- analyser la prise en charge par les médecins praticiens ;
- contribuer à la réflexion sur l'apport de mesures de réduction des risques et de traitement en complément au dispositif actuel (locaux d'injection et prescription d'héroïne sous contrôle médical).

1.2.1 Evolution de la situation épidémiologique

Le suivi des indicateurs épidémiologiques comprend, comme les années précédentes, l'analyse des données suivantes :

- enquêtes récentes chez les jeunes sur la consommation de drogues illégales et légales ;
- enquête dans les structures d'accueil à bas seuil (SBS) concernant la consommation des personnes dépendantes ;
- statistiques de traitements : traitements de substitution (statistique Méthadone), admissions de toxicomanes dans les institutions psychiatriques (Axya) et en séjour résidentiel (Act-Info) ;
- statistiques des maladies infectieuses (VIH) et des décès par overdose ;
- statistiques du domaine de la répression (dénonciations) ;
- les données sur la distribution de seringues et de préservatifs dans le canton.

La synthèse de ces données permet d'apprécier l'évolution du nombre de consommateurs et de la gravité de la consommation des drogues légales et illégales.

1.2.2 Emergence de nouveaux modes de consommation problématique sans héroïne

Alors que dans les années 80-90, la consommation d'héroïne était le problème dominant, dès la fin des années 90 et surtout dès 2000, la consommation de stimulants (cocaïne, ecstasy, etc.), la poly-consommation et le mésusage de l'alcool, notamment en milieu festif, se sont développés. Le principal objectif de cette question d'évaluation particulière est de documenter et de quantifier les nouvelles formes de consommation sans héroïne qui aboutissent à une demande de prise en charge, avec les questions suivantes :

- Qui sont ces nouveaux usagers des structures, que consomment-ils et comment ?
- Combien sont-ils ?
- Quelles sont les principales difficultés et problèmes rencontrés par ces usagers ?
- Les équipes se sentent-elles à même de prendre en charge ces personnes et de répondre à leurs demandes ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées par les équipes pour la prise en charge de ces nouveaux usagers et quels seraient leurs besoins ?

Pour répondre à ces questions, différentes sources de données ont été utilisées : l'analyse des données de la statistique Axya concernant les entrées dans les centres de traitement ambulatoires spécialisés dans la dépendance, les données du projet Départ centré sur les problématiques de consommation des jeunes et les données recueillies lors des réunions de suivi avec les centres d'accueil à bas-seuil.

1.2.3 Suivi des structures de prise en charge des personnes toxicodépendantes

Le suivi de routine de la fréquentation (profil de clientèle) et des activités des structures a été établi sur la base des sources suivantes :

- statistique Axya pour les centres de traitement ambulatoires et l'unité de sevrage; Act-info pour le traitement résidentiel ; statistiques du SMPP concernant les consommateurs de drogues en prison ;
- monitorings des prestations dans les centres d'accueil et enquête clientèle dans les centres d'accueil du canton (mai 2006) ;
- réunions de suivi avec les équipes des centres de traitement et des centres d'accueil qui ont permis de documenter les changements dans les orientations de chaque structure.

1.2.4 Analyse des données du registre des traitements à la méthadone par les médecins établis en pratique privée

Une analyse des données issues du registre des traitements à la méthadone a permis de suivre l'évolution des traitements et de la clientèle qui en bénéficie. Elle comporte un chapitre sur les modalités de prise en charge par les médecins praticiens.

Une première restitution des résultats de cette analyse au comité de l'AVMCT (Association vaudoise des médecins concernés par la toxicomanie) a permis d'illustrer les difficultés actuellement rencontrées dans l'analyse, et de faire une première sensibilisation des médecins à l'importance du point de vue épidémiologique d'une bonne tenue de cette statistique. Cela a également été l'occasion de discuter des thèmes qu'ils souhaiteraient voir approfondis par la suite. Cet aspect a également été discuté avec le Service de la Santé publique qui délivre les autorisations de traitements de substitution. Il ressort de ces consultations un besoin d'obtenir des données sur les aspects suivants :

- documentation et adaptation de la pratique ;
- évolution des cures de méthadone de type bas-seuil ;
- couverture du canton (régions et nombre de places), saturation et relève ;
- évolution des traitements et diversification des produits de substitution ;
- évolution des profils des patients et place des médecins praticiens.

Cette première étape d'échanges constitue un préalable à une deuxième phase d'enquête. Il était en effet prévu d'étudier plus en détail les difficultés de prise en charge, l'évolution des problèmes liés à la consommation de drogues dures telle que les médecins la vivent dans leur cabinet et les liens établis dans le réseau spécialisé, mais également de discuter avec eux de différents aspects de leur pratique au travers de focus groups constitués à l'occasion de réunions des groupes régionaux du Programme de Prévention et de perfectionnement des Médecins dans le domaine de la Toxicomanie (PPMT). Cette deuxième partie de l'étude sera traitée dans la prochaine phase de l'évaluation.

1.2.5 Contribution à la réflexion sur l'apport de mesures de réduction des risques et de traitement en complément au dispositif actuel

Suite aux conclusions et recommandations du rapport précédent et aux discussions qui se sont déroulées avec le Conseil consultatif^a, une analyse synthétique des apports que représenteraient, d'une part l'ouverture d'un local d'injection et, d'autre part, un programme de prescription d'héroïne, a été menée. Cette étude, réalisée en 2004-2005, a fait l'objet d'un rapport^{5,b} et d'une restitution au Conseil consultatif vaudois le 16 mai 2006 ; elle n'est pas reprise dans le présent rapport.

^a Le Conseil d'Etat s'est adjoint un conseil composé d'un forum large de personnalités pour l'aider dans la prise en décision en matière de toxicomanie.

^b Ce rapport peut être téléchargé sur le site de l'institut : www.iumsp.ch.

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

2.1 INTRODUCTION

Ce chapitre est consacré à un inventaire et à une analyse des données épidémiologiques disponibles dans le canton de Vaud concernant la consommation de drogue et les problèmes liés à celle-ci. La première partie du chapitre présente les informations relatives aux indicateurs de consommation de substances psycho-actives dans la population jeune, des informations sur la consommation, l'état de santé et la situation sociale des consommateurs dépendants. Ces données sont complétées lorsque cela est possible par des données suisses. La deuxième partie procède à une synthèse des différents indicateurs épidémiologiques qui permet de développer des hypothèses concernant l'évolution du nombre de consommateurs de drogues et de la gravité des problèmes liés à la consommation dans le canton de Vaud depuis le dernier rapport en 2005.

L'analyse des différents indicateurs épidémiologiques est structurée dans la première partie selon les thèmes suivants :

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

Les principales sources de données utilisées sont soit des statistiques de routine, soit des enquêtes de population (cf. Tableau 2-1).

Tableau 2-1 Sources des données utilisées

Nom de la statistique/enquête et population/sujet couvert	Années utilisées ou disponibles	Couverture	Détenteur des données
Enquête HBSC : écoliers de 15-16 ans en 9 ^e année scolaire	1986-1990-1994- 1998-2002-2006	Suisse	ISPA
Enquête SMASH : étudiant et apprentis entre 16 et 20 ans	1993-2002	Suisse / Vaud	IUMSP, UniBe, UPVS
Monitoring cannabis	2004-(2007)	Suisse / Vaud	ISGF/ISPA
Enquête auprès de la clientèle des centres à bas seuil	1993,1996,2000, 2004 (VD seul.), 2006	Suisse / Vaud	IUMSP
Statistique des décès liés à la drogue	1987-2005	Suisse / Vaud	OFP
Statistique suisse des stupéfiants : dénonciations et saisies	1995-2005	Suisse / Vaud	OFP

Nom de la statistique/enquête et population/sujet couvert	Années utilisées ou disponibles	Couverture	Détenteur des données
Statistique des traitements de méthadone	1979-2005 1987-2005	Suisse / Vaud	OFSP / Santé publique
Statistique nationale des traitements résidentiels	2002-2005	Suisse / Vaud	FOS-Act-Info
Statistique des institutions psychiatriques OPALE-Axya	1996-2001 2004-2006	Vaud	DUPA
Statistique de remise de matériel d'injection	1993-2005 1996-2006	Suisse / Vaud	IUMSP
Système de surveillance des maladies transmissibles : VIH et hépatites	1985-2006 VIH .	Suisse / Vaud	OFSP

2.2 ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DANS LA POPULATION GÉNÉRALE JEUNE

Résumé Les résultats des diverses enquêtes chez les écoliers et apprentis ainsi que chez les jeunes adultes indiquent que l'expérimentation du cannabis a diminué après avoir atteint un niveau très élevé en 2002 à la suite d'une longue période de hausse de la consommation. S'agissant des autres substances, on observe que la consommation d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy reste relativement stable à un niveau faible chez les écoliers, alors que la consommation de colle et solvants, qui était un peu plus importante a diminué. La consommation régulière d'alcool et de tabac chez les écoliers est aussi en baisse mais reste encore à un niveau élevé.

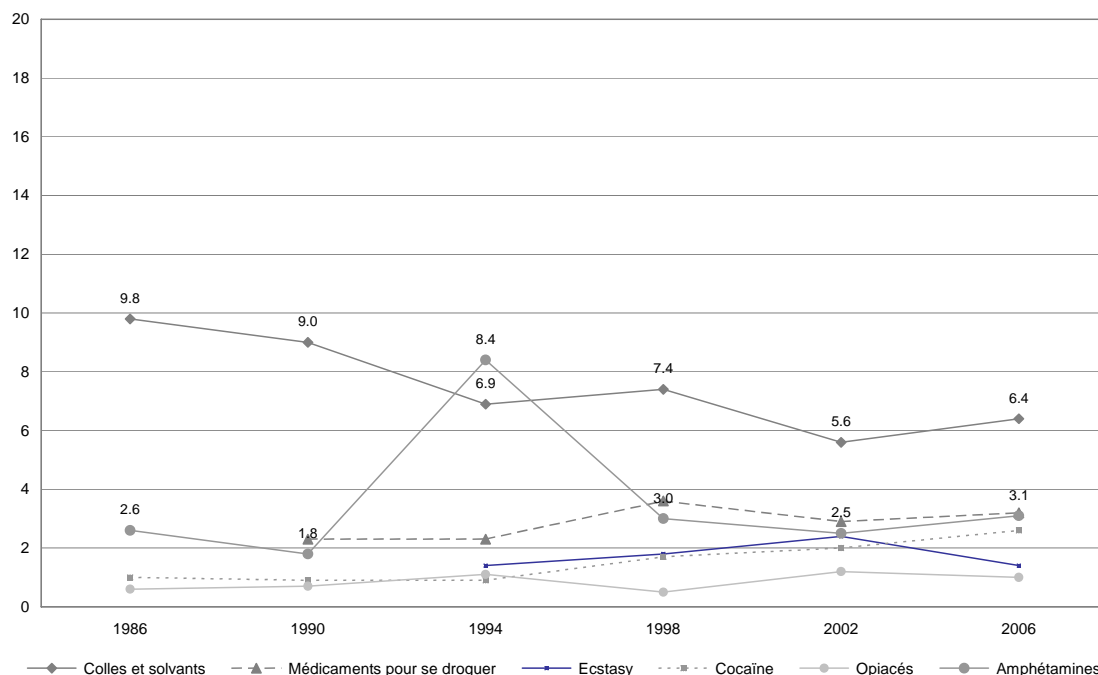
2.2.1 Consommation de drogues illégales – hors cannabis – chez les écoliers de 15-16 ans en Suisse

Les données sur la consommation de drogues chez les écoliers en Suisse récoltées dans le cadre de l'étude HBSC (Health Behaviour in School-aged Children^a) sont analysées depuis vingt ans déjà, par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et des cantons. Les résultats présentés sont tirés du dernier rapport de l'ISPA⁶.

La Figure 2-1 fait apparaître chez les écoliers suisses une relative stabilité de l'expérimentation de drogues illégales hors cannabis, avec une possible tendance à la hausse pour la cocaïne et les médicaments.

a Cette étude est conduite sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans 41 pays.

Figure 2-1 Evolution du pourcentage d'élèves de 15-16 ans en 9^{ème} année scolaire ayant consommé diverses substances illégales durant la vie en Suisse, 1986-2006 (Source : ISPA/HBSC)

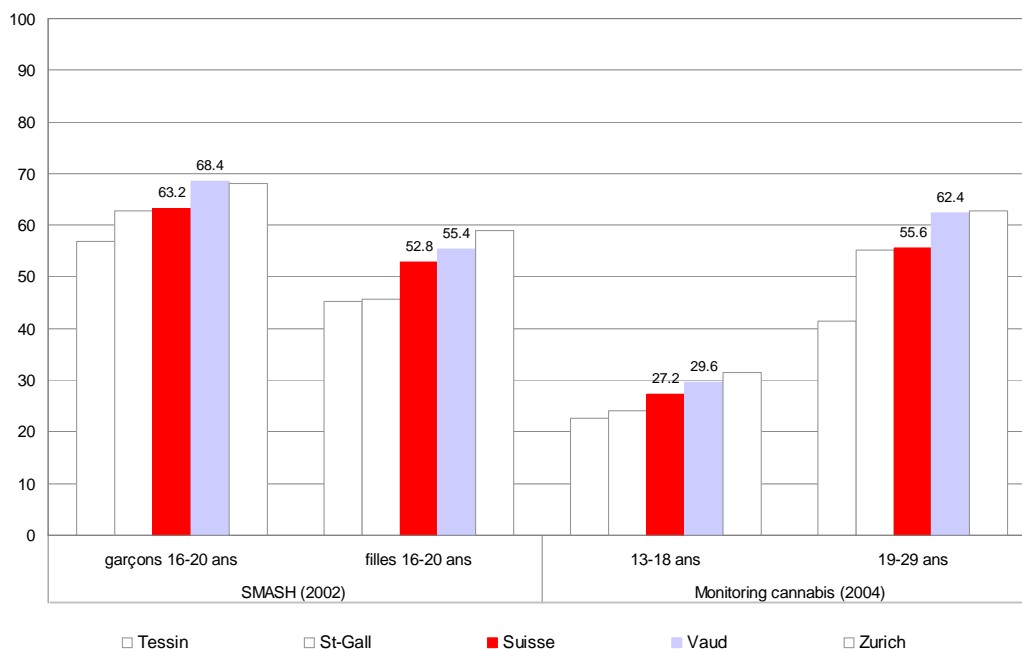


Le canton de Vaud n'a pas financé, comme il l'avait fait lors de la vague d'enquête de 1998, un sur-échantillonnage local dans les enquêtes 2002-2006 de HBSC, on ne peut donc pas faire d'analyse spécifique au canton.

2.2.2 Cannabis: données (sur la consommation de cannabis) provenant des enquêtes de santé nationales en population générale jeune dans le canton de Vaud et en Suisse

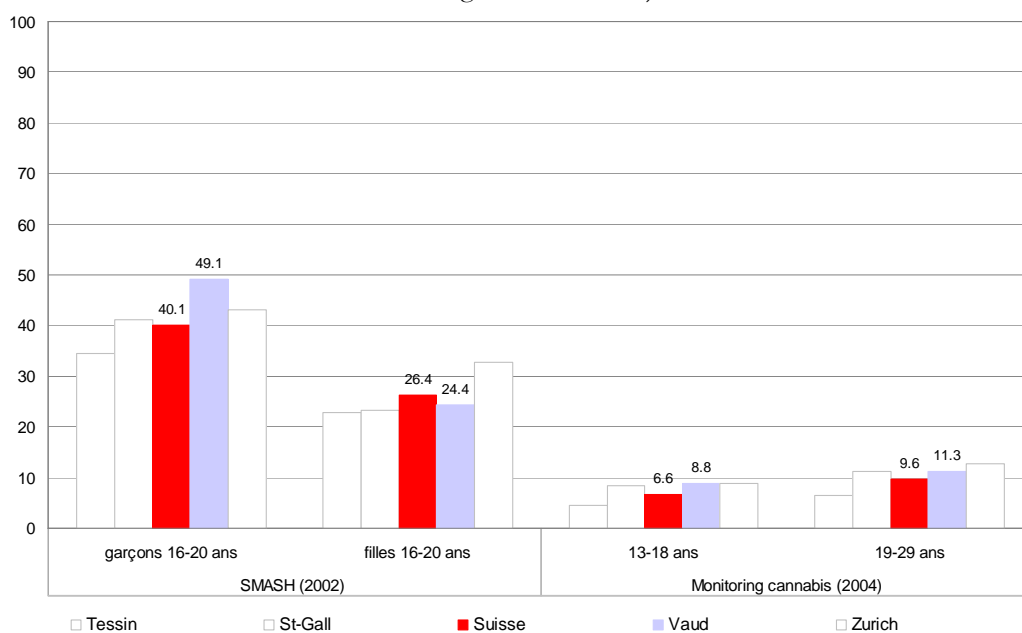
Dans le cadre d'une recherche sur la situation de la consommation du cannabis et des problèmes qui lui sont liés dans plusieurs cantons "sentinelles", dont le canton de Vaud, une analyse secondaire des résultats de différentes enquêtes en population générale jeune a été faite concernant la consommation de cannabis⁷. Cette analyse montre que les prévalences de l'expérimentation du cannabis dans la population vaudoise (avoir consommé du cannabis au moins une fois dans sa vie) sont systématiquement plus élevées que celles observées au niveau national (Figure 2-2). Chez les garçons entre 16 et 20 ans, il s'agit même de la valeur la plus haute parmi les quatre cantons sentinelles. Les prévalences d'expérimentation dans le canton de Vaud sont proches de celles observées dans le canton de Zurich, qui affiche généralement les valeurs les plus élevées parmi les cantons sentinelles.

Figure 2-2 Prévalences de l'expérimentation de la consommation du cannabis dans différentes classes d'âge en Suisse et dans les quatre cantons sentinelles (Sources : IUMSP/SMASH 2002, ISGF-ISPA/Monitoring cannabis, 2004)



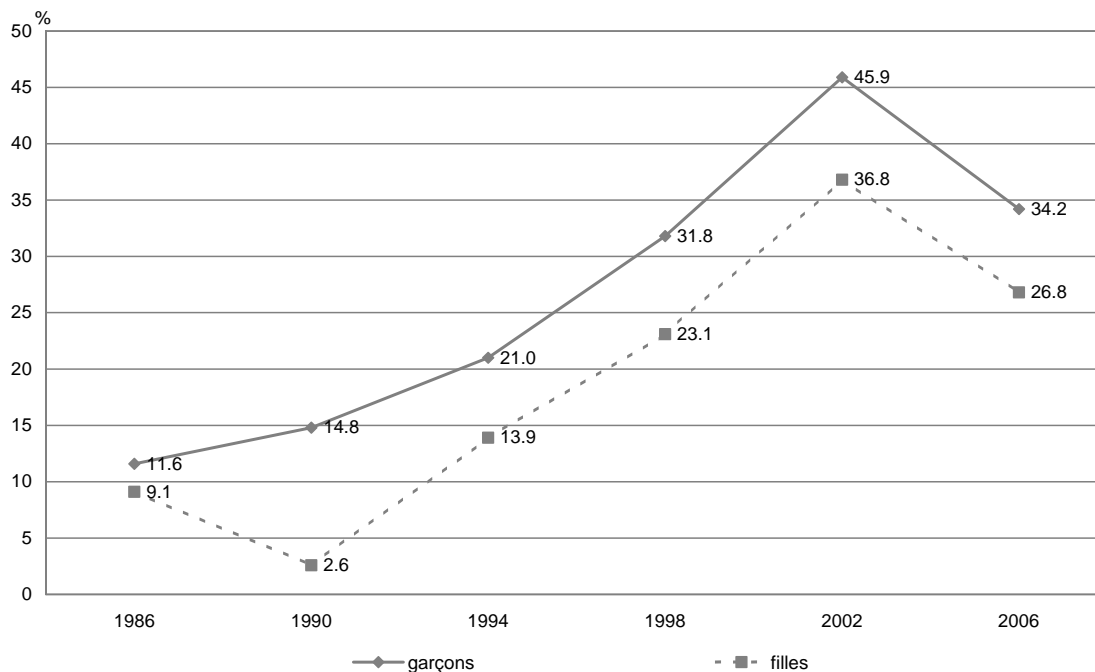
En ce qui concerne la consommation actuelle de cannabis, à savoir au cours des trente jours précédant l'enquête, les prévalences dans le canton de Vaud sont à nouveau généralement supérieures à la moyenne nationale, et parfois même les plus hautes en comparaison des autres cantons sentinelles (Figure 2-3). La différence que l'on observe au niveau national entre les prévalences chez les filles et chez les garçons est encore plus marquée au niveau du canton de Vaud. En effet, les garçons sont deux fois plus nombreux que les filles (49.1 et 24.4%) à rapporter une consommation de cannabis au cours des 30 jours précédant l'enquête, alors que ce rapport est de une fois et demi pour l'ensemble de la Suisse.

Figure 2-3 Prévalences de consommation actuelle (30 derniers jours) de cannabis dans différentes classes d'âge en Suisse et dans les quatre cantons sentinelles (Sources : IUMSP/SMASH 2002, ISGF-ISPA/ Monitoring cannabis, 2004)



Cependant, les professionnels des domaines de la santé, du social et de l'éducation, interrogés dans le cadre de cette même étude à deux reprises, en 2004/2005 et 2006 estiment que la consommation de cannabis est probablement stabilisée voire en baisse. L'enquête de l'OMS sur la santé des écoliers, répétée en 2006, confirme l'impression des professionnels en indiquant, pour la première fois depuis 1986, une tendance à la baisse de la consommation de cannabis chez les écolier(ère)s en Suisse (Figure 2-4).

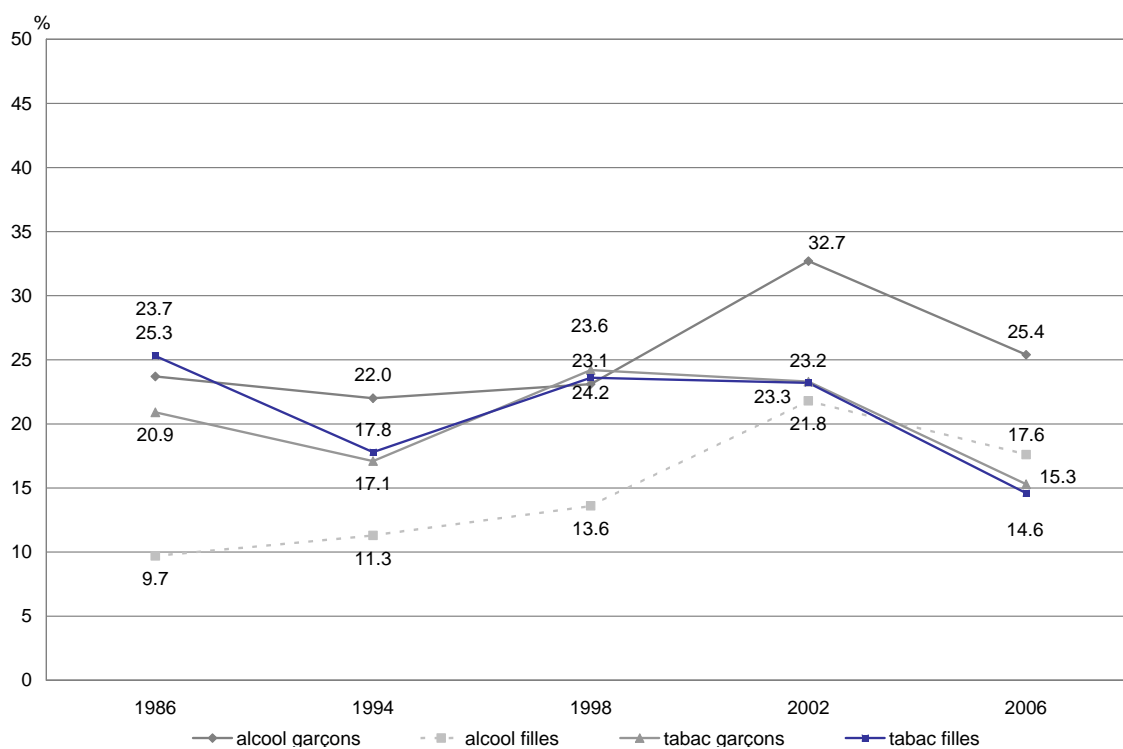
Figure 2-4 Consommation de cannabis au moins une fois dans la vie chez les écoliers de 15 ans, Suisse, HBSC, 1986 à 2006⁶



2.2.3 Alcool et tabac: données (sur la consommation de tabac et d'alcool) provenant des enquêtes de santé nationales

L'enquête de l'OMS chez les écoliers (HBSC) montre, concernant la consommation régulière de tabac et d'alcool (au moins une fois par semaine), la même évolution que celle observée pour le cannabis: une diminution récente pour l'alcool, amorcée il y a quelques années pour le tabac.

Figure 2-5 Consommation régulière (au moins une fois par semaine) d'alcool et de tabac chez les écoliers de 15 ans, 1986 à 2006⁶



2.3 ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUE DÉPENDANTS

Résumé L'enquête nationale de 2006 auprès des usagers des centres à bas seuil a fourni des informations sur 183 personnes du canton de Vaud ayant consommé de l'héroïne et/ou de la cocaïne au cours de leur vie. Parmi elles, la proportion de consommateurs actifs (dans les 30 jours précédant l'enquête) d'héroïne et/ou de cocaïne a augmenté entre 2004 et 2006 pour atteindre 69%, mais celle de consommateurs réguliers (plusieurs fois par semaine) est restée stable à 49%. Parmi les consommateurs actifs, la proportion de consommateurs d'héroïne et de cocaïne a baissé à 34% et celle des consommateurs d'héroïne seulement a augmenté à 22%, celle des consommateurs de cocaïne uniquement étant restée stable à 44%. 51% des usagers des centres à bas seuil suivent un traitement de substitution à la méthadone par voie orale. La consommation de benzodiazépine est aussi en hausse.

La proportion de consommateurs s'étant injecté au moins une fois durant leur vie (71%) est restée stable, mais celle des injecteurs récents (durant les 6 derniers mois) a continué à diminuer (53%). Le nombre moyen d'injection par semaine, 10.3, est en légère hausse.

La plupart des indicateurs d'exposition à un risque sanitaire indiquent une baisse ou une situation stable. L'exposition aux risques de transmission de maladies infectieuses par le partage de matériel d'injection a diminué: le partage de seringues, de cuillère, filtre, coton ou eau, est inférieur au niveau de 2004. La fréquence d'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels est restée stable.

Parmi les consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne au cours de leur vie, il y a 30% qui n'en ont pas consommé durant les 30 derniers jours. Ces personnes ne se distinguent de celles qui ont consommé que par un spectre de consommation moins large, ils/elles tendent à être également non consommateurs/rices d'autres drogues, et par une situation sociale meilleure.

Les consommateurs actuels de cocaïne seulement se différencient des autres par une moindre consommation de méthadone au noir, d'amphétamines et d'ecstasy, et une plus forte consommation d'alcool.

Les consommateurs en traitement à la méthadone par voie orale ont été recrutés majoritairement au Passage et à Entrée de Secours, et sont un peu plus jeunes que les autres. Ils sont plus fréquemment testés pour les hépatites B et C et sont moins nombreux à avoir fait un séjour en prison en lien avec la drogue.

Le suivi de l'évolution de la consommation chez les consommateurs de drogue dépendants est assuré par l'UEPP pour l'ensemble de la Suisse par le biais d'une enquête nationale répétée depuis 1993 dans les centres à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection stérile. Apparues à la fin des années 80, ces structures visent la réduction des dommages liés à la consommation de drogues⁸.

Dans le cadre de ce suivi, l'enquête a été conduite à cinq reprises (1993, 1996, 2000, 2004^a et 2006) dans le canton de Vaud (Tableau 2-2).

Tableau 2-2 Les enquêtes auprès des consommateurs de drogue dépendants dans le canton de Vaud, 1993-2006

Année	Structures concernées
1993	enquête conduite dans le cadre des activités du Rel'aids, qui n'était pas encore autorisé à distribuer des seringues
1996	usagers des structures accréditées à distribuer des seringues autour de la Place Saint-Laurent à Lausanne: la Pastorale de rue et la Soupe populaire
2000	ensemble du dispositif bas seuil mis en place dans le canton ^b
2004	les 5 centres d'accueil à bas seuil ^c
2006	les centres d'accueil à bas seuil suivants: Le Passage, Entrée de Secours, ACT, Zone Bleue, UNISSET

Note: il s'agit d'enquêtes nationales à l'exception de celle de 2004 qui ne concerne que le canton de Vaud

Ce chapitre présente les informations globales pour l'ensemble des structures ayant participé aux enquêtes. Les données vaudoises concernent les années 2000, 2004 et 2006; les données de 1993 et 1996, à périmètre beaucoup plus restreint, n'ont pas été incluses pour conserver la comparabilité. En regard des données vaudoises sont présentées les données nationales^d, Vaud inclus, des années 1993, 1996, 2000 et 2006. Les données vaudoises détaillées par structure pour 2006 sont présentées dans des tableaux en annexe.

2.3.1 Modes de consommation

Au total 197 personnes ont répondu au questionnaire de l'enquête 2006 dans le canton de Vaud. Parmi elles, 183 (92.9%) avaient consommé au moins une fois au cours de leur vie des drogues dures, soit de l'héroïne et/ou de la cocaïne. C'est sur ces personnes^e, les consommateurs de drogues dures, que portent les analyses de ce chapitre.

En 2006, les consommateurs actifs, définis comme ceux ayant consommé des drogues dures au cours des 30 jours précédant l'enquête, constituaient 69% des consommateurs de drogues dures (Tableau 2-3). Cette proportion est en croissance, ayant déjà passé de 58% en 2000 à 62% en 2004. Les consommateurs réguliers (définis comme ayant consommé quotidiennement ou plusieurs fois par semaine de l'héroïne ou de la cocaïne au cours du dernier mois) représentaient 49% des consommateurs, une proportion très proche de celle de 2004. La proportion de consommateurs réguliers d'héroïne (15%) a

^a L'enquête de 2004 concernait le canton de Vaud seulement.

^b La Soupe Populaire, le Passage, Point d'Eau, Action Communautaire Toxicomanie (ACT), Zone Bleue (ZB), Entrée de Secours (EdS), Centre St-Martin (CSM), Unité ambulatoire spécialisée pour toxicodépendants (UAS).

^c Le Passage, Le Parachute, Action Communautaire Toxicomanie (ACT), Zone Bleue (ZB), Entrée de Secours (EdS).

^d En 2006, 1156 personnes ont participé à l'enquête. Parmi elles, 1133 (soit 98%) ont consommé de l'héroïne ou de la cocaïne au cours de leur vie.

^e Une de ces personnes est de sexe inconnu. Pour cette raison, certaines analyses portent sur 182 répondants.

continué de baisser; celle des consommateurs réguliers de cocaïne (18%) a retrouvé un niveau très proche de 2000 (16%) et celle des consommateurs de cocktails est stable à 3%. Par contre, la proportion de consommateurs de benzodiazépine a augmenté pour atteindre 37% (29% en 2004). Parmi les 78 personnes au total qui ont consommé régulièrement des benzodiazépines durant le dernier mois, 26% les ont injectées, inhalées ou sniffées.

Pour tous les indicateurs de consommation active pour lesquels la comparaison est possible, on notera que les fréquences relevées dans le canton de Vaud sont sensiblement inférieures à celles constatées pour l'ensemble de la Suisse.

Tableau 2-3 Etude clientèle : évolution de la consommation, 1993-2006

	Total Suisse				Total Vaud		
	1993	1996	2000	2006	2000	2004	2006
Effectif (consommateurs ddvie¹)	1119	944	924	1133	179	157	183
% Consommation⁴ durant dernier mois (sur ddvie¹)	96	95	85	91	58	62	69
Consommation⁷ d'héroïne ou de cocaïne							
% multi-consommateurs ²	69	75	62	65	60	40	34
% héroïne seule	29	23	n.d.	20	20	13	22
% cocaïne seule	3	3	n.d.	15	19	46	44
Fréquence de consommation (% sur consommateurs ddvie¹)							
% consommateurs réguliers ³	n.d.	n.d.	n.d.	73	43	52	49
% consommateurs réguliers héroïne	61	67	54	45	26	18	15
% consommateurs réguliers cocaïne	23	31	27	31	16	25	18
% consommateurs réguliers cocktail	14	37	25	18	7	3	3
% consommateurs réguliers benzodiazépines ⁴	n.d.	n.d.	24	27	22	29	37
Injection							
% injecteurs durant la vie ⁵			90	77	84	69	71
% injecteurs 6 derniers mois ⁵			87	74	58	43	53
nombre moyen d'injections par semaine ⁶			13.7	13.8	8.3	9.8	10.3
Traitement							
% en traitement méthadone	35	45	56	53	64	50	51

¹ ddvie = répondants ayant consommé au moins une fois de l'héroïne ou de la cocaïne durant leur vie

² Héroïne et cocaïne

³ Plusieurs fois par semaine durant le dernier mois

⁴ Occasionnellement ou plus souvent

⁵ Calcul basé sur l'ensemble des répondants

⁶ Calcul basé sur l'ensemble des répondants s'étant injectés durant les 6 derniers mois

n.d. Donnée non disponible

Parmi les consommateurs actifs de drogues dures, héroïne et/ou cocaïne, on constate la poursuite de la baisse de la multi-consommation à 34% (qui était déjà passée de 60% en 2000 à 40% en 2004) et une stabilisation à 44% de la consommation de cocaïne seule. La proportion de consommateurs d'héroïne seule augmente de 13% en 2004 à 22% en 2006, rejoignant le niveau de 2000 (20%). En 2006, les multi-consommateurs sont proportionnellement plus nombreux au niveau Suisse que dans le canton de Vaud (65% contre 34%) alors que les consommateurs de cocaïne uniquement le sont moins (15% contre 44%). Les proportions de consommateurs d'héroïne seulement sont semblables (20% et 22%).

La proportion de consommateurs de drogues dures s'étant injecté au moins une fois durant leur vie est restée stable (69% en 2004 et 71% en 2006). Par contre, la proportion de consommateurs s'étant injecté durant les six derniers mois est remontée: de 58% en 2000, elle est passée à 43% en 2004 pour

remonter à 53% en 2006. Ces chiffres continuent d'être sensiblement inférieurs à ceux constatés au niveau suisse. Par contre, le nombre moyen d'injection par semaine a continué d'augmenter: de 8.3 en 2000 à 9.8 en 2004 et 10.3 en 2006. A ce niveau, il reste cependant inférieur à la moyenne suisse de 13.8.

En 2006, 51% des consommateurs de drogues dures fréquentant les centres à bas seuil étaient en traitement à la méthadone par voie orale, sans changement par rapport à 2004. Au niveau suisse, la proportion est proche (53% en 2006). Parmi ces 94 personnes des structures vaudoises en traitement, 18% avaient consommé régulièrement de la cocaïne durant le dernier mois, 11% de l'héroïne, et 3% des cocktails. La moitié (50%) des personnes en traitement s'étaient injectées de la drogue durant les six derniers mois (56% en 2004 et 86% en 2000). Pour les 34 d'entre eux (36%) qui s'étaient injectés durant le dernier mois, le nombre moyen d'injections durant la dernière semaine était de 8.6.

La comparaison de la situation vaudoise avec celle de la Suisse doit être menée avec prudence, en particulier dans le domaine des traitements à la méthadone par voie orale. En effet, la base de calcul est la clientèle des centres à bas seuil au moment de l'enquête. Or les caractéristiques des centres et de leur clientèle varie d'un canton à l'autre. Dans les cantons comportant des grandes villes - Bâle, Berne, Genève, Zurich - les structures participant à l'enquête comportent souvent des locaux d'injection, et on trouve donc dans leur clientèle de fortes proportions d'injecteurs durant la vie et durant le dernier mois ; donc aussi un plus grand nombre de personnes en traitement à la méthadone par voie orale. Ce fait peut contribuer à expliquer les différences constatées entre les situations suisse et vaudoise.

2.3.2 Exposition aux risques de transmission des maladies infectieuses

D'après la plupart des indicateurs, l'exposition aux risques de transmission des maladies infectieuses par le partage de matériel d'injection a connu une baisse sensible entre 2004 et 2006 (Tableau 2-4). La proportion de consommateurs de drogues dures par injection ayant utilisé des seringues usagées durant les six derniers mois est passée de 30% en 2004 à 15% en 2006. Le don de seringues usagées a également fortement baissé, passant de 20% en 2004 à 10% en 2006. Dans les deux cas, cette fréquence est inférieure à celle constatée en 2000, ; toutefois, le nombre absolu de personnes concernées est très faible et les variations annuelles doivent être considérées avec prudence.

On trouve une situation de baisse similaire concernant le partage de matériel d'injection autre que la seringue. Le partage de cuillère est passé de 50% en 2004 à 40% en 2006, celui du filtre de 46% à 28%, celui de coton de 32% à 6%, et celui de l'eau de 28% à 12%. Le niveau de ces quatre indicateurs est sensiblement inférieur à ce qu'il était en 2000.

On notera que malgré les baisses importantes de ces indicateurs de risque, leur niveau, à l'exception du partage de l'eau, reste supérieur à celui constaté pour l'ensemble de la Suisse, bien qu'il s'en soit rapproché.

La proportion de consommateurs ayant eu des relations sexuelles avec un partenaire stable ou avec des partenaires occasionnels durant les six derniers mois, est essentiellement inchangée par rapport à 2004 et comparable à celle constatée au niveau Suisse. L'utilisation systématique de préservatifs avec le partenaire stable reste stable avec 24%, la non utilisation systématique a elle légèrement diminué (53% en 2004, 47% en 2006). Avec les partenaires occasionnels, la protection systématique est restée stable à 63%, la non protection systématique est stable également à 18%. Lors du dernier rapport sexuel, 44% des consommateurs ont utilisé un préservatif. Ces chiffres sont proches de ceux constatés au niveau Suisse.

Tableau 2-4 Etude clientèle : exposition au risque de transmission de maladies infectieuses, 2000-2006

	Total Suisse				Total Vaud		
	1993	1996	2000	2006	2000	2004	2006
Effectif consommateurs dd vie¹	1119	944	924	1133	179	157	183
UTILISATION DE SERINGUES USAGÉES							
durant les 6 derniers mois ²	17	11	12	9	22	30	15
DON DE SERINGUES USAGÉES							
durant les 6 derniers mois ²	n.d.	9	9	8	8	20	10
PARTAGE D'AUTRE MATÉRIEL							
cuillère		67	50	32	70	50	40
filtre		43	36	21	47	46	28
coton		3	6	2	13	32	6
eau		n.d.	25	16	31	28	12
PROBLÈMES SANITAIRES LIÉS À L'INJECTION							
overdoses				45			38
abcès				14			9
UTILISATION DU PRÉSERVATIF							
Partenaire(s) stable(s)	60	53	56	54	62	55	51
toujours utilisé préservatif	26	27	29	27	31	22	24
jamais utilisé préservatif	55	58	55	53	50	53	47
Partenaire(s) occasionnel(s)	34	31	32	31	38	33	34
toujours utilisé préservatif	61	67	72	69	72	65	63
jamais utilisé préservatif	14	13	15	17	15	15	18
UTILISATION DU PRÉSERVATIF							
durant dernier rapport sexuel	n.d.	51	48	52	50	39	44

¹ ddvie = drogues dures à vie

² Base: injecteurs durant les 6 derniers mois

n.d. Donnée non disponible

2.3.3 Les non-consommateurs de cocaïne ou d'héroïne durant le dernier mois

Parmi les consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne au cours de la vie, 31% n'avaient pas consommé de cocaïne, héroïne ou benzodiazépines durant le dernier mois. Cette section vise à identifier les caractéristiques qui les différencient des autres consommateurs par une analyse bivariée tout d'abord puis par régression logistique.

Les non-consommateurs ne se différencient pas des consommateurs pour les caractéristiques socio-démographiques, l'état de santé, la sexualité et la fréquentation de la structure (Tableau 7-1 en annexe). Sur le plan de la situation sociale, ils ne sont pas plus nombreux à résider dans un domicile fixe privé mais sont par contre deux fois plus nombreux à avoir un emploi (24.6% contre 10.4%) et moins nombreux à avoir fait un séjour en prison en lien avec la drogue au cours de leur vie (40.4% contre 56.0%).

Les non-consommateurs de cocaïne ou d'héroïne au cours du dernier mois se différencient des consommateurs pour ce qui concerne la consommation d'autres drogues. Ils sont également des non-consommateurs de méthadone au noir (seuls 1.8% d'entre eux en ont consommé occasionnellement ou régulièrement durant le dernier mois, contre 14.4% chez les consommateurs) et d'amphétamines et d'ecstasy : 1.8% en ont fait usage parmi les non-consommateurs d'héroïne ou de cocaïne, mais 13.6% parmi les consommateurs. On relève également une forte différence concernant la pratique de l'injection au cours de la vie: les non-consommateurs sont deux fois moins nombreux à avoir pratiqué l'injection au cours de leur vie (45.6% ne l'ont jamais pratiquée, contre 22.4% chez les consumma-

teurs). Les deux groupes ne se distinguent pas pour ce qui concerne la fréquence des overdoses ou la consommation d'alcool ou de cannabis.

Nous avons effectué une régression logistique pour identifier les variables indépendamment associées au fait d'avoir été ou non non-consommateur d'héroïne ou de cocaïne au cours du dernier mois. L'âge et le sexe ont été incluses comme variables indépendantes parce qu'elles sont d'intérêt primaire, ainsi que le centre où le questionnaire a été rempli car les structures ont des clientèles différentes. Les autres variables indépendantes incluses sont celles qui se sont révélées significativement associées à la non-consommation dans l'analyse bivariée; il s'agit des variables de consommation: consommation de méthadone, consommation d'ecstasy ou amphétamines, injection durant la vie; et des variables de situation sociale: emploi, prison en lien avec la drogue. Pour la régression logistique, la codification de la variable indépendante a été renversée (pour que les résultats soient directement interprétables en termes de non-consommation); la codification des variables indépendantes est celle présentée dans le Tableau 7-1.

L'âge et le sexe, ainsi que la structure dans laquelle le questionnaire a été rempli n'influencent pas la propension à ne pas avoir consommé de drogues dures durant le dernier mois. Par contre, le fait de ne pas avoir un emploi ou d'avoir consommé de l'ecstasy ou des amphétamines au cours des trente derniers jours sont fortement associés à la consommation de drogues dures durant le mois précédent (respectivement : odds ratio[OR] 0.3, intervalle de confiance à 95% [CI95] 0.1 - 0.8), OR: 0.1, CI95: 0.1 - 0.7). Le fait de n'avoir jamais pratiqué l'injection au cours de la vie est directement associé à la non consommation au cours du dernier mois (OR: 2.4, CI95: 1.0 - 5.5).

Dans l'ensemble, donc, par rapport aux consommateurs de cocaïne ou d'héroïne au cours du dernier mois, les non-consommateurs de ces substances ont un spectre de consommation moins large et semblent jouir d'une situation sociale meilleure.

2.3.4 Les consommateurs actuels de cocaïne uniquement

Le mode de consommation d'héroïne et de cocaïne durant le dernier mois donne lieu à une classification en 4 catégories: aucune consommation de ces drogues durant cette période (44.0% des répondants), consommation d'héroïne seulement (12.6%), de cocaïne seulement (24.2%) et des deux substances (19.2%). Les caractéristiques^a des consommateurs appartenant à chacune de ces catégories sont présentées ci-après (voir aussi Tableau 7-2 en annexe), en se centrant sur les consommateurs actuels de cocaïne uniquement.

Des différences importantes distinguent les 4 groupes du point de vue du lieu de recrutement: la majorité des répondants qui n'ont consommé aucune de ces deux substances ont été recrutés au Passage (36.3%) et à Entrée de Secours (21.3%), ceux qui ont consommé de l'héroïne uniquement viennent de UNISSET (43.5%) et du Passage (21.7%), les consommateurs de cocaïne uniquement du Passage (31.8%) et de Zone Bleue (29.5%); ceux qui ont consommé les deux substances ont été recrutés de manière plus large (le Passage: 25.7%, Zone Bleue: 25.7%). Les groupes ne se différencient pas pour ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques, la situation sociale et la sexualité. Une moindre proportion de personnes testées pour l'hépatite B parmi les consommateurs de cocaïne uniquement (63.6% contre 78.0% en moyenne) est la seule dimension de leur état de santé qui les différencie. Ils se distinguent essentiellement par leurs consommations: absence de consommation de méthadone au noir, absence ou consommation uniquement occasionnelle d'amphétamines et d'ecstasy, consommation plus fréquemment occasionnelle d'alcool (les consommateurs d'héroïne et de cocaïne, eux, ont majoritairement une consommation régulière d'alcool). On notera que 84.1% des consommateurs de cocaïne uniquement (et 83.8% des non-consommateurs) ont également consommé de l'héroïne au cours de leur vie, tandis que 72.7% d'entre eux se sont déjà injecté de la drogue.

^a Nous n'avons pas procédé à une analyse par régression logistique : ceci aurait demandé de dichotomiser la variable d'intérêt avec d'un côté les consommateurs de cocaïne uniquement et de l'autre une agrégation non pertinente des non-consommateurs, des consommateurs d'héroïne uniquement et des consommateurs d'héroïne et de cocaïne.

2.3.5 Les consommateurs en traitement à la méthadone par voie orale

La majorité des 93 personnes actuellement en traitement à la méthadone orale (soit 51.1% des répondants) ont été recrutées au Passage (pour 31.2% d'entre eux) et à Entrée de Secours (26.9%). Ces personnes sont un peu plus jeunes que les autres: 57% sont âgées de 36 ans ou moins, contre 42.7% pour celles qui ne sont pas en traitement. Elles ne se différencient ni par le sexe, ni par la formation, et pas non plus par la sexualité. Elles ne se distinguent pas par leur état de santé perçu, mais sont plus fréquemment testées pour les hépatites B et C (près de 90% d'entre elles sont testées, contre environ deux tiers de celles qui ne sont pas en traitement). On notera que parmi les personnes qui ne sont pas en traitement à la méthadone orale, 20% suivent cependant un autre traitement de substitution. Tous les consommateurs en traitement à la méthadone par voie orale ont consommé de l'héroïne et 85% d'entre eux ont pratiqué l'injection. Parmi ceux qui ne sont pas en traitement, un peu plus des trois quarts ont déjà consommé de l'héroïne et plus d'un sur deux se sont déjà injectés. La situation sociale des consommateurs en traitement à la méthadone orale ne se distingue que par leur plus fréquente expérience de prison en lien avec la drogue: 60.2% d'entre elles en ont fait l'expérience contre 41.6% parmi celles qui ne sont pas en traitement.

