

Prise en charge « bas seuil » et « intermédiaire » des personnes  
dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool :  
Revue de la littérature

**Mandat du Service du médecin cantonal,  
Fribourg,  
cofinancé par Info Rog,  
Berne  
et soutenu par les cantons de  
Lucerne, Thurgovie et Zoug**

Sophie Hardegger, Axel Hasenhoeller, Michèle Scheuber  
et  
Margret Rihs-Middel

FERARIHS; Villars-sur-Glâne  
Mars 2009

## SOMMAIRE

<b>RESUME .....</b>	<b>4</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
1.1 Objectif de l'étude .....	5
1.2 Mandat.....	5
<b>2. SITUATION DE DEPART.....</b>	<b>5</b>
2.1. L'usage de substances et la prise en charge .....	5
2.2. La hiérarchie des objectifs.....	8
2.3. Les types d'offres pour personnes dépendantes .....	9
2.4. L'accès au traitement .....	10
La notion de « seuil » .....	10
La réduction des risques .....	10
Structure intermédiaire .....	11
Prises en charge intégrées .....	12
<b>3. METHODOLOGIE .....</b>	<b>12</b>
3.1. Analyse des données statistiques .....	12
3.2. Recherche de la littérature.....	12
<b>4. ANALYSE DES DONNEES STATISTIQUES DE L'ENQUETE SUISSE SUR LA SANTE 2007 : L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES .....</b>	<b>13</b>
<b>5. REVUE DE LA LITTERATURE: RESULTATS CONCERNANT LES OFFRES BAS SEUIL .....</b>	<b>15</b>
5.1 Types d'offres .....	15
5.1.1 Les locaux d'injection avec distribution de matériel stérile.....	15
5.1.2 La distribution de seringues et du matériel stérile .....	20
5.1.3 Les centres de contact et d'accueil bas seuil.....	23
<b>6. RESULTATS CONCERNANT LES STRUCTURES INTERMEDIAIRES.....</b>	<b>28</b>
6.1. Structures fixes .....	28
6.1.1 Centres thérapeutiques de jour / Hôpital de jour .....	28
6.1.2 Unité d'Accueil Temporaire (UAT).....	28
6.1.3 L'appartement protégé .....	29
6.1.4 Les foyers .....	29
6.2. Services flexibles.....	29

<b>7. PRESCRIPTION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES .....</b>	<b>34</b>
7.1 Traitement de substitution à la méthadone .....	34
7.2 Prescription d'héroïne .....	35
<b>8 PRISES EN CHARGE INTEGREES .....</b>	<b>39</b>
8.1 Réforme du système de soins: l'exemple canadien .....	39
8.2 L'exemple allemand.....	42
8.3 L'exemple australien .....	42
8.4 L'exemple néerlandais .....	43
<b>9 DISCUSSION.....</b>	<b>45</b>
<b>10 CONCLUSION.....</b>	<b>46</b>

## Résumé

Depuis 1991, la politique suisse en matière de drogue est une politique à 4 piliers, à savoir de prévention, de thérapie, de réduction des risques et de répression. Depuis son extension, le modèle cubique actuel permet même d'intégrer toutes les formes de substances psychoactives et de distinguer le mode de consommation des différentes substances.

La différenciation entre les trois catégories d'usagers, à savoir à faible risque, à problème et dépendants est importante puisque les objectifs ne sont pas les mêmes pour tous. Les usagers à faible risque sont les plus nombreux mais la plupart des offres de traitement et de prise en charge concernent les personnes avec un usage dépendant.

Un grand nombre de structures d'accueil et de traitement ont été créées pour les différents objectifs de prise en charge et de traitement qu'impose l'usage de substances. On trouve ainsi les structures classiques de type résidentiel et ambulatoire mais également des offres de type « intermédiaire » ou « bas seuil ».

C'est sur ces deux derniers types que porte notre revue de la littérature. Nous les avons distinguées en fonction de leur complexité et de leurs objectifs en partant du principe que les offres bas seuil sont une porte d'entrée dans le système de soins visant le maintien des conditions de vie minimales des usagers de substances alors que les structures intermédiaires/à seuil adapté servent plutôt de pont entre l'individu et son milieu de vie en s'adaptant aux besoins médico-psycho-sociaux des usagers.

Les offres dites « bas seuil » ne requièrent que très peu de formalités administratives et garantissent ainsi une rapidité optimale de leurs services. Le degré d'exigence faite au patient est plutôt bas et les objectifs de la prise en charge ne visent pas tant le traitement en soi que la réduction des risques liés à la consommation de substances et le maintien du contact avec les usagers de drogues et d'alcool.