L'analyse par régression logistique ne fait apparaître que deux variables indépendamment associées à la probabilité d'être en traitement à la méthadone par voie orale. Pour ce qui concerne le lieu de recrutement, les usagers d'Entrée de secours ont une plus forte probabilité d'être en traitement (OR: 3.3, 95CI: 1.1 - 10.2) que ceux des autres centres. Indépendamment du lieu de recrutement, la pratique de l'injection est la seule caractéristique à être associée au traitement: OR: 0.3, 95CI: 0.1 - 0.8.

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

Résumé Le nombre de décès liés à la drogue enregistrés dans le canton de Vaud a progressivement diminué entre 1994 et 2000 pour atteindre une dizaine de cas par année. L'année 2003 a connu un pic avec 21 décès enregistrés. En 2004 et 2005 le nombre de décès est redescendu en dessous de 15 pour remonter à 22 en 2006.

Les estimations de l'OFSP présentent une diminution depuis 2003 du nombre de tests positifs au VIH en général et chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en particulier : on estime qu'il y a eu 8 tests positifs au VIH chez des injecteurs de drogues dans le canton de Vaud en 2005 versus 23 en 2003.

Les statistiques récentes auprès de différentes sous-populations de consommateurs de drogues du canton de Vaud montrent des tendances variables : le taux de prévalence au VIH diminue dans la statistique des institutions résidentielles. Il varie selon les années entre 8% en 2003, 12% en 2004 et 6% en 2005. Dans la statistique des traitements à la méthadone, les taux restent stables (13% en 2001 et 15% en 2005). Quant aux enquêtes dans les SBS, le taux varie entre 10 et 8% au cours des dernières enquêtes.

Ces diverses statistiques montrent un niveau élevé de l'hépatite C rapportée par les consommateurs de drogues : 59% sont positifs au VHC dans les traitements à la méthadone en 2005 (58% en 2001).

2.4.1 Décès liés à la drogue

Les décès liés à la consommation de drogues sont un reflet de la gravité de cette consommation. Pour différentes raisons, ne serait-ce que par les multiples causes possibles de décès liés au mode de vie des consommateurs de drogues, il est difficile d'estimer le nombre exact de décès liés à la drogue chaque année. Toutefois, cette statistique est utile pour mesurer l'évolution au cours du temps des décès.

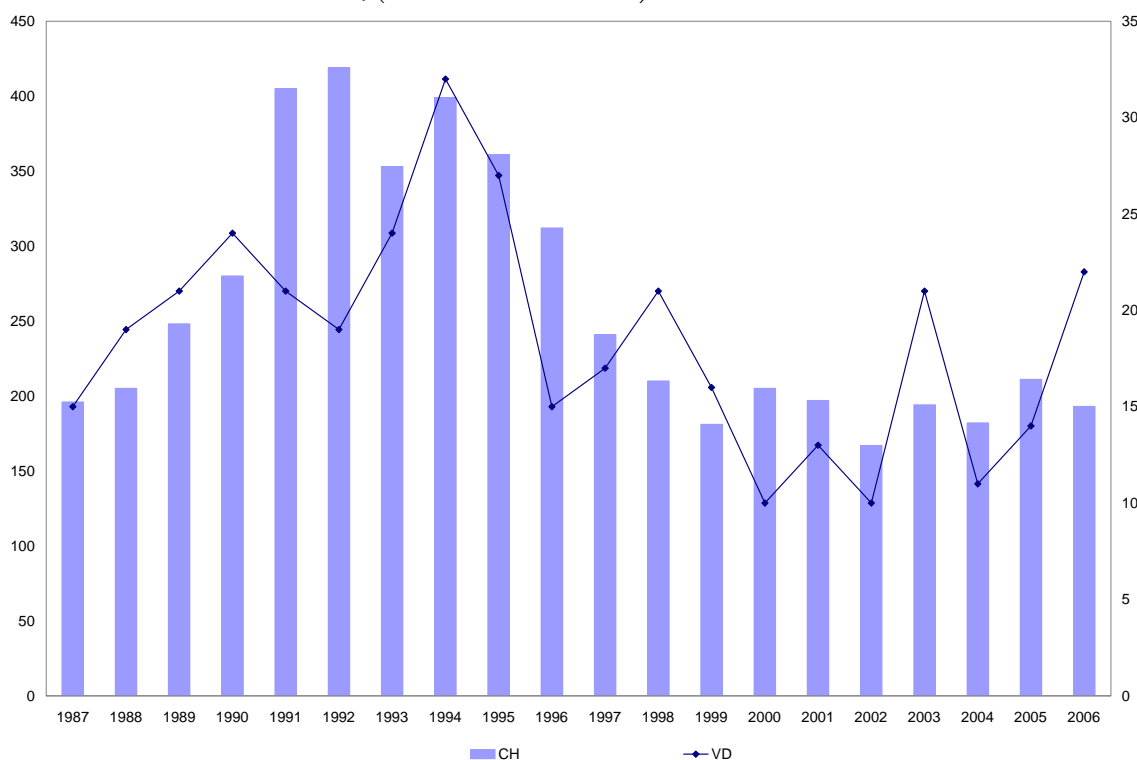
L'Office fédéral de la police est la source principale d'information pour les décès liés à la drogue, qui inclut principalement les overdoses, mais ne tient pas compte, par exemple, des décès attribuables au SIDA.

Le nombre de décès liés à la drogue en Suisse a connu un pic en 1992 (419 morts), suivi d'une diminution, puis d'une stabilisation autour de 200 décès par an depuis 1998 (Figure 2-6).

^a Les coefficients OR et 95CI sont donnés pour l'association entre la non pratique de l'injection et le fait d'être en traitement. Ils traduisent donc une association positive.

Dans le canton de Vaud, le maximum de décès a été atteint en 1994 (32 décès) et il a été suivi par une tendance générale à la diminution pour atteindre une dizaine de cas par année sur la période 2000-2002. Cette tendance a toutefois été contrecarrée l'année suivante puisque 21 cas de décès liés à la drogue ont été enregistrés en 2003. En 2004 et 2005, le nombre de décès est à nouveau inférieur à 15 dans le canton de Vaud pour finalement remonter à 22 en 2006.

Figure 2-6 Nombre de décès liés à la consommation de drogues en Suisse et dans le canton de Vaud 1987-2006, (Source : données OFP)



2.4.2 VIH et hépatites

VIH

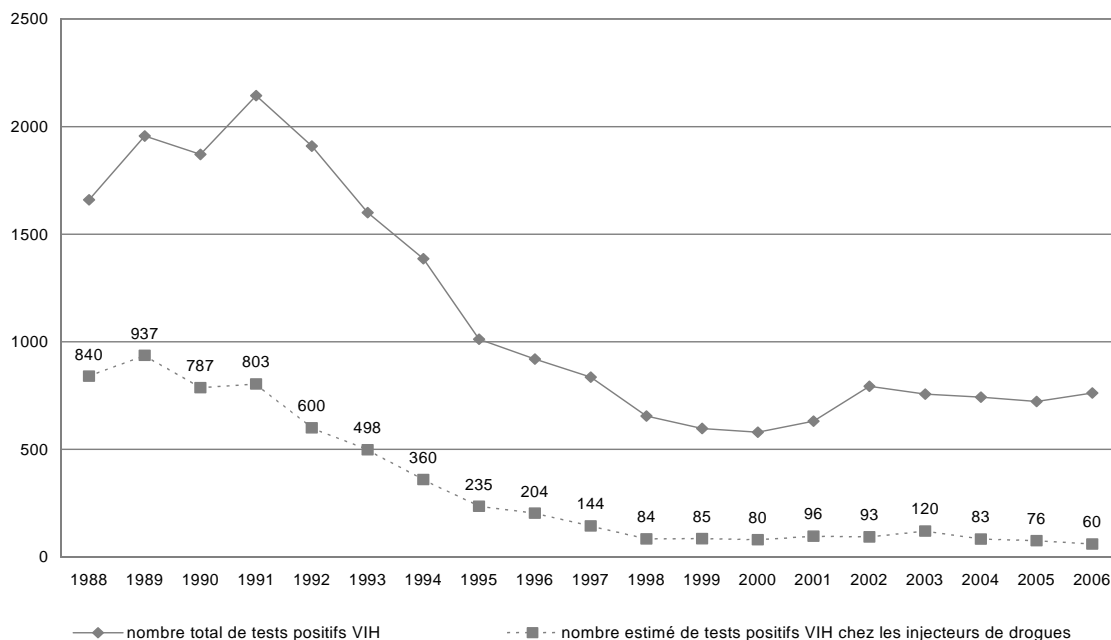
Les données présentées dans cette section proviennent des documents transmis par l'OFSP, qui nous a directement fourni les données les plus récentes^a. Elles sont basées sur les déclarations des laboratoires de confirmation pour les tests VIH positifs, ainsi que sur les déclarations complémentaires des médecins (disponibles pour env. 70-80% des tests positifs) qui nous informent sur les proportions attribuées aux différentes voies d'infection permettant ainsi d'estimer le nombre de tests positifs VIH chez les usagers de drogues en Suisse et dans le canton de Vaud^b.

En Suisse, le nombre de tests positifs a diminué progressivement entre 1991 et 2000 (cf. Figure 2-7). En 2001, ce nombre a connu une légère augmentation, tendance qui s'est poursuivie en 2002 avant de se stabiliser en 2003. Chez les consommateurs de drogue, la diminution a été particulièrement forte avec une stabilisation des nouveaux cas depuis 1998. Depuis lors, malgré une légère hausse entre 2001 et 2003, on constate une baisse progressive jusqu'en 2006.

^a Source : OFSP, Division épidémiologie et maladies infectieuses, Monsieur Gebhardt.

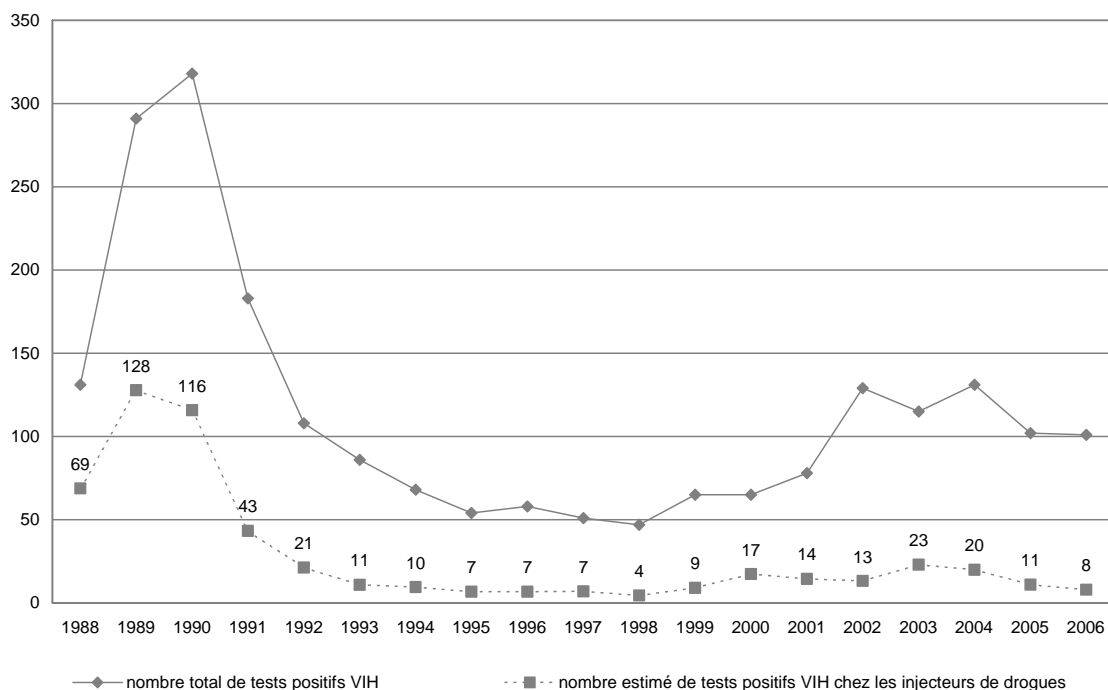
^b Il faut noter que, sur les conseils de l'OFSP, nous avons utilisé cette année des estimations basées sur les déclarations complémentaires des médecins relatives aux tests positifs enregistrés durant l'année (tests actuels) et non plus relatives aux premiers tests positifs. Ce changement entraîne, par rapport aux données présentées les dernières années, un accroissement du nombre estimé de tests positifs chez les consommateurs de drogue à la fin des années 80 et au début des années 90, ainsi que de très faibles variations par la suite.

Figure 2-7 Evolution du nombre total de tests positifs au VIH dans la population générale et du nombre estimé de tests positifs au VIH chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en Suisse, selon l'année de déclaration, de 1988 à 2006, (Source : OFSP)



Les tendances observées pour le canton de Vaud sont similaires (Figure 2-8). Le nombre total de tests positifs, comme le nombre estimé pour les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, a diminué depuis 1991 jusqu'en 1998 pour remonter jusque vers 2003 avec ensuite une nouvelle baisse surtout marquée chez les consommateurs de drogues.

Figure 2-8 Evolution du nombre total de tests positifs au VIH dans la population générale et du nombre estimé de tests positifs au VIH chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans le canton de Vaud, selon l'année de déclaration, de 1988 à 2006 (Source : OFSP)



Hépatite B^a

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

En Suisse, la déclaration par les médecins des cas d'hépatites B aiguës nous renseigne sur les principaux facteurs de risque impliqués dans la transmission du VHB. Pour l'ensemble de la Suisse, le nombre annuel total de cas d'hépatites B aiguës a diminué de deux-tiers au cours d'une décennie (annexe 7.1 page 99). Cette diminution est surtout attribuable à l'impressionnante chute du nombre de cas d'hépatites B aiguës parmi les personnes qui s'injectent des drogues, qui est passé de 229 en 1990 à 12 en 2003 et à 0 en 2006. Dans le canton de Vaud, le nombre de cas d'hépatites B aiguës déclarés n'a d'abord pas diminué et l'injection de drogues représentait en 1998 la principale voie d'infection^c (annexe 7.1 page 99). Cela n'est toutefois plus le cas depuis 2000, puisque l'injection de drogues était désormais associée à moins d'un quart des cas recensés entre 2000 et 2003, pour passer à zéro cas de 2004 à 2006.

Hépatite C^d

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

En Suisse, la déclaration par les médecins des cas d'hépatite C aiguë nous renseigne sur les principaux facteurs de risque impliqués dans la transmission du VHC. Le nombre de cas d'hépatite C aiguë documentés ne représente qu'une infime minorité des nouvelles infections par le VHC qui surviennent chaque année, mais cela ne devrait pas affecter la répartition des principaux facteurs de risque impliqués. Depuis 1993, le nombre de cas d'hépatite C aiguë documentés en Suisse était relativement stable, avec toutefois une légère hausse entre la fin des années 90 et le début des années 2000 et un pic en 2002 (cf. annexes 7.1 page 99). Depuis 2003 on assiste à une baisse sensible des cas. Pour l'ensemble de la Suisse, chaque année depuis 1993 l'injection de drogues est associée à 60% ou plus des cas d'hépatite C aiguë déclarés (73% en 2003). Dans le canton de Vaud, on observe les mêmes tendances : l'injection de drogues est fortement associée aux hépatites C aiguës déclarées (cf. annexes 7.1 page 99). Toutefois, depuis 2002, on constate, là aussi, une baisse du nombre et de la proportion liée à l'injection de drogues.

Le test permettant le diagnostic d'une infection par l'hépatite C n'est disponible que depuis 1990. Dans le cadre d'un dépistage, il permet de détecter des personnes infectées qui sont asymptomatiques. Dans ce contexte, le test ne permet pas de connaître le moment précis où l'infection a été contractée. Entre 1996 et 1999, pour l'ensemble de la Suisse, le nombre estimé de personnes apprenant qu'elles sont infectées par le virus de l'hépatite C^e a augmenté, ce qui peut être un effet du dépistage plus fréquent de cette maladie (2'514 en 1996 versus 2'874 en 1999) (cf. annexes 7.1 page 99). En 2000, ce nombre est revenu à la valeur antérieure et a diminué pour atteindre 1'704 cas en 2006.

^a Source : OFSP, Division épidémiologie et maladies infectieuses, Madame Masserey.

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

^c Les fluctuations du nombre de cas d'hépatites B aiguës dans le canton de Vaud doivent être interprétées avec prudence, compte tenu du faible nombre de cas.

^d Source : OFSP, Division épidémiologie et maladies infectieuses, Madame Masserey.

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

Pour le canton de Vaud, le nombre de personnes pour lesquelles une infection a été mise en évidence oscille entre 207 (1996) et 310 (2001) cas par an, pour diminuer ensuite en-dessous de 200 cas par an en 2005 et 2006.

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

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

• Structures d'accueil bas seuil	ÉTUDE BAS SEUIL auprès de la clientèle des structures à bas seuil d'accès (cf. 2.3)
• Traitements résidentiels	STATISTIQUE FOS statistique des usagers des structures résidentielles (cf. 2.5.2)
• Traitements méthadone	STATISTIQUE MÉTHADONE statistique des consommateurs suivant un traitement à la méthadone (cf. 2.5.1)

Tableau 2-5 Données sur la séroprévalence rapportée au VIH et aux hépatites auprès de diverses sous-populations de consommateurs de drogues dans le canton de Vaud (1996-2006)

	% testés VIH	% VIH+	% testés hépatite B	% hépatite B+	% testés hépatite C	% hépatite C+
Étude Bas seuil						
SBS 1996	99	11	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
SBS 2000	92	7	78	36	70	58
SBS-VD 2004	90	10	72	28	68	55
SBS 2006	92	8	78	13	77	45
Statistique FOS						
FOS 2001	70	13	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
FOS 2002	86	8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Act-Info 2003	88	8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Act-Info 2004	94	12	n.d.	n.d.	89	46
Act-Info 2005	93	6	n.d.	n.d.	87	38
Statistique Méthadone						
METHA 2001	63	13	59	36	62	58
METHA 2002	64	14	61	33	63	56
METHA 2003	63	14	60	35	63	57
METHA 2004	63	14	59	35	63	59
METHA 2005	61	15	57	35	62	59

Chez les consommateurs en traitement de substitution, le taux de séroprévalence rapportée au VIH est de 15% en 2005 (13% en 2001).

La proportion d'usagers des SBS rapportant un test positif au VIH, qui avait baissé entre 1996 et 2000 (18% des personnes testées se déclaraient séropositives en 1993, 11% en 1996 et 7% en 2000), a connu une augmentation entre 2000 et 2004 et atteint 10%. Elle retombe à 8% en 2006. Dans les 10 dernières

années, nous observons donc peu d'évolution du VIH avec un taux de prévalence rapportée proche de 10%. La proportion de personnes séropositives est cependant nettement plus élevée à Lausanne, où 16% des personnes testées rapportent être séropositives. Parmi elles, 53% (7 personnes) suivent un traitement aux anti-rétroviraux.

En ce qui concerne les hépatites, les données à disposition montrent une diminution du développement des hépatites chez les consommateurs de drogues fréquentant les SBS : pour l'hépatite C la prévalence rapportée était de 55% en 2004 et de 45% en 2006, pour l'hépatite B elle est passée de 36% en 2000 à 13% en 2006. Les prévalences rapportées par les médecins prescripteurs dans la statistique des traitements à la méthadone^a restent par contre stable et à un niveau plus élevé : près de 60% des consommateurs testés rapportent un test positif à l'hépatite C, 35% à l'hépatite B.

2.4.3 Caractéristiques démographiques et sociales des consommateurs de drogues

Résumé Les femmes sont très peu nombreuses dans les SBS de Lausanne. Par contre, elles sont relativement plus nombreuses dans le résidentiel ou à suivre un traitement de substitution. En dehors de Lausanne, elles sont proportionnellement plus nombreuses dans les centres d'accueil.

L'âge moyen a augmenté dans toutes les catégories de structures à l'exception du résidentiel où il marque une diminution entre 2004 et 2005.

La situation sociale liée au logement est très variable au cours du temps et selon les statistiques. La proportion de personnes sans domicile fixe reste cependant relativement stable. La proportion de personnes sans emploi est très élevée, particulièrement dans la population qui fréquente les centres à bas seuil. Le recours aux assurances et à l'assistance sociale est stable et élevé.

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

• Structures d'accueil bas seuil	ÉTUDE BAS SEUIL auprès de la clientèle des structures à bas seuil d'accès (cf. 4.4)
• Traitements résidentiels	STATISTIQUE FOS statistique des usagers des structures résidentielles (cf. 2.5.2)
• Traitements méthadone	STATISTIQUE MÉTHADONE statistique des consommateurs suivant un traitement à la méthadone (cf. 2.5.1)
• Unité de sevrage	STATISTIQUE OPALE À LA CALYPSO ^b statistique des consommateurs suivant un sevrage à la Calypso (cf. 4.3)

On constate dans le Tableau 2-6 que la proportion de femmes varie dans les différentes structures, et est un peu plus élevée dans le résidentiel. Elle est en diminution constante dans les SBS entre 1996 et 2006.

L'âge moyen est un peu plus élevé chez les usagers suivant un traitement à la méthadone (37.1 ans en 2005, versus 35.2 dans l'enquête SBS de 2006 et 29.6 dans les structures résidentielles en 2005). D'une manière générale, l'âge moyen augmente au cours des années dans toutes les structures de prises en charge à l'exception du résidentiel. En effet, en 2006, l'âge moyen diminue légèrement dans ces institutions par rapport aux années précédentes.

L'augmentation de l'âge moyen (31.1 ans en moyenne en 1997, 37.1 ans en 2005) dans la statistique des traitements à la méthadone suggère que les patients en traitement formeraient une cohorte vieillissante.

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

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

La situation du logement des consommateurs de drogue varie fortement selon les statistiques et les années. Ainsi, les personnes sans domicile fixe formaient 15% de la clientèle des SBS en 2004 et 7% en 2006. 13% de la clientèle des résidentiels, mais seulement 2% des patients en traitement de substitution étaient dans cette même situation en 2005.

Tableau 2-6 Données socio-démographiques de diverses sous-populations de consommateurs de drogues dans le canton de Vaud (1996-2006)

	% Femme	Âge moyen	% sdf	% Sans emploi	% AI, AVS, chômage	% Assistance publique	Revenu illégal
Bas seuil							
SBS 1996	48	29.2	**14	85	38	47	14
SBS 2000	33	30.7	7	82	35	51	12
SBS 2004	31	33.6	15	72	31	54	12
SBS 2006	27	35.2	7	85	40	52	13
Résidentiel							
FOS 1999	32	27.8	11	63	8	*38	11
FOS 2000	36	28.2	8	61	4	*30	13
FOS 2001	31	28.9	8	62	4	*39	18
FOS 2002	34	29.3	3	83	11	*58	19
Act-info 2003	33	31.0	9	81	20	63	
Act-info 2004	34	32.1	9	75	11	67	
Act-info 2005	33	29.6	13	76	11	61	
Méthadone							
Méthadone SSP 2001	33	33.4	2	57	24	29	
Méthadone SSP 2002	31	34.3	2	62	29	29	
Méthadone SSP 2003	31	35.3	2	65	30	29	
Méthadone SSP 2004	31	36.0	2	71	21	23	
Méthadone SSP 2005	32	37.1	2	65	24	30	
Calypso							
OPALE 1999	29	29.8	8	78			
OPALE 2000	29	29.6	3	79			
OPALE 2001	29	30.6	4	65			
Act-Info 2004	29	33.3	5	n.d			
Act-Info 2005	33	32.4	5	n.d			
Act-Info 2006	25	33.8	4	n.d			

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

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

L'accès au travail est resté très faible dans les SBS (85% sans emploi en 1996 et en 2005) et s'est péjoré chez les personnes en traitement de substitution (57% en 2001 et 65% en 2005). Chez les personnes en séjour résidentiel, le pourcentage de personnes sans emploi durant le mois précédant l'admission est plus élevé en 2006 qu'en 2001. Le recours aux assurances (AI, chômage) et à l'aide sociale se stabilise, mais est plus important pour les usagers des SBS (52% des usagers des SBS bénéficient de l'assistance publique en 2006 et 40% d'une assurance sociale versus 30% et 24% chez les usagers suivant un traitement à la méthadone en 2005).

Les personnes en traitement à la méthadone représentent une population plus âgée, avec une situation sociale moins précaire que les personnes toxicodépendantes entrant en résidentiel ou dans les SBS.

2.5 ÉVOLUTION DES PRISES EN CHARGE ET DES TRAITEMENTS

Résumé Le nombre de traitements à la **méthadone (statistique du Service de la santé publique)** qui avait fortement augmenté entre 1990 et 1997 diminue depuis régulièrement dans le canton de Vaud: il était de 1'646 en 2005 contre 1'782 en 2001. Ce fléchissement est aussi observé au niveau national.

Le nombre de demandes d'un premier traitement a fortement diminué et s'élevait à 34 demandes en 2005.

Le nombre de **traitements résidentiels** a légèrement diminué et s'élève à environ 110 entrées en séjour par an (142 entrées en 2001). On note un problème de sous-occupation dans 2 institutions résidentielles sur trois en 2006.

Le nombre de personnes n'ayant jamais eu un traitement avant de débiter une cure de méthadone ou un séjour résidentiel a fortement diminué (environ 5% dans chacune des deux statistiques).

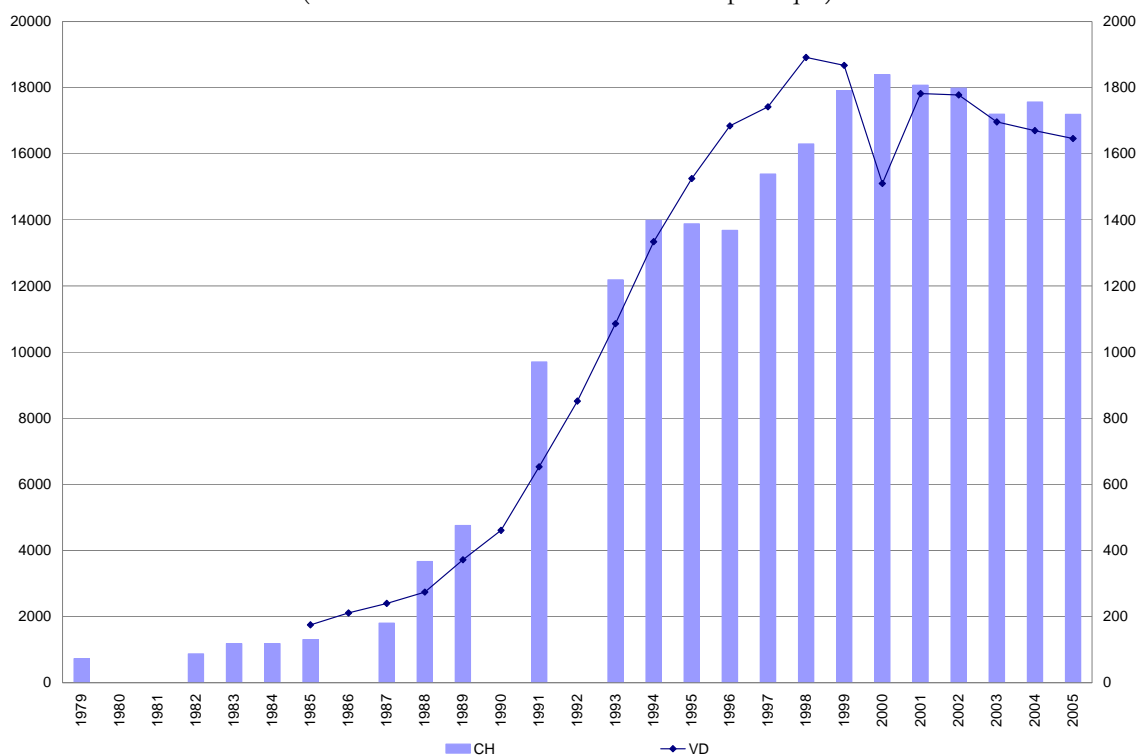
On observe une augmentation du nombre d'admissions dans les institutions psychiatriques comportant un diagnostic de consommation/dépendance à l'héroïne et/ou à la cocaïne.

2.5.1 Traitements de substitution à la méthadone

Nombre de traitements à la méthadone en Suisse et dans le canton de Vaud

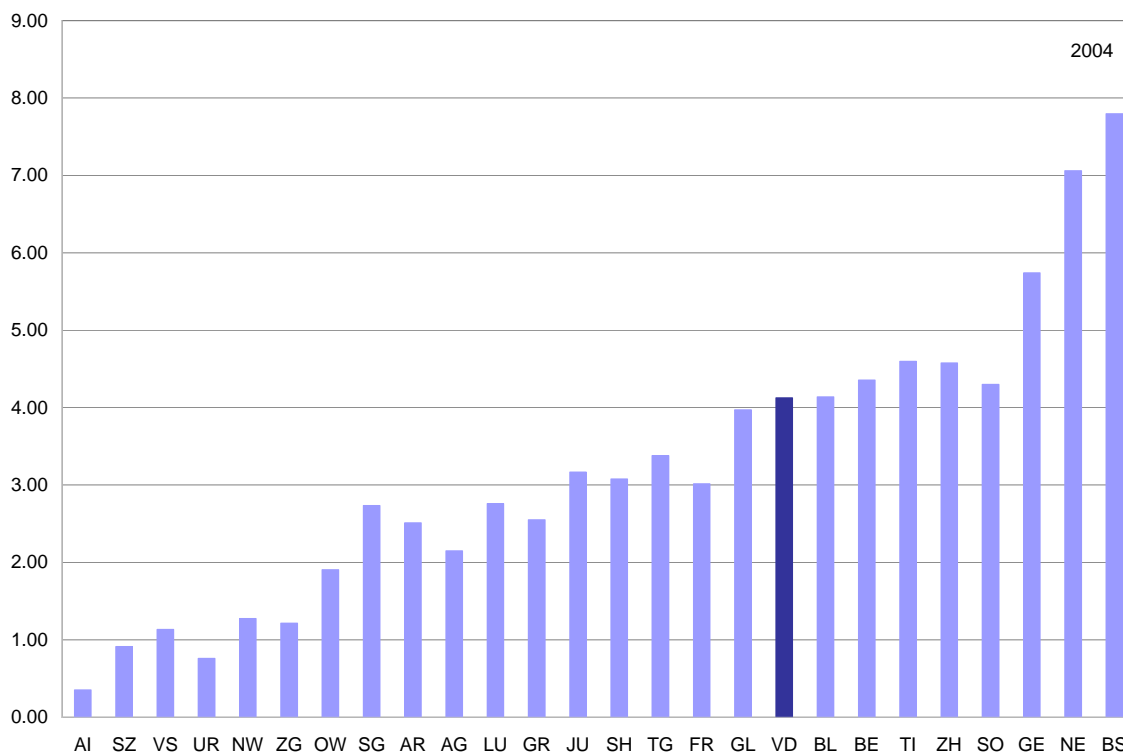
Le nombre de traitements de substitution à la méthadone en Suisse a considérablement augmenté à la fin des années 80 et au début des années 90^s. Il est ainsi passé d'un peu moins de 2'000 traitements en 1987 à près de 14'000 en 1994. Cette augmentation a été suivie d'une période de stabilité jusqu'en 1996. Celle-ci était sans doute due au développement de la prescription médicale d'héroïne. Dès 1997, le nombre de traitements à la méthadone a repris une tendance à la hausse et ce sont 18'393 traitements qui ont été enregistrés en 2000. Depuis 2000, le nombre total de traitements est resté stable et s'élevait à un peu plus de 17'000 traitements en cours en 2005.

Figure 2-9 Nombre de traitements à la méthadone en Suisse et dans le canton de Vaud: 1979-2005 (Source : OFSP et Service de la santé publique)



Avec 1'670 traitements en 2004, le canton de Vaud représente 9.5% des traitements en Suisse, ce qui correspond à la proportion de la population vaudoise par rapport à l'ensemble de la population suisse. Si l'on calcule le nombre de traitements pour 1000 habitants de 20 à 64 ans, ce sont les cantons de Bâle-Ville, de Neuchâtel et de Genève qui affichent les taux les plus élevés (Figure 2-10). Le canton de Vaud est en 9^{ème} position.

Figure 2-10 Nombre de traitements pour mille habitants de 20-64 ans par canton, 2004
(Source : OFSP, 2004)



Evolution de la demande dans le canton

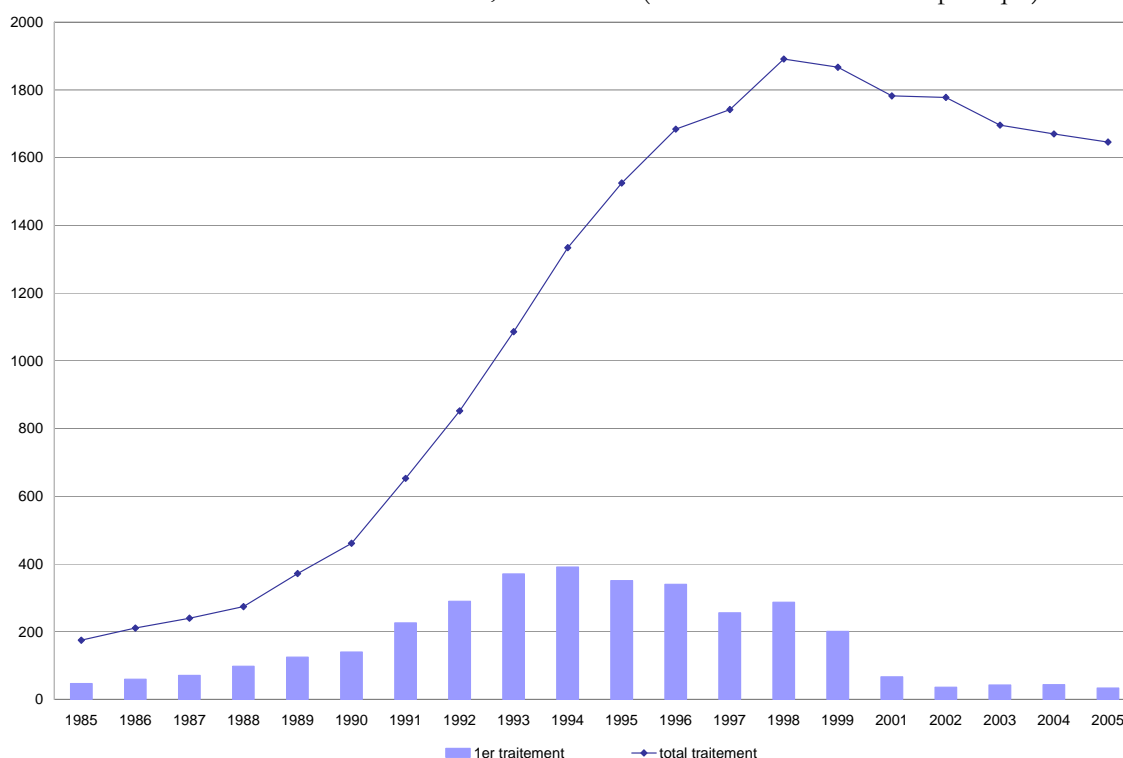
Le nombre de traitements à la méthadone dans le canton de Vaud a augmenté fortement au cours des années 90, passant de 461 traitements en 1990 à 1086 en 1993 pour atteindre 1891 traitements en 1998. Depuis, il s'est stabilisé et diminué même^a : 1778 traitements en 2002, 1696 en 2003 et 1646 en 2005. Entre le 1^{er} janvier 2001 et le 16 mai 2006 (date de l'extraction des données), 2529 personnes différentes ont eu une autorisation de traitement valable au moins 1 jour.

Un peu plus de 400 demandes d'entrée en traitement sont remplies chaque année. Celles qui concernent des personnes n'ayant jamais eu de traitement de substitution auparavant diminuent : pour la période 2001 à 2005, on dénombrait un total de 225 personnes débutant un traitement pour la 1^{ère} fois alors qu'elles étaient encore 201 dans ce cas pour la seule année de 1999 (cf. Figure 5-1). En 2005, seuls 34 patients sur 1646 (soit 2%) accédaient pour la première fois à un traitement de substitution^b.

^a Le résultat moindre de l'année 2000 résulte du passage au logiciel « Methadon » pour la gestion des traitements et ne doit pas être considéré dans l'appréciation de l'évolution du nombre de traitements.

^b Pour 2004 et 2005, respectivement 11 et 5 patients avaient une indication de traitement de substitution antérieure (date ou type de traitement) alors que la réponse à la question de savoir s'ils avaient fait un traitement antérieurement était « non ». Nous avons fait le choix de les exclure néanmoins des 1^{ers} traitements

Figure 2-11 Nombre de personnes débutant un traitement de substitution pour la première fois et nombre total de traitements, 1985-2005^a (Source Service de la santé publique)



Les autres demandes d'entrée en traitement correspondent pour environ 2/3 d'entre elles à un début de traitement pour des personnes ayant déjà eu recours à une prise en charge, y inclus les possibilités de sevrage ou de séjour résidentiel. Enfin, environ un tiers des demandes d'entrée sont remplies lorsque la gestion de la cure d'un patient est reprise par un nouveau médecin. Il ne s'agit donc pas réellement d'un nouveau traitement, mais d'une reprise sans qu'il y ait interruption.

Environ un tiers des traitements de substitution sont suivis par des femmes (cf. Tableau 2-7). L'âge moyen des femmes est inférieur d'une année à celui des hommes. Pour les deux sexes, l'âge moyen augmente au cours de la période étudiée : il passe chez les hommes de 33.7 ans en 2001 à 37.1 en 2005, chez les femmes de 32.6 à 36.1 ans.

Tableau 2-7 Nombre de traitements de substitution, proportion de femmes et âge moyen selon le sexe, 2001 à 2005 (Source SSP)

	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de traitements	1782	1778	1696	1670	1646
Proportion de femmes	32.2	31.6	31.1	31.1	31.5
Age moyen (ans)					
Hommes	33.7	34.6	35.3	36.1	37.1
Femmes	32.6	33.5	34.4	35.3	36.1
Age médian (ans)	33	34	35	36	37
Age min-max (ans)	16-63	17-65	18-66	17-77	18-68

^a Pas de données valides en 2000 en raison du changement de système de saisies.

L'âge médian augmente également d'un an par année, passant de 33 ans en 2001 à 37 ans en 2005. Le pourcentage de personnes de plus de 40 ans a doublé depuis 2001 et dépasse 30% en 2005. Parallèlement, la proportion des personnes de moins de 30 ans diminue de 38 à 20% (cf. en annexe Tableau 7-17).

Après avoir diminué entre 2000 (248 médecins) et 2002 (226 médecins), le nombre de médecins prescrivant de la méthadone semble s'être stabilisé depuis avec 228 médecins prescripteurs en 2005 (voir chapitre 5.3.4 pour plus de détails).

2.5.2 Traitements résidentiels (Act-info)

En 2003, la documentation nationale sur les établissements résidentiels a changé de nom pour s'appeler Act-info FOS. Elle est coordonnée par l'ISF de Zurich. Cet institut produit chaque année un rapport d'activité et publie les statistiques annuelles recueillies. En 2006, 56 établissements (sur les 65 enregistrés en Suisse) participaient à la statistique.

Au total, on dénombre environ 1500 places en institutions résidentielles en Suisse.

Evolution de la demande dans le canton

Le profil de l'ensemble de la clientèle des structures résidentielles participant à Act-info FOS est présenté ici au niveau cantonal.

Le canton comporte 3 structures résidentielles prenant en charge prioritairement des personnes connaissant un problème de dépendance : Le Levant, la Fondation Bartimée et le Foyer du Relais. Un peu plus de 100 personnes rentrent chaque année dans une de ces institutions résidentielles.

Entre 2000 et 2004, on notait un vieillissement de la population des structures résidentielles, passant d'un âge moyen de 28.2 à 32.1 ans. Or, cette clientèle apparaît un peu plus jeune en 2005 (29.6 ans). Les moins de 30 ans étaient 38% en 2004 (alors qu'ils étaient 63% en 2000) et 58% en 2005. La proportion de femmes dans les institutions est relativement stable au cours des années. Elles représentent un peu plus d'un tiers des effectifs. Elles sont un peu plus nombreuses au Levant (autour de 40%).

Tableau 2-8 Profil des entrées dans les institutions résidentielles de 2000 à 2002 (Source FOS) et de 2003 à 2005 (Source Act-Info)

	2000		2001		2002		2003 ¹		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	114		142		83		112		100		106	
Nombre de femmes	41	36	44	31	25	30	37	33	34	34	35	33
Age												
Age moyen	28.2		28.9		28.9		31.0		32.1		29.6	
Age médian	28.0		28.0		29.0		31.0		33.0		28.5	
15 à 20 ans	9	8	6	4	7	8	3	3	6	6	9	9
21 à 25 ans	31	27	33	24	14	17	16	14	10	10	21	20
26 à 30 ans	32	28	45	31	28	34	34	30	22	22	31	29
31 à 35 ans	37	34	31	22	24	29	34	30	36	36	24	23
36 ans et plus	15	13	27	19	10	12	25	22	26	26	21	20
Centre de traitement												
Foyer du Relais	27	24	37	26	37	45	29	26	13	13	17	16
Fondation Bartimée	16	14	34	24	12	14	18	16	24	24	29	27
Fondation du Levant	71	62	71	50	34	41	65	59	63	63	60	57

¹ Pour l'année 2002, un certain nombre de questionnaires d'entrée sont arrivés tardivement à Act-info et ont été comptabilisés en 2003

La durée du séjour varie fortement d'une structure à l'autre, notamment en raison des différences au niveau des programmes proposés. Ainsi, elle s'élève pour 2005 à 5.3 mois au Relais, à 8 mois à Bartimée^a et à 9.1 mois au Levant. De manière générale par rapport à 2003, les durées de séjour ont diminué, sauf au Relais.

La majorité des sorties fait suite à une fin régulière de traitement. Toutefois, on relève qu'il s'agit d'une « rupture explicite » dans un tiers des cas.

Deux institutions ont dû faire face à une sous-occupation durant l'année 2006 ; pour la Fondation Bartimée, la diversification de son offre lui a permis de garder un taux d'occupation élevé (voir chapitre 4.2 pour plus de détails).

2.5.3 Evolution de la demande dans les institutions psychiatriques vaudoises

Source des données et population étudiée

En 2002, le système informatique Axya a remplacé la statistique OPALE qui regroupait les statistiques des institutions psychiatriques vaudoises à l'exception du secteur Est^b. La gestion de cette statistique est conjointe pour les secteurs Nord/Centre/Ouest et permet d'obtenir des informations sur les patients par unité de soins, selon le(s) diagnostic(s) posé(s). Elle contient également une série d'autres variables médico-sociales sur l'insertion sociale des patients, la nature et les modalités du traitement, les réseaux de collaboration dans le système socio-sanitaire. Elle recense à la fois les admissions hospitalières et les admissions ambulatoires. Des problèmes de ressources humaines attachées à l'extraction et à la production de données ont fait qu'en 2002 et 2003 les données étaient trop lacunaires pour être analysées. Ce problème a été résolu et les données 2004 à 2006 sont donc disponibles et présentées ici. Vu les différences de collectes, les données de 2000 et 2001 ne sont présentées que pour le sexe et l'âge des patients et à titre indicatif.

Pour être incluses dans cette analyse, les admissions devaient comporter au moins un diagnostic de consommation et/ou dépendance à l'héroïne et/ou à la cocaïne dans l'un des 6 diagnostics d'entrée.

Nombre d'admissions hospitalières et diagnostics

Le nombre d'admissions en milieu hospitalier présenté ici n'englobe pas les admissions au centre de sevrage de la Calypso qui est décrit plus en détail dans le chapitre du suivi des structures spécialisées dans la prise en charge de personnes toxicodépendantes.

Le nombre d'admissions hospitalières comportant un diagnostic de consommation ou de dépendance à l'héroïne et/ou à la cocaïne enregistré par la statistique Axya est passé de 162 pour 2004 à 304 en 2006. La proportion de 1ères admissions dans l'ensemble des admissions est passée de 23 à 10% entre 2004 et 2006. Dans 8 cas sur 10, l'hospitalisation se fait en urgence.

Ces admissions correspondent à un total de 203 patients différents en 2006. L'âge moyen des patients augmente d'environ un an par année (32.7 à 34.9 en 2006 ans), avec un minimum de 15-16 ans et un maximum oscillant entre 51 et 84 ans. La proportion de femmes est stable autour de 40%.

Les diagnostics de consommation d'héroïne augmentent légèrement en 2006 et concernent près des deux tiers des admissions. Parallèlement, les diagnostics de cocaïne diminuent légèrement et passent de 60 à 54% des admissions entre 2004 et 2006. Les diagnostics conjoints de cocaïne et d'héroïne varient avec un maximum de 27% en 2005.

^a Données 2004 car en 2005 il n'y a eu que 2 sorties.

^b Dans le secteur Est, seule l'PUAS remplit la statistique OPALE et de façon indépendante.

Tableau 2-9 Nombre d'admissions et de patients par année comprenant une indication de toxicodépendance aux drogues dures, 2004-2006 (Source : Axya, hospitalisation hors Calypso)

	2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
Nb d'admission	162		142		304	
Nb 1ères admissions	37	23	30	21	29	10
Nb 1 ^{ère} hospitalisation	25	15	27	19	50	16
Degré d'urgence immédiat	125	77	109	77	241	79
Nb de patients différents	123		114		203	
% de femmes ¹	52	42	41	36	81	40
Âge moyen ¹	32.7		33.8		34.9	
Âge médian ¹	32.0		33.0		34.3	
Âge min-max	16-71		15-51		16-84	

¹ Calculé sur le total de patients

Les diagnostics de toxicodépendance aux drogues dures aggravés par un diagnostic parallèle de consommation et/ou dépendance à l'alcool sont en nette augmentation, passant de 4% des admissions en 2004 à 40% en 2006. Les diagnostics de cannabis et de benzodiazépines augmentent également mais de manière moins forte : 14 à 22% pour le cannabis et 10 à 18 % pour les benzodiazépines.

La poly-consommation (avec ou sans héroïne et cocaïne) augmente de manière importante ou est peut-être simplement mieux diagnostiquée.

Tableau 2-10 Admissions avec diagnostic de toxicodépendance aux drogues dures, 2004-2006 (Source : Axya, hospitalisation hors Calypso)

	2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
Total opiacé ou cocaïne	162		142		304	
Opiacé	97	60	92	65	194	64
Cocaïne	97	60	88	62	164	54
<i>dont opiacé et cocaïne</i>	32	20	38	27	54	18
Alcool	7	4	9	6	120	40
Cannabis	22	14	21	15	67	22
Benzodiazépine	16	10	17	12	54	18

Dans trois quart des admissions, il existe un autre diagnostic psychiatrique que la dépendance à une ou plusieurs substances. Les autres diagnostics psychiatriques les plus souvent mentionnés (cf. Tableau 7-4 en annexe) concernent les troubles de la personnalité et du comportement (39% en 2006), suivis des troubles de l'humeur.

Les admissions ont lieu essentiellement dans les services de psychiatrie dans les secteurs Centre, Nord et de l'Ouest (cf. Tableau 7-5 en annexe). Un quart des admissions hospitalières a lieu au service des urgences du CHUV. 3% des admissions hospitalières impliquant un diagnostic de toxicodépendance aux drogues dures ont lieu dans la structure des Tamaris à Cery, spécialisée dans les sevrages d'alcool.

Nombre d'admissions ambulatoires et diagnostics

Le nombre d'admissions ambulatoires avec au moins un diagnostic de consommation et/ou de dépendance aux drogues dures enregistré par la statistique Axya (excepté le Centre St. Martin et la Calypso qui sont repris plus en détail dans le chapitre concernant le suivi des structures spécialisées dans la prise en charge de personnes toxicodépendantes) était de 121 en 2004 et 185 en 2006. Ces admissions correspondent à un total de 114 patients différents en 2004 et 168 en 2006. Le nombre de 1^{ères} admissions diminue de 48 à 24% entre 2004 et 2006. Quant au degré d'urgence, il est immédiat dans 36% des admissions en 2006.

L'âge moyen des patients reste stable durant cette période (33-34 ans), avec un minimum de 15 ans et un maximum de 64 ans. Un tiers environ des patients sont des femmes (36% en 2006).

Tableau 2-11 Nombre d'admissions ambulatoires et de patients par année comprenant un diagnostic de toxicodépendance aux drogues dures, 2004-2006 (Source : Axya, ambulatoires hors CSM et Calypso)

	2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
Nb d'admission	121		120		185	
Nb 1 ^{ères} admissions	58	48	53	44	47	25
Degré d'urgence immédiat	48	40	38	32	67	36
Nb de patients différents	114		111		168	
% de femmes ¹	36	32	37	33	56	33
Âge moyen ¹	33.2		33.5		34.0	
Âge médian ¹	32.0		33.0		33.2	
Âge min-max	19-52		18-54		15-64	

¹ Calculé sur le total de patients

Le diagnostic de toxicomanie le plus fréquent concerne les opiacés (61% des admissions en 2006), mais en légère diminution. Les diagnostics concernant la cocaïne sont en légère augmentation (43% à 51% entre 2004 et 2006). Les admissions avec un diagnostic combiné de consommation de cocaïne et d'opiacés sont relativement rares mais en augmentation (12% en 2006). En 2006, dans 21% des cas, des diagnostics concernant l'alcool en plus de drogues dures sont présents.

Tableau 2-12 Admissions ambulatoires avec diagnostic de toxicodépendance aux drogues dures, 2004-2006 (Source : Axya, ambulatoires hors CSM et Calypso)

Produit impliqué	2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
Nb d'admissions	121		120		185	
Opiacé	78	65	81	68	113	61
Cocaïne	52	43	43	36	94	51
<i>dont opiacé et cocaïne</i>	9	7	4	3	22	12
Alcool	9	7	10	8	38	21
Cannabis	12	10	11	9	20	11
Benzodiazépine	6	5	11	9	20	11

Dans 60% des admissions, il existe un autre diagnostic psychiatrique que la dépendance à une ou plusieurs substances (cf. Tableau 7-6 en annexe) : les diagnostics psychiatriques les plus fréquemment associés sont les troubles de la personnalité et du comportement (37% des admissions en 2006).

La majorité des admissions ambulatoires avec un diagnostic de toxicodépendance aux drogues dures concerne les services de psychiatrie générale (cf. Tableau 7-7 en annexe), notamment le secteur Nord. Rappelons que dans ces secteurs, il n'existe pas de centre de traitement ambulatoire de type Centre St Martin à Lausanne et que les personnes présentant des problèmes de toxicodépendances sont le plus souvent prises en charge par des services généralistes ou des médecins praticiens.

2.6 ÉVOLUTION DES DÉNONCIATIONS

Résumé Le nombre de dénonciations est un indicateur indirect du nombre de consommateurs, mais aussi de l'intensité de l'activité de la police. Le nombre total de dénonciations pour infraction à la Loi sur les Stupéfiants n'a cessé d'augmenter dans le canton de Vaud jusqu'en 2000, puis s'est stabilisé à environ 6'500 dénonciations par année. Depuis, le nombre de dénonciation a fortement diminué pour l'héroïne (de 1709 cas en 1999 à 545 cas en 2005). Pour les dénonciations concernant la consommation de cocaïne, on observe une baisse entre 2003 et 2005 (de 1497 à 1048). Finalement, les saisies d'héroïne varient fortement d'une année à l'autre, alors que celles de cocaïne et de cannabis semblent en hausse.

Les Offices centraux de police criminelle de l'Office fédéral de la police établissent une statistique annuelle en collaboration avec les corps de police cantonaux et municipaux. Nous disposons pour l'ensemble de la Suisse et pour le canton de Vaud de données sur les dénonciations pour infractions à la Loi sur les Stupéfiants (LStup)¹⁰. Ces statistiques sont un reflet de l'ampleur de la consommation et du trafic de drogue, mais aussi de l'intensité de l'activité de la police. Comme on ne dispose pas d'indicateurs concernant cette dernière, il n'est pas possible d'apprécier dans quelle mesure les tendances observées pour les dénonciations correspondent effectivement à des variations en matière d'usage de drogue.

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

2.6.1 Dénonciations totales

Le nombre total (consommation, trafic et contrebande) de dénonciations pour infraction à la LStup a augmenté en Suisse depuis le milieu des années 70 jusqu'à la fin des années 90 (cf. Figure 2-12), puis il s'est progressivement stabilisé passant de 18'718 en 1990 à 45'726 en 1998 et 46'886 en 2003. Le nombre le plus élevé de dénonciations a été enregistré en 2002 avec près de cinquante mille cas (49'201).

Le taux de premières dénonciations est généralement de l'ordre de 40-45%. Seule exception, la période 1994-1998 où ce taux était systématiquement plus bas. En 2003, 18'814 premières dénonciations ont été enregistrées.

L'évolution des dénonciations pour infraction à la LStup dans le canton de Vaud connaît une dynamique similaire à celle qui peut être observée au niveau national : augmentation jusqu'à la fin des années 90, puis stabilisation progressive aux environs de 6'500 cas par année (Figure 2-13). La part des premières dénonciations a généralement légèrement augmenté, avec une récente baisse en 2003.

Figure 2-12 Evolution du nombre total de premières dénonciations, des dénonciations répétées et du pourcentage de premières dénonciations par rapport à l'ensemble des dénonciations pour infraction à la LStup, de 1987 à 2005 en Suisse (Source : OFP)

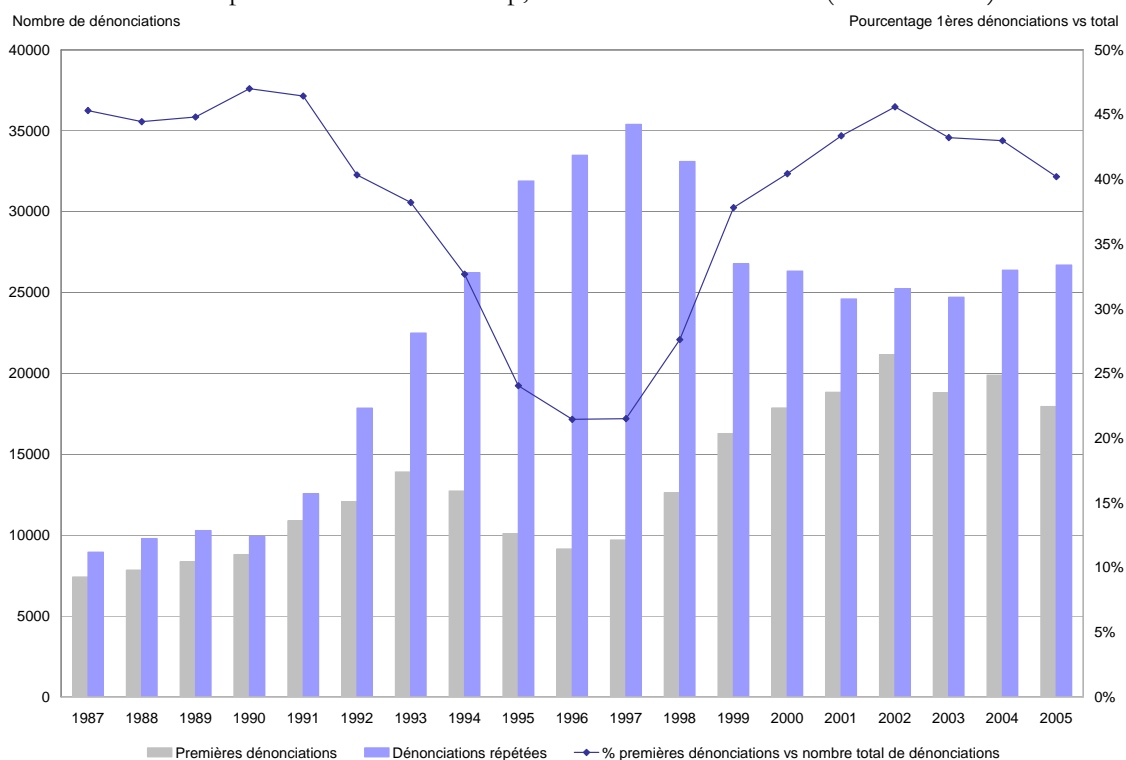
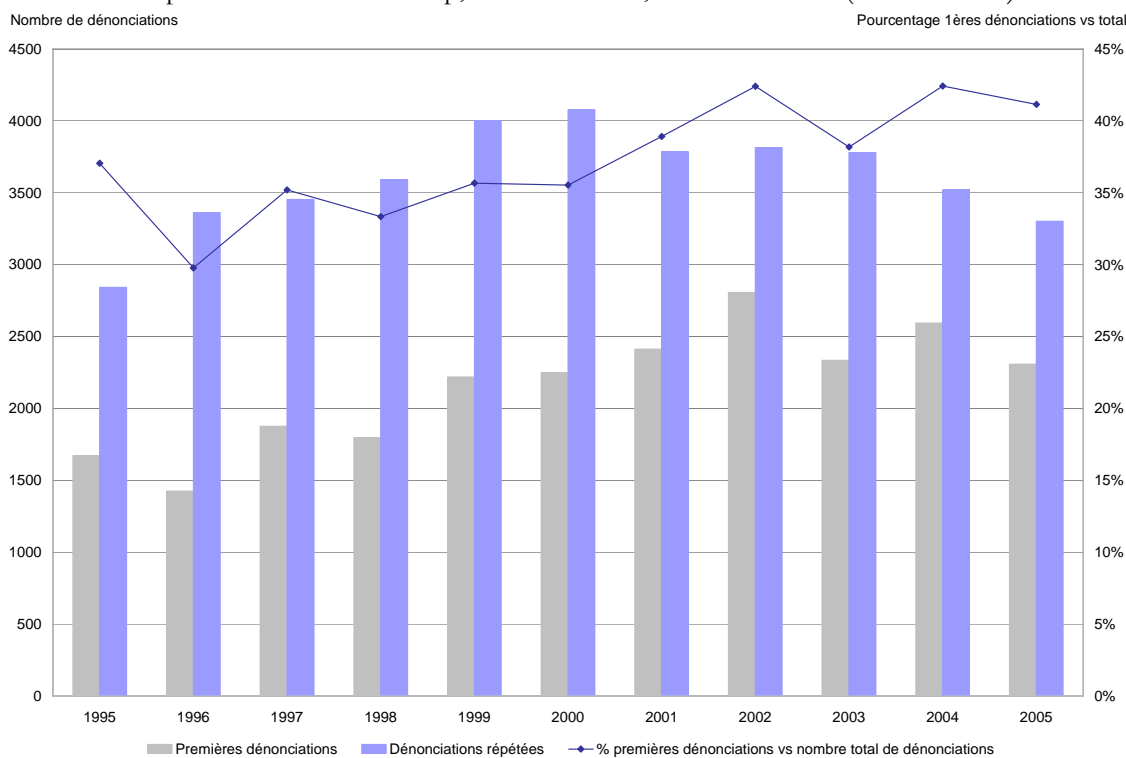


Figure 2-13 Evolution du nombre total de premières dénonciations, des dénonciations répétées et pourcentage de premières dénonciations par rapport à l'ensemble des dénonciations pour infraction à la LStup, de 1995 à 2005, canton de Vaud (Source : OFP)



Dénonciations pour consommation

Le nombre de dénonciations pour consommation dans le canton de Vaud a augmenté jusqu'en 1999 et s'est stabilisé par la suite aux environs de 5'500 cas par an, à l'exception de l'année 2002 (6'090). La proportion de dénonciations pour consommation dans le canton est stable et se situe entre 84% et 89% de l'ensemble des dénonciations pour infraction à la LStup. Ce taux est légèrement supérieur au taux national (80%-81%).

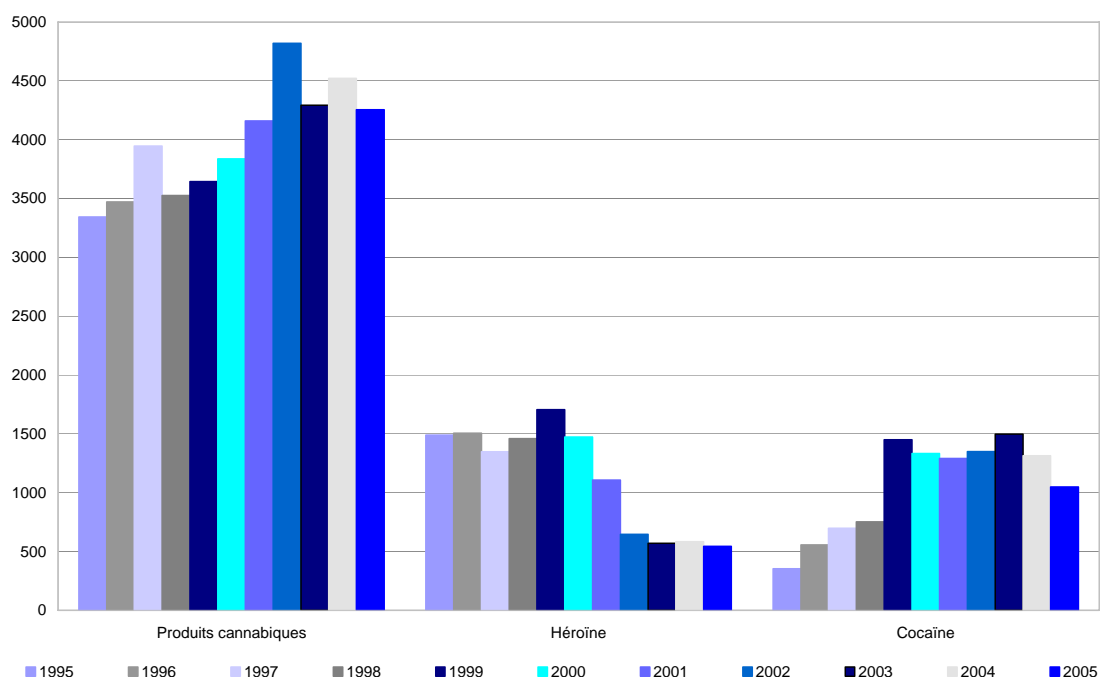
Tableau 2-13 Nombre de dénonciations pour consommation et dénonciations totales dans le canton de Vaud 1995-2005, (Source : OFP)

Année	Dénonciations pour consommation	Dénonciations totales	% dénonciations pour consommation
1995	3870	4517	86
1996	4113	4785	86
1997	4609	5330	86
1998	4530	5389	84
1999	5407	6307	86
2000	5571	6522	85
2001	5561	6427	87
2002	6090	6908	88
2003	5525	6386	87
2004	5625	6432	87
2005	5241	5884	89

La Figure 2-14 présente le nombre de dénonciations de consommateurs de stupéfiants d'après les produits consommés. Les dénonciations pour consommation de produits cannabiques (haschisch et marijuana cumulés) constituent la part la plus importante, entre 50% et 65% du total de ce type de dénonciations. Elles sont en augmentation depuis l'année 1998 et ont atteint un pic à 4'819 cas en 2002. À l'inverse, les dénonciations pour consommation d'héroïne sont en baisse depuis 2000 et ne représentaient plus que 569 cas en 2003. Quant aux dénonciations liées à la consommation de cocaïne, elles connaissent une autre évolution puisqu'elles ont brusquement doublé entre 1998 (753) et 1999 (1449) et se sont maintenues à ce niveau depuis (1497 cas en 2003). Elles ont à nouveau baissé en 2005.

L'évolution générale des dénonciations pour consommation de stupéfiants dans le canton de Vaud est donc relativement stable depuis 1999. Cette stabilité est toutefois trompeuse puisque les substances incriminées changent. Ainsi, le nombre de dénonciations pour consommation de produits cannabiques est en hausse, celui pour consommation de cocaïne est relativement stable et celui pour consommation d'héroïne est en nette diminution.

Figure 2-14 Evolution du nombre de dénonciations^a pour consommation de stupéfiants d'après les produits consommés dans le canton de Vaud de 1995 à 2005 (Source : OFP)



2.6.2 Saisies

Le nombre de saisies de stupéfiants, ainsi que les quantités séquestrées renseignent indirectement sur la quantité de substances qui circule, mais sont aussi évidemment le reflet de l'intensité de l'activité policière et judiciaire. Les données qui concernent le canton de Vaud entre 1999 et 2003 indiquent une assez grande stabilité au niveau du nombre total de ces saisies. La ventilation des saisies par types de produits montre toutefois une croissance du nombre de cas liés au cannabis (plus de 3'000 par année), une stabilisation de ceux liés à la cocaïne (environ 400 cas par année) et une diminution de moitié de ceux liés à l'héroïne (environ 300 cas par année actuellement). Quant aux quantités saisies, elles varient évidemment en fonction de l'ampleur des trafics qui sont démantelés, ce qui explique le fait qu'aucune tendance nette ne puisse être dégagée. En 2003, sur la base des données de la police fédérale^b, ce sont 1'653 kg et 3670 plants de cannabis, 7 kilos de haschisch, 9 kilos d'héroïne et 10 kilos de cocaïne qui ont été saisis dans le canton de Vaud.

2.7 SYNTHÈSE À PARTIR DES INDICATEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

2.7.1 Rappel méthodologique

La synthèse des informations rassemblées dans ce chapitre épidémiologique permet d'émettre des hypothèses sur l'évolution du nombre de consommateurs de drogues et de la gravité des problèmes liés

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

^b Les données concernant les saisies ne coïncident pas entre la statistique fédérale et la statistique vaudoise qui, elle-même, n'est pas concordante d'une année à l'autre. Nous avons choisi, en accord avec un collaborateur de la police cantonale, les données fédérales parce que cette statistique est la plus ancienne et qu'elle devrait être la plus fiable.

à la consommation dans le canton de Vaud. Un tableau de synthèse est proposé à la fin de ce chapitre ; il présente les hypothèses de changement depuis les données du dernier rapport, soit depuis 2002-2003.

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

2.7.2 Synthèse des principaux indicateurs

Evolution de la prévalence et des modes de consommation

Les résultats des diverses enquêtes chez les écoliers, les apprentis et dans la population adulte mettent à jour une diminution de la consommation de cannabis après des années d'augmentation. La consommation régulière d'alcool et de tabac chez les écoliers est aussi en baisse. Pour ces trois substances toutefois, la prévalence reste relativement élevée.

S'agissant des autres substances, on observe que la consommation d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy reste relativement stable à un niveau faible chez les écoliers en fin de scolarité, alors que la consommation de colle et solvants, qui était un peu plus importante, a diminué.

Les enquêtes auprès de la clientèle des SBS indiquent une stabilisation de la consommation de l'héroïne et de la cocaïne chez les consommateurs dépendants. La tendance à la baisse de la proportion d'injecteurs parmi la clientèle des SBS constatée depuis plusieurs années se poursuit ; toutefois la fréquence d'injection chez les consommateurs par injection augmente.

Les autres indicateurs, mesurant indirectement le nombre de consommateurs, donnent une image parfois contrastée :

- Les statistiques de répression montrent une diminution des dénonciations pour consommation d'héroïne et de cocaïne. Rappelons toutefois que ces statistiques sont aussi un indicateur de l'activité de la police qui peut avoir changé sa pratique.
- Le nombre de traitements de substitution diminue, de même que le nombre de personnes qui entament un séjour résidentiel. Les centres d'accueil à bas-seuil continuent à voir arriver de nouveaux usagers. On observe parallèlement une augmentation du nombre d'admissions dans les institutions psychiatriques non spécialisées dans la toxicodépendance.
- Les statistiques d'entrée en traitement de substitution et les enquêtes effectuées dans les structures à bas seuil montrent une augmentation de l'âge moyen des consommateurs. Cela peut indiquer une diminution de l'entrée en dépendance, mais aussi une augmentation de la rétention en traitement (cohorte vieillissante). Le secteur résidentiel connaît toutefois une légère diminution de l'âge moyen des résidents ce qui suggère une orientation ou une prise en charge relativement précoce et orientée vers l'abstinence des consommateurs.
- Le nombre de sevrage reste stable et on observe un rallongement de la durée de séjour, avec pour corollaire une diminution des interruptions de sevrage au cours de la première semaine du séjour.
- Le nombre de personnes n'ayant jamais eu un traitement avant de débiter une cure de méthadone ou un séjour résidentiel a fortement diminué (environ 5% dans chacune des deux statistiques).
- En matière de matériel d'injection stérile, on observe une diminution progressive du nombre d'unités remises jusqu'à la fin de l'année 2005. On note une relative stabilisation autour de 9'000 seringues remises par mois en 2006.

Cette lente amélioration globale de la situation de la consommation des drogues dures ne doit toutefois pas faire oublier différents aspects problématiques constatés par ailleurs dans le suivi des structures :

- Le nombre d'entrées en résidentiel diminue légèrement et on observe une importante diminution de la durée des séjours ce qui entraîne une sous-occupation de certaines institutions.
- Les personnes en traitements de substitution sont relativement nombreuses à consommer parallèlement à leur traitement.
- L'augmentation de la fréquence d'injection chez un sous-groupe de consommateurs dépendants et la fréquence de l'utilisation de seringues déjà utilisées par d'autres consommateurs restent à un niveau élevé malgré la baisse constatée entre 2004 et 2006.
- La proportion de femmes est très faible dans les structures à bas seuil de Lausanne (15%) ce qui pose la question de leur accès au matériel stérile pour celles qui consomment par injection. Par ailleurs, elles forment 35 à 45% des usagers des centres d'accueil hors Lausanne et un tiers des patients en traitement de substitution.
- On voit apparaître dans les centres de traitement ambulatoires des personnes concernées par des problèmes de cannabis et/ou de cocaïne mais sans dépendance à l'héroïne (près de 100 en 2006 dans les 3 centres de traitement du canton).
- Le projet Départ qui s'adresse aux jeunes de 12 à 18 ans connaît une forte demande de jeunes présentant des difficultés importantes alliant problèmes d'insertion/formation professionnelle et consommation de cannabis et d'alcool, plus rarement de cocaïne. Cette population est également connue dans les centres à bas-seuil en dehors de Lausanne, surtout à travers le travail de rue.

Santé

Dans le domaine de la santé, on observe une stabilisation de la situation :

- Les personnes dépendantes sont pour la plupart connues et suivies par le réseau médico-psycho-social. La philosophie de maintenance et de réduction des risques (pas d'exclusion automatique du traitement en cas de consommation parallèle et insistance sur la permanence du lien thérapeutique) est associée cependant, pour une minorité des personnes en traitement, à une persistance de risques dus à la consommation intraveineuse.
- Le nombre de décès liés à la drogue enregistrés dans le canton de Vaud a progressivement diminué entre 1994 et 2000 pour atteindre une dizaine de cas par année. L'année 2003 a connu un pic avec 21 décès enregistrés. En 2004 et 2005 le nombre de décès est redescendu en dessous de 15 pour remonter en 2006. Il faut toutefois rester très prudent dans l'interprétation de ces fluctuations en raison du faible nombre de cas.
- Le nombre de tests positifs au VIH a diminué en général et chez les personnes toxicomanes ; la prévalence rapportée du VIH dans les différentes structures d'aide et de traitement reste stable ce qui tend à confirmer l'hypothèse d'une cohorte vieillissante de consommateurs dépendants.
- Le dépistage plus systématique du VHC a confirmé une prévalence rapportée de l'hépatite C très élevée chez les consommateurs de drogues utilisant les SBS et/ou suivant un traitement à la méthadone. Une campagne de prévention et de sensibilisation à ce problème a démarré à la fin de l'année 2002 dans toutes les structures spécialisées du canton. On ne relève pas d'augmentation de la prévalence depuis 2003.
- La plupart des indicateurs d'exposition à un risque sanitaire indiquent une baisse ou une situation stable. L'exposition aux risques de transmission de maladies infectieuses par le partage de matériel d'injection a diminué: le partage de seringue, de cuillère, filtre, coton ou eau est inférieur au niveau de 2004. La fréquence d'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels est restée stable.

Les effets positifs des mesures de réduction des risques mises en place dans le canton depuis 10 ans commencent à apparaître. Toutefois, les fortes prévalences rapportées de VIH et des hépatites rendent nécessaires la poursuite des efforts dans ce domaine.

Situation sociale

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

- la situation du logement devient plus difficile, avec un nombre de consommateurs sans domicile fixe relativement stable, mais beaucoup de personnes en situation précaire. Cette situation risque encore de se dégrader compte tenu de l'état du marché du logement actuellement ;
- l'accès à l'emploi, et plus particulièrement l'emploi stable, reste très problématique pour une majorité de personnes toxicodépendantes ;
- le nombre de personnes bénéficiant des assurances sociales (AI, chômage) se stabilise, de même que le nombre de personnes bénéficiant de l'aide sociale/assistance publique.

Une majorité des consommateurs bénéficient du « filet de sécurité sociale » et, par conséquent, de la réduction des risques sociaux. Toutefois ces aides matérielles ne constituent pas une progression marquante de la réinsertion sociale des consommateurs dépendants, dans le monde du travail en particulier.

Tableau 2-14 Synthèse de l'évolution des principaux indicateurs indirects du nombre de consommateurs dépendants et de la gravité des problèmes liés à la dépendance¹ et hypothèses de changement entre 2002-2003 et 2004-2006

Indicateurs ²	Evolution	Hypothèses de changement	
		du nombre de consommateurs dépendants	de la gravité des problèmes liés à la dépendance
Nombre de dénonciations : héroïne cocaïne	↓ ↓	↓ ↓	↓ ↓
Age moyen des consommateurs résidentiel	↗ ↓	→	0
Nombre de personnes en traitement : méthadone résidentiel	↓ ↓	↓ ↓	±
Nombre de 1er traitement	↓	↓	↓
Nombre de décès dus à la drogue	↘↗	±	±
Nouveaux cas de VIH	↗↓	0	↓
Hépatites C	↗↓	0	→
Exposition aux risques	↓	0	↓
Polytoxicomanie	↓	0	↓
Cocaïne	→	0	±
Consommation par injection	↓	0	↓
Fréquence d'injection	↗		↗
Insertion sociale : sans logement	→	0	→
Insertion sociale : sans travail assurance et aide sociale	↗ →	0	↗ →

Légende	↗ augmentation ↓ diminution → stabilité	± indicateur incertain ↗ indicateur en faveur d'une augmentation ↓ indicateur en faveur d'une diminution → indicateur en faveur d'une stabilisation 0 indicateur non pertinent
---------	---	--

¹ **Explication du tableau :**
 Les données épidémiologiques sont résumées par les tendances qui se dégagent des principaux indicateurs (deux premières colonnes). Ne disposant pas d'indicateurs directs du nombre de consommateurs et de la gravité des problèmes liés à la consommation, les informations des deux premières colonnes sont utilisées et interprétées dans les deux dernières colonnes comme indicateurs indirects de ces deux phénomènes.

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

3 NOUVELLES DEMANDES DE PRISES EN CHARGE AVEC CONSOMMATION AUTRE QUE L'HÉROÏNE

Résumé Les personnes présentant une consommation/dépendance au cannabis et/ou à la cocaïne sans consommation d'héroïne sont essentiellement rencontrées dans les institutions psychiatriques généralistes (où elles représentent un tiers des admissions) et dans le cadre du projet Départ. Parmi les structures évaluées dans le cadre de ce mandat, le CSM semble être celle qui voit le plus de ces cas. En l'état des données des centres à bas-seuil, ces consommateurs paraissent relativement absents de ces structures. Néanmoins, EdS observe une augmentation des consommateurs de cocaïne parmi les nouveaux usagers.

Les équipes des centres à bas-seuil définissent les problèmes rencontrés par de plus jeunes consommateurs en termes d'insertion (professionnelle ou logement) ou de décalage par rapport à la société actuelle plutôt qu'en termes de consommation, comme si celle-ci n'avait pas encore un aspect prioritaire dans leur vie.

Dans les données du projet Départ et de la statistique Axya, la consommation de cannabis est souvent associée à des difficultés d'insertion sociale et de manque de formation ou d'activité professionnelle.

3.1 INTRODUCTION

Lors du précédent rapport, l'analyse de la consommation en milieu festif^a, montrait que certains usagers consommaient régulièrement du cannabis, de l'alcool et, dans une moindre mesure, de la cocaïne et de l'ecstasy. Par ailleurs, certains intervenants mentionnaient l'apparition de patients ne consommant que de la cocaïne et présentant un profil différent de celui des consommateurs « classiques », connus pour une dépendance à l'héroïne. Les questions qui se posaient alors étaient, d'une part, de pouvoir estimer l'évolution du nombre de ces consommateurs et, d'autre part, de regarder s'ils venaient consulter pour des problèmes liés à leur consommation dans l'une ou l'autre institution du réseau médico-social.

Trois statistiques contiennent des données qui répondent partiellement aux questions posées : les nouvelles admissions dans les centres de traitement ambulatoire spécialisés dans la dépendance et les centres d'accueil, les données d'activité et de suivi du projet Départ et les données Axya concernant les admissions dans des institutions psychiatriques avec un diagnostic de consommation/dépendance à l'exception de l'héroïne.

3.2 CENTRES DE TRAITEMENT AMBULATOIRE SPÉCIALISÉS DANS LA DÉPENDANCE

Un tiers environ de l'ensemble des admissions dans les centres de traitement ambulatoire comporte un diagnostic de consommation et/ou de dépendance à la cocaïne et/ou au cannabis à l'exception de diagnostic de consommation/dépendance à l'héroïne. Ceci représente un total de 95 patients sur près de 300 cas. Un quart des admissions enregistrées en 2006 (cf. Tableau 3-1) concerne des patients ayant un diagnostic de consommation et/ou de dépendance à la cocaïne. Dans 15% des admissions ne comportant pas de diagnostic de consommation/dépendance à l'héroïne, une toxicomanie au cannabis est indiquée.

Si l'on considère les 95 admissions mentionnées, le diagnostic de consommation/dépendance à la cocaïne figure le plus souvent seul ; dans 12% des admissions toutefois il est accompagné d'un diagnostic de consommation de cannabis, dans 13% l'alcool est également mentionné et dans 8% des admissions, les 3

^a Cette étude fait l'objet d'un rapport séparé, Raisons de santé no 108, téléchargeable sur www.iumsp.ch/.

substances figurent. Un diagnostic de consommation/dépendance au cannabis seul (19% des admissions) ou en combinaison avec l'alcool (7% des admissions) est moins fréquent.

Tableau 3-1 Nombre d'admissions ayant un diagnostic de consommation et/ou de dépendance au cannabis ou à la cocaïne (admissions sans consommation d'héroïne), 2006
(Source : Axya et Opale)

	Total		CSM		UAS		Azimut	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nombre d'admissions	296		179		86		31	
Total admission avec cocaïne ou cannabis	95	32	61	34	28	33	6	19
Combinaison de produits								
Cocaïne seule	39	41	20	33	16	57	3	50
Cannabis seul	18	19	13	21	4	14	1	17
Cocaïne cannabis	11	12	10	16	1	4	0	
Cocaïne cannabis alcool	8	8	8	13	0		0	
Cocaïne alcool	12	13	6	10	5	18	1	17
Cannabis alcool	7	7	4	7	2	7	1	17
Total cocaïne	70	24	44	25	22	26	4	13
Total Cannabis	43	15	35	20	6	7	2	6

L'âge moyen de ces consommateurs est de 30.4 ans (médiane à 28 ans). Les femmes forment 21% des effectifs (cf. Tableau 7-8 en annexe).

3.3 PROJET DÉPART^a

194 demandes concernant des jeunes de 12 à 20 ans présentant des difficultés incluant une consommation de cannabis et/ou d'alcool ont été adressées à Départ, entre 2004 et 2006.

Parmi les jeunes vus à DEPART (N=194), 86 jeunes ont eu l'occasion de remplir un questionnaire d'évaluation (DEP-ADO) portant sur les modes de consommation de substances et permettant d'évaluer la gravité de la consommation.

Tableau 3-2 Substances consommées selon le questionnaire DEP-ADO, 2004-2006 (n=139)

	Pas le dernier mois		Le WE ou 1 à 2 fois par semaine		3 à 6 fois par semaine		Quotidienne	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alcool	44	32	64	46	27	19	4	3
Cannabis	12	9	14	10	35	25	78	56
Cocaïne	131	94	2	1	4	3	2	1

^a Merci à Mathias Romailleur de l'équipe Départ pour les renseignements fournis.

Les deux substances les plus consommées par les jeunes pour lesquels le DEP-ADO a été rempli sont le cannabis et l'alcool.

Le cannabis est le plus souvent consommé quotidiennement (56%). La consommation de ce produit est plus élevée chez les jeunes de 17 ans et plus (64.4% vs 52.2%). L'âge du début de la consommation régulière de cannabis est situé entre 14 et 15 ans.

L'alcool est le plus souvent consommé durant les week-ends (64 %), souvent en fortes quantités (« binge drinking » / consommation d'au moins 5 verres au cours d'une même occasion). Durant les 30 jours précédant la passation de DEP-ADO, 30.2 % des jeunes disent avoir consommé 5 verres ou plus d'alcool lors d'une même occasion. Pour 57.7 %, l'âge du début de la consommation régulière d'alcool est situé entre 12 et 15 ans.

La consommation d'autres substances (telles que la cocaïne, les opiacés ou les amphétamines) n'est pas aussi élevée que celle de cannabis et d'alcool même s'il ne faut pas en minimiser l'importance. Ainsi, au cours des 12 derniers mois, 23.3 % des jeunes disent avoir pris entre 1 et 10 fois de la cocaïne. Le pourcentage est identique concernant les hallucinogènes.

Les conséquences négatives liées à la consommation des substances psychotropes les plus fréquemment citées sont par ordre d'importance :

- difficultés dans la famille (74.4 %) ;
- avoir dépensé trop d'argent pour s'en procurer (70.6 %) ;
- problèmes scolaires (68.2 %).

Les comorbidités sociales (rupture scolaire, précarité du lieu de vie, crise familiale, absence de projet de vie) et psychiatriques (troubles des conduites, anxiété, troubles de l'humeur ou troubles psychotiques) liées à un mésusage de substances psychoactives font fréquemment intervenir plusieurs personnes du réseau.

Au moment de la demande d'évaluation pour un jeune à DEPART, 58.8% des adolescents (pour lesquels il y a eu une évaluation et/ou un accompagnement) pouvaient être considérés comme étant en rupture scolaire ou professionnelle. A la fin du mois d'avril 2006, une évaluation de l'évolution de la situation socio-professionnelle durant le temps d'évaluation et/ou d'accompagnement à DEPART montre que 60.8% des jeunes sont désormais en formation (pré-apprentissage, apprentissage, collège, gymnase, etc.) alors que ce n'était le cas que pour 41.2% au moment de la demande initiale. Une partie du 39.2% de jeunes en situation d'échec a été orientée vers un suivi psychothérapeutique (ambulatoire – hospitalier) ou a été placée dans des centres de traitement résidentiels « adolescents » ou spécialisés en toxicodépendance.

Enfin, les situations qui n'ont pas donné lieu à une intervention ont été pour la plupart réorientées dans le réseau, généralement parce qu'elles se trouvaient en dehors du périmètre d'activités défini pour le projet (âge trop élevé, éloignement géographique, demande de sevrage, etc.).

Dans 70% des cas, le bilan tiré à l'issue du questionnaire DEP-ADO a été « feu rouge », c'est-à-dire une situation nécessitant l'intervention de spécialistes en raison de problèmes évidents. Dans 24% des cas, la situation présentait des problèmes en émergence avec une intervention souhaitable. Les jeunes adressés à DEPART avaient donc fait l'objet d'une orientation adéquate.

3.4 INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES

En 2006, dans les institutions psychiatriques (à l'exception des centres de traitement ambulatoire et de la Calypso), 26% des admissions (ambulatoires ou hospitalières) comportent un diagnostic de consommation et/ou dépendance à la cocaïne ou au cannabis, les admissions sans diagnostic d'héroïne (cf. Tableau 3-3). Ceci représente 228 hospitalisations et 200 suivis ambulatoires.

Si l'on considère ces admissions particulières, un diagnostic de consommation/dépendance à la cocaïne est présent dans 45% des hospitalisations et dans 35% des traitements ambulatoires ; le plus souvent il n'est pas assorti d'un autre diagnostic de dépendance. Toutefois, dans 4% des admissions on trouve une association de cocaïne et de cannabis et dans 8% des hospitalisations l'alcool s'ajoute à ces 2 produits. Un diagnostic de consommation/dépendance au cannabis est relevé plus fréquemment, soit dans 66% des hospitalisations et dans 71% des admissions ambulatoires. Dans un quart des hospitalisations et dans 13% des traitements ambulatoires, il est associé à l'alcool.

Tableau 3-3 Nombre d'admissions ayant un diagnostic de consommation et/ou de dépendance au cannabis ou à la cocaïne (admissions sans consommation d'héroïne), 2006 (Source : Axya, hospitalisation et ambulatoire sans la Calypso et sans le Centre St. Martin)

	Hospitalisation 2006		Ambulatoires 2006	
	n	%	n	%
Nombre d'admissions	877		758	
Total admission avec cocaïne ou cannabis	228	26	200	26
Combinaison de produits				
Cocaïne seule	42	18	38	19
Cannabis seul	65	29	105	53
Cocaïne cannabis	9	4	8	4
Cocaïne cannabis alcool	17	8	3	2
Cocaïne alcool	35	15	21	11
Cannabis alcool	60	26	25	13
Total Cocaïne	103	45	70	35
Total Cannabis	151	66	141	71

Environ 40% des hospitalisations et 46% des admissions ambulatoires concernent des moins de 26 ans (cf. Tableau 7-9 en annexe). La proportion de femmes est un peu plus élevée dans les admissions hospitalières.

En 2006, 14 et 15% des patients sont en formation post scolaire lors de leur admission dans une institution psychiatrique (cf. Tableau 7-10 en annexe) ; 66% des patients admis n'ont pas d'activité professionnelle (admissions hospitalières) et 57% dans les cas d'admissions ambulatoires.

Il n'y a pas assez de recul pour voir une tendance claire dans l'évolution de ces données, mais il semble y avoir une péjoration en 2006 de la situation socio-professionnelle des patients, avec davantage de personnes sans activité professionnelle et également un nombre plus important de personnes n'ayant pas achevé de formation.

Le service des urgences du CHUV a reçu environ 20% des admissions hospitalières ; la plupart des autres admissions ont été enregistrées dans les services de psychiatrie des différents secteurs.

3.5 CENTRES D'ACCUEIL SPÉCIALISÉS DANS LA DÉPENDANCE

Pour documenter le profil de consommation des nouveaux usagers des centres à bas seuil, une discussion a eu lieu début 2006 pour mettre en place un questionnaire permettant de dresser le profil socio-démographique des nouveaux usagers et de recueillir les données sur leur consommation (sur la base du questionnaire d'Act-Info).

Fin 2006, la situation était la suivante :

- la structure d'EdS remplit depuis 1996 un questionnaire pour tout nouvel usager de la structure qui fournit des données comparables au questionnaire Act-Info. Il a été décidé qu'elle continue avec son propre formulaire.
- Zone Bleue a rempli des questionnaires pour un échantillon de personnes (n=10).
- Un manque de suivi avec ACT a entraîné un malentendu et le questionnaire final n'a pas été transmis au centre. C'est donc la fiche pour les nouveaux usagers qui existait déjà à ACT, mais qui comporte essentiellement des données administratives, qui fournit quelques données pour 2006.
- Enfin, le Passage, après avoir admis une version raccourcie du questionnaire, a renoncé, sans consultation de l'évaluateur, à remplir le questionnaire parce qu'il a été jugé trop intrusif par l'équipe. Pour cette structure, seuls le nombre et l'âge des nouveaux usagers nous ont été fournis.

Les données fournies par les centres à bas seuil sont donc très lacunaires pour l'instant. Elles ont été complétées par les informations fournies par les équipes au cours des réunions de suivi.

3.5.1 Appréciation des équipes sur les nouvelles demandes

EdS observe l'apparition de nouvelles demandes provenant d'usagers essentiellement cocaïnomanes souvent mieux insérés, parfois sportifs et âgés de 30 à 40 ans. Une réflexion a été entamée afin de pouvoir proposer un suivi spécifique à ces personnes.

Par ailleurs, EdS voit aussi arriver des jeunes hommes de 21 à 25 ans souvent en décalage par rapport à la réalité du travail et de la société qui sont relativement difficiles à prendre en charge (que leur proposer ?). Ils sont souvent accompagnés de copines plus jeunes avec lesquelles un travail autour des risques de co-dépendance est fait dans la mesure où il est accepté.

ZB a participé au groupe de réflexion sur la prise en charge des adolescents en grande difficulté et a initié, en collaboration avec le centre de psychiatrie du Nord-vaudois, un projet visant à développer des prestations spécifiques pour les jeunes consommateurs de cannabis sur le modèle du projet Départ (qui a également participé à ces discussions). Sinon, l'équipe de ZB relève des difficultés de logement importantes chez les nouveaux usagers avec deux points qui pourraient devenir sensibles : d'une part, une augmentation des rassemblements dans les lieux publics, y compris pour consommer et, d'autre part, une tendance à quitter Yverdon pour essayer de trouver un logement dans les régions plus périphériques comme Ste Croix ou la Broye. Ces mouvements ont pour conséquence un éloignement des structures d'aides spécialisées existantes. Pour ZB, l'enjeu est de sensibiliser les municipalités de ces régions aux problèmes de consommation qui existent afin de définir des mesures de prises en charge, notamment à travers la création de postes d'éducateur de rue.

Les intervenants de ACT, dans le cadre de leur mandat auprès des 18-25 ans touchés par la toxicomanie, constatent qu'ils touchent davantage les 17-18 ans en rupture qui tendent à s'enraciner dans des choix/attitudes négatifs. La principale difficulté mentionnée est celle de se trouver une place dans la société. Le rôle des travailleurs de rue est essentiel pour atteindre ce groupe d'usagers.

Au Passage, les personnes accueillies en 2006 sont de plus en plus souvent des personnes confrontées à une double problématique, à savoir une « pathologie psychiatrique liée à une consommation problématique de produits psychotropes », et on relève un glissement de l'âge de ces personnes vers la catégorie des 30-35 ans.

3.5.2 Données tirées des questionnaires d'entrée

561 personnes ont été enregistrées comme nouveaux usagers dans les centres à bas seuil du canton. Un peu plus de 10% des nouveaux usagers qui arrivent dans les structures à bas-seuil ont moins de 26 ans. L'âge moyen varie selon les structures. Il est plus bas à Entrée de Secours (31.8 ans) qu'au Passage (33.6 ans) et nettement plus élevé à ACT (37.0 ans). La proportion de femmes varie aussi beaucoup

avec 41% de femmes dans les nouveaux usagers de ACT, et 16% à Entrée de Secours en 2006. Cette donnée n'est pas disponible au Passage et à Zone Bleue.

Sur la base des données d'Entrée de Secours qui portent sur plusieurs années, l'âge moyen des nouveaux usagers reste remarquablement stable durant la période considérée. La proportion de femmes par contre a chuté entre 2005 et 2006 où elle atteint son niveau le plus faible avec 16% de femmes dans les nouveaux usagers.

Tableau 3-4 Nombre, âge et sexe des nouveaux usagers dans les structures à bas-seuil, 2006

	Nouveaux usagers	Age moyen	Moins de 20 ans		20 à 25 ans		Femmes	
			n	%	n	%	n	%
Entrée de Secours	56	31.8	4	7.1	6	10.7	9	16
ACT	69	37.0	1	1.4	11	15.9	28	41
Le Passage	¹ 287	33.6	6	2.0	38	13.2	n.d	n.d
Zone Bleue	149	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d

¹ L'âge ne figure que pour 188 usagers sur 287 nouveaux usagers enregistrés
Pour EdS (56 nouveaux usagers), ne sont pris en compte que les nouveaux usagers bénéficiant uniquement des prestations bas seuil de base (accueil, douche, lessive, nourriture, matériel stérile, etc.)