Les structures et prestations bas seuil en matière d'usage de substances sont variées: locaux d'injection, distribution de seringues et de matériel stérile, centres d'accueil ou encore travail de rue. Bon nombre d'entre elles ont fait l'objet d'évaluations et se sont avérées efficaces au niveau de la réduction des risques, que ce soit grâce à une réduction de la mortalité et de la morbidité, à une amélioration de la santé et de l'ordre public ou encore grâce à un maintien du lien social, à la prodigation de soins, de mesures d'hygiène minimales ou d'informations auprès de la population cible.

Les structures dites « intermédiaires » font souvent partie de services de soins psychiatriques ou médicaux. Ces ressources sont parfois des solutions de prise en charge complémentaires au maintien à domicile et peuvent servir d'alternatives à de longues hospitalisations ou de relais à des séjours institutionnels. Parmi ces offres, on trouve des structures fixes telles que des centres/hôpitaux de jour, des unités d'accueil temporaires, des appartements protégés et des foyers ou encore des services flexibles de soins à domicile. Contrairement aux offres bas seuil, les évaluations des offres intermédiaires sont peu nombreuses mais encouragent cependant leur développement.

L'heure est plus que jamais aux approches intégrées de la santé en matière d'usage de substances. Les services se diversifient et se flexibilisent. Dans cette optique, certaines réformes des systèmes de soins effectuées à l'étranger, notamment en matière d'implication et de coordination des différentes institutions et divers acteurs en jeu, ou encore, en matière de « Disease Management » pourront servir de pistes pour faire évoluer les systèmes de soins en matière d'usage de substances psychoactives en Suisse.

## **1. Introduction**

### **1.1 Objectif de l'étude**

Cette revue de la littérature a pour but de donner une meilleure compréhension des offres bas seuil et des offres intermédiaires existant à l'étranger et en Suisse.

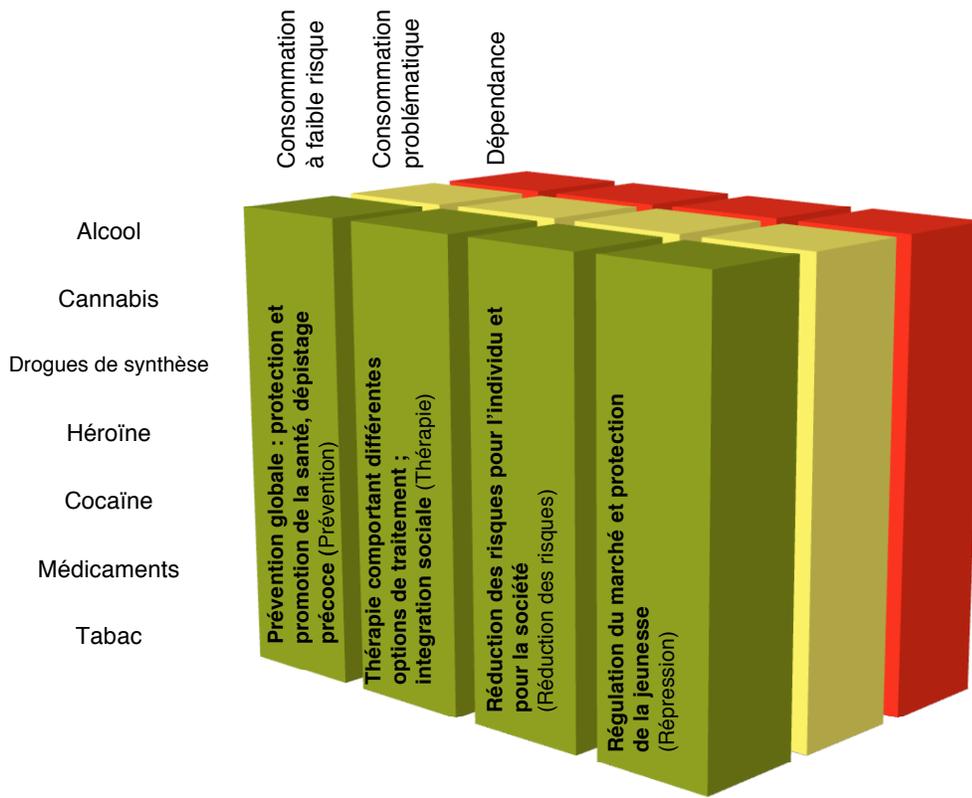
### **1.2 Mandat**

Mandatée par le Service du médecin cantonal du canton de Fribourg cette revue de littérature s'inscrit dans le cadre du projet «Coordination de la prise en charge des personnes dépendantes dans le canton de Fribourg ». Elle est soutenue par le canton de Thurgovie, les services des médecins cantonaux du canton de Zoug et de Lucerne et co-financée par le Fonds d'Impulsion d'Infodrog. Elle apporte de plus amples connaissances quant aux prises en charge « bas seuil », « seuil adapté » et « seuil intermédiaire » ainsi que des modèles de prise en charge des situations de crise et d'urgence existant en Suisse et à l'étranger dans le domaine de l'encadrement des personnes dépendantes aux drogues et à l'alcool. Elle se base essentiellement sur les modèles ayant fait l'objet d'évaluations. Par ailleurs, nous proposons des suggestions concernant l'implantation de ces modèles.