Seuls les questionnaires remplis par Entrée de Secours nous fournissent des renseignements sur la consommation des nouveaux usagers des centres à bas-seuil.

Sur cette base, le profil des nouveaux usagers apparaît comme étant essentiellement le profil « classique » des consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne (21% n'ont consommé ni héroïne ni cocaïne durant le dernier mois). On relève toutefois une augmentation du nombre d'usagers n'ayant consommé que de la cocaïne au cours du dernier mois qui passe de 2 à 16% entre 1999 et 2006 (cf. Tableau 3-5). La consommation d'héroïne est de nouveau en augmentation après quelques années durant lesquelles elle avait fléchi. La consommation de cocaïne a légèrement baissé entre 2005 et 2006 après avoir augmenté entre 2000 et 2005. L'alcool apparaît aussi plus fréquemment au cours des deux dernières années. La consommation d'ecstasy semble plutôt en diminution.

La consommation par injection est fluctuante selon les années ; elle atteint toutefois son plus bas niveau en 2005 et 2006 avec 27% des nouveaux usagers consommant par injection.

Tableau 3-5 Profil de consommation, nouveaux usagers¹, EdS, 1999-2006

	1999		2000		2001		2002		2003		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Consommation DD² vie	88	92	85	91	58	85	53	83	57	93	57	95	56	100
Modèle de consommation														
Héroïne seule	45	51	32	38	20	34	10	19	9	16	15	27	21	38
Cocaïne seule	2	2	4	5	6	10	5	9	7	12	8	14	9	16
Héroïne et cocaïne	26	30	23	27	16	28	20	38	21	37	21	38	14	25
Ni héroïne ni cocaïne	15	17	26	31	16	28	18	34	20	35	13	23	12	21
Consommation dernier mois³														
Héroïne	71	74	55	59	36	53	30	47	30	49	36	60	35	63
Cocaïne	28	29	27	29	22	32	25	39	28	46	29	48	23	41
Benzodiazépine au noir	8	8	24	25	6	9	12	19	12	20	14	23	14	25
Méthadone au noir	6	7	19	20	11	16	14	22	12	20	14	23	11	20

	1999		2000		2001		2002		2003		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cannabis	10	10	32	34	14	21	18	28	30	49	25	42	23	41
Ecstasy	2	2	5	5	7	10	4	6	5	8	5	8	1	2
Alcool ⁴	20	21	16	17	5	7	10	16	12	20	22	37	18	32
Champignon	1	1	0		1	1	1	2			2	3	0	0
LSD			0		1	1	1	2	2	3	2	3	1	2
Amphétamine			1	1	3	4	2	3	4	7	2	3	1	2
Fréquence de consommation														
Quotidienne	38	50	38	60	27	63	24	62	18	45	25	56	27	61
Occasionnelle	18	24	15	24	12	28	12	31	17	43	16	36	14	32
Nsp	19	26	10	16	4	9	3	8	5	12	4	9	3	7
Mode de consommation⁵														
Injection	26	35	28	44	16	37	29	74	19	48	13	29	12	27

¹ Les personnes qui consultent pour un proche toxicodépendant (enfants, mari, etc.) ne sont pas incluses

² Héroïne, cocaïne, méthadone ou benzodiazépines au noir

³ % calculé sur l'ensemble des usagers

⁴ Seule la consommation d'alcool posant problème est relevée

⁵ % calculés sur les usagers consommateurs actifs à l'entrée

4 PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DES RÉSULTATS DU SUIVI DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE

Les principaux résultats du suivi des structures spécialisées dans la prise en charge de personnes toxicodépendantes sont présentés ici de manière synthétique et regroupés selon le type de structures : centres de traitement ambulatoire, structures résidentielles, centres d'accueil. La Calypso figure séparément sous centre de sevrage et la prise en charge en milieu carcéral est brièvement présentée. Les activités liées à la remise de matériel d'injection stérile sont présentées pour terminer. Seuls les changements essentiels dans l'offre de ces structures et une description synthétique de leur fréquentation sont repris ici. Pour une présentation détaillée des différentes composantes de ces institutions, prière de se reporter au rapport d'évaluation précédent.

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

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

Le centre Azimut a ouvert ses portes en juillet 2002. En juin 2003, la Fédération de Soins du Chablais (FSC) a confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) le mandat de suivre la mise en route du projet Azimut, ainsi que d'évaluer les activités menées¹¹. En 2004, il a été inclus dans le présent mandat d'évaluation. Ce projet est issu du partenariat de 6 institutions réunies sous l'égide de la Fédération de Soins du Chablais, mais il a été repris par la Fondation de Nant en 2006. Il constitue une expérience pilote regroupant dans une seule structure des intervenants spécialisés en alcoologie et en toxicomanies, accessible aussi bien à la population de la région qu'aux professionnels des domaines social, médico-social et sanitaire.

4.1.1 Objectifs

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

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

Le centre de compétences dépendances Azimut a pour but de répondre à toute demande d'information ou d'aide liée à la consommation de produits légaux ou illégaux. Il s'adresse ainsi aux consommateurs, mais également aux proches, qu'ils soient des parents, des amis ou des professionnels. Les missions poursuivies par Azimut sont les suivantes :

- Faciliter le contact, l'orientation et l'accès aux soins pour les personnes souffrant de problèmes de dépendances ou liés à la consommation de produits psychotropes.
- Offrir à ces personnes un traitement médical et/ou un accompagnement socio-éducatif.

- Conseiller, accompagner et soutenir les proches de personnes présentant des problèmes de consommation de produits psychotropes.
- Prévenir l'aggravation des situations et les rechutes, réduire les risques sanitaires (prévention secondaire et tertiaire).
- Participer aux actions de prévention dans le domaine de l'alcool et de la toxicomanie (prévention primaire) et du sida (transmission sexuelle et par injection de drogues).

Avec la mise en place d'Azimut, l'offre de prise en charge dans la région du Chablais a été complétée.

4.1.2 Fréquentation et profil de la population

Profil des nouvelles admissions

291 nouveaux patients ont été enregistrés dans les trois centres de traitement ambulatoire du canton. L'âge moyen est légèrement plus faible au CSM, mais surtout plus élevé à Azimut. Les femmes sont plus nombreuses parmi les nouvelles admissions de l'UAS en 2006.

Tableau 4-1 Nombre, âge et sexe des nouveaux usagers dans les centres de traitement, 2006

	Nouveaux usagers	Age moyen	Femmes	
			n	%
Centre Saint-Martin	174	32.1	33	19
UAS	86	33.2	25	29
Azimut	31	38.8	4	13
Total	291		62	21

Profil de la file active des centres de traitement

Le profil des patients des centres de traitement ambulatoire est basé sur la file active des patients pour l'UAS et Azimut et obtenu par la statistique OPALE. Pour le CSM, l'extraction des données AXIA repose sur les admissions au cours d'une année ; il n'a donc pas été possible d'inclure ici la description du sexe et de l'âge de l'ensemble de la file active du CSM.

Au total les 3 centres ont suivi 665 patients en 2006. L'âge moyen est plus élevé à Azimut. Peu de patients de moins de 20 ans sont suivis dans ces structures. Les 21 à 25 ans sont un peu plus nombreux à l'UAS. La plus forte proportion des personnes de plus de 35 ans à Azimut semble partiellement liée à l'offre de prise en charge spécifique aux personnes présentant des problèmes d'alcool (sans héroïne et/ou cocaïne) dans cette institution. En effet, si l'on considère les diagnostics de consommation/dépendance posés lors de l'admission (cf. Tableau 4-3), seuls 45% des patients d'Azimut présentent un diagnostic de toxicodépendance à l'héroïne et/ou à la cocaïne contre 57% de ceux de l'UAS.

Tableau 4-2 Sexe et âge des patients : file active, UAS et Azimut, 2006

	UAS		Azimut	
	n	%	n	%
Ensemble patients	198		78	
% de femmes	58	29	17	22
Age moyen	35.2		39.1	
Age médian	34		38.5	

	UAS		Azimut	
	n	%	n	%
Age min-max	18-60		19-63	
0 à 20 ans	2	1	2	3
21 à 25 ans	26	13	6	8
26 à 30 ans	37	19	5	6
31 à 35 ans	48	24	18	23
Plus de 35 ans	85	43	47	60

Dans l'ensemble, peu de patients présentent un diagnostic de consommation/dépendance uniquement à la cocaïne (24% sur l'ensemble des admissions de 2006). L'héroïne reste la substance la plus souvent mentionnée dans ces diagnostics. Les problèmes liés à une consommation/dépendance aux benzodiazépines sont relativement peu fréquents dans l'Est du canton.

Tableau 4-3 Fréquence des produits impliqués, ensemble des admissions par centre de traitement, 2006

Produit impliqué	CSM		UAS		Azimut	
	n	%	n	%	n	%
Nb d'admissions	179		86		31	
Opiacé	111	62	27	31	10	32
Cocaïne	76	43	28	38	7	23
Benzodiazépine	30	17	4	5	2	7
Cannabis	68	38	10	12	3	10
Alcool	63	24	24	28	11	36
Total dd opiacé ou cocaïne	155	87	49	57	14	45
Opiacé et cocaïne	32	18	6	7	3	10
Héroïne seule	79	44	21	24	7	22
Cocaïne seule	44	25	22	26	4	13

4.1.3 Activités des structures : évolutions 2004-2006

Le Centre Saint-Martin

Le CSM propose une prise en charge, allant du traitement à bas seuil d'accueil et d'exigence au haut seuil. Le programme bas seuil est organisé autour d'un groupe de référents ce qui permet de gérer les cas difficiles à plusieurs, mais également d'avoir plusieurs intervenants qui partagent l'information sur des situations problématiques et qui peuvent répondre quand un problème se présente. La prise en charge des autres patients est plutôt orientée «case management».

Entre 65 et 75% des patients du CSM sont porteurs de l'hépatite C. Depuis 2002, le CSM propose des traitements de l'hépatite C. Les premiers patients ont été intégrés dans une étude multi-centrique. Un peu plus de 35 patients ont reçu ou suivent encore un traitement en 2006.

Depuis avril 2004, le CSM assure le suivi VIH des patients faisant partie de la file active du CSM et qui peuvent difficilement être suivis par des structures habituelles telles que les consultations du service de Médecine 2 ou des médecins infectiologues. Ce suivi comporte des bilans réguliers qui permettent une meilleure réponse au traitement, ainsi que la gestion de la médication. Actuellement, ce suivi concerne

43 patients (sur environ 62 patients séropositifs, soit une prévalence de 16%), dont 24 sont sous trithérapie.

La salle de traitements et de dispensation de la méthadone est un des aspects importants du dispositif de prise en charge des patients. La remise de méthadone a été informatisée au début 2006. Il semble que ce changement soit positif même s'il est encore un peu tôt pour en tirer des conclusions.

Un groupe de travail a été mis sur pied autour de la comorbidité psychiatrique et pour réfléchir aux alternatives à l'hospitalisation psychiatrique.

L'Unité ambulatoire spécialisée pour toxicodépendants

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

Le médecin somaticien délégué par l'hôpital de la Riviera a augmenté son activité et les patients ont bénéficié de bilans somatiques extensifs et des vaccinations contre les hépatites A et B. Par ailleurs, des traitements Interféron-Ribavirine contre l'hépatite C ont été entrepris pour certains patients.

Par rapport à la situation de 2001, le dispositif thérapeutique s'est développé, notamment en raison de l'arrivée de jeunes consommateurs abusant plutôt de drogues de synthèse, de cocaïne, d'alcool et de cannabis, pour lesquels un traitement de substitution n'est pas indiqué. Les approches corporelles, la mise sur pied d'un atelier d'art-thérapie et une attention particulière aux familles sont les éléments mis sur pied pour la prise en charge de ces nouvelles situations.

Azimut

Le centre Azimut a été repris par la Fondation de Nant début 2006 sans que ses missions et prestations ne soient modifiées. En raison du départ d'un des collaborateurs éducateur de rue, l'équipe sociale était pendant plusieurs mois en sous-effectif durant l'hiver 2006.

L'orientation du centre, non seulement vers les dépendances aux drogues illégales mais également vers l'alcool, amène une clientèle mixte dans le centre.

L'ouverture du centre Azimut a permis à l'UAS de transférer quelques patients de la région de Bex vers cette structure. La collaboration entre les deux équipes se traduit notamment par la participation d'un intervenant d'Azimut au colloque de l'UAS et la présentation, ainsi que la discussion de situations cliniques. Les contacts ont aussi permis à l'équipe de l'UAS de réfléchir au pôle éducatif et sur les aspects bénéfiques qu'il peut y avoir lorsqu'une telle offre est disponible dans un centre de soins.

4.1.4 Conclusions

Le dispositif continue à élargir son offre de soins en fonction de nouveaux besoins.

L'offre de soins et de traitements pour l'hépatite C et le VIH est maintenant partie intégrante de la prise en charge mise sur pied par le CSM et l'UAS.

Les trois centres sont sollicités par des patients ne consommant pas de drogues dures.

4.2 LA PRISE EN CHARGE DANS LES STRUCTURES RÉSIDENTIELLES : SYNTHÈSE

Les trois structures résidentielles du Levant à Lausanne, de la Fondation Bartimée à Grandson et du Foyer-Relais à Morges (voir le cahier annexe pour une présentation détaillée de chaque structure) ont fait l'objet d'un suivi durant cette 5^{ème} période 2004-2006. Dans ce chapitre, nous présentons les principales évolutions au sein de chacune de ces institutions, avant de décrire la clientèle se présentant pour un séjour. Un chapitre conclusif reprend les principales questions qui se posent actuellement aux institutions résidentielles et propose quelques pistes de réflexion pour le futur.

4.2.1 Fondation du Levant^a : évolutions au sein de l'institution

Au cours de la période concernée, les maisons du Levant, et notamment celle de Couvet, ont tourné en sous-effectifs d'usagers. Plusieurs raisons ont été identifiées : d'une part, un changement de politique est intervenu dans les placements inter-cantonaux avec un recentrage sur les structures propres à chaque canton, ceci pour des raisons de financement. Auparavant, 40% des résidents du Levant venaient d'autres cantons. D'autre part, le Levant a observé une augmentation des courts séjours, et notamment des séjours interrompus de manière spontanée. Parmi les raisons évoquées, il y a des aspects financiers pour le toxicomane, ainsi que l'attraction des offres à bas-seuil, faciles d'accès et moins exigeantes. Mais les responsables observent aussi un changement d'attitude chez les résidents qui interrompent leur séjour. Si auparavant ils fuyaient et finissaient par reprendre contact, aujourd'hui ils s'en vont simplement en affirmant que le type de prise en charge ne leur convient pas.

Actuellement, le Levant se dit au début d'une période qui verra un certain nombre de changements. Il a d'ores et déjà annoncé la fermeture de la garderie de la Pichollette. Par ailleurs, il s'agit selon les responsables de réfléchir à l'adaptation de son offre aux réalités de la (ou des) population(s) qui réside(nt) dans les maisons du Levant aujourd'hui (sous-effectifs, peu de mères avec enfants à la Pichollette car le SPJ préfère les placer en famille d'accueil, vieillissement de la population des résidents, arrivée d'une nouvelle population de consommateurs de cocaïne jeunes, intégrés socialement et professionnellement). Par exemple, le Levant réfléchit depuis plusieurs années à un projet de séjour de courte durée. Ce projet est en cours d'élaboration avec le Centre St-Martin. Toutefois, il se heurte à des problèmes d'ordre financier.

4.2.2 Fondation Bartimée : évolutions au sein de l'institution

Le principal changement survenu à Bartimée au cours de ces dernières années a été l'ouverture au printemps 2006 de la structure à des personnes sous traitement à la méthadone. La durée de séjour pour ces personnes est fixée à 6 mois, renouvelable. Au départ, l'institution avait pour objectif d'accueillir 4 résidents sous méthadone. A la fin de l'année 2006, ils étaient sept. Cette ouverture a de fait amené une nouvelle population à Bartimée, qui s'est bien intégrée aux autres résidents. Elle ne semble pas se différencier des autres résidents, notamment en ce qui concerne la capacité à participer aux activités de l'institution ou dans la réalisation des objectifs thérapeutiques. La cohabitation des deux populations aurait même des effets positifs, stimulant les patients méthadoniens à envisager un sevrage. L'équipe observe cependant que ces patients ont très souvent des benzodiazépines associées à leur traitement de méthadone. Dans ce cas, le sevrage de benzodiazépines est demandé avant l'entrée à Bartimée.

Au niveau de la charge de travail, l'accueil de patients méthadoniens a demandé une modification des pratiques (gestion de la méthadone, dispensation et contrôle de l'observance des traitements), mais n'a pas pour autant constitué un problème pour les intervenants.

^a Situation au printemps 2007 prévalant.

Par ailleurs, l'équipe constate que dans plusieurs admissions, les personnes orientées vers Bartimée souffrent de troubles psychiatriques importants non-diagnostiqués auparavant, alors même que ces personnes peuvent être suivies dans le réseau socio-médical (traitement de substitution ou autres prises en charge) depuis des années. L'orientation de Bartimée et le travail en réseau avec les médecins psychiatres associés permettent actuellement d'investiguer l'importance de ces troubles. Toutefois, l'acceptation de tels résidents peut être synonyme d'investissement important en terme de ressources pour l'équipe, notamment quant à l'intégration de ces personnes dans le groupe de résidents.

Pour la première fois en 2005, deux résidents sont des personnes dont le problème principal est la consommation non pas d'opiacés ou de cocaïne, mais d'ecstasy et d'amphétamines. Ces personnes ont un profil très différent de celui des autres résidents. En effet, elles sont plus jeunes et souffrent certainement de troubles de type hyperactivité. Ces personnes sont dépistées très rapidement au niveau des ateliers, étant donné les problèmes d'attention et de concentration dont elles souffrent. Elles ne s'intègrent pas au reste de la population des résidents et restent en retrait. La gestion de ces situations soulève des problèmes liés aux troubles de l'humeur que ces personnes présentent.

4.2.3 Foyer du Relais : évolutions au sein de l'institution

Il n'y a pas eu de changements particuliers dans l'organisation, la structure et les prestations offertes au cours de la période écoulée.

Au Foyer du Relais, on observe une évolution du profil des résidents. D'une part, la population constituée par les consommateurs d'héroïne - ou maintenant plus fréquemment de cocaïne - par injection, est une population qui vieillit et dont l'état de santé se dégrade (apparition de problèmes de santé chroniques). D'autre part, arrivent au foyer des résidents qui sont plus jeunes et plutôt concernés par des consommations de type festif (ecstasy, crack). Par ailleurs, il arrive que le foyer se rende compte au cours du séjour que les problèmes psychiques de la personne sont plus importants que ce qui avait été identifié au départ. L'institution n'a pas les ressources pour répondre aux problèmes des co-morbidités psychiatriques et gérer de telles situations. Il semble par ailleurs que ces problèmes soient en augmentation. Finalement, en terme de gestion des résidents, les personnes qui consomment des médicaments, essentiellement en sniff, posent des problèmes particuliers de comportement inadéquat dans la vie quotidienne de la structure.

4.2.4 Profil de la clientèle à l'entrée dans les institutions résidentielles

Le nombre d'entrées pour l'ensemble du résidentiel vaudois était de 114 en 2000 et est passé à 106 en 2005, soit une diminution d'environ 7%. Les durées de séjour moyennes sont restées stables au Relais entre 2003 et 2005. Dans les 2 autres institutions, on observe une baisse : de 13.4 mois en 2003 à 9.1 mois en 2005 au Levant et de 1 an à 8 mois à Bartimée entre 2003 et 2004.

Environ 60 à 70 personnes sont entrées dans l'une ou l'autre des maisons de la Fondation du Levant entre 2000 et 2005, avec une exception en 2002 (34 personnes). On note toutefois une légère tendance à la baisse au cours de la période. La proportion de femmes se situe à un peu plus d'un tiers en moyenne. Quant à l'âge moyen des nouveaux résidents, s'il a augmenté légèrement entre 2000 et 2004, passant de 28.8 à 31.6, il se situe, en 2005, à 28.5 (médiane : 28.0). Le fait qu'en 2005 l'âge moyen soit un peu plus bas que les années précédentes pourrait être lié à l'arrivée de plusieurs personnes dont le problème principal est la consommation de cocaïne. Ces consommateurs sont plus jeunes que les consommateurs d'héroïne par injection qui constituaient jusqu'ici la population majoritaire du Levant.

Le nombre d'entrées à Bartimée, qui se situait autour de 16 à 18 entre 1998 et 2003, avec une exception en 2001 (34 entrées), a augmenté ces deux dernières années. En revanche, le nombre de femmes est resté relativement stable autour d'une trentaine (ce qui représente un peu moins d'un tiers de l'effectif). Quant à l'âge moyen, il a augmenté progressivement jusqu'en 2004, pour se situer à 32.8. En 2005, il est un peu inférieur (30.9).

Le nombre d'entrées au Relais pour des problèmes liés à la consommation de drogues illégales a été relativement inférieur en 2004 et 2005 (13 et 17 personnes respectivement) par rapport aux années

antérieures (où la moyenne se situait plutôt autour de 30). La proportion de femmes est assez variable. Toutefois, si elle oscillait autour de 30% au début des années 2000, elle est inférieure en 2003 et 2005 (21 et 18%). L'âge moyen a légèrement augmenté au cours de ces six dernières années, passant de 28.8 à 31.1 ans en 2005.

4.2.5 Consommation avant l'entrée dans les institutions résidentielles

La consommation de drogues dures (héroïne et/ou cocaïne) durant le mois qui précède l'admission dans une structure résidentielle est en diminution, passant de 62% en 2003 à 38% en 2005. La consommation d'héroïne et de cocaïne ont toutes deux diminué avec cependant une évolution seulement entre 2004 et 2005 en ce qui concerne la cocaïne. Le pourcentage de multiconsommateurs a diminué passant de 22 à 17% entre 2003 et 2005. Les questions sur les consommations au cours de la vie des différentes substances ne figurent pas dans la statistique Act-Info, il n'est donc pas possible de connaître le nombre de personnes qui seraient des consommateurs uniquement de cocaïne.

Le pourcentage de consommateurs ayant consommé par injection au cours de leur vie a aussi diminué et est passé de 82 à 72%. Le pourcentage d'injecteurs au cours du mois précédant l'admission a légèrement baissé (de 38% en 2003 à 32% en 2005).

Rapportée aux personnes ayant consommé par injection au cours des 6 derniers mois, l'utilisation d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre est très élevée puisque cela concerne respectivement 25 et 35% de ces personnes en 2004 et 2005.

4.2.6 Conclusions-recommandations

Les trois structures résidentielles poursuivent des objectifs similaires, qu'il s'agisse d'offrir un soutien à l'abstinence, de développer l'autonomie de la personne ou encore de la préparer à une réinsertion professionnelle et sociale, avec toutefois chacune leurs spécificités : des nuances et variations existent en effet dans la façon dont les objectifs de prise en charge sont formulés, ainsi que dans les moyens mis en œuvre pour les atteindre.

Le nombre d'admissions dans le résidentiel a légèrement diminué depuis 2000, mais on observe surtout une diminution de la durée moyenne des séjours dans 2 des 3 institutions du canton. La sous-occupation mise en avant dans ces 2 institutions pose la question de la place des séjours résidentiels dans le dispositif actuel de prise en charge des personnes consommatrices de drogues et de la définition des objectifs poursuivis lors de tels séjours.

La Fondation Bartimée a répondu à la baisse de la demande en diversifiant son offre et en ouvrant les séjours aux personnes en traitement de substitution. Cette ouverture lui a permis de conserver son attractivité. Dans les deux autres institutions, aucune évolution notable de l'offre n'a été mise en œuvre pour l'instant. Rappelons le projet du Levant de proposer des séjours de plus courte durée à des personnes cocaïnomanes. En réflexion depuis quelques années, ce projet n'a toutefois pas encore abouti.

D'autres difficultés sont également relevées. La plus importante semble être l'évolution des problèmes psychiatriques, parfois non diagnostiqués ou sous-estimés avant l'entrée en résidentiel. La gestion de ces situations demande une formation appropriée et des ressources plus importantes. Toutes les institutions actuellement présentes dans le canton de Vaud n'ont pas les moyens de faire face à ces situations et les équipes se sentent parfois dépassées par ces cas psychiatriques ou médicaux lourds.

Les questions qui se posent ou les pistes de réflexions suite à ces constats sont pour nous les suivantes :

A qui s'adresse l'offre résidentielle actuelle, à savoir celle basée sur l'abstinence et la réinsertion ? Visiblement pas aux personnes recevant une forte médication à base de benzodiazépines. L'objectif d'abstinence et de réinsertion au travail semble également parfois hors d'atteinte pour des personnes présentant plus de 20 ans de consommation et autant de rupture d'insertion professionnelle. En revanche, il est adéquat pour des personnes avec une carrière de consommation relativement courte.

Une des pistes de réflexion pourrait être la suivante : plutôt que de considérer le résidentiel comme un « aboutissement » de la prise en charge de personnes consommatrices, le séjour pourrait faire partie d'une étape. En effet, lorsque les personnes résident dans une institution, il est possible de faire un réel travail sur les projets de vie, ce qui, en terme de temps, n'est pas possible dans le secteur ambulatoire. Un objectif des séjours pourrait alors être un moment de bilan, incluant un bilan psychiatrique, médical et social de la personne, permettant de définir pour la suite un projet individuel adapté aux capacités de la personne et plus nuancé ou détaillé que le terme de « réinsertion ».

Pour des consommateurs dont l'état physique et psychique est fortement dégradé, un lieu de repos et de vie pourrait aussi être nécessaire, sans forcément devoir imaginer une « sortie » ou une réinsertion. Il s'agirait plutôt d'un cadre protégé, qui pourrait être accompagné de possibilités d'occupation plus ou moins exigeantes selon les capacités des résidents. Il pourrait englober des séjours de longues durées selon l'évolution (ou la non évolution) de la situation de la personne.

Ainsi, parallèlement à l'objectif de consolidation d'une abstinence après un sevrage, il y aurait au moins deux pistes à explorer pour diversifier l'offre des institutions résidentielles : le lieu de vie et de repos, le lieu de bilan pour faire le point sur le projet individuel des résidents. Une troisième piste pourrait être une forme de foyer de vie pour des jeunes en formation, en situation sociale difficile (sans domicile fixe, difficultés familiales, etc.) et avec ou sans problèmes de consommation. Il semble que le Foyer du Relais observe un certain nombre de cas de ce genre.

Concernant les personnes cocaïnomanes et leurs besoins de séjour résidentiel, il conviendrait d'examiner dans un premier temps si une telle offre répond à un réel besoin. Il ne semble pas pour l'instant que du point de vue épidémiologique on assiste à une explosion de tels cas.

Parallèlement à ces réflexions sur l'offre que les institutions veulent mettre en place, il y a une réflexion importante à mener sur les ressources nécessaires aux institutions pour s'adapter à leur clientèle potentielle, par exemple pour la gestion de personnes présentant des comorbidités psychiatriques importantes ou pour prendre en charge des personnes sans remettre en question les médications qu'elles pourraient suivre par ailleurs. La nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire et du travail avec le réseau de la personne doit également être intégrée à la réflexion du devenir des institutions résidentielles. La question du nombre important de personnes recevant un traitement de benzodiazépines devrait quant à elle être discutée au niveau de l'ensemble du dispositif.

4.3 UNITÉ DE SEVRAGE : LA CALYPSO

L'Unité de sevrage de la Calypso participe à la statistique Axya. Pour chaque sevrage effectué, la statistique enregistre deux admissions, la première consiste en une admission ambulatoire durant laquelle l'équipe examine avec le patient la demande et les conditions du sevrage. Lors de l'entrée en sevrage à proprement parler, une nouvelle admission est codifiée comme hospitalière. Les admissions ambulatoires peuvent de ce fait être légèrement supérieures en nombre du fait que certaines personnes renoncent au dernier moment à se présenter pour le sevrage. La suite de l'analyse et la description du profil de la clientèle se basent exclusivement sur les admissions hospitalières.

4.3.1 Nombre d'admissions hospitalières et diagnostics

Le nombre d'admissions hospitalières à la Calypso enregistré par la statistique Axya est de 139 en 2004 et 152 en 2006. Dans plus de la moitié des cas, il s'agit d'une première hospitalisation. Ces admissions correspondent à un total de 139 patients différents en 2006, avec un maximum de 2 hospitalisations par patient.

La proportion de femmes à la Calypso varie selon les années autour de 30%. Elle s'élève à 27% en 2006. L'âge moyen augmente entre 2000 et 2006 (29.6 à 33.4 ans) et la proportion des personnes de moins de 25 ans diminue au profit de la catégorie des 30 ans et plus. Ces derniers constituent près des deux tiers de la clientèle en 2006.

Tableau 4-4 Nombre d'admissions et de patients à la Calypso par année comprenant une indication de toxicodépendance, 2000-2001 et 2004-2006 (Source : Axya, admissions hospitalières)

	2000		2001		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nb d'admissions hospitalières	175		159		139		140		152	
Nb 1ères hospitalisations					91	66	79	56	80	53
Degré d'urgence immédiat					0		0		2	1
Nb de patients	153		140		125		125		139	
% de femmes ¹		29		29		29		33		27
Age moyen ¹	29.6		30.6		33.3		32.4		33.4	
Age médian ¹	29		30.5		33.4		31.4		33.0	
Age min-max ¹	17-46		18-49		17-50		19-58		17-58	

¹ Calculé sur le nombre de patients

Au total, 94% des clients sont touchés par une consommation de drogues dures en 2006. Les opiacés sont les produits le plus fréquemment mentionnés dans les diagnostics de toxicomanie relevés à la Calypso, même si cela est un peu moins fréquent en 2006 (74%) qu'en 2004 (84%) ou en 2000 (97% voir tableau en annexe). Les benzodiazépines sont le 2^{ème} produit selon l'ordre de fréquence des cas (52% en 2006) ; ce diagnostic est, à quelques exceptions près, toujours associé à une dépendance à l'héroïne ou à la cocaïne. La cocaïne est mentionnée dans 48% des admissions en 2006 et semble stable ces 3 dernières années. La polyconsommation d'héroïne et de cocaïne diminue entre 2004 et 2006. Le diagnostic de dépendance à l'alcool concerne 24% des patients hospitalisés en 2006.

4.3.2 Déroutement du séjour et sortie

La durée prévue du sevrage à la Calypso est habituellement de 10 à 20 jours, mais peut varier en fonction de la situation particulière d'un patient et de ses objectifs personnels. Pour les admissions de 2004 à 2006, la durée réelle de séjour a varié de 1 à 20 jours avec une légère augmentation de la durée médiane du séjour (12 jours en 2006). Une durée de sept jours est considérée comme nécessaire par l'équipe pour un sevrage physique adéquat. La diminution de la proportion de sevrages interrompus avant le septième jour qui était passée de 34 à 26% entre 1999 et 2001 s'est poursuivie et seules 20% des admissions se terminent durant la première semaine en 2006.

Tableau 4-5 Evolution de la durée de séjour, ensemble des hospitalisations à la Calypso, 2004-2006

Durée	2004	2005	2006
Moyenne	10.3	9.9	10.2
Médiane	10	11	12
Min-max	1-20	1-16	1-20

4.3.3 Prise en charge

Actuellement, l'équipe a développé les sevrages au topiramate^a qui permettent de diminuer les symptômes de manque, les douleurs, les nausées ainsi que l'anxiété.

En plus du sevrage physique, l'équipe essaye de renforcer l'approche motivationnelle avec le patient. L'idée retenue est de définir des niveaux de prise en charge selon l'étape où se trouve le patient et de travailler depuis la réduction des risques jusqu'au projet d'abstinence. L'objectif est que le patient qui entre à la Calypso ressorte en étant allé jusqu'au bout du sevrage pour lequel il est entré et, dans la mesure du possible, qu'il reprenne son projet durant l'hospitalisation, en visant un seuil plus élevé dans son projet de sevrage. Dans ce sens, l'équipe de la Calypso a développé des procédures standards pour faciliter la progression des patients et tenter de prévenir les abandons de projets.

La Calypso offre également des activités qui visent à réduire les symptômes physiques liés au sevrage (principalement les tensions) de manière à augmenter le confort des patients. Elle souhaite dans ce cadre pouvoir développer une échelle d'évaluation des tensions qui permette ensuite de valider les approches somatiques mises en place (massage, sauna, fauteuil à massage, etc.).

Pré-admissions

En vue de consolider la prise en charge et les chances de réussite des sevrages, la Calypso a développé la préparation à l'hospitalisation. Le patient peut ainsi être vu entre 1 et 5 fois pour discuter et améliorer son projet. Cela peut aussi être l'occasion d'entretien avec le réseau ou la famille. Environ 20% des patients de la Calypso profitent de cette pré-admission étendue. De l'avis de l'équipe, ce passage permet aux patients de mieux tenir le coup durant le sevrage et également d'améliorer le projet à la sortie.

Post-sevrage

L'équipe offre également une possibilité de suivi ambulatoire post-sevrage. Il s'agit essentiellement d'une prévention de la rechute qui sert surtout pour les patients dont le projet à la sortie est un peu léger. Ce suivi peut durer quelques semaines, voire quelques mois et prendre éventuellement la forme d'une thérapie. Environ 10% des patients demandent ce suivi.

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

Les centres d'accueil qui ont fait l'objet d'un suivi au cours de cette période d'évaluation sont Entrée de Secours à Morges (EdS), Zone bleue (ZB) à Yverdon, Action Communautaire Toxicomanie (ACT) à Vevey, ainsi que le Passage à Lausanne (voir le cahier 2 pour une présentation détaillée de chaque structure).

ZB, EdS et ACT desservent des régions, alors que le Passage est une structure lausannoise, ce qui détermine des variations de la provenance des usagers, mais également de financement et de participation des communes environnantes. Relevons que ZB a développé des contacts avec les municipalités de Ste-Croix et Payerne afin de discuter des problèmes de consommation dans ces communes et des moyens à mettre en œuvre pour entrer en contact et aider les usagers.

^a Le topiramate (Topamax®) est une molécule prévue à l'origine comme anti-diabétique et utilisée ensuite comme anti-épileptique. Le Topamax s'est montré plus efficace que les médicaments classiques tels que la clonidine, pour les sevrages des héroïnomanes et polytoxicomanes. Voir Rapport 2001 Fondation Phénix, <http://www.phenix.ch/french/rapport01>.

4.4.1 Entrée de Secours : évolutions au sein de l'institution

Entrée de Secours a déménagé en automne 2004 et se situe maintenant dans un immeuble commercial et locatif du centre ville, avec également un EMS comme voisinage. Cette situation a amené l'équipe à faire un travail de voisinage. Si le concierge est devenu une personne ressource, les voisins ne sont pas venus visiter la structure malgré l'invitation qui leur a été faite. Cette proximité du voisinage est vécue comme un stress supplémentaire par l'équipe.

Sinon, il n'y a pas de changements majeurs si ce n'est la ré-installation d'un repas communautaire hebdomadaire, fréquenté en moyenne par 5 à 6 personnes.

Du point de vue de l'équipe, une forme d'antenne devrait être développée dans la région de Nyon afin de renforcer les prestations de proximité.

4.4.2 Zone Bleue : évolutions au sein de l'institution

En 2006, Zone Bleue a mené une enquête sur les personnes marginalisées et toxicomanes ne fréquentant pas les lieux d'accueil et de traitement afin de mieux connaître leur situation de vie et leurs besoins/attentes. Cette démarche a été menée en collaboration avec la Municipalité et différents partenaires. Elle a débouché sur la création d'un poste d'éducateur de rue à temps partiel rattaché au service de l'Education et de la Jeunesse de la ville d'Yverdon même si ZB aurait souhaité voir ce poste rattaché à sa structure.

ZB a développé une collaboration avec Bartimée qui va au delà des habituelles démarches d'accompagnement. En effet, l'équipe est davantage intégrée dans le « processus » de prise en charge et sert parfois à l'écoute des difficultés que peuvent avoir les résidents au cours de leur séjour. Il s'agit parfois de définir le cadre ensemble de manière à ce que les résidents puissent poursuivre leur séjour ou tout au moins partir correctement de l'institution en assumant un peu de leur responsabilité.

4.4.3 Le Passage : évolutions au sein de l'institution

Depuis 2005, le Passage a bénéficié d'une nouvelle organisation interne qui s'est traduite à la fois par une clarification des rôles et fonctions des intervenants et l'introduction d'une personne spécialement à l'accueil.

Quant aux activités, elles ont été restructurées en 4 secteurs et un cahier des charges pour chacun de ces secteurs a été défini : l'accueil, le réfectoire, l'échange de matériel stérile (ce secteur d'activité comprend également l'offre de premiers soins) et la cuisine, mais il n'y a pas eu de changement fondamental de l'offre.

4.4.4 ACT : évolutions au sein de l'institution

ACT a développé l'offre d'aide alimentaire sous la forme de cornets de nourriture. Ceci a entraîné une modification de la clientèle avec l'apparition de familles et de situations sociales très problématiques.

ACT observe également une augmentation de la fréquentation de la structure par les femmes et, également au cours de la dernière année, par des couples.

Le travail de prévention dans les écoles s'est développé et ACT touche actuellement tous les degrés scolaires à partir de la 6^{ème} année, dans la région.

Travail de rue

Par rapport aux objectifs initiaux, seul ACT développe une activité de rue, ZB et EdS ayant pour l'instant concentré leurs efforts sur les activités dans le cadre de la structure. Eds propose toutefois des accompagnements à l'extérieur et des interventions au domicile.

Le travail social « hors murs », anciennement travail de rue, comprend toutes les interventions qui se font en dehors de la structure ACT, que ce soit dans la rue, au bistrot ou au domicile d'un client.

Tout comme le travail à ACT, le travail social « hors murs » comprend 4 grandes rubriques qui ont chacune plusieurs composantes : la réduction des risques (information, prévention primaire, matériel stérile, soins), l'aide alimentaire (repas, alimentation), l'action socio-éducative (entretien individuel, entretien de couple, entretien de famille, gestion du temps libre, aide et gestion financière) et l'orientation (collaboration réseaux, visites, administratif).

En 2005, 160 personnes différentes ont été rencontrées dans ce cadre, pour un total de 1500 contacts qui ont été établis, avec une moyenne journalière de 7.8 contacts.

Parmi les prestations offertes, les actions socio-éducatives (572) sont les plus fréquentes, suivies des interventions de réduction des risques (199), de l'orientation (81) et des coups de pouce alimentaires (45). Les entretiens réalisés par les intervenants hors-murs sont souvent la porte d'entrée vers une intervention plus conséquente y compris dans le cadre de la structure.

Le travail social « hors murs » est considéré comme un moyen complémentaire à l'accueil au centre pour remplir le mandat essentiel des deux éducateurs qui consiste à créer ou recréer du lien social et à représenter les personnes en difficulté. Le travail de rue permet d'atteindre les personnes en difficulté même quand elles n'ont pas la motivation suffisante pour pousser la porte des institutions de prise en charge.

4.4.5 Prestations offertes et évolutions

Les centres d'accueil sont des lieux d'écoute et de parole, mais aussi d'orientation et de soutien ; des nuances et variations existent toutefois dans la façon dont ces objectifs sont formulés, ainsi que dans les moyens mis en œuvre pour les atteindre (cf. rapport précédent).

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

Prise en charge et accompagnement socio-éducatifs

La prise en charge et l'accompagnement socio-éducatifs sont offerts de façon régulière à ACT, ZB et EdS. Si dans le projet de base, les usagers du Passage peuvent théoriquement bénéficier d'aide et d'accompagnement individuels, ceux-ci n'ont pas encore été développés en 2006.

Orientation et accompagnement dans les démarches

A l'exception du Passage, l'orientation et l'accompagnement dans les démarches sont proposés dans toutes les structures.

Partant du constat que, même lorsque l'information est donnée et que l'orientation des usagers est faite, ces derniers ont beaucoup de peine à prendre et à se rendre à des rendez-vous, ZB ouvre depuis plusieurs années ses locaux à différents partenaires qui se déplacent ainsi sur le terrain des usagers et mettent leurs compétences à disposition pour une durée définie, en collaboration avec l'équipe et en fonction des besoins. Cette manière de faire a été reprise notamment à ACT et donne satisfaction à l'équipe.

Prestations sanitaires et d'hygiène

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

De même, toutes ces structures participent au programme de prévention des maladies transmissibles par l'échange de matériel stérile. Toutefois, seule ZB remet une quantité importante de seringues parmi

les structures hors Lausanne (cf. 4.6.3). Elle a de plus développé un partenariat avec les hôpitaux d'Yverdon, de Payerne et d'Estavayer-le-Lac afin d'assurer la remise de matériel stérile dans ces lieux en dehors des heures d'ouverture de ZB et des pharmacies (démarche déjà existante à Morges et Nyon). L'équipe relève une augmentation de la demande de matériel stérile en 2006. Par ailleurs, elle a entamé une réflexion avec Bartimée sur les possibilités d'introduction des mesures de réduction des risques dans une démarche à haut seuil.

Zone Bleue continue à accueillir des femmes consommatrices qui souhaitent discuter de problèmes de grossesse ou qui ont des enfants en bas-âge. Même si le nombre de femmes enceintes reste faible, les préoccupations autour de la famille et du couple ont augmenté et l'équipe travaille beaucoup avec le SPJ autour des questions de placement. L'équipe est confrontée à une dégradation de la santé des usagers et a vécu plusieurs décès d'usagers liés aux conséquences de la consommation telles que des embolies. Par ailleurs, les possibilités d'orienter des usagers vers des médecins pour démarrer des traitements de substitution sont limitées. L'infirmière est régulièrement sollicitée par des médecins pour assurer le suivi de la médication de certains patients. La consultation psychiatrique connaît un regain de fréquentation depuis début 2005 et il serait souhaitable de l'avis de l'équipe de pouvoir étendre les horaires de consultations (actuellement 2h30 par semaine).

A Entrée de Secours, l'organisation d'une consultation médicale sur place renforce ce pôle de prestations. La santé des usagers est notamment prise en compte dans le cadre des consultations médicales ; démarrage de traitements médicaux rapides, distribution de la médication, prise de sang, vaccination.

À ACT, il n'y a pas de présence médicale dans les locaux, mais une collaboration avec l'infirmière de l'UAS pour des bilans de santé.

Dans le domaine des soins, Le Passage offre majoritairement des conseils et de l'information sur l'hygiène d'injection. Les soins conséquents à l'injection forment un peu moins du 10^{ème} des interventions sanitaires enregistrées en 2005 et 2006. Le Passage est chargé depuis 2006 de la gestion des deux automates de remise de matériel stérile placés à Lausanne. Depuis novembre 2006, la Fondation ABS a également la charge du Distribus.

4.4.6 Fréquentation des structures

Après une augmentation de la fréquentation quotidienne au cours des années 1999-2001 dans tous les centres d'accueil, le nombre de personnes vues quotidiennement s'était stabilisé ou avait diminué légèrement en 2002 et 2003. Durant les années 2005 et 2006, on observe une sensible augmentation de la fréquentation dans les structures de EdS, ZB et ACT. Ainsi, environ 30 à 35 personnes par jour fréquentent EdS et ACT et 45 à 50 ZB. Au Passage, la fréquentation reste stable (pas de données pour 2006) et les intervenants relèvent environ 70 contacts quotidiens.

Chaque centre accueille encore régulièrement des nouveaux usagers, mais elles sont un peu moins nombreuses ces deux dernières années.

Tableau 4-6 Evolution de la fréquentation et du volume des prestations des SBS, 2002-2003, 2005-2006

	EdS	ZB	ACT	Passage
	2005-2006	2005-2006	2005-2006	2005
Nouveaux cas	↘	↗	↗	→
Fréquentation	↗	↗	↗	→
Volume des prestations	→	↗	↗	↗ ¹

¹ Augmentation du nombre de repas

4.4.7 Profil de la clientèle des SBS

Si l'on examine l'ensemble des clients des structures à bas seuil qui ont rempli un questionnaire dans le cadre de l'enquête SBS de 2006, 183 sur 197 avaient une fois ou l'autre consommé des drogues dures au cours de leur vie, soit 93% (81% en 2004 et 78% en 2000).

La proportion de femmes est restée stable pour l'ensemble de la clientèle des SBS ; elle est toutefois nettement plus importante dans les structures situées en dehors de Lausanne, où elle dépasse les valeurs généralement connues pour ce type de structures.

L'âge moyen des consommateurs fréquentant les structures à bas seuil s'est élevé (31.4 ans en 2000, 35.2 en 2006). Les usagers du Passage et d'Uniset ont un âge moyen de 38 ans environ. Par contre, ZB et EdS présentent une moyenne moins élevée (32 ans environ).

Tableau 4-7 Caractéristiques socio-démographiques, données Clientèle 2006, total de la clientèle

	Total VD 2004		Total VD 2006		Passage		Eds		ACT		ZB		Uniset	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	194		197		58		34		36		41		28	
Nb femmes	52	27	53	27	7	12	9	27	12	33	21	51	4	14
Âge														
Min-max	17-57		19-70		21-52		19-52		20-58		20-70		23-57	
Age moyen	33.6		35.2		38.3		32.3		33.9		32.7		37.9	
Age médian	34		36		39		29		34		28		39	
15 à 20 ans	9	5	3	2	0	0	1	3	1	3	1	2	0	0
21 à 25 ans	26	13	31	16	6	10	9	27	6	17	9	22	1	4
26 à 30 ans	35	18	36	18	4	7	8	24	8	22	13	32	3	11
31 ans et plus	124	64	126	64	48	83	16	47	21	58	17	42	24	86
Domicile														
Sans domicile fixe	24	12	14	7	6	10	0	0	1	3	4	10	3	11
Fixe privé	144	74	164	83	44	76	30	88	33	92	35	85	22	79
Institution	9	5	3	2	0	0	1	3	0	0	2	5	0	0
Travail														
Sans travail	139	72	168	85	53	91	23	67	29	81	37	90	23	93

La proportion de personnes ayant un domicile fixe fluctue passablement au cours du temps (80% en 1993, 85% en 1996 et 74% en 2004). Toutefois, en 1996 et en 2004, les sans domicile fixe sont proportionnellement plus nombreux (respectivement 14% et 15% versus 8% en 1993 et 7% en 2000 et en 2006). Il ne semble donc pas y avoir une tendance stable en ce qui concerne l'accès à un domicile privé.

Peu de clients des SBS disposent d'un emploi à temps complet, soit 7% en 2006 (8% en 1993, 5% en 1996 et 10% en 2000). Environ la moitié bénéficie d'une aide sociale et la proportion des bénéficiaires d'assurances a augmenté pour atteindre 40% en 2006. Parmi les autres sources de revenu citées, les revenus illégaux ont diminué entre 1993 et 1996, puis ils se sont stabilisés (12% en 2000 et en 2004, 13% en 2006).

4.4.8 Conclusions

Les centres d'accueil connaissent une augmentation de leur fréquentation quotidienne et continuent de recevoir de nouveaux usagers, toxicomanes, qu'ils ne connaissaient pas encore, mais leur nombre diminue.

Dans tous les centres, on observe un vieillissement de la clientèle. À ZB, EdS et ACT, l'âge moyen est toutefois inférieur à la moyenne des structures lausannoises. Les structures lausannoises présentent une très faible proportion de femmes. Il conviendrait d'en investiguer la cause.

La clientèle rencontre d'importants problèmes sociaux tant du point de vue du logement que de l'insertion professionnelle, si bien que 90% reçoit une aide financière (assistance publique ou assurances sociales).

Les prestations proposées se sont étoffées, surtout à ACT qui rejoint maintenant EdS et ZB du point de vue de l'offre de prestations. La prise en charge offerte dans les centres évolue avec le développement de relation de confiance entre intervenants et usagers. Ainsi, avec certains usagers, l'objectif de créer le lien est atteint, ce qui ouvre la relation sur un travail plus en profondeur sur la personne et ses objectifs.

4.4.9 Recommandations

Les centres d'accueil jouent un rôle important dans la prise en charge socio-éducative et le suivi de personnes toxicodépendantes. Cependant, la couverture du canton n'est pas entièrement assurée, notamment dans les régions de Nyon, de la Broye et du Nord vaudois, qui ne bénéficient pas de structure de réduction des risques. Une antenne mobile, notamment pour la Broye ou la région d'Estavayer, pourrait être suffisante du point de vue des centres d'accueil.

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

Les équipes doivent rester attentives à toujours favoriser l'accès de leur structure à la population toxicomane très marginalisée. Une réflexion sur d'éventuelles populations cachées de personnes consommatrices devrait avoir lieu, de même qu'il conviendrait de prospecter si possible la problématique des appartements pouvant servir de lieux de rassemblement et de consommation.

4.5 PROJET DÉPART

Les données concernant le projet 'DEPART' ont été essentiellement tirées du rapport d'activité de la structure. Les données concernant la consommation ont été complétées par le listing tiré du questionnaire DEP-ADO qui nous a été transmis par l'équipe^a. Ce projet ne participe pas à la statistique Axya.

4.5.1 Objectifs du projet

Le projet DEPART comporte deux volets. Le premier s'adresse aux professionnels en contact avec des jeunes de 12 à 20 ans et leur offre un soutien pour les problèmes de consommation que peuvent rencontrer leur clientèle. Le deuxième volet comporte une série d'offres d'intervention auprès de jeunes abusant de substances. Plus spécifiquement, Départ entend contribuer à :

- améliorer la collaboration entre les intervenants et institutions du réseau, notamment entre celles des champs socio-éducatif et médico-psychiatrique ;

^a Merci à l'équipe pour la mise à disposition de ces informations.

- améliorer la coordination des mesures d'accompagnement afin d'éviter des parcours problématiques des jeunes ;
- offrir des compétences aux intervenants du réseau en matière de suivi des adolescents consommateurs de substances ;
- faciliter l'accès des adolescents à une aide spécifique répondant à leurs besoins.

4.5.2 Activités du projet

Au 1er mars 2006, l'équipe de DEPART avait répertorié 256 demandes qui lui ont été adressées entre mai 2004 et fin février 2006.

- 62 demandes concernent au premier chef des institutions (foyers, établissements scolaires ou centres de formation, par exemple): protocoles de collaboration, intervisions, demandes d'informations sur le projet, etc.
- 194 demandes concernent des adolescents consommateurs de substances dont 64,9% en provenance des institutions travaillant en lien avec DEPART.

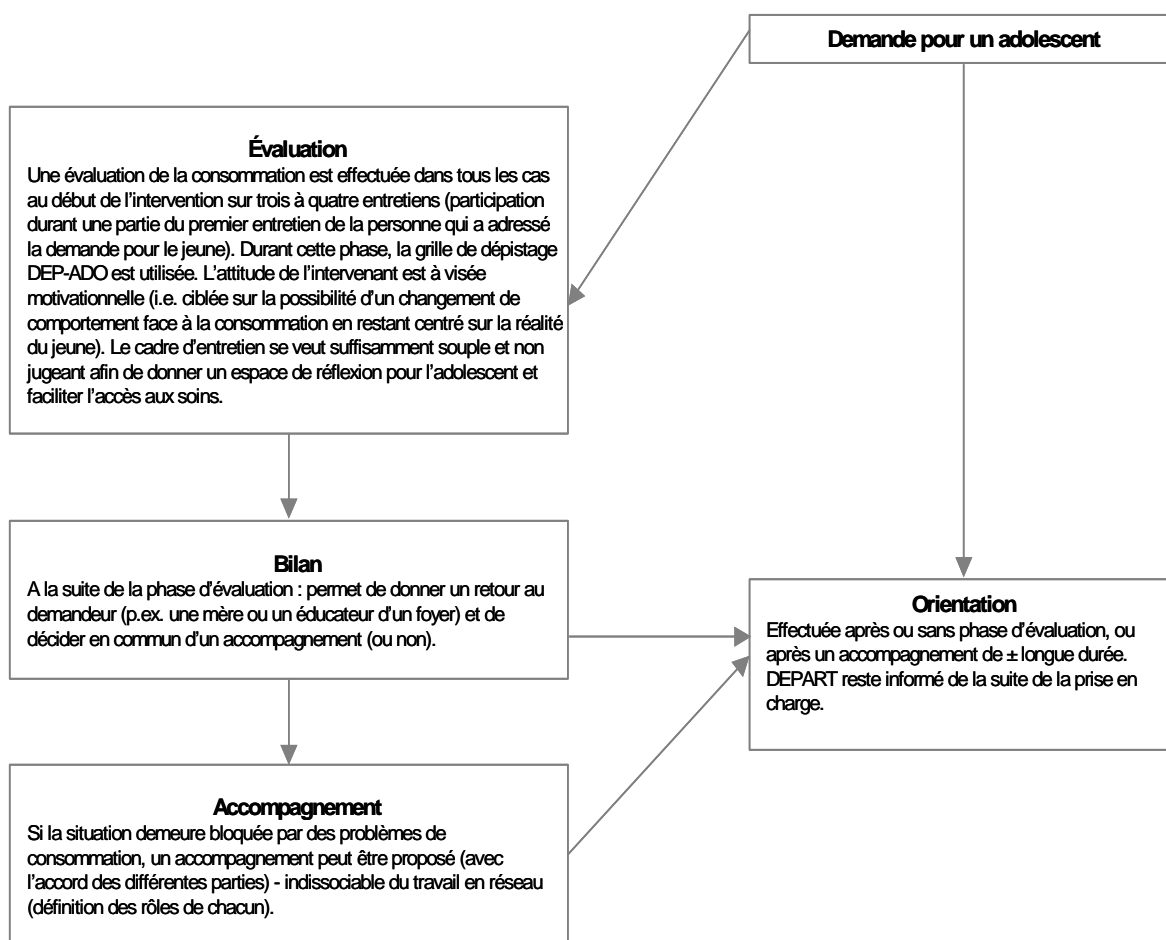
Ces 194 demandes ont fait pour la plupart l'objet d'une évaluation avec notamment l'investigation des substances consommées selon la grille DEP-ADO développée au Canada. A la suite des ces entretiens, le bilan a permis de proposer soit un accompagnement dans le cadre de DEPART, soit une orientation dans le réseau (cf. Figure 4-1).

Les demandes pour des jeunes reçues par DEPART, proviennent à 57,9% de l'agglomération lausannoise, à 22,9% de la région lausannoise au sens large et dans le 19,2% des cas de l'extérieur de Lausanne. En raison de ressources encore limitées, les demandes adressées pour des jeunes provenant de l'extérieur de la région lausannoise ont généralement été orientées vers les institutions spécialisées en toxicomanie des secteurs concernés. Des interventions auprès de jeunes ont cependant été développées à Yverdon.

15 jeunes ont fait eux-mêmes appel à DEPART. 35,1% des demandes proviennent d'un membre de la famille et 64,9% du réseau, principalement des domaines socio-éducatifs (26,4%), scolaire-professionnel (14%), psychiatrique ambulatoire (10,7%) et juridique (8,4%). La situation présentée par la personne qui fait la demande pour un jeune met essentiellement en évidence des problèmes d'ordre scolaire ou professionnel (53 cas, soit 30,3%) et familiaux (73 cas, soit 41,7%). Les demandes d'évaluation de la consommation (79,2%) débouchent très fréquemment sur un accompagnement (87,8%) par un membre de l'équipe, voire sur une orientation (8,5%).

Au cours de l'évaluation de la demande, un questionnaire portant sur les parcours de prise en charge est proposé ; il a pu être complété auprès de 45 jeunes. La plupart de ceux-ci ont eu en tout cas un contact avec un médecin ou une structure médicale (73,3%), le plus souvent avec le médecin de famille (65,6%). Une grande partie a également eu un ou plusieurs contacts de type psychothérapeutique (60%) ou socio-éducatif ambulatoire (53,3%) et résidentiel (42,2%). Ces chiffres expliquent le fait que lorsqu'une demande pour un adolescent est effectuée à DEPART, il y a fréquemment un intervenant du réseau déjà présent.

Figure 4-1 Interventions de DEPART suite à une demande pour un adolescent



4.5.3 Organisation et fonctionnement

La part la plus importante du budget de DEPART provient du soutien financier accordé par le canton de Vaud (Fond cantonal pour la prévention et la lutte contre les toxicomanies). Le projet bénéficie également d'un soutien financier de Lausanne-Région. Par ailleurs, le SUPEA fournit 40% de temps de travail d'un intervenant socio-éducatif, ainsi que les locaux et les infrastructures. Les trois institutions des Hospices-CHUV (à savoir le SUPEA, l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents et la Division des abus de substance) mettent à disposition une partie du temps de travail de leurs cadres pour les tâches de supervision, d'intervision et de gestion du projet (environ 0.2 EPT). De même, les deux institutions du champ social impliquées dans DEPART fournissent le temps d'encadrement du projet par une participation au COPIL.

4.6 REMISE DE MATÉRIEL STÉRILE ET DE PRÉSERVATIFS^a

4.6.1 Evolution du dispositif et des modalités de remise de matériel stérile

Au niveau suisse et cantonal, la remise de matériel stérile servant à l'injection se fait par les SBS et la vente en pharmacie. Dans le canton de Vaud, le Service de la santé publique a mis sur pied depuis 2001 un programme cantonal afin de coordonner la remise de matériel stérile dans les SBS accréditées à le faire (12 à ce jour pour le canton, voir liste en annexe). Le programme est géré par Rel'ier (Association du Relais) qui a pour tâche, en collaboration avec les structures sur le terrain :

- d'effectuer le suivi de la remise de matériel stérile (commandes, distribution, etc.) ;
- d'organiser et de suivre la récolte du matériel usagé ;
- de gérer la collaboration avec les partenaires impliqués dans le programme et de garantir leur formation dans ce domaine.

Les résultats attendus sont :

- la prévention des maladies infectieuses et de la dégradation de la santé liées à la consommation ;
- la prévention des problèmes de sécurité publique liés à la présence de matériel usagé sur la voie publique ;
- l'optimisation des compétences des intervenants et de leurs collaborations.

Evolution du dispositif

Afin d'accroître l'accès au matériel stérile, le Service de la santé publique, sur le conseil du programme cantonal et des résultats de différentes enquêtes, a soutenu l'installation d'automates à seringues, permettant ainsi aux consommateurs par injection de se procurer du matériel propre 24h sur 24. A ce jour, 2 automates ont été installés à Lausanne.

Par ailleurs, dans le cadre du préavis de la Ville de Lausanne concernant la réorganisation du dispositif de prise en charge des personnes toxicodépendantes et suite à une phase pilote^b, un bus de remise de matériel a été mis en place 5 soirs par semaine afin de remplacer l'équipe d'Uniset qui assumait cette tâche de « recours d'urgence »^c, malgré les difficultés inhérentes au fait que les intervenants travaillaient dans la rue.

Evolution des modalités de remise

Jusqu'à fin mars 2007, les modalités de remises suivaient la règle du n+2, c'est-à-dire qu'un usager avait droit au nombre de seringues usagées qu'il ramenait augmenté de 2 seringues supplémentaires (n=n+2). Ceci permettait à une personne n'ayant pas de matériel usagé de se procurer gratuitement 2 seringues propres.

Cette pratique qui favorise la réduction des risques pour les usagers, peut avoir pour conséquence une augmentation de l'abandon de matériel usagé sur la voie publique. Un tour d'horizon des pratiques dans les autres cantons (cf. Tableau 7-14 en annexe) a montré que, majoritairement, la règle appliquée était un échange strict (n=n) et ce depuis de nombreuses années. Cette mesure est accompagnée le plus souvent d'une possibilité d'acheter des seringues à un prix très bas si les personnes ne ramènent pas de matériel usagé. Malgré ces modalités d'échange plus strictes, on ne constate pas dans ces cantons de prévalence au VIH ou aux hépatites plus élevées.

^a Arnaud S. Monitoring du Programme d'échange de seringues dans le canton de Vaud 2003. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004. (Document non publié).

^b Le Distribus était un projet pilote de bus d'échange de matériel stérile, présent à la place de la Riponne 2 soirs par semaine durant les mois de mars à décembre 2005. Il a redémarré en novembre 2006 avec une présence cinq soirs par semaine. Cf. l'évaluation de la phase pilote¹².

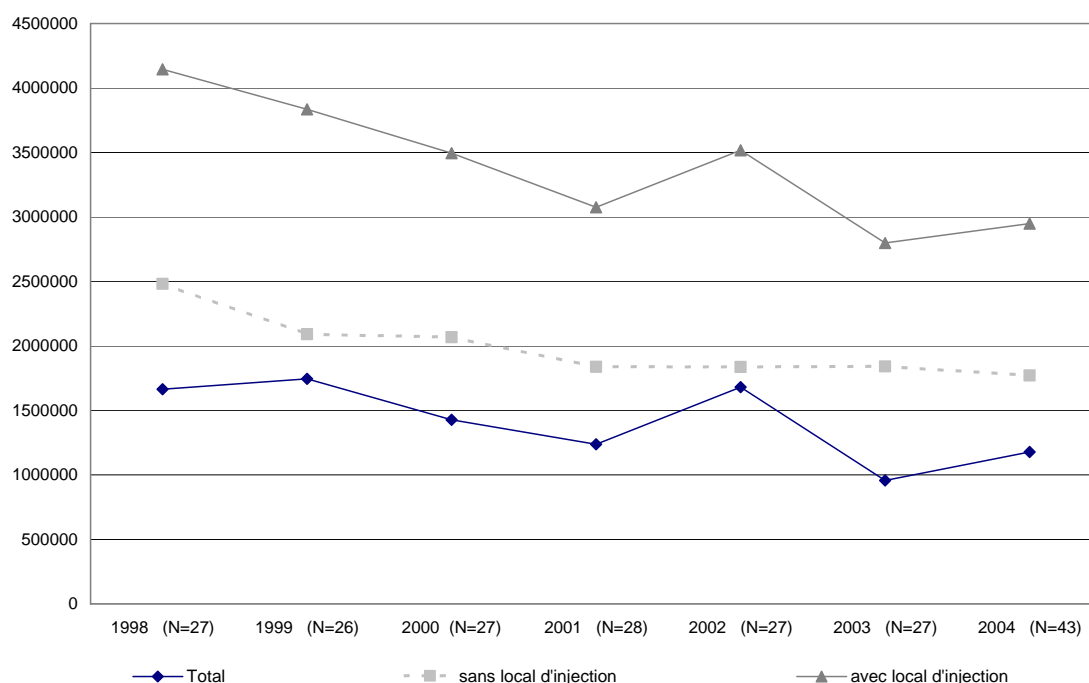
^c Uniset est autorisée à remettre uniquement des boîtes Flash, à raison d'une boîte par personne et par jour.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête auprès des usagers des SBS montrent un taux de partage plus faible au niveau suisse qu'au niveau vaudois (cf. Chapitre 2.3.2). La règle en vigueur dans le canton de Vaud, qui avait pour but une réduction des risques maximale pour les consommateurs par injection, ne semble ainsi pas avoir eu tout l'impact attendu. Par contre, même s'il est évident que toutes les seringues usagées et non rendues ne finissent pas dans la rue ou les toilettes publiques, il est important pour des questions de santé publique de limiter au maximum le risque que de tels faits se présentent. C'est pourquoi le Service de la santé publique en accord avec le programme cantonal, a décidé de modifier les modalités de remise et de passer à l'échange strict (n=n) avec possibilité d'acheter des seringues en cas de non retour de matériel usagé.

4.6.2 Evolution de la remise de seringues dans les SBS au niveau national

De manière générale, la majorité des cantons observe une diminution du nombre de seringues remises aux personnes consommatrices de drogue par injection. Le nombre annuel total de seringues remises est en effet passé de 4'000'000 en 1998 à 3'000'000 en 2004 (y incluses les seringues remises dans les locaux d'injection) (cf. Figure 4-2).

Figure 4-2 Evolution de la remise de seringues dans les cantons pourvus de SBS, 1998-2004



4.6.3 Evolution de la remise de seringues par les SBS du canton de Vaud

On voit sur la Figure 4-3 que la remise de seringues dans le canton de Vaud suit la même tendance – quoique plus prononcée – qu'au niveau national entre 1998 et 2006. On observe en effet une diminution progressive du nombre d'unités remises jusqu'à la fin de l'année 2004. Depuis lors, on note une relative stabilisation autour de 9'000 seringues remises par mois. Une même évolution est visible à Lausanne et dans le reste du canton ; à savoir une stabilisation de la remise depuis le début de l'année 2005 et jusqu'à aujourd'hui.

Pour cette période, le volume moyen d'unités remises mensuellement à Lausanne se situe à 6'853 et autour de 2'500 pour le reste du canton^a.

^a L'essentiel de la remise de matériel stérile dans le reste du canton se fait à Zone Bleue.

Figure 4-3 Evolution de la remise annuelle de seringues dans le canton de Vaud entre 1998 et 2006



En 2006, comme pour les années précédentes, les trois structures que sont le Passage, la Soupe populaire et UnISET ont remis à elles seules près des trois quarts des seringues distribuées au niveau cantonal. La figure suivante présente l'évolution de la remise de seringues entre 2005 et 2006 dans ces trois structures.

En ce qui concerne le Passage, l'année 2005 montre une stabilité du volume mensuel de seringues remises, autour de 3'000. On notera que, bien qu'il y ait quelques oscillations, le volume mensuel remis en 2006 est en augmentation. Il se situe à plus de 4'300 en septembre 2006.

La remise de seringues à la Soupe populaire a subi une chute importante depuis le milieu de l'année 2003. En juin 2005, le volume mensuel de seringues remises se situait à moins de 700 unités. Depuis lors, on a observé une augmentation dans la 2^{ème} partie de 2005, puis une stabilisation autour de 1'500 seringues en 2006. Depuis le mois de novembre 2006 et dans le cadre de la révision du dispositif lausannois, la Soupe ne remet plus de matériel stérile.

L'évolution de la remise de seringues par UnISET a été influencée par la présence du Distribus entre mars et décembre 2005. Dès janvier 2006, le niveau de la remise est celui atteint juste avant la phase pilote du Distribus, à savoir aux alentours de 1'400 seringues par mois.

L'évolution du nombre de contacts^a s'est faite par vagues depuis le début du Programme, les sommets de ces vagues se situant plutôt entre août et septembre. Toutefois, depuis le début de l'année 2005, le nombre de contacts semble s'être stabilisé autour de 1'300 par mois.

^a Il s'agit du nombre de contacts occasionnant un échange de seringues durant le mois. On compte donc le nombre de passages et non de personnes.

Figure 4-4 Evolution de la remise mensuelle de seringues dans les principales structures, 2005 -2006

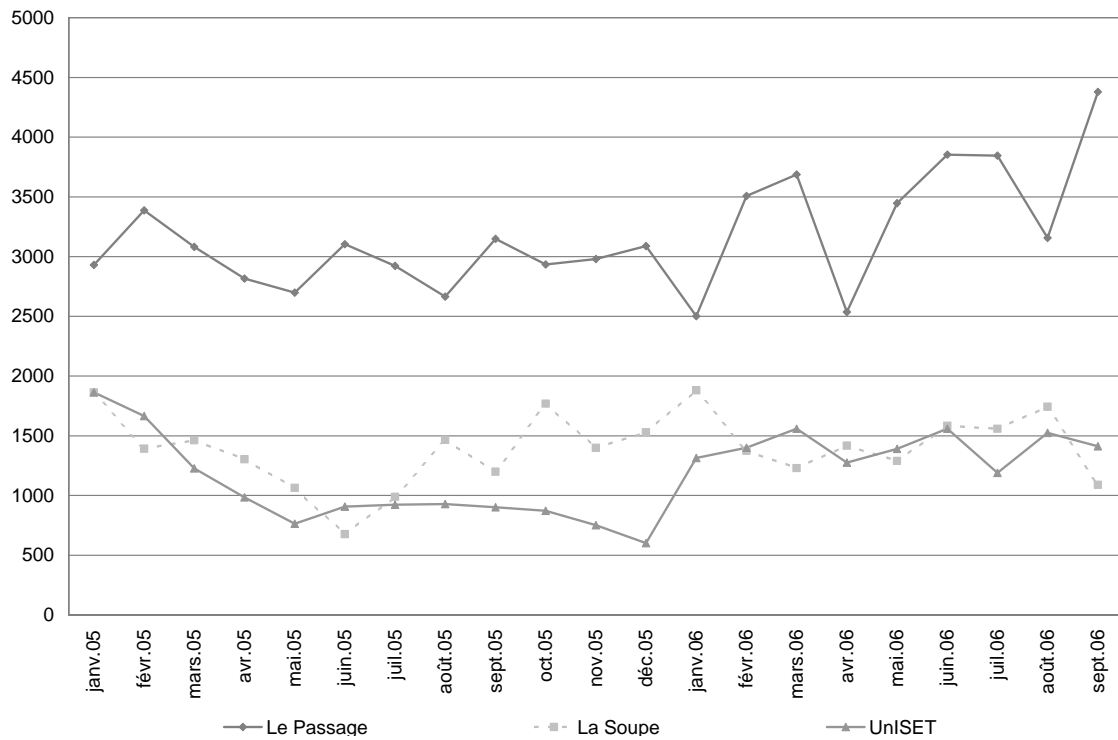
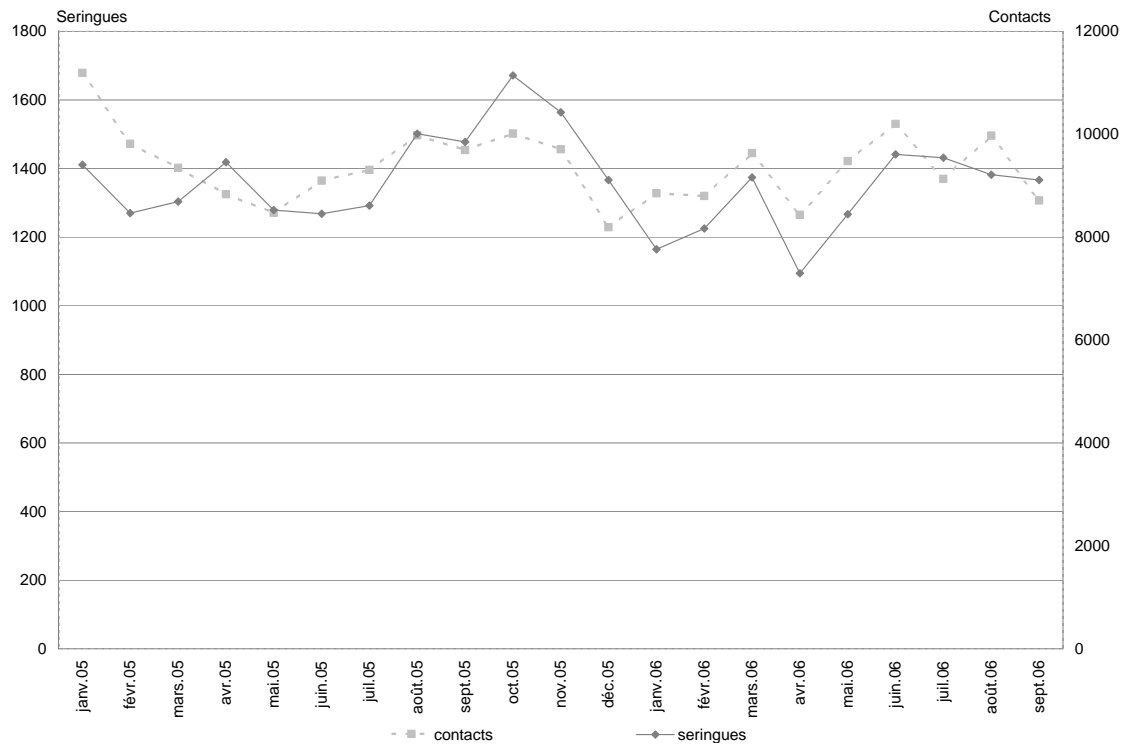


Figure 4-5 Evolution du nombre mensuel de contacts et de seringues remises dans le canton de Vaud entre janvier 2005 et septembre 2006

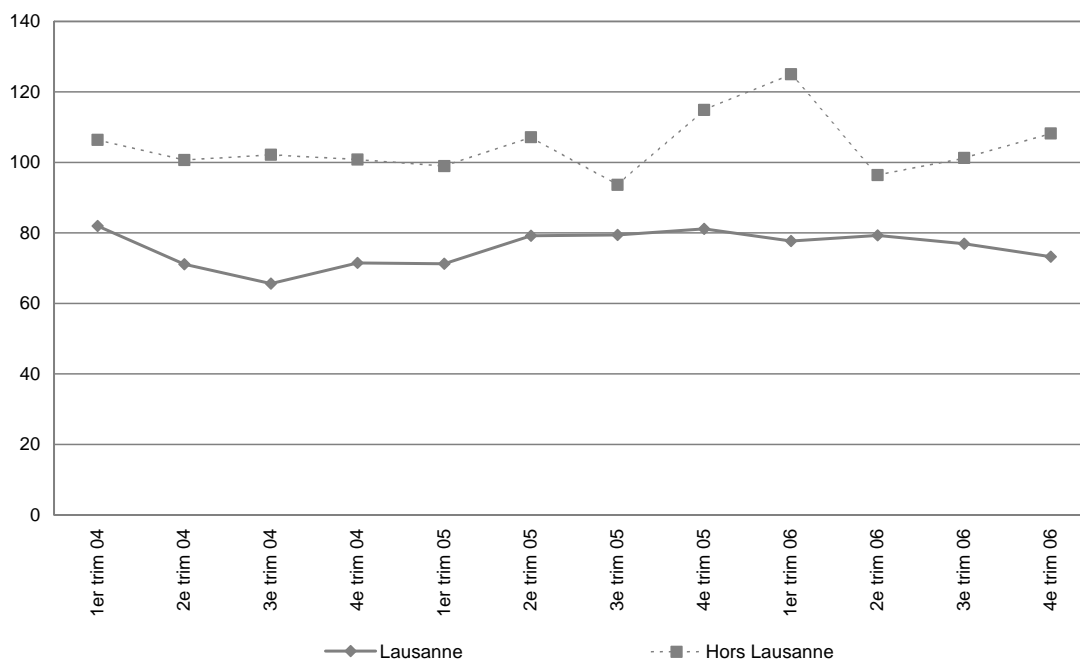


4.6.4 Evolution du taux de retour

Le taux de retour est calculé sur l'ensemble du matériel distribué et repris par les différentes structures accréditées. En effet, l'utilisateur pouvait, avec la règle du n+2 en vigueur jusqu'en mars 07, aller prendre 2 seringues plusieurs fois et dans des lieux différents et décider de retourner l'ensemble de ces seringues usagées dans une seule structure, indépendamment du lieu où il se les était procurées.

Le taux de retour observé est stable depuis le milieu de l'année 2003 (variations entre 80 et 85%). Toutefois, on note une différence entre la situation à Lausanne et dans le reste du canton. En effet, si le taux hors Lausanne avoisine généralement les 100%, il varie entre 75 et 80%. Cette situation est en partie due au fait que l'équipe d'UnISET, travaillant dans la rue, ne peut récupérer que partiellement le matériel usagé. On ne note pas encore d'amélioration notable du taux de retour depuis la mise en place du Distribus (novembre 2006) en remplacement du travail d'UnISET, 5 jours par semaine.

Figure 4-6 Evolution du taux trimestriel moyen de retour des seringues, 2004-2006



4.6.5 Monitoring des seringues trouvées dans l'espace public

Durant le dernier trimestre 2006, un monitoring des seringues trouvées dans l'espace public lausannois a été réalisé dans le but d'objectiver le problème des seringues qui traînent sur la voie publique et de le quantifier (amplitude et variations).

Pour la récolte des données, les différents services potentiellement impliqués (parcs et promenades, services des routes et mobilité pour les WC publics, etc.) ont été contactés afin de participer à un relevé des seringues trouvées.

Au cours des trois mois qu'a duré le monitoring, ce sont 321 seringues qui ont été ramassées par les différents services et institutions impliqués, soit en moyenne 107 seringues par mois.

Les 3/4 de ces seringues ont été trouvés dans les WC publics ou les parkings du centre ville. Le dernier quart a été trouvé par le service Parcs et promenades et la répartition par secteur montre qu'il y a quelques zones « périphériques » qui paraissent être des zones sensibles : Entre-Bois, région du Vélodrome (notamment Ancien Stand).

En ce qui concerne d'autres zones périphériques, notamment au Nord de la ville (Praz-Séchaud, Boveresses), Ouest lausannois (Flon, Sébeillon) ou Vidy (surtout Bourdonnette), ou tous les secteurs

qui se trouvent au sud du centre-ville (gare, sous-gare – Milan, Ouchy – Denantou), l'exercice de monitoring n'a pas été fait.

Tableau 4-8 Nombre de seringues ramassées en ville de Lausanne par « secteur », dernier trimestre 2006

	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Cité (centre ville)	119	62	66	247
Entre-Bois, Bois-Gentil	16	14	11	41
Ancien Stand, Stade Olympique	13	8	5	26
Montbenon	2	1	0	3
Vennes	1	1	0	2
Ouchy (Tour Haldimand)	0	2	0	2
Total	151	88	82	321

4.6.6 Rôle des pharmacies

Les pharmacies présentent l'avantage, par rapport aux structures participant au Programme cantonal, de couvrir l'ensemble du territoire cantonal.

Différentes enquêtes^{4,13,14} successives ont permis de mettre en évidence le rôle des pharmaciens dans l'accès au matériel d'injection stérile. Les résultats présentés ici sont tirés de la dernière enquête nationale menée auprès des pharmacies et présente des données évolutives de 1994 à 2004^a (Samitca et al.¹⁵) – voir résultats complets en annexe.

Evolution du nombre de seringues vendues par les pharmacies vaudoises

Le nombre de seringues vendues en pharmacie a progressivement diminué entre 1994 et 2004 et est passé de 17'281 seringues vendues mensuellement en 1994 à 9'886 en 2004. Cette diminution est essentiellement expliquée par l'ouverture en 1996 des premiers centres d'accueil à bas seuil dont l'une des prestations était la remise de matériel d'injection^b.

En effet, en 1994, les pharmacies remettaient 100% du matériel d'injection stérile. Ce pourcentage avait déjà chuté à 61% en 1996 ; il s'élevait toutefois encore à 46% en 2004.

Malgré cette diminution, les pharmacies remplissent donc toujours un rôle important dans la remise de matériel stérile.

Le taux de retour de seringues usagées en pharmacie est cependant très faible, puisque l'on dénombre 1428 seringues retournées par mois, soit un taux de retour de 14% (2004).

^a Enquête menée auparavant en 1995 et en 1997.

^b On peut cependant penser que la diminution de seringues constatée entre 1996 et 2004 est également liée aux changements observés dans les modes de consommation des usagers de drogues.

Figure 4-7 Evolution du nombre total estimé de seringues distribuées par les pharmacies du canton de Vaud par mois

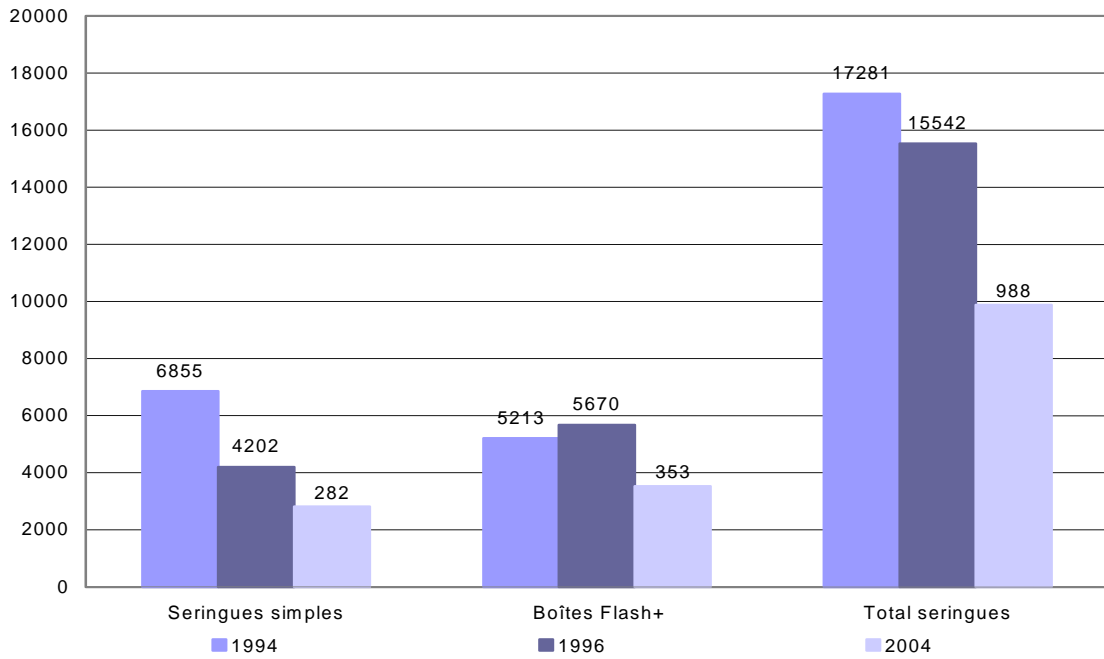
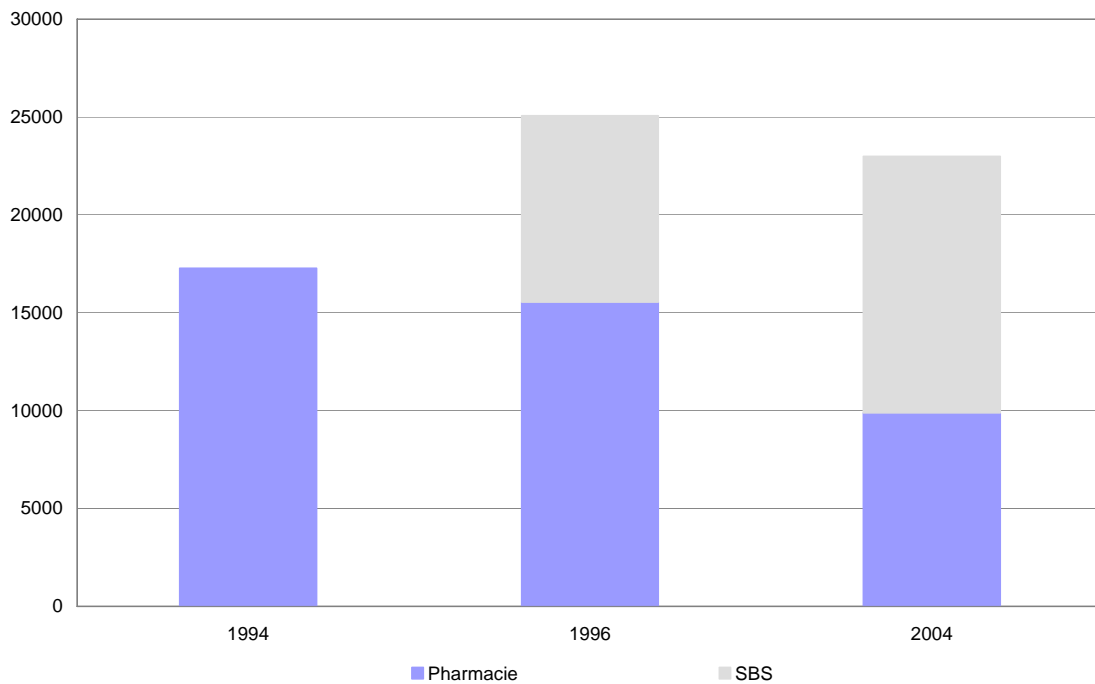


Figure 4-8 Part des pharmacies dans la remise de seringues dans le canton de Vaud, 1994-2004



4.7 LES CONSOMMATEURS DE DROGUE DANS LE SYSTÈME CARCÉRAL VAUDOIS

Une étude financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNRS) sur l'épidémiologie des maladies infectieuses dans les prisons vaudoises a été menée entre 2002 et 2004. Elle poursuivait les objectifs suivants :

1. connaître les circonstances où les personnes maintenues en milieu carcéral s'exposent à des maladies telles que les hépatites et le virus VIH ;
2. évaluer le nombre de personnes qui sont atteintes par ces maladies ;
3. introduire ou améliorer les mesures de prévention qui pourraient empêcher la transmission de ces maladies dans le milieu carcéral de Suisse romande.

La récolte des données s'est déroulée de janvier à juin 2002. L'étude a été présentée à 490 personnes détenues. Parmi elles, 352 ont accepté de participer. Dans le cadre de cette recherche, une enquête sérologique a été menée auprès de détenus des prisons vaudoises¹⁶. Cette étude était constituée d'un questionnaire (portant sur des données épidémiologiques, consommation, prises de risques, etc.) et d'une prise de sang (VIH, HBV, HCV et MST). L'étude a mis en évidence une prévalence VIH pour l'ensemble des personnes interrogées de 1.1%, de 28.8% pour l'hépatite B et de 9.5% pour l'hépatite C.

L'étude a montré aussi que près d'un détenu sur cinq consomme des produits addictifs en prison et a rappelé que les détenus sont fortement susceptibles de se contaminer avec le VIH, l'HBV et l'HCV lors d'expositions à du sang ou à des liquides contenant du sang (injection intraveineuse, inhalation de substances par voie nasale, tatouage), lors de situations accidentelles ou lors de circonstances plus anodines de la vie quotidienne (rasage).

Autre constat important : le préservatif est utilisé de manière insuffisante par une grande partie des participants, notamment chez ceux qui ont plusieurs partenaires. L'étude a confirmé aussi que des relations sexuelles non protégées ne sont pas exceptionnelles en prison, malgré un accès assez large au préservatif.

Selon les auteurs, les démarches de prévention restent insuffisantes eu égard au risque représenté par la réalité infectieuse. Il apparaît aussi que les prisons ne peuvent plus faire l'économie d'une possibilité de remise de matériel d'injection, comme c'est le cas dans une dizaine d'établissements en Suisse.

5 EVOLUTION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Résumé Plus de 1'600 personnes sont au bénéfice d'un traitement à la méthadone en 2005 et 2006.

Le nombre de patients débutant un traitement de substitution pour la première fois diminue depuis quelques années et concerne une trentaine de personnes en 2006. Le nombre de fin de traitement avec un avis d'abstinence est légèrement supérieur et concernait un peu plus de 60 personnes en 2006.

Un nombre important de patients en traitement de substitution sont connus depuis de nombreuses années par le Service de la santé publique, mais une part importante de cette population semble extrêmement « mobile », interrompant ou reprenant un traitement relativement fréquemment ou encore changeant de médecin traitant.

L'âge des personnes suivant un traitement de substitution augmente régulièrement.

La proportion de personnes sous méthadone ayant un travail à plein temps baisse avec comme corollaire une augmentation de celle ceux au bénéfice d'une rente AI.

Une part importante des patients (soit entre 21 et 37%) poursuit une consommation parallèle d'héroïne pendant le traitement.

Concernant les doses de méthadone prescrites, elles s'inscrivent en moyenne juste dans les normes établies lors de la conférence Nasuko^b et l'on peut se demander si elles sont suffisantes au vu du maintien d'une consommation parallèle.

Un nombre important de médecins ne suit qu'un ou deux patients ce qui semble peu pour acquérir une expérience dans le suivi de tels patients. On s'aperçoit aussi que les médecins rapportent un test VIH pour seulement 65% des patients.

La qualité des données recueillies, en particulier, le remplissage incomplet des questionnaires par les médecins, et certaines limitations du logiciel de saisie, posent des problèmes d'interprétation des résultats.

5.1 CADRE DE L'ANALYSE

En 1998, le Service de la santé publique du canton de Vaud s'est doté d'un nouveau logiciel de saisie des données de traitement de substitution, conçu pour remplir deux fonctions principales : optimiser la gestion des traitements de substitution prescrits aux patients héroïnomanes d'une part, fournir un outil de recherche épidémiologique et clinique dans le domaine des addictions d'autre part.

Baptisé « Methadon », ce logiciel a été développé en 1997 par la société Cysoft^c pour le compte de l'OFSP. Il est utilisé depuis lors dans 14 cantons et demi-cantons différents^d, principalement pour la gestion des traitements de substitution avec de la méthadone et la saisie des données y relatives. En ce qui concerne le canton de Vaud, ce logiciel est opérationnel depuis août 2000.

Les données saisies à l'aide du logiciel « Methadon » ont été extraites et analysées à ce jour et à notre connaissance dans les cadres suivants :

- à l'échelle nationale, pour alimenter les « statistiques nationales méthadone » fournies par l'OFSP^e,
- au niveau du canton du Tessin, dans le cadre d'une recherche sur les traitements de substitution à la méthadone¹⁷ ;

^b Conférence nationale sur la substitution.

^c www.deltadata.ch/aboutus.html.

^d AR, BE, BL, FR, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SH, TG, TI et VD.

^e www.act-info.ch/nms1999/findex.htm et www.act-info.ch/nms2000/findex.htm.

- dans le canton de Vaud, une première analyse des données de 2001 a été financée par le Service de la santé publique en collaboration avec le Centre St-Martin^a, puis reconduite et menée en 2003 à l'IUMSP^{b,18}.

5.2 MÉTHODE

L'analyse présentée ici porte sur la période 2001 à 2005 et aborde les aspects suivants :

- le nombre de traitements et les caractéristiques socio-démographiques de la clientèle en traitement : âge, sexe, insertion, santé ;
- la consommation de substances addictives : quels produits, à quelle fréquence et selon quel mode de consommation ;
- les modalités de traitement : produit, dosage, autres médicaments.

Ces données sont également ventilées, lorsque cela fait sens, en fonction du stade de traitement (entrée ou prolongation). Par ailleurs, la fréquence de consommations parallèles est mise en relation avec les doses de méthadone reçues. La place des médecins praticiens et des institutions spécialisées est également analysée.

5.2.1 Extraction des données en 2006

Après avoir utilisé en 2003 le programme d'extraction du fichier méthadone fourni par l'OFSP, le fichier obtenu ne comportait pas l'ensemble des variables disponibles dans le fichier vaudois, notamment celles concernant la santé (VIH, hépatites). De plus, en faisant un décompte des personnes ayant bénéficié d'une autorisation de traitement sur la base de l'ensemble des documents enregistrés^c et non sur la base du programme d'extraction de l'OFSP, le nombre de patients différents était plus élevé que sur la base de l'extraction proposée par Berne, soit environ 50 à 70 personnes de plus par année.

Le choix a alors été fait en 2006 de reprendre les tableaux de données de base dans le programme Access et de reconstruire le fichier complet dans le programme SPSS. Les données 2004-2006 (jusqu'en mai) ont donc été extraites du fichier méthadone du Service de la Santé publique sous forme de tables Excel anonymisées. Le fichier complet de données a ensuite été reconstitué sur SPSS en « matchant » les variables sur la base des identificateurs de documents.

Pour construire notre base de données, nous avons procédé de la manière suivante :

- sélection selon l'année de tous les documents ayant une date d'autorisation valable entre le 1 janvier et le 31 décembre ;
- agrégation des documents selon l'identificateur de client et par année pour obtenir l'ensemble des personnes ayant eu une autorisation de traitement valable au moins 1 jour (doublons exclus) ;
- matching des données disponibles selon l'identificateur de client sur la base suivante :
 - données tirées du premier questionnaire d'entrée de l'année ;

^a Dr Sébastien Doll, médecin assistant, Rapport préliminaire sur les traitements de substitution à la méthadone dans le canton de Vaud. Lausanne 2002.

^b Cette analyse a fait l'objet d'un rapport non publié fin 2004, cf. Thérèse Huissoud, Laura Raileanu, Françoise Dubois-Arber, Traitements de substitution dans le canton de Vaud, 2001-2003.

^c Notamment en incluant les patients dont l'autorisation porte sur 2 années (par ex de décembre 2000 à mars 2001) dans la file active de l'année suivante, même si aucun autre document n'existe en 2001.

- si pas de questionnaire d'entrée : données tirées du questionnaire de prolongation (si plusieurs questionnaires de prolongation, choix du premier de l'année) ;
- si pas de questionnaire d'entrée ni de questionnaire de prolongation, données tirées du dernier questionnaire de fin^a.