## **2. Situation de départ**

### **2.1. L'usage de substances et la prise en charge**

L'heure est à l'élargissement du concept de dépendance ainsi qu'à l'élargissement de la prise en charge des usagers de drogues. Depuis 1991 déjà, la politique suisse en matière de drogues est une politique à 4 piliers à savoir de prévention, de thérapie, de réduction des risques et de répression. Celle-ci est désormais reconnue de manière universelle. Les piliers ne sont pas à considérer de manière individuelle mais en interaction les uns avec les autres. Depuis, la Suisse a même étendu son modèle des 4 piliers à un modèle cubique plus élaboré permettant une analyse nuancée de la politique en matière de dépendances. Le modèle intègre toutes les formes de substances psychoactives, légales (alcool, médicaments, tabac) et illégales. Il fait également une distinction quant à la consommation des différentes substances. En effet, même si l'usage de substances multiples devient de plus en plus répandu parmi les usagers, il y a, en général, une substance qui est consommée davantage. La figure 1 présente le modèle cubique qui implique aussi une différenciation des besoins de prise en charge et de traitement.



**Figure 1: Le modèle du cube**

Afin de nous conformer à la terminologie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), nous avons privilégié dans notre travail les notions d'« usage » et d'« usagers » de substances psychoactives à savoir de drogues ou d'alcool. Les termes d'« usagers » de substances psychoactives sont à différencier suivant des notions d'usage à faible risque, d'usage à problème, et d'usage dépendant. Chacune de ces formes comporte des risques ainsi que des problèmes associés.

En effet sur le plan de la santé publique, une consommation à faible risque peut générer autant de dégâts qu'un usage dépendant. La majorité des usagers fait partie, du groupe à faible risque. Le nombre très important d'usagers que l'on peut regrouper sous cette catégorie peut créer davantage de dommages pour la santé publique que le faible nombre d'usagers à grand problème. Ce phénomène est connu sous le nom de "paradoxe de la prévention". Les jeunes inexpérimentés qui s'intoxiquent par l'alcool et les drogues illégales ou encore les accidents de la route qui surviennent sous l'influence de ces mêmes substances en sont des exemples. Toutefois un usage à faible risque est difficile à diagnostiquer car il n'est souvent déterminé qu'en fonction de l'absence de réponses affirmatives à des outils de dépistage. Or, un diagnostic de faible risque devrait aussi comporter des éléments de résilience, de contrôle de l'impulsivité, de la maîtrise des émotions et du stress. Les outils de dépistage doivent encore être développés pour cette catégorie de consommateurs. On parle dans ce contexte d'un usage compétent, qui inclut, bien évidemment, le non usage (Weibel, Scheuber, Blakeney, Blakeney & Rihs-Middel, 2007).

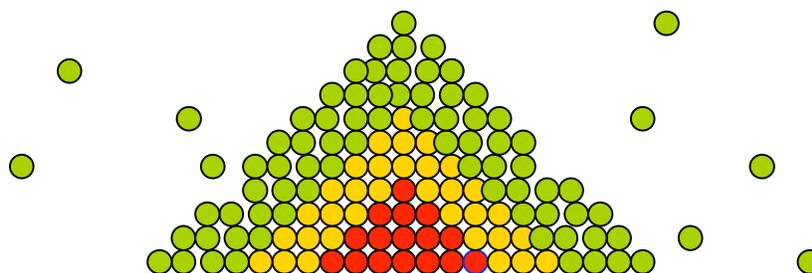
Dans les cas de consommation à faible risque, l'objectif, pour la prise en charge, consiste à prévenir que la consommation et les problèmes associés ne s'aggravent davantage. Cet objectif devrait être poursuivi auprès de la population des jeunes en priorité, ainsi qu'auprès de la population générale adulte.

L'exemple d'une intervention brève lors d'une consultation médicale à un moment critique, un « teachable moment » est un exemple de prise en charge pour ce type de consommation.