5.2.2 Etendue de l'analyse

L'analyse porte sur l'ensemble des patients ayant eu une autorisation de traitement de méthadone entre le 1 janvier et le 31 décembre de chaque année durant la période 2004-2005. Pour certaines données toutefois, et lorsque les résultats étaient disponibles, les chiffres de 2001 à 2003 ont été inclus dans la présentation.

Seuls les questionnaires d'entrée (type 1) et les demandes de prolongation (type 3) ou de fin de cure (type 4) contiennent les variables intéressantes pour le suivi épidémiologique et ont été compilés pour l'analyse épidémiologique. Pour chaque personne en traitement, un seul document de type 1, 3 ou 4 a donc été sélectionné par année.

Pour déterminer la file active totale et en l'absence de questionnaire de type 1, 3 ou 4, un document de type « Autorisation » a été retenu par patient.

Tableau 5-1 Nombre et types de documents retenus pour l'analyse, 2004-2005

	2004	2005
Nb de patients différents	1670	1646
Questionnaire d'entrée	414	366
Questionnaire de prolongation	1078	1137
Questionnaire de fin	161	106
Demande d'autorisation	17	26

5.3 RÉSULTATS

5.3.1 Evolution de la demande dans le canton

Le nombre de traitements à la méthadone dans le canton de Vaud a augmenté fortement au cours des années 90, passant de 461 traitements en 1990 à 1086 en 1993 pour atteindre 1891 traitements en 1998. Depuis, il s'est stabilisé et diminue même légèrement^b : 1778 traitements en 2002, 1696 en 2003 et 1646 en 2005. Entre le 1^{er} janvier 2001 et le 16 mai 2006 (date de l'extraction des données), 2529 personnes différentes ont eu une autorisation de traitement valable au moins 1 jour.

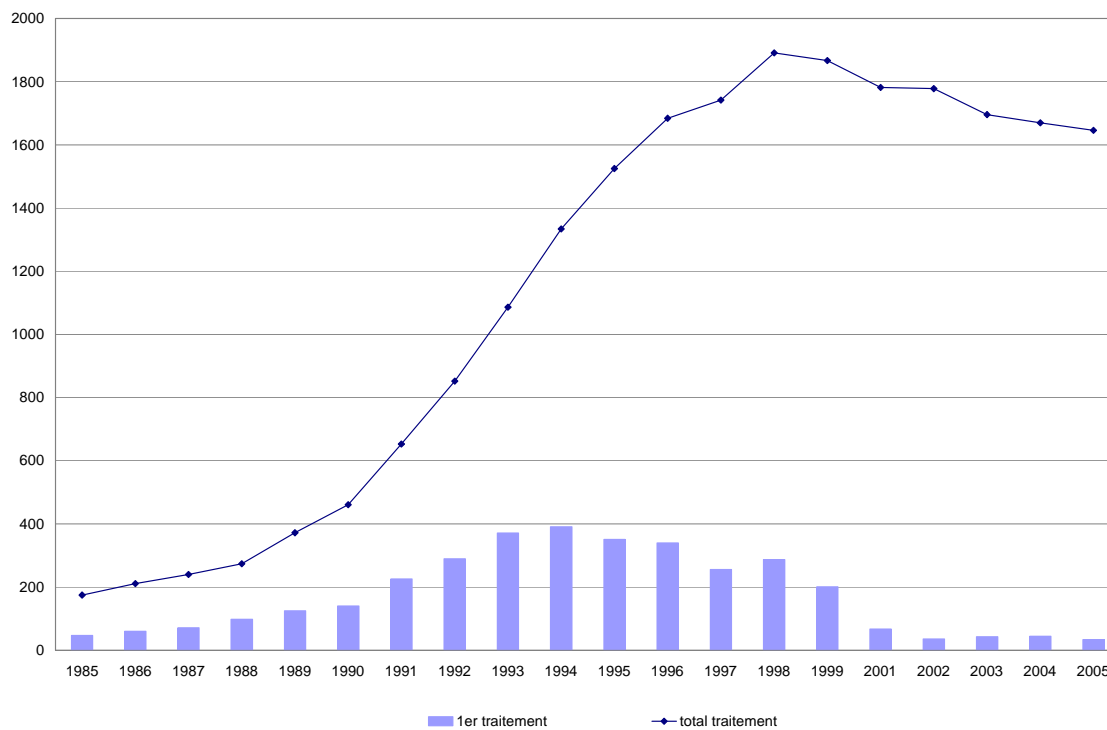
Entre 300 et 400 demandes d'entrée en traitement sont remplies chaque année. Celles qui concernent des personnes n'ayant jamais eu de traitement de substitution auparavant diminuent : pour la période 2001 à 2005, on dénombrait un total de 225 personnes débutant un traitement pour la 1^{ère} fois alors

^a Les questionnaires de fin de traitement sont souvent remplis de manière très lacunaire. C'est pourquoi, pour décrire la population en traitement, nous ne les avons choisis que lorsque aucun autre document plus complet n'existait. L'ensemble des questionnaires de fin a toutefois été utilisé pour décrire les fins de traitement.

^b Le résultat moindre de l'année 2000 résulte du passage au logiciel « Methadon » pour la gestion des traitements et ne doit pas être considéré dans l'appréciation de l'évolution du nombre de traitements.

qu'elles étaient encore 201 dans ce cas pour la seule année de 1999 (cf. Figure 5-1). En 2005, seuls 34 patients sur 1646 (soit 2%) accédaient pour la première fois à un traitement de substitution^a.

Figure 5-1 Nombre de personnes débutant un traitement de substitution pour la première fois et nombre total de traitements, 1985-2005 (Source SSP)



Les autres demandes d'entrée en traitement correspondent pour environ 60% d'entre elles à un début de traitement pour des personnes ayant déjà eu recours à une prise en charge, y inclus les possibilités de sevrage ou de séjour résidentiel. Enfin, environ un tiers des demandes d'entrée sont remplies lorsque la gestion de la cure d'un patient est reprise par un nouveau médecin (Tableau 5-2). Il ne s'agit donc pas réellement d'un nouveau traitement, mais d'un transfert de traitement sans qu'il y ait interruption.

Tableau 5-2 Répartition des questionnaires d'entrée selon le stade de prise en charge, 2005

	2005	
Nombre de questionnaires	n	%
1 ^{ère} demande	34	9
Reprise après interruption	217	59
Transfert	115	32
Total	366	100

^a Pour 2004 et 2005, respectivement 11 et 5 patients avaient une indication de traitement de substitution antérieur (date ou type de traitement) alors que la réponse à la question de savoir s'ils avaient fait un traitement antérieurement était « non ». Nous avons fait le choix de les exclure néanmoins des 1ers traitements.

On a ainsi, si l'on considère l'ensemble des personnes en traitement en 2005, 15% de personnes qui ont démarré un traitement en 2005 (1^{er} traitement et reprise après interruption) et 85% qui ont une prolongation par le même médecin ou par un nouveau médecin s'il y a eu transfert de cure. Les patients suivant un traitement de substitution peuvent donc être ventilés en 4 groupes en fonction de leur parcours du point de vue des traitements.

Les personnes débutant un traitement qui se répartissent entre :

- les personnes qui débutent pour la première fois un traitement (n=34 en 2005) ;
- les personnes qui démarrent un traitement de substitution après une interruption^a (n= 217 en 2005) ;

Les personnes suivant un traitement peuvent aussi être réparties en deux groupes distincts :

- les personnes dont le traitement a été transféré à un nouveau médecin, sans interruption de traitement (n=115 en 2005) ;
- les personnes qui poursuivent un traitement entamé avant le 1^{er} janvier de l'année en cours (n=1269 en 2005).

La suite de l'analyse porte, d'une part, sur l'ensemble des patients et, d'autre part, sur les variations selon les stades de traitement pour le profil socio-démographique et les consommations parallèles.

5.3.2 Profil des patients en traitement

Environ un tiers des traitements de substitution sont suivis par des femmes (cf. Tableau 5-3). L'âge moyen des femmes est inférieur d'une année à celui des hommes. Pour les deux sexes, l'âge moyen augmente au cours de la période étudiée : il passe chez les hommes de 33.7 ans en 2001 à 37.1 en 2005, chez les femmes de 32.6 à 36.1 ans.

Tableau 5-3 Nombre de traitements de substitution, proportion de femmes et âge moyen selon le sexe, 2001 à 2005 (Source SSP)

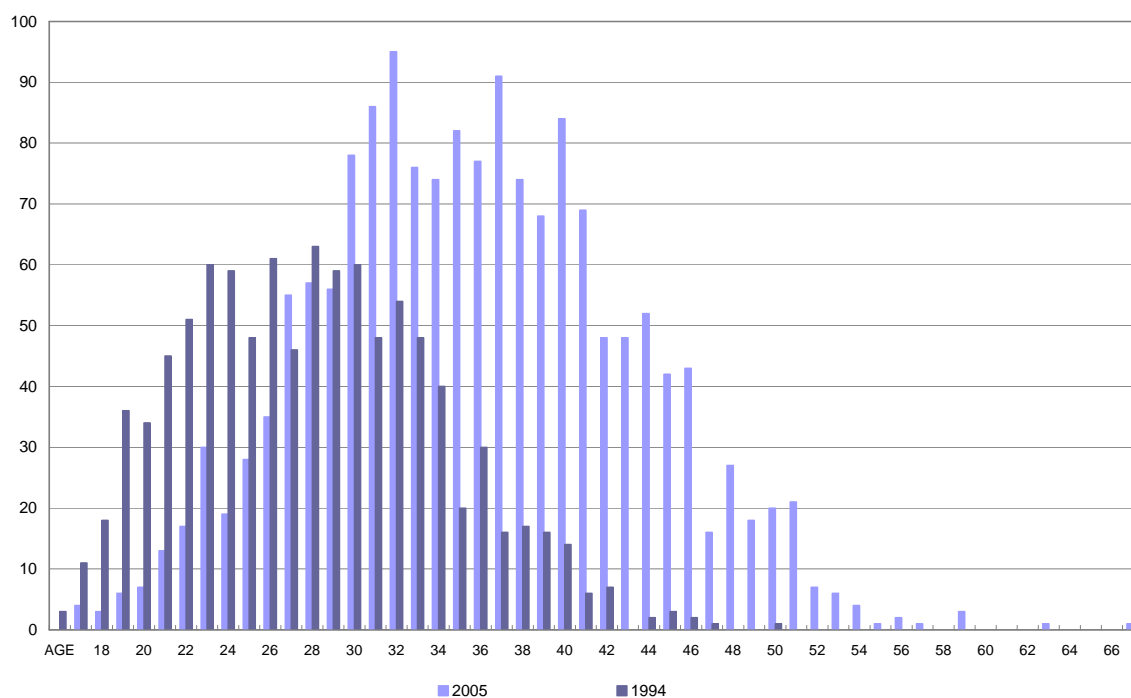
	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de traitements	1782	1778	1696	1670	1646
Proportion de femmes	32.2	31.6	31.1	31.1	31.5
Age moyen (ans)					
Hommes	33.7	34.6	35.3	36.1	37.1
Femmes	32.6	33.5	34.4	35.3	36.1
Age médian (ans)	33	34	35	36	37
Age min-max (ans)	16-63	17-65	18-66	17-77	18-68

L'âge médian augmente également d'un an par année, passant de 33 ans en 2001 à 37 ans en 2005. Le pourcentage de personnes de plus de 40 ans a doublé depuis 2001 et dépasse 30% en 2005. Parallèlement, la proportion des personnes de moins de 30 ans diminue de 38 à 20% (cf. en annexe Tableau 7-17).

Depuis 1994, le vieillissement des patients suivant un traitement de substitution est frappant et la Figure 5-2 montre à la fois l'augmentation du nombre de patients, mais surtout le déplacement vers la droite des patients le long de l'axe de l'âge.

^a Interruption de plus de 60 jours entre la date de fin du traitement précédent et le début du traitement concerné par le questionnaire, indépendamment du traitement suivi précédemment.

Figure 5-2 Répartition des patients selon l'âge en chiffres absolus, 1994 et 2005



Profil selon le stade de traitement

Près d'un tiers des traitements de substitution sont suivis par des femmes, par contre, elles sont nettement moins nombreuses à commencer un traitement pour la 1^{ère} fois (20.6%) (cf. Tableau 5-4). L'âge moyen des patients qui commencent un traitement pour la 1^{ère} fois est également nettement inférieur, soit 32 ans contre 36.7 pour l'ensemble des personnes en traitement. Le groupe de patient qui a changé de médecin au cours de l'année est également légèrement plus jeune (33.7 ans). L'âge médian suit les mêmes tendances et même si une personne de 54 ans commence un traitement pour la 1^{ère} fois, il s'agit d'un cas exceptionnel.

Tableau 5-4 Nombre de traitements de substitution, proportion de femmes et âge selon le stade de traitement, 2005 (Source SSP)

	Entrée en traitement		Prolongation de traitement		Total
	1 ^{er} ttt	Reprise ttt	Transfert ttt	Prolongation ttt	
Nombre de traitements	34	217	115	1269	1646
Proportion de femmes %	20.6	31.8	32.2	31.5	31.5
Age moyen (ans)	32.0	35.1	33.7	37.4	36.7
Age médian (ans)	31	35	34	37	37
Age min-max (ans)	18-54	18-68	20-48	18-64	18-68

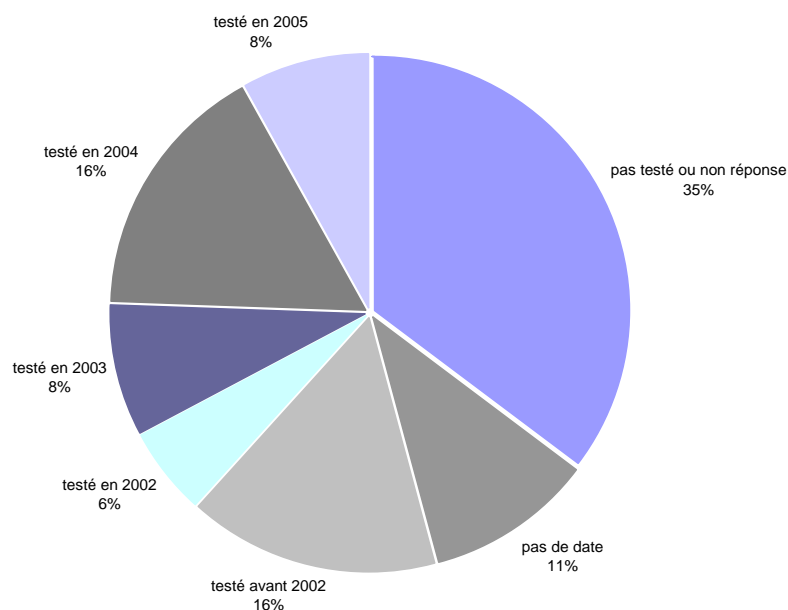
Tableau 5-5 Classes d'âge, selon le stade de traitement, 2005

	Entrée en traitement				Prolongation de traitement				Total	
	1 ^{er} ttt		Reprise ttt		Transfert ttt		Prolongation ttt			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20ans et moins	4	12	3	1	1	1	5	0	13	1
21 à 25	5	15	10	5	16	14	55	4	86	5
26 à 30	7	21	43	20	17	15	163	13	231	14
31 à 35	6	18	54	25	36	31	309	24	409	25
36 à 40	6	18	63	29	22	19	299	24	392	24
41 à 45	3	9	32	15	19	17	244	19	301	18
46 et plus	3	9	12	6	4	3	193	15	213	13
Total	34	100	217	100	115	100	1269	100	1646	100

Prévalence des hépatites et du VIH

En 2005, 65% des patients en traitement avaient déjà été testés pour le VIH et seul un tiers a été testé récemment, soit entre 2003 et 2005. Les données pour les hépatites B et C sont proches de ces résultats.

Figure 5-3 Pourcentage de patients ayant fait le test VIH, selon la date du test, 2005



Parmi les personnes testées, 32% rapportent être positives pour l'hépatite B et 55% pour l'hépatite C. On ne relève pas de variations significatives entre 2001 et 2005. La prévalence rapportée pour le VIH s'élève à 14% chez les personnes suivant un traitement de substitution en 2005. On estime à environ 8% les résultats positifs enregistrés suite aux tests VIH effectués entre 2002 et 2005. Ceci ne permet toutefois pas de connaître la date de l'infection.

Tableau 5-6 Nombre de tests et prévalences rapportés par les médecins des hépatites B et C et du VIH, 2001-2005

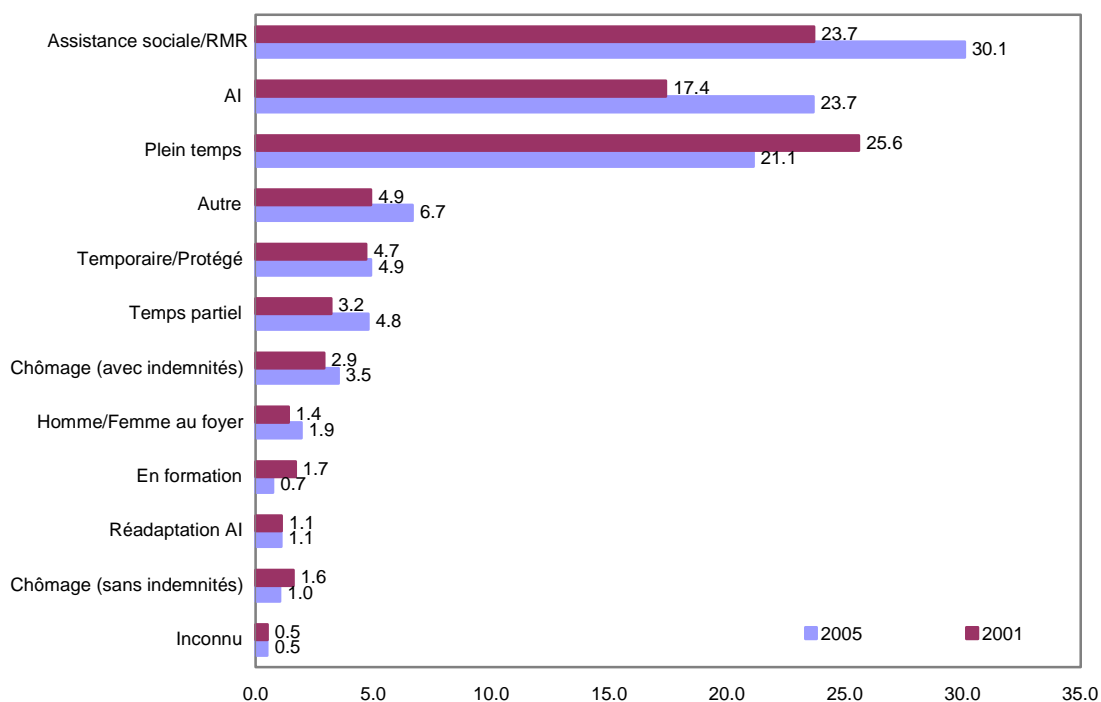
	2001		2002		2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectif	1782		1798		1696		1670		1646	
Test hépatite B	1121	63	1160	65	1116	66	1040	62	987	60
Hépatite B positif ¹	384	34	378	33	376	34	356	34	320	32
Test hépatite C	1178	66	1199	67	1160	68	1126	67	1099	67
Hépatite C positif ¹	651	55	659	55	662	57	648	58	605	55
Test VIH	1201	67	1218	68	1165	69	1123	67	1067	65
VIH positif ¹	153	13	154	13	164	14	154	14	150	14

¹ Pourcentage calculé par rapport aux personnes testées

Emploi et logement

La situation du point de vue de l'emploi s'est légèrement dégradée entre 2001 et 2005. En 2001, le travail à plein temps était mentionné par le plus grand pourcentage de patients (26%), juste devant l'assistance sociale (24%) et l'AI (17%). En 2005, l'assistance sociale est devenue la source de revenu principale (30% des patients). Elle est suivie de l'AI (24% des patients) et le travail à temps plein ne concerne plus que 21% des personnes suivant un traitement de substitution.

Figure 5-4 Situation en terme d'emploi et de revenu en %, 2001-2005



Les patients vivant dans leur propre logement, avec leur partenaire ou un proche, forment la catégorie la plus fréquente (79 %) en 2005 et près de 100 patients logent dans une institution thérapeutique en 2005 tout en suivant un traitement de substitution. On ne relève pas de variations significatives par rapport à la situation de 2001.

5.3.3 Dosage de méthadone, abstinence et consommations parallèles

Les traitements de substitution ont pour but de substituer un médicament à la consommation d'héroïne. Théoriquement, les patients en traitement ne devraient donc plus consommer cette substance, notamment si le dosage de la substance administrée dans le cadre du traitement est adapté à leur consommation précédente d'héroïne. Pour les autres drogues, les médicaments pouvant servir à freiner la consommation sont encore peu expérimentés en Suisse.

La méthadone est le médicament le plus souvent utilisé en Suisse comme produit de substitution à l'héroïne. Une quantité croissante de patients, quoique encore en nombre limité, suivent toutefois un traitement à base de Buprénorphine (Subutex 46 en 2005 ou Temgésic 15 patients). Dans l'analyse qui suit, seuls les patients sous méthadone^a sont considérés.

Le dosage moyen de méthadone augmente légèrement entre 2001 et 2003 puis reste stable autour de 67 mg (67.6 mg en 2005). Ce résultat est dans l'intervalle préconisé dans les standards de la littérature (entre 60 et 80 mg.) et supérieur au dosage moyen des données tessinoises en 2003 (45 mg.). La médiane reste à 50 mg au cours de la période considérée. En 2005, un quart des patients en traitement reçoit moins de 30 mg par jour de méthadone ; un autre quart reçoit une dose supérieure à 87.5 mg. Environ 20% des patients reçoit une dose égale ou supérieure à 100 mg par jour.

Tableau 5-7 Type de traitement et dose journalière de méthadone (mg), 2001-2005

	2001	2002	2003	2004	2005
Nb patient méthadone	1600	1551	1480	1583	1549
Dose moyenne	60.51	62.61	67.2	66.27	67.57
Quartiles	30-50-75	30-50-85	30-50-87.5	30-50-87.5	30-50-87.5
Min-max	3-340	1-350	1-400	1-400	1-400
Autre traitement	n	n	n	n	n
Temgésic	14	12	15	26	15
Subutex	6	9	12	28	46
Missing	2	2	189	2	2

Le dosage de méthadone varie en fonction du stade du traitement. Pour les personnes qui débutent un traitement, le dosage prescrit est souvent progressif de manière à limiter les risques de surdosage. Ceci peut expliquer pourquoi le dosage moyen des personnes entrant en traitement est inférieur au dosage moyen de l'ensemble du collectif de patients sous méthadone (cf. Tableau 5-8).

Tableau 5-8 Dose journalière de méthadone (mg) selon le stade de traitement, 2005

	Entrée en traitement		Prolongation de traitement	
	1 ^{er} traitement	Reprise traitement	Transfert traitement	Prolongation traitement
Nb patient méthadone	24	196	109	1215
Dose moyenne	50.5	60.7	75.05	68.03
Quartiles	37.5-50-61.8	32.5-50-75	40-62.5-90	30-52.5-87.5
Min-max	20-98	10-268	15-375	1-400

^a Les patients recevant de la Kétalgine sont inclus dans les méthadoniens, le principe actif de la Kétalgine étant le même que pour la méthadone.

Pour les patients en cours de traitement, la dose indiquée est normalement stable et adaptée à la consommation d'héroïne du patient, ainsi qu'à son métabolisme. Certains patients suivent toutefois un sevrage à la méthadone et dans ce cas, le dosage peut être dégressif, voire proche de zéro. Le traitement servirait alors davantage de lien entre le patient et un médecin que de substitution à l'héroïne.

Abstinence et consommations parallèles

La réussite d'un traitement de substitution se traduit notamment par une abstinence d'héroïne (ou tout au moins par une diminution de la fréquence de consommation). Le risque de transfert de la consommation vers un autre produit (cocaïne, alcool, benzodiazépines au noir) pour remplacer l'absence de flash produit par la consommation d'héroïne est toutefois une réalité. C'est pourquoi il est important de relever l'ensemble des produits consommés parallèlement à un traitement de substitution pour juger des effets positifs du traitement.

Les médecins, lorsqu'ils remplissent un questionnaire d'entrée ou de prolongation, doivent indiquer les consommations^a du patient au cours du dernier mois. L'analyse des données montre toutefois un nombre important de données manquantes (Tableau 5-9). Les pourcentages présentés dans le Tableau 5-9 varient ainsi selon que le calcul de l'abstinence ou de la consommation se fait avec ou sans les données manquantes (missing). Les pourcentages représentent donc une fourchette de consommation.

Ainsi, l'abstinence d'héroïne et de cocaïne concerne au moins 28% des patients sous traitement, mais au maximum 48% d'entre eux en 2005. La consommation d'héroïne parallèlement au traitement durant le dernier mois diminue entre 2001 et 2005 et la consommation de cocaïne reste stable avec une légère augmentation en 2003 et en 2004 (15% en 2002, 19% en 2003 et 20% en 2004).

Tableau 5-9 Abstinence et consommations parallèles durant le dernier mois, 2001, 2004 et 2005

	2001			2004			2005		
	n	% en intégrant les missing	% en excluant les missing	n	% en intégrant les missing	% en excluant les missing	n	% en intégrant les missing	% en excluant les missing
Effectif	1782			1670			1646		
Drogues dures									
missing	641 (=36%)			709 (=42%)			686 (=42%)		
abstinent	438	38	25	417	43	25	462	48	28
consommation dernier mois	703	62	39	544	57	33	498	52	30
Héroïne									
missing	608 (=34%)			738 (=44%)			717 (=44%)		
abstinent	568	48	32	571	61	34	584	63	35
consommation dernier mois	606	52	34	361	39	22	345	37	21
Cocaïne									
missing	848 (=48%)			805 (=48%)			769 (=47%)		
abstinent	646	69	36	536	62	32	607	69	37
consommation dernier mois	288	31	16	329	38	20	270	31	16

^a Héroïne, cocaïne, alcool, amphétamine, barbiturique, benzodiazépine au noir, cannabis, codéine, hallucinogène, méthadone au noir.

Comme le montre le tableau suivant (Tableau 5-10), les missing (données manquantes) concernent essentiellement les demandes de prolongation et donc des patients en traitement. L'incertitude sur les résultats est ainsi plus importante et la fourchette varie entre 30 et 58% pour le taux d'abstinence de ces patients en 2005.

Tableau 5-10 Abstinence et consommations parallèles durant le dernier mois, selon le stade de traitement, 2005

	Entrée en traitement				Prolongation de traitement			
	1 ^{er} ttt		Reprise ttt		Transfert ttt		Prolongation ttt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectif	34		217		115		1269	
Drogues dures								
missing	4	12	47	22	25	22	602	48
abstinente	2	6	27	12	47	41	385	30
consommation dernier mois	28	82	143	66	43	37	282	22
Héroïne								
missing	5	15	50	23	26	23	628	50
abstinente	5	15	40	18	55	48	483	38
consommation dernier mois	24	70	127	59	34	30	158	13
Cocaïne								
missing	11	32	87	40	32	28	630	50
abstinente	14	41	68	31	56	49	468	37
consommation dernier mois	9	27	62	29	27	24	171	14
consommation par injection	7	23 - 21	68	40 - 31	40	44 - 35	147	22 - 12

L'héroïne est la substance la plus fréquemment consommée au cours du dernier mois en 2005 (21% contre 16% pour la cocaïne), toutefois cette consommation parallèle a diminué depuis 2001 où elle concernait 34% des patients en traitement (cf. Tableau 5-11). La consommation de cocaïne reste stable durant la même période et les patients consommant à la fois de la cocaïne et de l'héroïne forment 7% de la clientèle en traitement de substitution en 2005. La consommation d'alcool augmente au cours de la période et est présente dans un peu plus du tiers des situations en 2005.

Tableau 5-11 Consommation durant le dernier mois, (% calculé sans les données manquantes) 2001-2005

	2001		2002		2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectif	1782		1776		1694		1169		1646	
Héroïne	606	34	377	21	319	19	361	22	345	21
Cocaïne	288	16	274	15	322	19	329	20	270	16
<i>dont héroïne et cocaïne</i>	161	9	140	8	126	7	141	8	113	7
Méthadone	136	8	145	8	119	7	130	8	106	6
Benzodiazépine	393	22	382	22	323	19	325	20	282	17
Alcool	536	30	554	31	532	31	557	33	598	36
Cannabis	593	33	603	34	573	34	574	34	534	32
Consommation par injection	393	32-22	327	32-21	287	31-19	311	30-18	259	25-16

Le pourcentage de patients^a consommant par injection une ou plusieurs drogues diminue entre 2001 (32%) et 2005 (25%). En chiffres absolus, le groupe des injecteurs représente 259 patients en 2005 contre 393 en 2001. Le pourcentage d'injecteurs est plus bas chez les personnes qui débutent un traitement pour la 1^{ère} fois et chez ceux qui sont en prolongation de traitement.

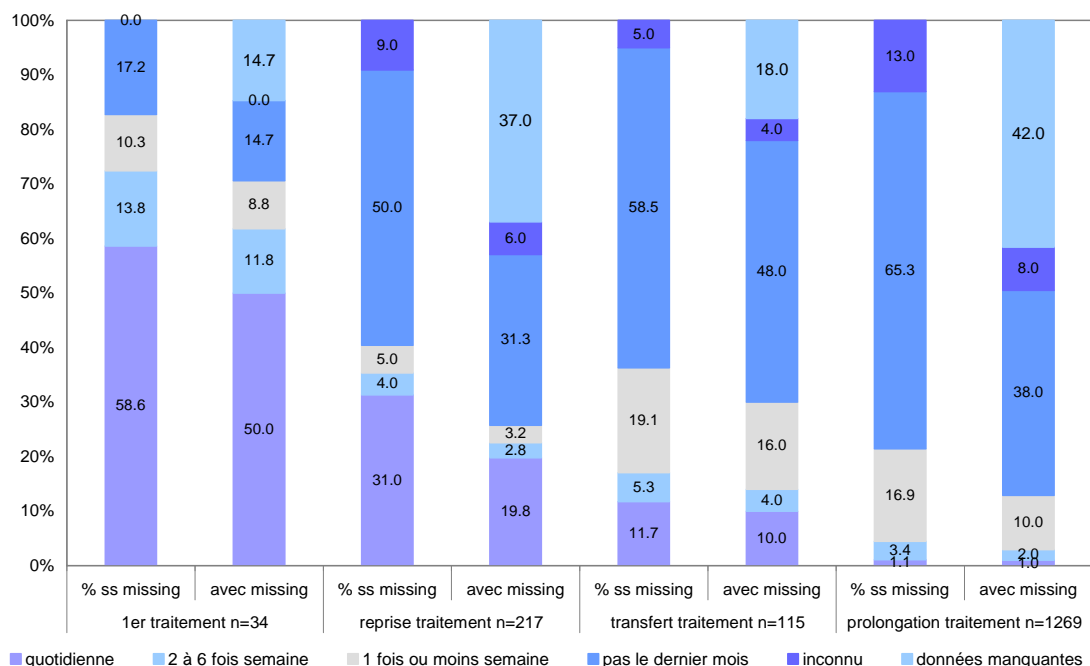
Fréquence de consommation parallèle selon le stade de traitement

Pour les deux groupes de patients débutant un traitement, on peut considérer que la consommation indiquée dans le questionnaire d'entrée est une consommation avant l'entrée en traitement. Par contre, pour les 2 groupes en prolongation de traitement, il s'agit de consommations parallèles au traitement. Ces consommations ne traduisent pas forcément un échec du traitement, notamment dans le cas de cures dites « à bas-seuil » d'exigence, dont l'objectif premier est le maintien d'un lien avec des consommateurs présentant des facteurs de désinsertion sociale nombreux et des problèmes médicaux importants.

Chez les personnes qui débutent un traitement, la consommation est plus fréquente que chez les personnes en traitement. En effet, parmi les personnes démarrant un premier traitement en 2005, 21 sur 34 (62-72%) avaient consommé régulièrement^b de l'héroïne au cours du mois précédent la consultation (cf. Figure 5-5). Ce pourcentage tombe à 23-36% chez les personnes démarrant un traitement de substitution après avoir déjà bénéficié d'une prise en charge de leur dépendance auparavant.

Pour les personnes qui sont en traitement par contre, le pourcentage de consommateurs réguliers d'héroïne le mois précédent est respectivement de 3-4% seulement chez les personnes poursuivant un traitement et de 14-17% pour les patients dont le traitement a été repris par un autre médecin.

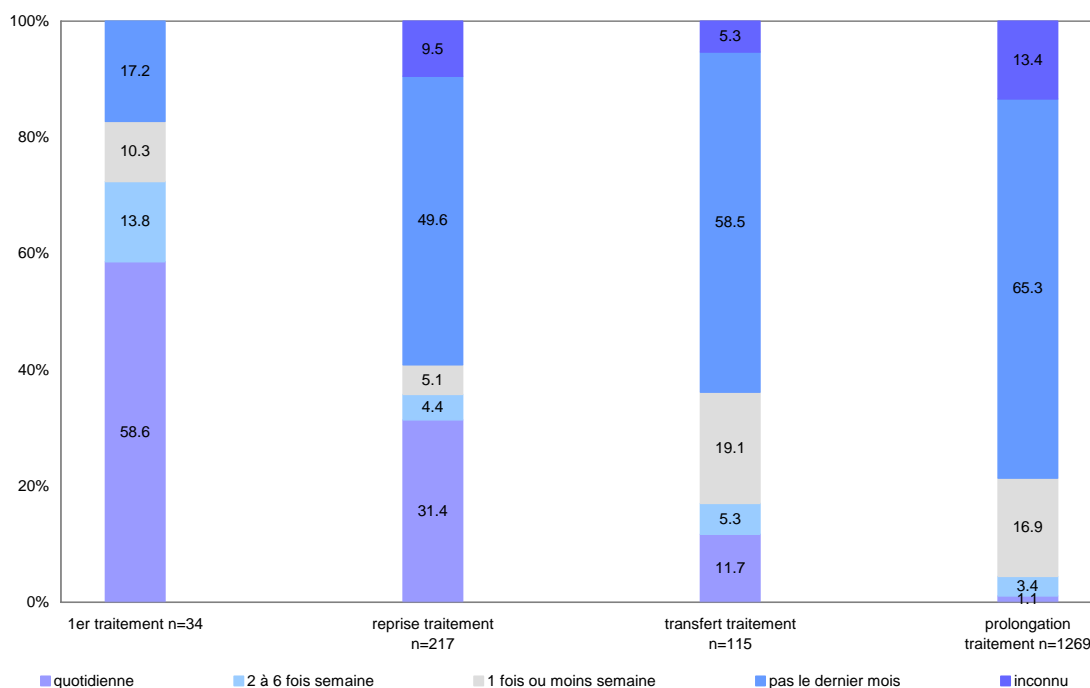
Figure 5-5 Fréquence de consommation d'héroïne au cours du dernier mois, en fonction du stade de traitement et avec ou sans les missing, 2005



^a Calculé sans les données manquantes pour la consommation durant le dernier mois.

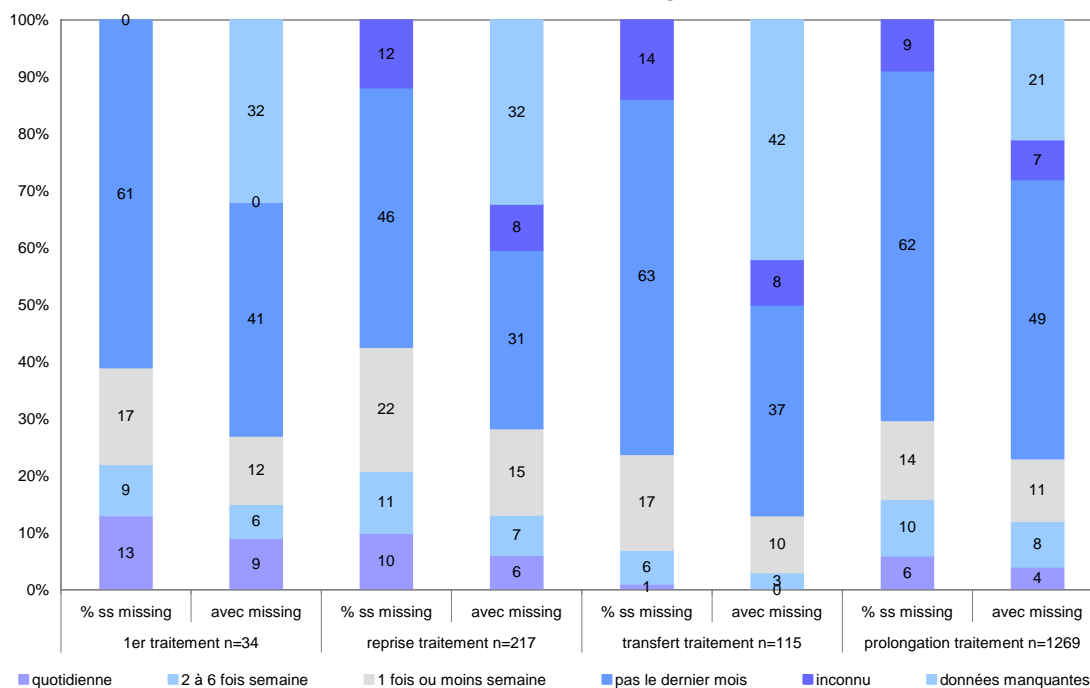
^b Quotidiennement ou 2 à 6 fois par semaine.

Figure 5-6 Fréquence de consommation d'héroïne au cours du dernier mois, en fonction du stade de traitement, 2005



Pour les autres substances, les différences sont plus faibles (cf. en annexe Tableau 7-18) entre les personnes commençant un traitement et les personnes en cours de traitement ; toutefois, les mêmes tendances sont observables.

Figure 5-7 Fréquence de consommation de cocaïne au cours du dernier mois, en fonction du stade de traitement et avec ou sans les missing, 2005



Fréquence de consommation d'héroïne et dose de méthadone

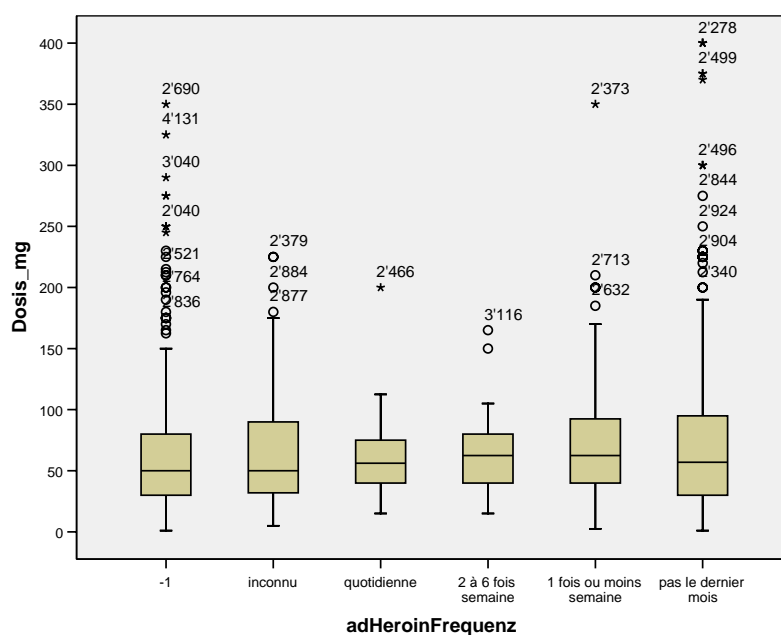
L'hypothèse qui sous-tend cette partie de l'analyse est que lorsque la dose de méthadone prescrite est mal adaptée au patient (soit pour des raisons de métabolisme plus rapide, soit parce que la consommation précédente d'héroïne a été sous-estimée ou encore que la situation du patient s'est péjorée entraînant un besoin accru de drogues) il y a une compensation par une consommation parallèle, notamment d'héroïne. Pour tester cette hypothèse, une sélection des patients qui ont eu une prolongation de traitement (y inclus les patients ayant changé de médecin sans interruption de traitement) a été faite. Pour ces personnes, la fréquence de consommation d'héroïne a été mise en lien avec la dose de méthadone reçue.

Il ressort de l'analyse (cf. Tableau 5-12) que les patients n'ayant jamais consommé au cours du dernier mois ou seulement 1 fois par semaine ou moins ont reçu une dose en moyenne plus élevée que les personnes ayant consommé régulièrement (72.9 mg versus 65-66 mg). La médiane ne montre toutefois pas de différence significative selon la fréquence de consommation. Seul le quartile supérieur est plus élevé avec 25% des patients recevant une dose supérieure à 95 mg chez les personnes abstinentes, contre 77 mg seulement pour les consommateurs quotidiens. Ainsi les fortes doses de méthadone se retrouvent essentiellement chez les personnes abstinentes (cf. Figure 5-8). Il serait essentiel cependant pour pouvoir juger correctement de l'influence du dosage sur la réussite du traitement exprimée en terme d'abstinence de connaître la fréquence de consommation des 503 patients pour lesquels la réponse est manquante.

Tableau 5-12 Dose journalière de méthadone (mg) par fréquence de consommation d'héroïne, patients en prolongation de traitement (transfert et prolongation), 2005

	Consomma- tion héroïne missing	Inconnu	Quotidienne	2 à 6 fois semaine	1 fois ou moins par semaine	Pas le dernier mois
Nb patient	503	98	18	29	135	507
Dose moyenne	63.7	67.4	65.4	66.2	72.9	72.9
Quartiles	30-50-80	32-50-91	40-56-77	39-63-84	40-63-95	30-57-95
Min-max	1-350	5-225	15-200	15-365	3-350	1-400

Figure 5-8 Fréquence de consommation d'héroïne selon la dose de méthadone, patients en prolongation de traitement (transfert et prolongation), 2005

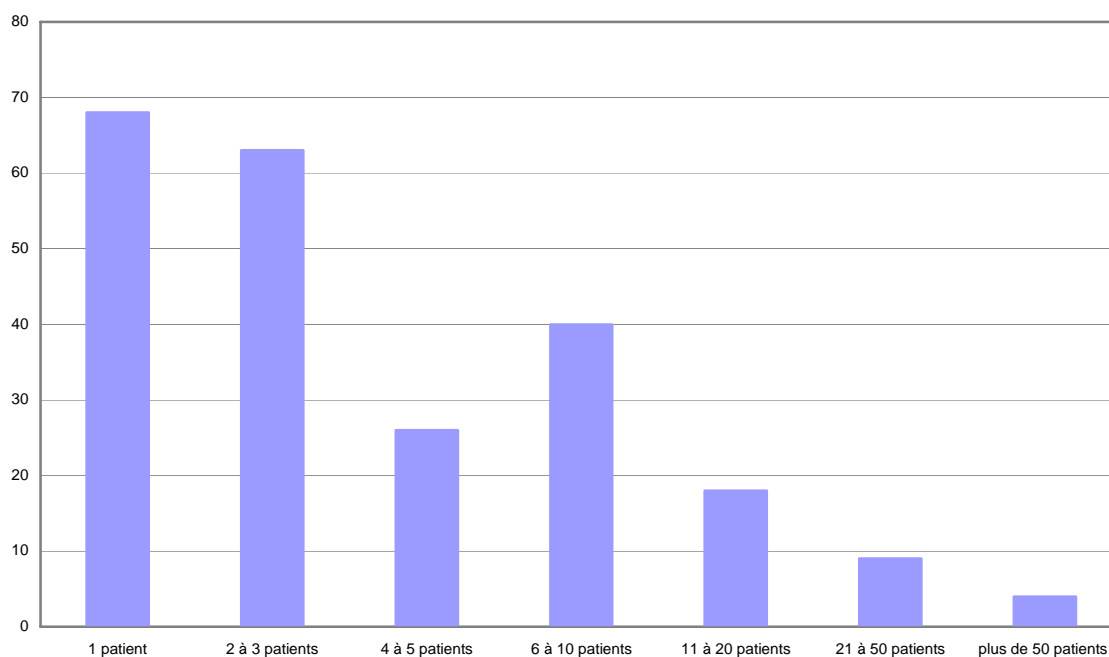


5.3.4 Médecins prescripteurs et modalité de remise

Médecins prescripteurs

Le nombre de médecins prescrivant de la méthadone est stable ces dernières années et s'élève à 228 en 2005. Le nombre moyen de patients suivis par un médecin (à l'exception des institutions telles que le Centre St Martin, l'Unité ambulatoire spécialisée ou le SMPP) est de 5 à 6 patients (médiane à 3 patients). 69 médecins ne suivent qu'un seul patient en 2005.

Figure 5-9 Nombre de médecins par nombre de patients, 2005



Les médecins qui suivent plus de 50 patients sont en fait des institutions spécialisées : Centre St Martin, UAS, SMPP et EdS. Ces 4 institutions prescrivent en moyenne des doses plus élevées, soit 87.2 mg en moyenne par jour contre environ 60 mg prescrits par les médecins suivant 1 à 49 patients.

Tableau 5-13 Dose journalière de méthadone (mg), selon le nombre de patients suivis

	Moyenne	Médiane	Min	Max
1 patient	60.6	41.2	3	350
2 à 3 patients	59.3	50	5	300
4 à 5 patients	60.4	50	1	225
6 à 10 patients	56.6	50	2	400
11 à 20 patients	60.6	50	2	210
21 à 50 patients	60.5	50	3	300
Plus de 50 patients	87.2	70	1	400
Total 2005	67.5	50	1	400

Parmi les médecins prescripteurs, la majorité a une formation de généraliste, suivie par les médecins ayant une formation en médecine interne. Les médecins ayant une formation en psychiatrie sont peu nombreux à suivre des personnes consommatrices de drogues dans le cadre d'un traitement de substitution.

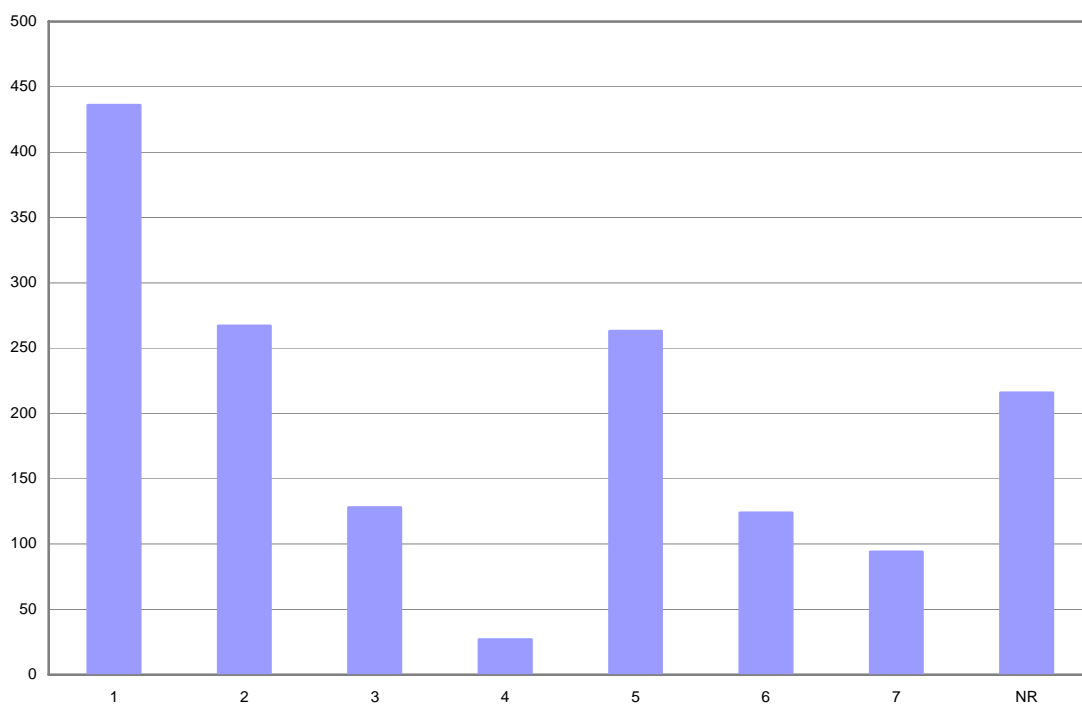
Tableau 5-14 Médecins selon le code FMH et nombre de patients en cure de méthadone, 2005

	Nombre de médecins	Nombre de patients	% de patients vu par ...	Moyenne par médecin	Dose moyenne méthadone
Généraliste	139	703	43	5.1	61.9
Institutions ¹	19	611	37	32.2	64
Médecine interne	52	239	15	4.6	51.3
Psychiatrie	10	34	2	3.4	61.5
Autres	8	58	3	5.85	55.88
Total	228	1645	100	100	

¹ y inclus cliniques, consultations Chauderon, etc.

En 2005, un tiers des patients reçoivent en une seule fois leurs doses de méthadone pour la semaine et 20% en deux fois. Seuls 30% sont vus 5 fois ou plus dans la semaine sur le lieu de remise de traitement (cf. Figure 5-10).

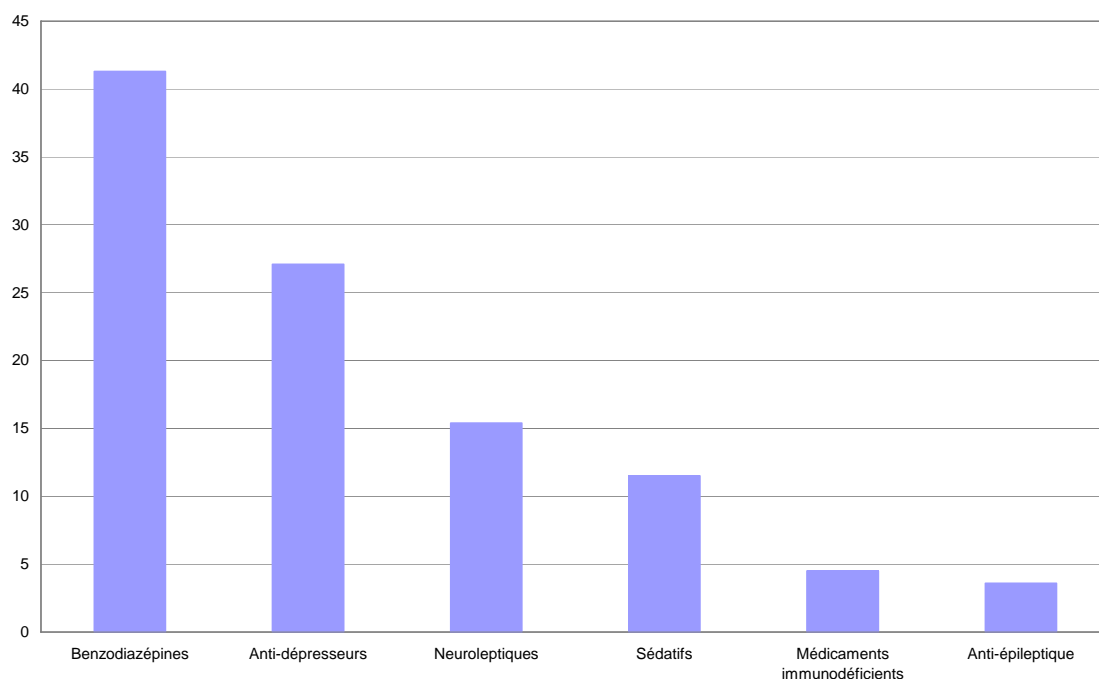
Figure 5-10 Nombre de patients selon le nombre de remises de méthadone par semaine, 2005



Autres médicaments prescrits

Les benzodiazépines sont prescrites à 41% des patients en traitement de substitution. Elles sont suivies par les anti-dépresseurs que reçoivent 27% des patients et les neuroleptiques (15%).

Figure 5-11 Pourcentage de patients recevant des médicaments, tels que rapporté par les médecins traitants, 2005



5.3.5 Fin de traitement

Le nombre de fins de cure est difficile à estimer correctement. En effet, lorsqu'une personne change de médecin traitant, un questionnaire de fin de cure est rempli alors même que le traitement n'est pas interrompu. 352 patients différents ont eu un questionnaire de fin de traitement en 2005. Parmi eux, un tiers environ avait comme motif de fin de cure un transfert de traitement à un autre médecin (31.8%), ou ont changé de canton (4.5%) ou encore ont déménagé dans le canton (2.6%). Dans ces 3 situations, on peut penser que le traitement a été poursuivi ailleurs. On pourrait d'ailleurs considérer que les patients qui interrompent un traitement parce qu'ils entrent en prison (7.1%) sont dans le même cas, vu les possibilités offertes par le SMPP en matière de traitement.

Pour environ 13% des patients dont le traitement se termine, le médecin qui les suivait estime qu'ils sont abstinents et réinsérés socialement ; 5% des patients qui arrêtent leur traitement sont considérés comme abstinents, mais en situation sociale précaire.

Tableau 5-15 Motifs de fin de traitement, ensemble des questionnaires de sortie, 2001-2005

	2001		2002		2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Changement médecin	54	13.9	88	20.2	91	20.4	78	19.8	112	31.8
Changement canton	19	4.9	33	7.6	20	4.5	25	6.3	16	4.5
Déménagement s/Vaud	19	4.9	18	4.1	7	1.6	18	4.6	9	2.6
Abstinents réinséré	60	15.5	70	16.1	59	13.2	51	12.9	45	12.8
Abstinents sit précaire	16	4.1	17	3.9	21	4.7	23	5.8	18	5.1
Décision médecin	37	9.5	28	6.4	34	7.6	36	9.1	24	6.8
Abandon traitement	56	14.4	53	12.2	53	11.9	46	11.7	30	8.5
Sans nouvelle/rechute	27	7	14	3.2	21	4.7	14	3.6	29	8.2
Prison	25	6.4	24	5.5	34	7.6	31	7.9	25	7.1

	2001		2002		2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Décès	18	4.6	22	5.1	29	6.5	23	5.8	15	4.3
Inconnu	41	10.6	55	12.6	44	9.8	41	10.4	22	6.3
Missing	16	4.1	13	3	34	7.6	8	2	7	2
Total avec missing	388	100	425	100	447	100	394	100	352	100

Pour 8.5% des patients, le motif d'arrêt de traitement est l'abandon de leur part. Pour 8.2% il est lié à une rechute ou à une perte de contact. Le traitement peut aussi être interrompu en raison de l'emprisonnement d'un patient (7.1%). Dans ce cas, le traitement peut être, selon les cas, poursuivi en prison : 17 patients sur 25 ont bénéficié de cette possibilité en 2005. Enfin, environ 20 patients décèdent chaque année (cause du décès non relevée).

6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

6.1. Contribuer à la réduction du nombre de consommateurs dépendants

6.1.1 Nombre de consommateurs de drogues dures (héroïne, cocaïne)

Les données analysées indiquent que le nombre de consommateurs de drogues dures se stabilise, voire diminue, et qu'il devient moins fréquent de rencontrer des personnes qui ne seraient pas en contact avec l'un ou l'autre des intervenants du dispositif. Ainsi, **le nombre de personnes commençant un premier traitement de substitution ou entamant un séjour résidentiel en n'ayant jamais eu recours auparavant** à une prise en charge pour des problèmes de dépendance **diminue**.

D'autres indicateurs tels que les données de la police (dénonciations, saisies), mesurant indirectement le nombre de consommateurs, vont également dans le sens d'une diminution du nombre de consommateurs de drogues dures en général. Par ailleurs, les enquêtes dans la population générale indiquent une stabilisation de la consommation d'héroïne chez les jeunes qui reste à un niveau très faible.

Cette lente amélioration globale de la situation de la consommation des drogues dures ne doit toutefois pas faire oublier différents aspects problématiques constatés par ailleurs :

- L'âge moyen des personnes suivies dans le dispositif augmente régulièrement et ceci dans toutes les structures. On a donc une forme de **« cohorte vieillissante » de consommateurs de drogues dures qui peine à trouver une porte de sortie et pour laquelle les problèmes de santé et d'insertion sociale tendent à se chroniciser**.
- Les personnes en traitements de substitution sont relativement nombreuses à consommer des produits psychotropes parallèlement à leur traitement et **on observe une augmentation de la consommation régulière de cocaïne chez les personnes en traitement de substitution**.
- La fréquence d'injection augmente chez un sous-groupe de consommateurs dépendants et l'utilisation de seringues déjà utilisées par d'autres consommateurs reste à un niveau élevé malgré la baisse constatée entre 2004 et 2006.
- La proportion de femmes est très faible dans les structures à bas seuil de Lausanne (15%) ce qui pose la question de leur accès au matériel stérile lorsqu'elles consomment par injection.

Recommandations

- Réfléchir aux besoins à venir de cette population très fragile et vieillissante (prise en charge des problèmes somatiques, éventuellement EMS).
- Réfléchir à la mise en place d'un programme de prescription d'héroïne pour les consommateurs qui ne peuvent pas être stabilisés dans le cadre de traitements de substitution.
- Intensifier le suivi des traitements à la méthadone (dosage, fréquence des contacts patient-médecin).

6.1.2 Nouveaux modes de consommation problématique sans héroïne

Les données dans la population générale ou auprès des jeunes montrent plutôt une tendance à la stabilisation ou à la diminution de la consommation de drogues de synthèse et de cannabis chez les adolescents et les jeunes adultes. Les données des centres d'accueil fournies actuellement ne suffisent pas pour juger du profil de consommation des nouveaux usagers de ces structures.

On voit apparaître dans les centres de traitement ambulatoires des personnes concernées par des problèmes de cannabis et/ou de cocaïne mais sans dépendance à l'héroïne (près de 100 en 2006 dans les 3 centres de traitement du canton).

Le projet Départ qui s'adresse aux jeunes de 12 à 20 ans connaît une forte demande de jeunes présentant des difficultés importantes alliant des problèmes d'insertion/formation professionnelle et de consommation de cannabis et d'alcool, plus rarement de cocaïne. Cette population est également connue dans les centres à bas-seuil en dehors de Lausanne, surtout à travers le travail de rue.

Dans le rapport d'évaluation précédent, un focus group avait été fait sur la consommation de cocaïne et de drogues de synthèse en milieu festif¹⁹ qui avait mis en évidence de forts taux de consommation dans certaines occasions.

Recommandations

- Réfléchir à l'évolution des besoins de prise en charge avec l'arrivée de nouvelles cohortes de consommateurs différents des héroïnomanes, notamment les consommateurs de cannabis ou de cocaïne.
- Réfléchir aux réponses en terme de prise en charge pour ces nouvelles demandes.
- Renforcer les ressources du projet Départ afin qu'il puisse répondre aux demandes provenant de l'ensemble du canton ou créer/utiliser des structures régionales capables de mener le même genre d'interventions.
- Développer la prévention des risques liés à l'inhalation et aux autres formes de consommation.
- Mettre sur pied/renforcer les projets visant à réduire les risques liés à la fréquentation de soirées festives.

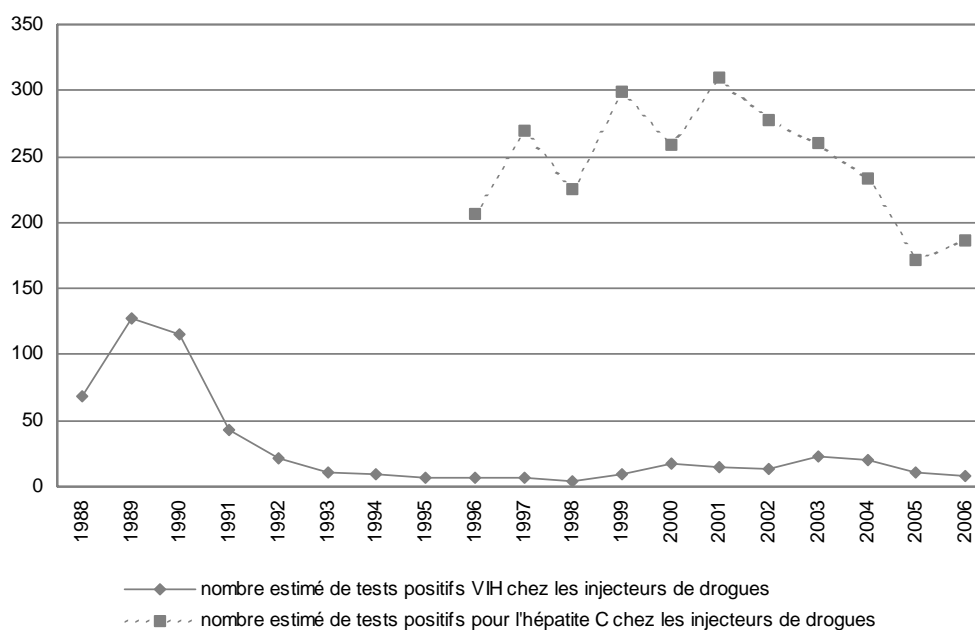
6.2. Améliorer la santé et l'insertion socio-professionnelle des consommateurs

6.2.1 Amélioration de l'état de santé des consommateurs

Le développement du dispositif bas seuil et l'augmentation des possibilités de traitement ont contribué à l'amélioration de l'état de santé des consommateurs de drogues et les effets positifs des mesures de réduction des risques mises en place dans le canton depuis 10 ans commencent à apparaître (Figure 6-1). Toutefois, les problèmes liés au fort taux de prévalence des hépatites restent préoccupants (60% pour l'hépatite C). Pour faire face à ces fortes prévalences et à la préoccupation croissante des usagers dont témoignent notamment leurs demandes d'informations sur les possibilités de traitement, les centres de traitement ambulatoires ont mis en place des traitements pour l'hépatite C (Interféron-Ribavirine).

Les estimations de l'OFSP présentent une diminution du nombre de tests positifs au VIH en général et chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en particulier : on estime qu'il y a eu 8 nouveaux tests positifs au VIH chez des injecteurs de drogue dans le canton de Vaud en 2006.

Figure 6-1 Evolution du nombre de tests positifs VIH et hépatite C chez les injecteurs de drogues, canton de Vaud, 1988-2006



Le nombre de décès par overdose a diminué en 2004 et 2005 après un pic en 2003 pour remonter en 2006.

Par ailleurs, on relève une diminution du nombre de consommateurs par injection, également observée au niveau national.

Problèmes en relation avec la santé des consommateurs

L'approche de maintenance en traitement et de réduction des risques dans certains traitements de substitution (pas d'exclusion automatique du traitement en cas de consommation parallèle et insistance sur la permanence du lien thérapeutique) est associée, pour une minorité de personnes en traitement, à une persistance de prises de risque due à une consommation importante par voie intraveineuse (particulièrement de cocaïne et de benzodiazépines). Chez ces consommateurs, la fréquence de consommation a légèrement augmenté.

On relève aussi une augmentation de la consommation d'alcool chez les consommateurs dépendants qui tend à aggraver leurs difficultés.

Recommandations par rapport à la santé

Les fortes prévalences rapportées de VIH et des hépatites, ainsi que la persistance de conduites à risques (partage de matériel usagé lors de la consommation, prostitution) rendent nécessaires la poursuite des efforts dans ce domaine :

- Poursuivre les efforts entrepris pour favoriser le dépistage des hépatites et du VIH, notamment par les médecins prescripteurs de méthadone.
- Augmenter les ressources pour renforcer la prise en charge du problème des hépatites : augmentation de la couverture de vaccination contre l'hépatite B et suivi des patients avec hépatite C chronique.
- Maintenir les mesures de réduction des risques en matière de santé (accès au matériel stérile).
- Développer la prise en charge des consommations abusives d'alcool chez les consommateurs dépendants, en particulier chez ceux qui sont porteurs de l'hépatite C.

6.2.2 Améliorations et problèmes persistants par rapport à l'insertion sociale (logement et emploi)

La situation sociale est essentiellement décrite à partir des données concernant le statut des consommateurs de drogue en matière de travail, de revenus et de logement à l'entrée dans diverses formes de traitement ou dans les enquêtes auprès de la clientèle des structures à bas-seuil.

Une majorité des consommateurs bénéficient du « filet de sécurité sociale » et, par conséquent, de la réduction des risques sociaux. Toutefois ces aides matérielles ne constituent pas une progression marquante de la réinsertion sociale des consommateurs dépendants, dans le monde du travail en particulier. En effet, on observe dans ce domaine que :

- La situation du logement devient plus difficile, avec un nombre de consommateurs sans domicile fixe relativement stable, mais beaucoup de personnes en situation précaire. Cette situation risque encore de se dégrader compte tenu de l'état actuel du marché du logement.
- L'accès à l'emploi, et plus particulièrement à l'emploi stable, reste très problématique pour une majorité de personnes toxicodépendantes.
- Le nombre de personnes bénéficiant des assurances sociales (AI, chômage) se stabilise, de même que le nombre de personnes bénéficiant de l'aide sociale/assistance publique.

La situation en matière d'insertion reste donc très problématique pour les personnes toxicodépendantes, notamment en matière de logement, avec des répercussions considérables sur la prise en charge, mais également sur l'ordre et la sécurité publics du fait que des personnes consommatrices se retrouvent dans la rue, y compris pour consommer.

Recommandations par rapport à l'insertion sociale (logement et emploi)

- En terme de logement, il convient d'élaborer des solutions permettant de faciliter l'accès à un logement, mais également de réfléchir à des solutions alternatives telles que logements d'urgence, accès à des appartements protégés, etc.
- De toute évidence, le contexte économique oblige à réfléchir en terme d'objectifs stratifiés de réinsertion professionnelle (occupationnel, formation, emploi).
- Poursuivre le travail de collaboration avec les structures et les services généralistes pour l'accompagnement des personnes toxicomanes bien stabilisées ou abstinentes, mais qui auraient encore besoin d'aide (insertion professionnelle, suivi psychologique, intégration sociale, etc.), notamment en facilitant les contacts entre personnes dépendantes et professionnels de ces services.

6.3. Améliorer la prise en charge et la rétention des consommateurs de drogues

D'une manière générale et suite à une augmentation des capacités de prise en charge au cours des années 90, le dispositif médico-social actuellement mis en place dans le canton de Vaud présente un relatif équilibre entre l'offre et la demande de prise en charge des personnes toxicodépendantes avec toutefois un transfert vers davantage de demandes ambulatoires au « détriment » du résidentiel^a.

Il convient cependant de réfléchir à l'évolution de certains secteurs de l'offre en fonction de l'évolution des profils de consommation. Par ailleurs, il faut rappeler que la population toxicomane vaudoise est une population vieillissante dont une part non négligeable connaît une trajectoire faite d'allers et retours entre traitements de substitution, sevrages, périodes d'abstinence et rechutes, avec des problèmes de santé somatiques et psychiques importants.

^a Mis à part l'ouverture du centre Azimut à Bex en 2003, ce dispositif de prise en charge des personnes toxicodépendantes n'a pas connu d'augmentation de sa capacité d'accueil et de traitement.

6.3.1 *Utilisation du dispositif de prise en charge*

La stabilisation du nombre de consommateurs dépendants et la légère diminution du nombre de personnes en traitement de substitution permet une meilleure prise en charge dans les centres de traitement et notamment une offre plus rapide de prestations et de rendez-vous et la fin des critères de sélection au centre St-Martin.

Cette stabilisation des demandes a aussi permis le développement d'une meilleure prise en charge somatique, notamment des patients présentant une hépatite C ou séropositifs au VIH/SIDA, qui favorise le suivi et le traitement de patients incapables d'entrer dans le cadre d'un suivi « classique ».

On note une stabilisation du nombre de sevrages et d'admissions hospitalières à la Calypso. Par ailleurs, la durée moyenne des sevrages a augmenté avec pour corollaire une diminution des interruptions précoces du sevrage ces deux dernières années.

Les institutions psychiatriques ambulatoires et hospitalières reçoivent davantage de demandes de la part de personnes présentant des diagnostics de dépendance et/ou de consommation à l'héroïne et/ou à la cocaïne.

Problèmes persistants dans la prise en charge

Comme ailleurs, la rétention en traitement semble être un problème persistant. En effet, environ la moitié des séjours résidentiels ou des traitements de substitution se termine par une interruption prématurée entraînant des risques importants de rechute dans la consommation. Les personnes concernées retournent le plus souvent au bout de quelque temps dans un centre d'accueil, parfois après des prises de risque considérables liées à la reprise d'une consommation suite à une période d'abstinence.

Le même phénomène de perte de contact est relevé par les équipes des centres à bas seuil qui n'arrivent pas toujours à garder le contact avec les usagers, surtout lors d'accès de dépression chez ces derniers. Parmi les patients en traitement de substitution également, une part importante semble extrêmement « mobile », interrompant ou reprenant un traitement relativement fréquemment ou encore changeant de médecin traitant.

Par ailleurs, on relève une diminution du nombre d'entrées en séjour résidentiel ces deux dernières années, notamment de la part de personnes provenant d'autres cantons. Cet état de fait pose la question de la nécessaire réorientation ou de l'adaptation des structures résidentielles existantes.

Recommandations

- Mener une réflexion sur les interruptions de traitement, en vue de définir un moyen de limiter, ainsi que de prévenir les risques encourus par la personne qui quitte de cette manière une institution. Les modalités de collaborations avec les autres intervenants, notamment ceux du bas seuil, face à ce problème devraient également être discutées.

6.4. Améliorer la diversité et la qualité de la prise en charge

En termes de diversité et de qualité de la prise en charge, il faut relever avant tout que les structures définissent de mieux en mieux leur place, les limites de leurs interventions, et qu'elles ont développé des relations et des formes de collaborations complémentaires. Les différentes équipes ont aussi beaucoup gagné en expérience. Du coup, c'est l'ensemble du dispositif mis en place qui est mieux utilisé et qui connaît un gain d'efficacité.

6.4.1 *Amélioration de la diversité et de la qualité*

Le démarrage du projet Départ a permis de combler une lacune importante dans le dispositif et répond aux besoins d'une frange de consommateurs jeunes, connaissant principalement des problèmes liés à une consommation d'alcool et de cannabis, ainsi que des difficultés en terme d'insertion et qui

n'avaient pas, jusqu'à présent, de structure réellement à même de prendre en charge leurs difficultés spécifiques.

On observe également un rapprochement entre les institutions psychiatriques généralistes et les structures spécialisées dans la prise en charge de personnes consommatrices de drogues. La mise sur pied d'un service de psychiatrie de liaison devrait aussi favoriser l'approche et le traitement des patients présentant des doubles diagnostics et hospitalisés en psychiatrie.

Le programme d'échange de matériel stérile a été complété par la mise en place de deux automates à Lausanne qui permettent de se procurer des seringues propres 24h sur 24. Par contre, l'offre de prestations dans le domaine de la réduction des risques (centre d'accueil à bas-seuil et remise de matériel d'injection stérile) n'est toujours pas développée dans certaines régions du canton : Nyon, la Broye et la Vallée de Joux, par exemple.

La collaboration dans les régions hors Lausanne s'est beaucoup développée, notamment à travers le travail des équipes des centres d'accueil à bas-seuil et les services généralistes qui sont de plus en plus intégrés dans le réseau de prise en charge.

Difficultés et lacunes

Certaines institutions résidentielles souffrent aujourd'hui de sous-occupation alors qu'il manque par exemple d'offres de séjour résidentiel à long terme pour des personnes présentant des troubles psychiatriques associés à des problèmes de dépendance et qui auraient besoin de vivre dans un milieu protégé pour une durée indéterminée.

Un nombre important de médecins en cabinet ne suit qu'un ou deux patients ce qui semble peu pour se faire une expérience dans le suivi de personnes toxicodépendantes.

On s'aperçoit aussi que les médecins prescripteurs rapportent un test VIH ou des hépatites pour seulement 65% des patients : un meilleur dépistage du VIH et des hépatites C serait souhaitable pour permettre des traitements plus précoces et une meilleure prévention au sein de la population générale.

Recommandations

- La question de la diversité de l'offre et de la spécialisation des séjours résidentiels est urgente pour répondre aux difficultés d'occupation de certaines institutions. Différentes offres pourraient être développées : séjours de type « lieux de repos », offre de lieux de vie « cadrants » pour des jeunes entamant une démarche de formation ou de réinsertion professionnelles, séjours favorisant les bilans individuels. Par ailleurs, les équipes doivent réfléchir aux besoins en personnel (formation, etc.) pour faire face à l'évolution des profils de leurs résidents, notamment en cas de comorbidité psychiatrique.
- Élaborer des directives communes et des outils de communication entre médecins et pharmaciens permettant de faciliter leur collaboration dans le suivi des traitements à la méthadone.
- Poursuivre les expériences de psychiatrie sociale, mobile et de liaison.
- Inciter les régions périphériques qui ne sont pas dotées de mesures de réduction des risques à développer de telles actions.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Huissoud T, Gervasoni J-P, Benninghoff F, Dubois-Arber F. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 20a). Accessed: 11-8-2000
- 2 Huissoud T, Morency P, Samitca S, Benninghoff F, Geense R, Dupertuis V, et al. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud: deuxième phase d'évaluation 1998-2000. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001. (Raisons de santé, 63).
- 3 Huissoud T, Benninghoff F, Samitca S, Geense R, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Toxicomanie dans le canton de Vaud, phase III de l'évaluation, 2000-2002: cahier 1. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, 86).
- 4 Huissoud T, Samitca S, Arnaud S, Balthasar H, Zobel F, Dubois-Arber F. Toxicomanie dans le canton de Vaud : période d'évaluation 2002-2004, Cahier 1. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2005. (Raisons de santé, 112). Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.
- 5 Huissoud T, Samitca S, Arnaud S, Zobel F, Dubois-Arber F. Contribution à la réflexion sur l'apport de mesures 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). Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.
- 6 Schmid H, Delgrande Jordan M, Kuntsche EN, Kuendig H, Annaheim B. Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 2007.
- 7 Arnaud S, Zobel F, Gervasoni J-P, Schnoz D, Dubois-Arber F, Isenring GL, Vuille J, Killias M. Monitoring de la problématique du cannabis en Suisse: étude sentinelle 2004-2006. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; Institut de criminologie et de droit pénal de l'Université de Lausanne; 2007. (Raisons de Santé, 127a).
- 8 Benninghoff F. Prise en charge de la toxicodépendance en Suisse: une typologie des offres d'aide à 'bas seuil' et à 'haut seuil'. In: Maeder C, Burton-Jeangros C, Haour-Knipe M, editors. Santé, médecine et société: contributions à la sociologie de la santé. Zurich: Seismo Verlag; 1999. p. 315-331.
- 9 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/>.
- 10 Office fédéral de la police. Statistique suisse des stupéfiants, de 1996 à 2004. Berne: Office fédéral de la police; 2004.
- 11 Huissoud T, Balthasar H, Dubois-Arber F. Evaluation du centre de compétences en dépendance Azimut. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2005. (Raisons de santé 109). Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.
- 12 Huissoud T, Arnaud S, Dubois-Arber F. Evaluation du rôle du Distribus au sein du dispositif lausannois d'échange de matériel stérile. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2005. (Raisons de santé, 115). Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.

- 13 Chollet-Bornand A, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Enquête nationale des pharmacies 1997. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997.
- 14 Marro J-J, André G, Gervasoni J-P, Bleeker-Massard P, Ziegler G, Dentan A. Toxicomanie et pharmacies: situation dans le canton de Vaud. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne; 1994. (Cah Rech Doc IUMSP, no 114).
- 15 Samitca S, Huissoud T, Jeannin A, Dubois-Arber F. The role of pharmacies in the care of drug users: what has changed in ten years: the case of a Swiss region. *Europ Addict Res* 2007;13(1):50-6. Available at: URL: PM:17172779.
- 16 Iten A, Gravier B. Epidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse romande: rapport concernant la deuxième phase de l'étude. Lausanne: Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire; 2005.
- 17 Cerutti B, Cassis I. Les traitements de substitution à la méthadone des toxicomanes au Tessin: étude de cohorte 2000-2002. Bellinzona: Ufficio del medico cantonale, Dipartimento della sanità et della socialità; 2004.
- 18 Pelet A, Doll S, Huissoud T, Resplendino J, Besson J, Favrat B. Methadone maintenance treatment in the Swiss Canton of Vaud: demographic and clinical data on 1,782 ambulatory patients. *Eur Addict Res* 2005;11(2):99-106. Available at: URL: PM:15785071.
- 19 Samitca S, Arnaud S, Zobel F. Usage de cocaïne et de drogues de synthèse en milieu festif: état des lieux dans le canton de Vaud. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2005. (Raisons de santé, 108).

7 ANNEXES

7.1 ANNEXES AU CHAPITRE VIH ET HÉPATITES

Figure 7-1 Evolution du nombre total d'hépatites B aiguës déclarées et du nombre d'hépatites B aiguës déclarées chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en Suisse de 1990 à 2006 (Source OFSP)

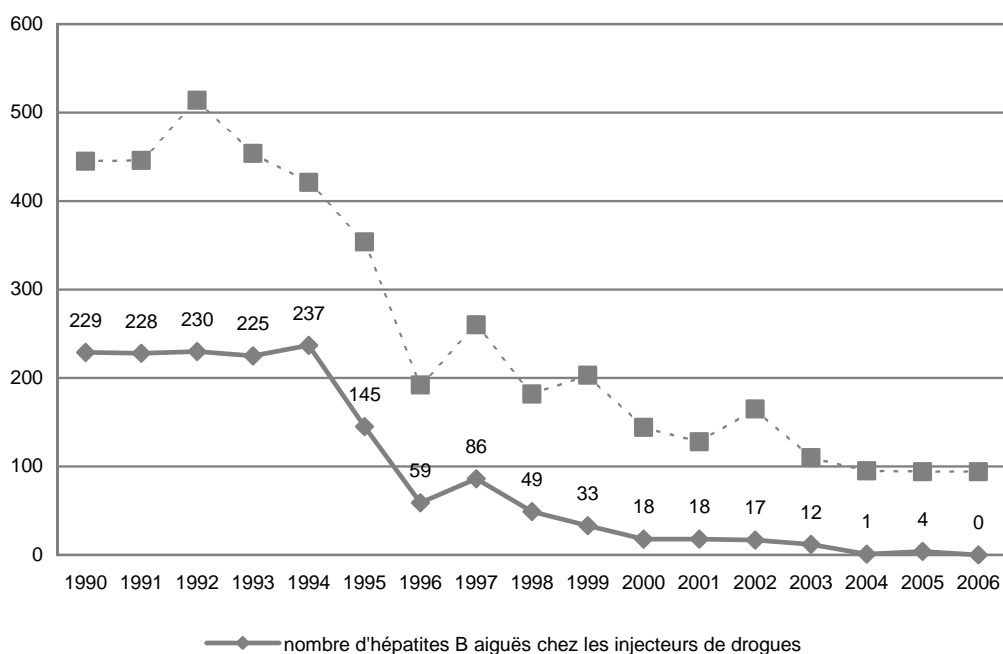


Figure 7-2 Evolution du nombre total d'hépatites B aiguës déclarées et du nombre d'hépatites B aiguës déclarées chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans le canton de Vaud de 1990 à 2006 (Source OFSP)

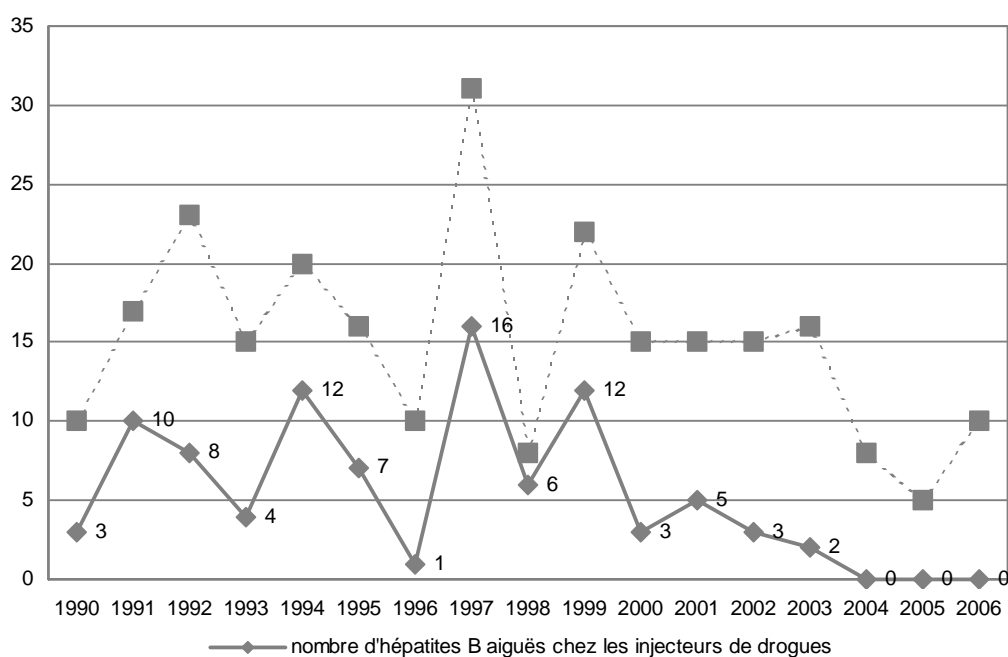


Figure 7-3 Evolution du nombre total d'hépatites C aiguës déclarées et du nombre d'hépatites C aiguës déclarées chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en Suisse de 1993 à 2006 (Source OFSP)

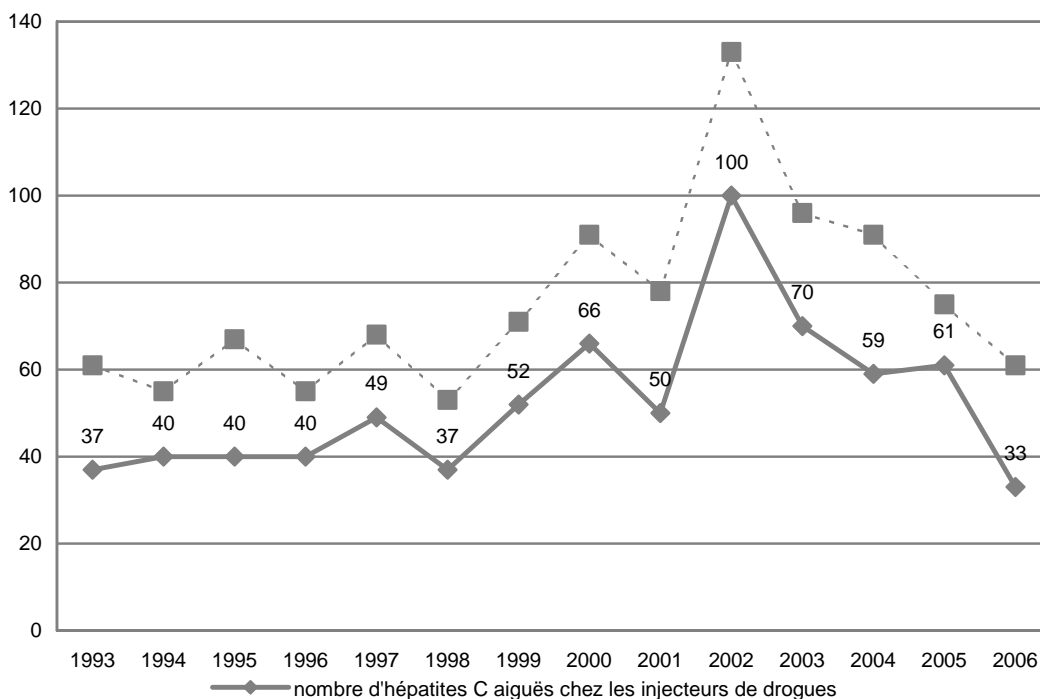


Figure 7-4 Evolution du nombre total d'hépatites C aiguës déclarées et du nombre d'hépatites C aiguës chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans le canton de Vaud de 1993 à 2006 (Source OFSP)

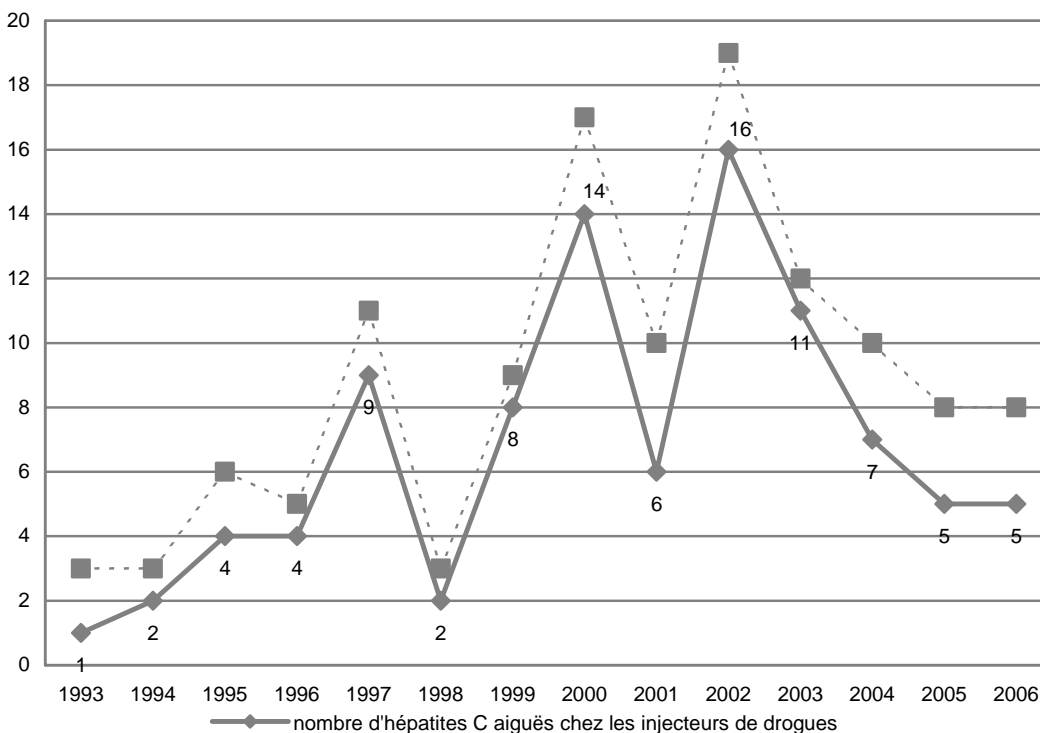


Figure 7-5 Evolution du nombre estimé de premiers tests positifs démontrant l'infection par le virus de l'hépatite C en Suisse de 1996 à 2006 (Source OFSP)

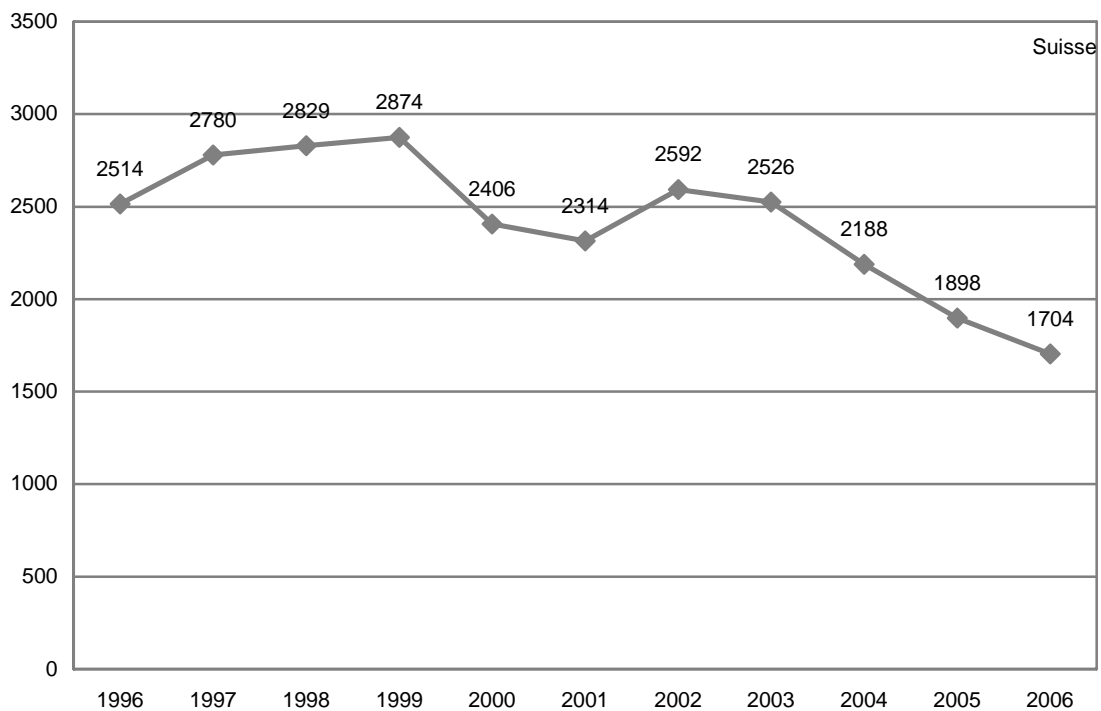
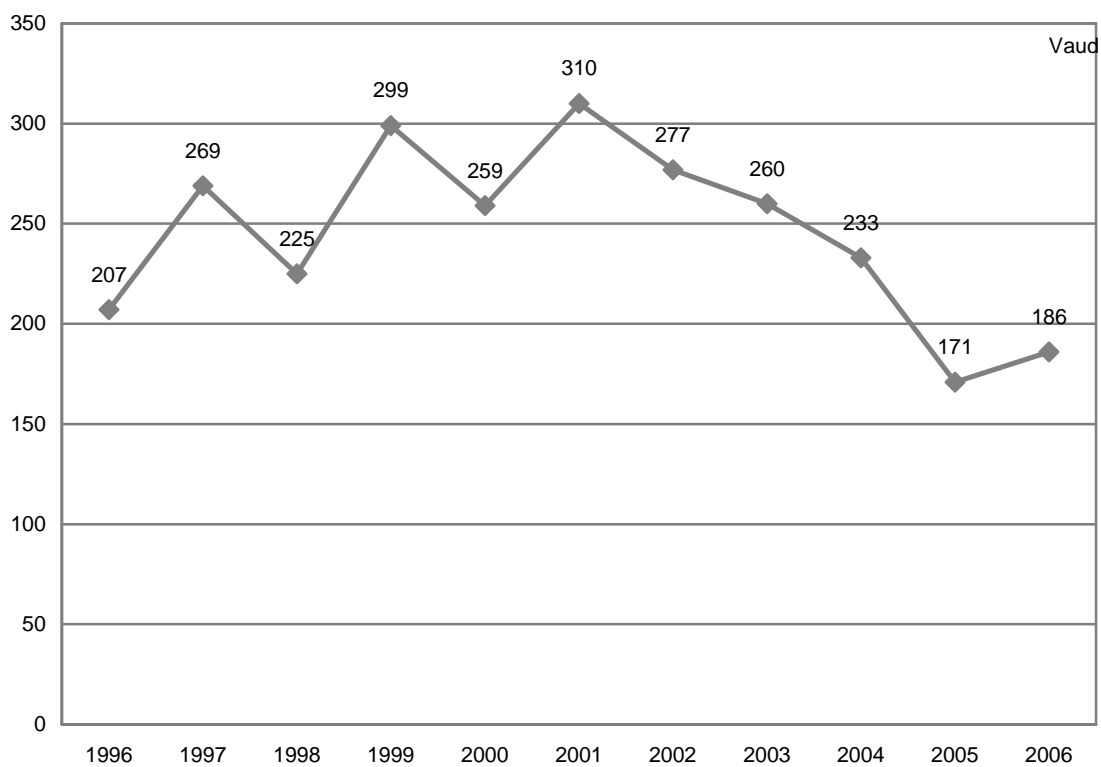


Figure 7-6 Evolution du nombre estimé de premiers tests positifs démontrant l'infection par le virus de l'hépatite C dans le canton de Vaud de 1996 à 2006 (Source OFSP)



7.2 ANNEXE AU CHAPITRE CONSOMMATEURS DÉPENDANTS

Tableau 7-1 Caractéristiques des consommateurs et non-consommateurs d'héroïne, cocaïne ou benzodiazépines durant le dernier mois

		Consommateurs ¹					
		Non, non réponse		Oui		Total	
		n=57	%	n=125	%	n=182	%
Caractéristiques socio-démographiques							
Age	36 ans ou moins	25	43.9	66	52.8	91	50.0
	37 ans ou plus	32	56.1	59	47.2	91	50.0
Sexe	homme	40	70.2	98	78.4	138	75.8
	femme	17	29.8	27	21.6	44	24.2
Dernière formation terminée	scolarité obligatoire, nr	22	38.6	54	43.2	76	41.8
	autre plus élevée	35	61.4	71	56.8	106	58.2
Etat de santé							
Etat de santé actuel perçu	bon ou très bon	44	77.2	88	70.4	132	72.5
	autre	13	22.8	37	29.6	50	27.5
Actuellement en traitement de substitution	oui	30	52.6	81	64.8	111	61.0
	non, nr	27	47.4	44	35.2	71	39.0
Testé pour VIH/Sida ²	non, nr	6	10.5	9	7.2	15	8.2
	oui	51	89.5	116	92.8	167	91.8
Testé pour hépatite B ²	non, nr, nsp	13	22.8	27	21.6	40	22.0
	oui	44	77.2	98	78.4	142	78.0
Vacciné contre hépatite B ²	non, nr, nsp	33	57.9	75	60.0	108	59.3
	oui	24	42.1	50	40.0	74	40.7
Testé pour hépatite C ²	non, nr, nsp	16	28.1	26	20.8	42	23.1
	oui	41	71.9	99	79.2	140	76.9
Consommations de substances							
Méthadone au noir ³	jamais, nr	56	98.2	107	85.6	163	89.6
	occasionnellement	0	0.0	5	4.0	5	2.7
	régulièrement	1	1.8	13	10.4	14	7.7
Amphétamines, ecstasy ³	jamais, nr	56	98.2	108	86.4	164	90.1
	occasionnellement	0	0.0	16	12.8	16	8.8
	régulièrement	1	1.8	1	.8	2	1.1
Cannabis ³	jamais, nr	21	36.8	32	25.6	53	29.1
	occasionnellement	10	17.5	20	16.0	30	16.5
	régulièrement	26	45.6	73	58.4	99	54.4
Alcool ³	jamais, nr	26	45.6	44	35.2	70	38.5
	occasionnellement	12	21.1	36	28.8	48	26.4
	régulièrement	19	33.3	45	36.0	64	35.2
Injection ²	oui	31	54.4	97	77.6	128	70.3
	non	26	45.6	28	22.4	54	29.7
Overdose(s) ²	oui	16	28.1	53	42.4	69	37.9
	non, nr	41	71.9	72	57.6	113	62.1
Situation sociale							
Résidence principale ³	domicile fixe privé	50	87.7	99	79.2	149	81.9
	autre	7	12.3	26	20.8	33	18.1
Emploi ^{3,4}	avec emploi	14	24.6	13	10.4	27	14.8
	sans emploi	43	75.4	112	89.6	155	85.2
Prison en lien avec drogue ²	oui	23	40.4	70	56.0	93	51.1
	non, nr	34	59.6	55	44.0	89	48.9

		Consommateurs ¹					
		Non, non réponse		Oui		Total	
		n=57	%	n=125	%	n=182	%
Sexualité							
Partenaire stable ⁵	oui	32	56.1	60	48.0	92	50.5
	non, nr	25	43.9	65	52.0	90	49.5
Partenaires occasionnels ⁵	oui	14	24.6	48	38.4	62	34.1
	non, nr	43	75.4	77	61.6	120	65.9
Structure							
Visite de la structure ³	tous les jours ou presque	16	28.1	51	40.8	67	36.8
	1 à 4 fois / semaine	24	42.1	44	35.2	68	37.4
	1 à 3 fois en tout	17	29.8	30	24.0	47	25.8
Lieu de recrutement	Le Passage	18	31.6	39	31.2	57	31.3
	Entrée de Secours	13	22.8	20	16.0	33	18.1
	ACT	12	21.1	14	11.2	26	14.3
	Zone Bleue	10	17.5	28	22.4	38	20.9
	UNISSET	4	7.0	24	19.2	28	15.4

Notes: Base: consommateurs de cocaïne ou héroïne durant la vie. En gras: différences significatives au seuil de .05 (test du chi-carré de Pearson)

nr: non réponse

nsp: ne sait pas

- 1 Consommation occasionnelle ou plus fréquente
- 2 Au moins une fois durant la vie
- 3 Durant le dernier mois
- 4 Emploi à plein temps, temps partiel ou temporaire
- 5 Relations sexuelles durant les 6 derniers mois

Tableau 7-2 Caractéristiques des catégories de consommateurs actuels de cocaïne et d'héroïne

		Ni héroïne ni cocaïne ¹		Héroïne seulement ¹		Cocaïne seulement ¹		Héroïne et cocaïne ¹		Total	
		n=80	%	n=23	%	n=44	%	n=35	%	n=182	%
Caractéristiques socio-démographiques											
Age	36 ans ou moins	41	51.3	15	65.2	21	47.7	14	40.0	91	50.0
	37 ans ou plus	39	48.8	8	34.8	23	52.3	21	60.0	91	50.0
Sexe	homme	59	73.8	18	78.3	33	75.0	28	80.0	138	75.8
	femme	21	26.3	5	21.7	11	25.0	7	20.0	44	24.2
Dernière formation terminée	scolarité obligatoire, nr	36	45.0	9	39.1	18	40.9	13	37.1	76	41.8
	autre plus élevée	44	55.0	14	60.9	26	59.1	22	62.9	106	58.2
Etat de santé											
Etat de santé actuel perçu	bon ou très bon	60	75.0	16	69.6	34	77.3	22	62.9	132	72.5
	autre	20	25.0	7	30.4	10	22.7	13	37.1	50	27.5
Actuellement en traitement de substitution	oui	49	61.3	11	47.8	27	61.4	24	68.6	111	61.0
	non, nr	31	38.8	12	52.2	17	38.6	11	31.4	71	39.0
Testé pour VIH/Sida ²	non, nr	8	10.0	1	4.3	5	11.4	1	2.9	15	8.2
	oui	72	90.0	22	95.7	39	88.6	34	97.1	167	91.8
Testé pour hépatite B ²	non, nr, nsp	16	20.0	4	17.4	16	36.4	4	11.4	40	22.0
	oui	64	80.0	19	82.6	28	63.6	31	88.6	142	78.0
Vacciné contre hépatite B ²	non, nr, nsp	46	57.5	15	65.2	29	65.9	18	51.4	108	59.3
	oui	34	42.5	8	34.8	15	34.1	17	48.6	74	40.7
Testé pour hépatite C ²	non, nr, nsp	21	26.3	4	17.4	12	27.3	5	14.3	42	23.1
	oui	59	73.8	19	82.6	32	72.7	30	85.7	140	76.9

		Ni héroïne ni cocaïne ¹		Héroïne seulement ¹		Cocaïne seulement ¹		Héroïne et cocaïne ¹		Total	
		n=80	%	n=23	%	n=44	%	n=35	%	n=18	
										2	%
Consommations de substances											
Méthadone au noir ³	jamais, nr	78	97.5	15	65.2	43	97.7	27	77.1	163	89.6
	occasionnellement	0	0.0	3	13.0	0	0.0	2	5.7	5	2.7
	régulièrement	2	2.5	5	21.7	1	2.3	6	17.1	14	7.7
Amphétamines, ecstasy ³	jamais, nr	79	98.8	18	78.3	40	90.9	27	77.1	164	90.1
	occasionnellement	0	0.0	5	21.7	4	9.1	7	20.0	16	8.8
	régulièrement	1	1.3	0	0.0	0	0.0	1	2.9	2	1.1
Cannabis ³	jamais, nr	27	33.8	9	39.1	12	27.3	5	14.3	53	29.1
	occasionnellement	14	17.5	3	13.0	5	11.4	8	22.9	30	16.5
	régulièrement	39	48.8	11	47.8	27	61.4	22	62.9	99	54.4
Alcool ³	jamais, nr	38	47.5	9	39.1	13	29.5	10	28.6	70	38.5
	occasionnellement	17	21.3	5	21.7	19	43.2	7	20.0	48	26.4
	régulièrement	25	31.3	9	39.1	12	27.3	18	51.4	64	35.2
Héroïne ²	oui	67	83.8	23	100	37	84.1	35	100	162	89.0
	non	13	16.3	0	0.0	7	15.9	0	0.0	20	11.0
Injection ²	oui	48	60.0	16	69.6	32	72.7	32	91.4	128	70.3
	non	32	40.0	7	30.4	12	27.3	3	8.6	54	29.7
Overdose(s) ²	oui	28	35.0	9	39.1	18	40.9	14	40.0	69	37.9
	non, nr	52	65.0	14	60.9	26	59.1	21	60.0	113	62.1
Situation sociale											
Résidence principale ³	domicile fixe privé	11	13.8	2	8.7	12	27.3	8	22.9	33	18.1
	autre	69	86.3	21	91.3	32	72.7	27	77.1	149	81.9
Emploi ^{3,4}	avec emploi	15	18.8	3	13.0	4	9.1	5	14.3	27	14.8
	sans emploi	65	81.3	20	87.0	40	90.9	30	85.7	155	85.2
Prison en lien avec drogue ²	oui	44	55.0	7	30.4	22	50.0	16	45.7	89	48.9
	non, nr	36	45.0	16	69.6	22	50.0	19	54.3	93	51.1
Sexualité											
Partenaire stable ⁵	oui	42	52.5	13	56.5	21	47.7	16	45.7	92	50.5
	non, nr	38	47.5	10	43.5	23	52.3	19	54.3	90	49.5
Partenaires occasionnels ⁵	oui	19	23.8	9	39.1	19	43.2	15	42.9	62	34.1
	non, nr	61	76.3	14	60.9	25	56.8	20	57.1	120	65.9
Structure											
Visite de la structure ³	tous les jours ou presque	30	37.5	9	39.1	13	29.5	15	42.9	67	36.8
	1 à 4 fois / semaine	30	37.5	12	52.2	17	38.6	9	25.7	68	37.4
	1 à 3 fois en tout	20	25.0	2	8.7	14	31.8	11	31.4	47	25.8
Lieu de recrutement	Le Passage	29	36.3	5	21.7	14	31.8	9	25.7	57	31.3
	Entrée de Secours	17	21.3	3	13.0	5	11.4	8	22.9	33	18.1
	ACT	13	16.3	1	4.3	8	18.2	4	11.4	26	14.3
	Zone Bleue	12	15.0	4	17.4	13	29.5	9	25.7	38	20.9
	UNISSET	9	11.3	10	43.5	4	9.1	5	14.3	28	15.4

Notes: Base: consommateurs de cocaïne ou héroïne durant la vie. En gras: différences significatives au seuil de .05 (test du chi-carré de Pearson)

nr: non réponse

nsp: ne sait pas

1 Durant le dernier mois

2 Au moins une fois durant la vie

3 Durant le dernier mois

4 Emploi à plein temps, temps partiel ou temporaire

5 Relations sexuelles durant les 6 derniers mois

Tableau 7-3 Caractéristiques des personnes actuellement en traitement à la méthadone orale

		Pas en traitement, nr, nc		En traitement		Total	
		n=89	%	n=93	%	n=182	%
Caractéristiques socio-démographiques							
Age	36 ans ou moins	38	42.7	53	57.0	91	50.0
	37 ans ou plus	51	57.3	40	43.0	91	50.0
Sexe	homme	69	77.5	69	74.2	138	75.8
	femme	20	22.5	24	25.8	44	24.2
Dernière formation terminée	scolarité obligatoire, nr	38	42.7	38	40.9	76	41.8
	autre plus élevée	51	57.3	55	59.1	106	58.2
Etat de santé							
Etat de santé actuel perçu	bon ou très bon	65	73.0	67	72.0	132	72.5
	autre	24	27.0	26	28.0	50	27.5
Actuellement en traitement de substitution ⁶	oui	18	20.2	93	100.0	111	61.0
	non, nr	71	79.8	0	0.0	71	39.0
Testé pour VIH/Sida ²	non, nr	9	10.1	6	6.5	15	8.2
	oui	80	89.9	87	93.5	167	91.8
Testé pour hépatite B ²	non, nr, nsp	30	33.7	10	10.8	40	22.0
	oui	59	66.3	83	89.2	142	78.0
Vacciné contre hépatite B ²	0 non, nr, nsp	58	65.2	50	53.8	108	59.3
	1 oui	31	34.8	43	46.2	74	40.7
Testé pour hépatite C ²	non, nr, nsp	31	34.8	11	11.8	42	23.1
	oui	58	65.2	82	88.2	140	76.9
Consommations de substances							
Méthadone au noir ³	jamais, nr	77	86.5	86	92.5	163	89.6
	occasionnellement	4	4.5	1	1.1	5	2.7
	régulièrement	8	9.0	6	6.5	14	7.7
Amphétamines, ecstasy ³	jamais, nr	80	89.9	84	90.3	164	90.1
	occasionnellement	9	10.1	7	7.5	16	8.8
	régulièrement	0	0.0	2	2.2	2	1.1
Cannabis ³	jamais, nr	23	25.8	30	32.3	53	29.1
	occasionnellement	14	15.7	16	17.2	30	16.5
	régulièrement	52	58.4	47	50.5	99	54.4
Alcool ³	jamais, nr	30	33.7	40	43.0	70	38.5
	occasionnellement	26	29.2	22	23.7	48	26.4
	régulièrement	33	37.1	31	33.3	64	35.2
Héroïne ²	oui	69	77.5	93	100.0	162	89.0
	non	20	22.5	0	0.0	20	11.0
Injection ²	oui	49	55.1	79	84.9	128	70.3
	non	40	44.9	14	15.1	54	29.7
Overdose(s) ²	oui	59	66.3	54	58.1	113	62.1
	non, nr	30	33.7	39	41.9	69	37.9
Situation sociale							
Résidence principale ³	domicile fixe privé	72	80.9	77	82.8	149	81.9
	autre	17	19.1	16	17.2	33	18.1
Emploi ^{3,4}	avec emploi	13	14.6	14	15.1	27	14.8
	sans emploi	76	85.4	79	84.9	155	85.2
Prison en lien avec drogue ²	oui	37	41.6	56	60.2	93	51.1
	non, nr	52	58.4	37	39.8	89	48.9

		Pas en traitement, nr, nc		En traitement		Total	
		n=89	%	n=93	%	n=182	%
Sexualité							
Partenaire stable ⁵	non, nr	41	46.1	49	52.7	90	49.5
	oui	48	53.9	44	47.3	92	50.5
Partenaires occasionnels ⁵	non, nr	58	65.2	62	66.7	120	65.9
	oui	31	34.8	31	33.3	62	34.1
Structure							
Visite de la structure ³	tous les jours ou presque	32	36.0	35	37.6	67	36.8
	1 à 4 fois / semaine	30	33.7	38	40.9	68	37.4
	1 à 3 fois en tout	27	30.3	20	21.5	47	25.8
Lieu de recrutement	Le Passage	28	31.5	29	31.2	57	31.3
	Entrée de Secours	8	9.0	25	26.9	33	18.1
	ACT	18	20.2	8	8.6	26	14.3
	Zone Bleue	23	25.8	15	16.1	38	20.9
	UNISSET	12	13.5	16	17.2	28	15.4

Notes: Base: consommateurs de cocaïne ou héroïne durant la vie. En gras: différences significatives au seuil de .05 (test du chi-carré de Pearson)

nr: non réponse

nsp: ne sait pas

nc: non concerné

1 Durant le dernier mois

2 Au moins une fois durant la vie

3 Durant le dernier mois

4 Emploi à plein temps, temps partiel ou temporaire

5 Relations sexuelles durant les 6 derniers mois

6 Inclut les traitement de substitution autres que la méthadone orale

7.3 ANNEXE AU CHAPITRE ÉVOLUTION DE LA DEMANDE DANS LES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES VAUDOISES

Tableau 7-4 Diagnostics psychiatriques les plus fréquemment posés en cas de toxico-dépendances DD, 2004-2006 (Source : Axya, hospitalisation hors Calypso)

	2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
Ensemble des admissions	162		142		304	
Au moins un autre diagnostic psychiatrique cité	113	70	97	68	224	75
Diagnostics psychiatriques le plus souvent cités						
Troubles de la personnalité et du comportement	86	53	60	42	119	39
Troubles de l'humeur	27	17	30	21	52	17
Troubles psychotiques	14	9	13	9	71	23
Anxiété, adaptation	5	3	22	16	20	7

Tableau 7-5 Admissions avec diagnostics de toxicodépendance aux drogues dures, par service, 2006

Institutions	Nombre d'admissions	
	n	%
Psychiatrie générale	132	43.4
Urgences du CHUV	80	26.3
Psychiatrie secteur nord	42	13.8
Psychiatrie secteur ouest	37	12.2
Alcoologie de Cery	9	3
CHUV, médecine interne	2	0.7
Autre	2	0.6
Total	304	100

Tableau 7-6 Diagnostics psychiatriques les plus fréquemment posés en cas de toxicodépendance aux drogues dures, 2004-2006 (Source : Axya, ambulatoires hors CSM et Calypso)

	2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
Ensemble des admissions ambulatoires	121		120		185	
Au moins un diagnostic psychiatrique cité	73	60	71	59	113	61
Diagnostics psychiatriques le plus souvent cités						
Troubles de la personnalité et du comportement	45	38	45	38	68	37
Troubles de l'humeur	21	17	29	24	24	13
Troubles psychotiques	9	7	4	3	15	8
Anxiété, adaptation	19	16	10	8	24	13

Tableau 7-7 Admissions ambulatoires avec un diagnostic de toxicodépendance aux drogues dures, par service, 2006

Institutions	Nombre d'admissions	
	n	%
Psychiatrie nord	84	45.4
Psychiatrie de liaison	52	28.1
Psychiatrie générale	22	11.9
Psychiatrie ouest	18	9.7
Psychiatrie communautaire	5	2.7
Pédo-psychiatrie centre	2	1.1
Pédo-psychiatrie ouest	2	1.1
	185	100

7.4 ANNEXE AU CHAPITRE NOUVEAUX PROFILS DE CONSOMMATION

Tableau 7-8 Profil des admissions ayant un diagnostic de consommation et/ou de dépendance au cannabis et/ou à la cocaïne (admissions sans consommation d'héroïne), 2006 (Source : Axya)

	Total		CSM		UAS		Azimut	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nb d'admission	95		61		28		6	
Femmes	20	21	12	20	8	30	0	0
Âge moyen	30.4		29.4		32.5		31.6	
Âge médian	28		27.0		32.0		36.0	
Min-max	18-50		18-47		21-50		19-42	
Moins de 16 ans	0	0	0	0	0	0	0	0
16 à 20 ans	8	8	6	10	0	0	2	33
21 à 25 ans	20	21	15	25	5	19	0	0
26 à 30 ans	23	24	18	30	5	19	0	0
31 à 35 ans	19	20	8	13	10	37	1	17
36 ans et plus	24	25	14	23	7	26	3	50

Tableau 7-9 Profil des admissions ayant un diagnostic de consommation et ou de dépendance au cannabis et/ou à la cocaïne (admissions sans consommation d'héroïne), 2006 (Source : Axya, hospitalisation et ambulatoire sans la Calypso et sans le Centre Saint-Martin)

	Hospitalisation 2006		Ambulatoires 2006	
	n	%	n	%
Nb d'admission	228		200	
Femmes	82	36	57	29
Âge moyen	29.8		27.9	
Âge médian	28.0		27.0	
Min-max	16-61		14-75	
Moins de 16 ans	0	0	10	5
16 à 20 ans	28	12	24	12
21 à 25 ans	61	27	57	29
26 à 30 ans	47	21	49	25
31 à 35 ans	32	14	25	13
36 ans et plus	60	26	35	18

Tableau 7-10 Niveau scolaire atteint et occupation, 2004-2006 (Source : Axya, hospitalisation et ambulatoire)

	2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
Hospitalisations	60		54		139	
Niveau scolaire atteint						
Scolarité en cours	4	7	1	2	3	2
Aucune formation terminée	0	0	2	4	10	7
Scolarité obligatoire	13	22	14	26	37	27
Apprentissage	13	22	10	18	18	13
Formation plus élevée	12	20	5	9	17	12
Non réponse	18	30	22	41	54	39
Occupation						
Formation scolaire	0	0	0	0	1	1
Formation post scolaire	13	22	11	9	19	14
Activité professionnelle	12	20	14	24	17	12
Sans activité	32	53	26	48	91	66
Réadaptation AI	3	5	2	4	2	1
Ambulatoire	115		125		159	
Niveau scolaire atteint						
Scolarité en cours	5	4	6	5	2	1
Aucune formation terminée	5	4	3	2	27	17
Scolarité obligatoire	33	29	44	35	35	22
Apprentissage	29	25	36	29	38	24
Formation plus élevée	20	18	10	8	21	14
Non réponse	23	20	26	21	35	22
Occupation						
Formation scolaire	1	1	3	2	11	6
Formation post scolaire	24	21	28	22	23	15
Activité professionnelle	27	24	31	26	27	17
Sans activité	54	46	54	42	90	57
Réadaptation AI	2	2	4	3	1	1

7.5 ANNEXE AU CHAPITRE SUIVI DES STRUCTURES RÉSIDENTIELLES

Tableau 7-11 Profil de la clientèle présentant des problèmes liés à la consommation de drogues illégales par institution à l'entrée, Act-Info 2004-2005

	Levant				Bartimée				Relais			
	2004		2005		2004		2005		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Effectifs	63		60		24		29		13		17	
Nombre de femmes	22	35	23	38	7	29	9	31	5	39	3	18
Age												
Age moyen	31.6		28.5		32.8		30.9		32.9		31.1	
Age médian	32.0		28.0		33.0		29.0		35.0		32.0	
15 à 20 ans	5	8	6	10	0	0	0	0	1	8	3	18
21 à 25 ans	5	8	13	22	4	17	7	24	1	8	1	6
26 à 30 ans	15	24	17	28	4	17	11	38	3	23	3	18
31 à 35 ans	25	40	16	27	7	29	4	14	4	31	4	24
36 ans et plus	13	21	8	13	9	38	7	24	4	31	6	35

Tableau 7-12 Profil des entrées dans les structures résidentielles sur la base des données de consommation, Act-Info 2003-2005

	2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%
Effectifs	112		100		106	
Consommation au cours du mois précédant l'admission						
Drogues dures gén.	70	62	49	49	40	38
Héroïne	47	42	32	32	29	27
Cocaïne	48	43	42	42	29	27
<i>dont héroïne et cocaïne</i>	25	22	25	25	18	17
Stimulants (amphétamines, MDMA, autres)	32	29	11	11	11	10
Cannabis	nd	nd	37	37	38	36
Injection						
Au cours de la vie	92	82	77	77	76	72
Au cours du dernier mois	43	38	40	40	34	32
	n	%	n	%	n	%
Partage matériel usagé						
Au cours des 6 derniers mois (sur injecteurs 6 mois)	nd	nd	15	25	18	35
Traitement antérieur						
Aucun indiqué	7	6	7	7	14	13
Traitement de substitution (méthadone, Subutex)	88	79	74	74	68	64

7.6 ANNEXE : LA CALYPSO

Tableau 7-13 Toxicomanie selon les produits impliqués, ensemble des admissions hospitalières, la Calypso, 2004-2006 (Source : Axya)

Produit impliqué	2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
Nb d'admissions hospitalières	139		140		152	
Opiacé	117	84	117	84	113	74
Cocaïne	70	50	68	49	73	48
Benzodiazépine	69	50	76	54	79	52
Cannabis	36	26	53	34	56	37
Alcool	26	19	20	14	36	24
Total dd opiacé ou cocaïne	131	94	128	91	143	94
Opiacé et cocaïne	56	40	57	41	43	28
Héroïne seule	161	44	160	43	70	46
Cocaïne seule	16	12	11	8	30	20
Multiplés produits	108	78	113	81	119	78

Le pourcentage d'admissions comportant un diagnostic psychiatrique autre que la dépendance est de 16% en 2006. Les troubles les plus souvent cités sont les troubles de la personnalité et du comportement (6 à 20%). Les troubles de l'humeur ainsi que les troubles psychotiques ou l'anxiété sont mentionnés chez 1 à 8% des admissions.

De l'avis de l'équipe, il s'agit là d'une sous-codification importante des troubles psychiatriques de la clientèle de la Calypso. En effet, 90% des patients se voient attribuer aussi un diagnostic psychiatrique. Toutefois, selon la nature du trouble, le diagnostic n'est pas enregistré, comme par exemple lors de troubles anxieux ou dépressifs. Pour l'équipe, cette comorbidité peut se manifester par des troubles sévères, mais pouvant être traités sans difficulté majeure, en même temps que le traitement de la dépendance.

7.7 ANNEXE AU CHAPITRE REMISE DE MATÉRIEL STÉRILE

7.7.1 Mise en œuvre de l'échange dans les SBS

Le Programme cantonal s'étend actuellement à différentes régions du canton au travers de 11 structures participantes :

- Lausanne : le Passage/Distribus, UnISET, Fleur de Pavé (FdP), le Centre St Martin (CSM).
- Région Lausanne : Travailleur de rue de Prilly.
- Riviera : Action communautaire toxicomanie (ACT) à Vevey, Unité ambulatoire spécialisée (UAS) à Montreux, Azimut à Bex.
- Ouest vaudois : Entrée de secours (EdS) à Morges.
- Nord vaudois : Zone bleue (ZB) à Yverdon.
- Etendue cantonale : Rel'aids.

Les structures qui sont des structures de traitement ne fonctionnent, à priori, que comme lieux de dépannage en terme d'échange de matériel stérile (CSM, UAS).

Méthode et instruments utilisés

Avec la mise en place du nouveau Concept cantonal^a, la comptabilisation du matériel d'injection mis à disposition dans le canton a été unifiée. Dès juillet 2001, toutes les structures accréditées font état mensuellement :

- du nombre de seringues distribuées ;
- du nombre de seringues récupérées ;
- du nombre de préservatifs distribués ;
- du nombre de contacts avec des personnes venant chercher du matériel d'injection stérile (une personne peut donc être comptée plusieurs fois par jour).

Depuis la fin de l'année 2003, une modification est survenue au niveau du relevé des seringues récupérées. Les structures indiquent de manière distincte :

- les seringues récupérées au cours de l'échange ;
- les seringues récupérées (ramassées) aux abords de la structure.

^a Dentan A, Ziegler G, Resplendino J. Rapport pour un concept cantonal en matière de remise de matériel stérile aux personnes toxicodépendantes. Rel'ier, Service de la santé publique. Lausanne, 2001.

Tableau 7-14 Aperçu du dispositif de remise de matériel stérile en place dans d'autres cantons

	Lieux d'échange	Type de lieu	Règles de remise			Taux de retour
			Echange	Vente	Autre	
BE	Berne	Structures avec local d'injection	1 : 1	20 cts	Pas d'exception	n.d
	Bienne	Structure avec local d'injection			Distribution sans compter les retours et sans maximum	n.d
	Thoune		1 : 1	Données manquantes		n.d
BS	Bâle	Structures avec local d'injection	1 : 1	Pas de vente	Exceptions : 2 seringues et 40 aiguilles	n.d
GE	Genève	Structure avec local d'injection	1 : 1 (max 100)	20 cts (max 3)		89% (2005)
	Genève	Bus	1 : 1 (max 100)	20 cts (max 3)		82% (2005)
LU	Lucerne	Bus	1 : 1	Très exceptionnel : 25 cts	Dépannage : 0+3	95% (2005)
SG	St Gall	Bus (soir) et restaurant (journée)	1 : 1	Données manquantes	Données manquantes	n.d
	Heerbrugg, Wil et Wattwil	Structures sans local d'injection	1 : 1	Données manquantes	Données manquantes	n.d
SO	Soleure	??	1 : 1	Oui		95% (2005)
ZH	Zurich (agglomération)	4 structures avec local d'injection	1 : 1	Flashbox (2 seringues et 6 aiguilles pour 2 frs)		n.d
	Zurich (agglomération)	Bus	1 : 1	0 + n	Exceptions : 0 + 1	n.d.
	Winterthour	Structure sans local d'injection	1 : 1 (max 100)			n.d.

Tableau 7-15 Nombre de seringues distribuées par les SBS de quelques cantons entre 2000 et 2005 (nombre de structures dans le canton)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Zürich	1'002'143 N=8	787'450 N=7	1'175'037 N=7	604'841 N=7	661'837 N=7	554'156 N=5
Berne	815'871 N=3	726'202 N=4	594'168 N=3	645'695 N=3	668'921 N=3	617'269 N=3
Soleure	171'150 N=1	147'472 N=1	153'918 N=1	124'270 N=1	87'784 N=1	51'434 N=1
Bâle	594'850 N=3	592'500 N=3	597'140 N=3	638'346 N=3	528'973 N=3	495'794 N=3
St Gall	165'018 N=1	175'111 N=1	149'513 N=1	106'841 N=1	100'255 N=1	101'374 N=1
Genève	123'602 N=1	161'008 N=2	237'606 N=2	280'382 N=2	243'225 N=2	164'279 N=2
Lucerne	85'683 N=1	122'711 N=1	164'973 N=1	115'485 N=1	114'482 N=1	87'529 N=1
Schaffhouse	46'339 N=2	47'142 N=2	56'893 N=2	57'253 N=2	120'776 N=2	97'549 N=2

7.7.2 Enquête pharmacies : Résultats pour le canton de Vaud et pour la Suisse

Ce tableau présente les résultats pour le canton de Vaud et pour la Suisse entière de l'enquête nationale mandatée par l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre du programme national de prévention du VIH/Sida en Suisse. Elle a été réalisée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) en 2005 et fait suite à celles de 1997, aussi réalisée par l'IUMSP, et de 1995, réalisée par IPSO. Le rapport complet avec les résultats pour la Suisse peut être téléchargé à l'adresse suivante www.iumsp.ch

Vaud						
Contexte cantonal en 2005						
Nombre d'habitants (31.12.2004)			647'700 habitants			
Nombre de pharmacies (31.12.2004, chiffre SSPH)			242 pharmacies			
Nombre de traitement à la méthadone (Act-info 2004)			1642 traitements			
Taux de participation aux études	1995		1997		2005	
	N	%	N	%	N	%
Suisse	892	61	1078	73	1250	76
Canton	134	64	163	78	168	69

Q3. "Nombre de toxicomanes qui entrent chaque jour en moyenne dans votre pharmacie"¹

	Moyenne		Total estimé²	
	1997	2005	1997	2005
Suisse	3.7	1.4	5488	2285
Canton	3.3	1.3	683	301

¹ La réponse "moins d'une personne par jour" a été codée zéro

² Le total est estimé sur la base du taux de réponse

Q4. Estimation du nombre total de seringues (seringues stériles simples) remises en moyenne chaque mois aux toxicomanes par les pharmacies (totaux estimés sur la base du taux de réponse)

	1994	1996	2004
Suisse	61'574	43613	42195
Canton	6855	4202	2822

Q5. Estimation du nombre total de boîtes "Flash+" vendues en moyenne chaque mois par les pharmacies (totaux estimés sur la base du taux de réponse)

	1994	1996	2004
Suisse	28'011	35'599	20930
Canton de Vaud	5213	5070	3532

Q6. "Comment a évolué la demande de seringues depuis le début des années 2000 ?"

	Suisse		Canton	
	1997 ¹	2005 ²	1997	2005
Elle a augmenté	16%	14%	20%	15%
Elle a reculé	36%	41%	34%	37%
Elle est restée stable	41%	43%	39%	46%
Pas de réponse	7%	2%	7%	2%

¹ Pour 1997, la période de référence est fin 1994

² Suite à une erreur de traduction, seuls les questionnaires en français contenaient cette question

Q7. "Vendez-vous les seringues ou les distribuez-vous gratuitement ?"

	Suisse		Canton	
	1997	2005	1997	2005
Je vends toujours les seringues	76%	87%	91%	91%
Gratuit si échange seringues usagées	13%	10%	2%	7%
Je les distribue toujours gratuitement	3%	2%	2%	1%
Pas de réponse	8%	1%	5%	0%

Q8. "Quelles restrictions imposez-vous lors de la remise des seringues ?"

(plusieurs réponses étaient possibles)

	Suisse		Canton	
	1997	2005	1997	2005
Nombre limité de seringues par toxicomane	14%	14%	9%	17%
Uniquement en échange de seringues usagées	14%	9%	20%	7%
Selon attitude/comportement de la personne	21%	28%	30%	46%

	Suisse		Canton	
	1997	2005	1997	2005
Sans conditions particulières	54%	58%	50%	51%
Autre restriction	8%	6%	12%	3%

Q9. "Quelles sont les difficultés liées à la remise de matériel stérile dans votre officine ?"¹

(plusieurs réponses étaient possibles)

	Suisse	Canton
	2005	2005
Pas de problèmes	72%	61%
Problème d'image par rapport au reste de la clientèle	17%	19%
Problème de contact avec les toxicomanes	10%	17%
Vols, cambriolages, menaces	10%	11%
Problème éthique	8%	18%
Autre difficulté	4%	4%

¹ Cette question a été introduite dans le questionnaire de 2005.

Q10. "Acceptez-vous de reprendre les seringues usagées ?"

	Suisse		Canton	
	1997	2005	1997	2005
Oui, toujours	78%	67%	96%	85%
Oui, dans certaines conditions	5%	9%	2%	10%
Non, sauf exception	7%	10%	1%	0%
Non, jamais	7%	8%	0%	1%
Pas de demandes	0%	4%	0%	0%
Pas concerné	0%	1%	0%	1%
Pas de réponse	3%	1%	1%	0%

Q11. Estimation du nombre total de seringues récupérées en moyenne chaque mois en pharmacie (totaux estimés sur la base du taux de réponse)

	2004
Suisse	17848
Canton	1428

Q12. "Comment éliminez-vous les seringues usagées ?"

	Suisse		Canton	
	1997	2005	1997	2005
Avec les déchets ordinaires	13%	6%	0%	0%
Avec les déchets spéciaux/ en les confiant à un organisme compétent ¹	73%	86%	98%	100%
Autre solution	4%	4%	1%	0%
Non concerné par le retour de seringues usagées	8%	0%	1%	0%
Pas de réponse	3%	4%	1%	0%

¹ Les catégories "déchets spéciaux" et "organisme compétent" ont été regroupées, étant considérées comme 2 étapes et non comme 2 modes distincts d'élimination des seringues usagées.

Note méthodologique

Cette enquête a été réalisée entre les mois de mars et de mai 2005. Le questionnaire a été adressé à l'ensemble des 1'669 pharmacies de Suisse.

Pour les questions 4, 5 et 11, on demandait au pharmacien de baser son estimation sur les trois derniers mois de l'année précédente (octobre-décembre 1994, 1996 et 2004).

Pour les questions 4, 5, 11 et 13, les totaux ont été ajustés en fonction du taux de participation. Nous avons fait l'hypothèse que les personnes n'ayant pas répondu auraient répondu comme la moyenne. Nous avons donc divisé le nombre de seringues ou de boîtes Flash par le nombre de pharmacies ayant répondu dans le canton considéré puis multiplié par le nombre de pharmacies auxquelles le questionnaire a été envoyé dans ce même canton.

Pour les données Act-info concernant le nombre de traitements à la méthadone, nous avons pris les chiffres les plus récents, soit 2003 ou 2004 selon les cantons.

7.8 ANNEXES AU CHAPITRE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

7.8.1 Documents sources et fonctionnement général du système vaudois

Les données consignées dans le fichier statistique proviennent de trois types de documents :

- Les demandes d'autorisation (questionnaires d'entrée).
- Les autorisations.
- Les demandes de prolongation d'autorisation ou de fin de cure.

Formulaires de demande d'autorisation (« DocumentType 1 »)

Les formulaires de demande d'autorisation, appelés également questionnaires d'entrée, sont remplis avant tout nouveau traitement par le médecin en charge de la future prescription de méthadone. Ils sont par ailleurs requis non seulement lors de traitements de maintenance inauguraux, mais également lors de la reprise d'un traitement interrompu ou lors de tout changement de médecin prescripteur^a.

Autorisations (« DocumentType 2 »)

Les autorisations sont dispensées (ou non) par le Médecin cantonal, après évaluation de cas en cas, sur la base notamment du questionnaire de demande d'autorisation ou de prolongation dûment rempli. La date du début de validité de l'autorisation, établie par le Médecin cantonal, n'est jamais antérieure à cette évaluation. Par ailleurs, chaque autorisation est nominale, ne s'appliquant qu'à un seul et unique patient. Ce type de document ne comporte cependant aucune donnée intéressante du point de vue épidémiologique, mais permet de comptabiliser l'ensemble des personnes ayant eu accès à un traitement de substitution au cours d'une année.

Demandes de prolongation et rapports de fin de cure (« DocumentType 3 et 4 »)

À l'heure actuelle, un seul et même document remplit la fonction double de demande de prolongation d'autorisation d'une part, et de rapport de fin de cure d'autre part. En ce qui concerne les demandes de prolongation, celles-ci sont renouvelées en moyenne tous les 6 à 12 mois, en fonction de l'appréciation du Médecin cantonal. Les rapports de fin de cure, quant à eux, sont établis soit lors de la fin du traitement ou lors d'une interruption de celui-ci, soit lors d'un changement de médecin prescripteur^b.

7.8.2 Qualité du fichier

Lors des deux analyses précédentes (2001 et 2003), le programme d'extraction a été fourni par l'OFSP. Il devait être testé, de même que la qualité et la validité des données récoltées et saisies.

Les remarques qui suivent sont tirées des rapports précédents et portent sur la qualité du fichier méthadone. Elles permettent de comprendre certaines difficultés rencontrées au cours des analyses.

Somme et types de documents à disposition

Le nombre de documents figurant dans le fichier est très élevé. Ainsi, le nombre total de documents distincts saisis au cours d'une année à l'aide du logiciel « Methadon » est en moyenne de 2360 documents distincts par an pour environ 1700 patients différents.

^a Le Centre Saint-Martin, à Lausanne, bénéficie sur ce dernier point d'une dérogation, motivée par le tournus des différents médecins.

^b À noter qu'un questionnaire de fin de cure peut faire défaut dans le cas de figure où une interruption transitoire du traitement en cours de période d'autorisation n'est pas déclarée au Médecin cantonal.

Tableau 7-16 Somme et types de documents à disposition et nombre de patients concernés, 2001-2005

	2001	2002	2003	2004	2005
Nb total de documents	2473	2346	2276	2361	2360
dont : questionnaire d'entrée	558	483	439	458	425
questionnaire prolongation	1527	1427	1389	1509	1583
questionnaire de fin	388	436	449	394	352
Nb de patients différents	1782	1778	1696	1670	1646
Nb de patients ayant un questionnaire d'entrée	512	440	399	414	377
Nb de patients ayant un questionnaire de fin	375	421	429	381	331

La principale difficulté relevée liée à ce nombre élevé de documents est qu'il n'est pas toujours possible de reconstruire la trajectoire de la prise en charge du patient (début – transfert – rupture - fin), les dates des documents d'entrée, de prolongation et de sortie ne se suivant pas forcément selon un ordre logique. Plus particulièrement, on peut rencontrer les situations suivantes :

- Un certain nombre de patients n'ont pas de questionnaire d'entrée.
- Certains patients ont plusieurs questionnaires d'entrée, mais aucun questionnaire de sortie.
- Certains patients ont plusieurs questionnaires de sortie.

7.8.3 Qualité des données saisies

Remplissage des questionnaires

Depuis l'implantation du logiciel « Methadon », aucune information écrite portant sur la manière exacte de remplir les questionnaires d'entrée, de prolongation ou de fin de traitement n'a été adressée aux médecins prescripteurs (directives). Ces questionnaires sont pourtant complexes et cette absence d'information pourrait expliquer, du moins en partie, les taux élevés de réponses manquantes pour des questions telles que la fréquence de consommation des différents types de stupéfiants par exemple.

Certaines questions sont pré-codées dans le logiciel. Ce choix ne permet plus de faire la distinction entre la réponse « non » et la réponse « Ne sais pas ». Par exemple, pour la question sur les produits consommés, en l'absence d'une consommation établie, la valeur proposée par défaut est « Faux ». Il n'est cependant pas certain que les médecins posent systématiquement la question pour chaque produit.

On note par ailleurs que les taux de réponse ainsi que la qualité de celles-ci se sont avérés à plusieurs reprises être inversement proportionnels à la complexité des questions posées : plus la question était complexe, moins le taux de réponse était élevé et plus la qualité de ces réponses laissait à désirer. Il est probable que ces associations ne sont pas fortuites, et ce point devrait être pris en considération en cas de modifications ultérieures du questionnaire de saisie, qui gagnerait à n'en pas douter à être simplifié.

Les discussions entamées en 2002 à la suite du rapport de S. Doll^a, ont permis de passer en revue les questions posant problèmes, mais n'ont malheureusement pas débouché sur la mise au point de directives auprès des médecins installés. La publication de ce présent rapport pourrait être l'occasion de reprendre la discussion avec les médecins concernés.

^a Dr Sébastien Doll, médecin assistant, Rapport préliminaire sur les traitements de substitution à la méthadone dans le canton de Vaud. Lausanne 2002.

Saisie des données

La saisie des données est actuellement manuelle et s'effectue parallèlement dans le fichier « File Maker » et dans le fichier « Meth_dat.mdb ». La raison principale de cette double saisie découle de la facilité de gestion au quotidien du fichier « File Maker » (accès rapide aux données, facilité de lecture en raison de la structure simple du fichier et du nombre de champs limité).

Lors de la conception du masque de saisie du fichier « Meth_dat.mdb », aucune contrainte n'a été fixée pour limiter le risque d'erreur à la saisie. Ainsi, l'analyse des données a montré des personnes nées en 2202, des personnes ayant une date de première consultation identique à leur date de naissance, etc.

Par ailleurs, pour certaines variables, le label des variables établi par S. Doll ne correspond pas à la saisie effectuée par la Santé publique (Questionnaire de fin, Motif de sortie « Bewie »).

7.8.4 Profil des patients

Tableau 7-17 Classes d'âge, ensemble des personnes en traitement, 2001-2005

	2001		2002		2003		2004		2005	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20ans et moins	37	2	22	1	14	1	12	1	13	1
21 à 25	193	11	163	9	120	7	101	6	86	5
26 à 30	441	25	402	23	352	21	297	18	231	14
31 à 35	447	25	452	26	427	25	416	25	409	25
36 à 40	374	21	386	22	404	24	398	24	392	24
41 à 45	198	11	232	13	247	15	274	16	301	18
46 et plus	91	5	119	7	130	8	171	10	213	13
Total	1781	100	1776	100	1694	100	1669	100	1646	100

Tableau 7-18 Fréquence de consommation selon le stade de traitement et le produit, 2005

	1 ^{er} traitement			Reprise ttt			Transfert ttt			Prolongation ttt		
	n	%	%_mis	n	%	%_mis	n	%	%_mis	n	%	%_mis
Héroïne												
inconnu	0	0	0	13	10	6	5	5	4	99	13	8
quotidienne	17	59	50	43	31	20	11	12	10	8	1	1
2 à 6 fois semaine	4	14	12	6	4	3	5	5	4	25	3	2
1 fois ou moins sem.	3	10	9	7	5	3	18	19	16	125	17	10
pas le dernier mois	5	17	15	68	50	31	55	59	48	483	65	38
Total	29	100	85	137	100	63	94	100	82	740	100	58
missing	5		15	80		37	21		18	529		42
Cocaïne												
inconnu	0	0	0	17	12	8	8	9	7	102	14	8
quotidienne	3	13	9	14	10	6	5	6	4	4	1	0
2 à 6 fois semaine	2	9	6	16	11	7	9	10	8	44	6	3
1 fois ou moins sem.	4	17	12	32	22	15	13	14	11	123	17	10
pas le dernier mois	14	61	41	68	46	31	56	62	49	468	63	37
Total	23	100	68	147	100	68	91	100	79	741	100	58
missing	11		32	70		32	24		21	528		42
Benzodiazépine												
inconnu	3	14	9	13	10	6	5	7	4	95	14	7
quotidienne	7	33	21	43	31	20	23	32	20	102	15	8
2 à 6 fois semaine	2	10	6	6	4	3	4	6	3	32	5	3

	1 ^{er} traitement			Reprise ttt			Transfert ttt			Prolongation ttt		
	n	%	%_mis	n	%	%_mis	n	%	%_mis	n	%	%_mis
Héroïne												
1 fois ou moins sem.			0	7	5	3	8	11	7	47	7	4
pas le dernier mois	9	43	26	68	50	31	33	45	29	391	59	31
Total	21	100	62	137	100	63	73	100	63	667	100	53
missing	13		38	80		37	42		37	602		47
Méthadone au noir	n	%	%_mis	n	%	%_mis	n	%	%_mis	n	%	%_mis
inconnu	2	9	6	21	16	10	10	14	9	141	24	11
quotidienne	7	32	21	23	18	11	11	16	10	1	0	0
2 à 6 fois semaine	3	14	9	21	16	10	2	3	2	1	0	0
1 fois ou moins sem.	4	18	12	20	15	9	3	4	3	12	2	1
pas le dernier mois	6	27	18	45	35	21	45	63	39	434	74	34
Total	22	100	65	130	100	60	71	100	62	589	100	46
missing	12		35	87		40	44		38	680		54
Alcool	n	%	%_mis	n	%	%_mis	n	%	%_mis	n	%	%_mis
inconnu	0	0	0	21	14	10	16	19	14	93	12	7
quotidienne	6	21	18	32	21	15	12	14	10	136	18	11
2 à 6 fois semaine	8	29	24	24	15	11	13	15	11	135	18	11
1 fois ou moins sem.	5	18	15	36	23	17	15	18	13	184	24	14
pas le dernier mois	9	32	26	43	28	20	29	34	25	218	29	17
Total	28	100	82	156	100	72	85	100	74	766	100	60
missing	6		18	61		28	30		26	503		40
Cannabis	n	%	%_mis	n	%	%_mis	n	%	%_mis	n	%	%_mis
inconnu	1	4	3	16	11	7	5	6	4	105	14	8
quotidienne	9	33	26	34	23	16	21	24	18	161	21	13
2 à 6 fois semaine	1	4	3	22	15	10	10	11	9	152	20	12
1 fois ou moins sem.	6	22	18	29	20	13	11	12	10	87	11	7
pas le dernier mois	10	37	29	46	31	21	42	47	37	261	34	21
Total	27	100	79	147	100	68	89	100	77	766	100	60
missing	7		21	70		32	26		23	503		40