L'usage à problème se caractérise par la manifestation de surconsommations occasionnelles, par des perturbations observables et souvent isolées dans la vie familiale, dans le réseau social, dans le cadre du travail et des loisirs ou encore par l'apparition de dettes ou d'engagement dans des comportements délinquants. Un diagnostic clinique selon certains critères de la quatrième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), de la dixième révision de l'*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) ou alors par le biais de dépistages rapides grâce à des outils tels le *CAGE*, l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) ou le Lie/Bet élargi pour les problèmes de jeu peut confirmer l'usage à problème. Ici l'objectif de la prise en charge est de diminuer le comportement problématique et de maintenir l'intégration sociale et familiale de la personne. Le suivi hebdomadaire en ambulatoire par une conseillère ou un conseiller, voire une structure d'accueil de type *su-pra-f* (soutien ambulatoire) sont des exemples d'intervention adaptée à ce type de problèmes.

L'usage dépendant, qui constitue l'objet principal de cette revue de la littérature, est caractérisé par une consommation excessive, un nombre important de problèmes associés et une dégradation du contexte familial et du réseau social, souvent accompagnés d'une perte de travail. Les outils précités permettent également de diagnostiquer ce type d'usage.

Il est important de noter que, tant pour l'usage d'alcool que pour l'usage de drogues illégales, les personnes à usage dépendant forment souvent le noyau dur d'une zone à grande fluctuation, constituée d'usagers à faible risque et/ou d'usagers à problème (von Aarburg, 1997). Ce phénomène est généralement représenté sous forme de pyramide comme nous le proposons dans la figure 2 ci-dessous.



**Figure 2: La pyramide des usagers de substances**

-  consommation à faible risque
-  consommation à problème
-  consommation dépendante

Selon cette perspective, il semble dès lors évident que si l'on s'occupe des personnes dépendantes, le noyau deviendra moins stable et que, de fait, la probabilité que les usagers à faible risque transforment leur consommation en un usage à problème diminuera. Par exemple, éliminer les scènes ouvertes de la drogue permettrait, selon cette hypothèse, de diminuer l'influence de la présence de ce type de lieu sur les usagers dépendants, mais également sur ceux qui ont un usage moins problématique. En effet, une fois l'influence de l'environnement écartée, la probabilité que les usagers à faible risque et/ou les usagers à problème consomment en ces lieux diminue. Ceci permet de prévenir la banalisation de l'usage de

substances en public et contribue à éviter la transformation de leur consommation en un usage dépendant.

Il convient donc d'orienter les efforts vers une prévention ciblée auprès des populations vulnérables, ainsi que, en parallèle, vers une prise en charge des personnes à usage dépendant. Nous allons présenter maintenant les objectifs de la prise en charge pour les personnes dépendantes.

## 2.2. La hiérarchie des objectifs

La plupart des offres de traitement et de prise en charge concernent les personnes avec un usage dépendant.

Afin de déterminer les objectifs du traitement, il s'agit de développer un algorithme, en collaboration avec l'utilisateur, dans les domaines suivants : (a) consommation de substance, (b) santé et (c) style de vie.

Les objectifs du traitement deviennent de plus en plus hiérarchisés en fonction des capacités de l'utilisateur à les atteindre en une période de temps réaliste. Si un des objectifs de ces domaines (selon le tableau 1) n'est pas envisageable car trop exigeant, on choisit un objectif de traitement à exigence moins élevée. De cette manière, on peut assurer une prise en charge adaptée.

**Tableau 1 : Hiérarchie des objectifs du traitement pour usagers de substances**

<b>Sphère de vie</b>	<b>Exigence</b>	<b>Objectif</b>
<b>(a) Consommation de substances</b>	1.	Abstinence / réduction importante de la consommation
	2.	Réduction du nombre de substances consommées
	3.	Diminution de la quantité consommée
	4.	Abstinence / usage réduit des drogues de la rue
	5.	Changement du comportement de la consommation
	6.	Changement du lieu de la consommation
	7.	Réduction du nombre d'injections
<b>(b) Santé</b>	1.	Amélioration / maintien de la santé physique
	2.	Amélioration / maintien de la santé psychique
	3.	Réduction des conduites à risque
<b>(c) Style de vie</b>	1.	Réduction de la délinquance
	2.	Distanciation des milieux de consommation
	3.	Amélioration de la capacité au travail
	4.	Logement indépendant
	5.	Structuration claire de la journée
	6.	Développement d'un réseau social en dehors de la zone
	7.	Rétablissement et extension du réseau social

Rihs-Middel (1999)

Les objectifs ne sont donc pas les mêmes pour tous. Il s'agit de faire une différenciation en fonction des souhaits de l'utilisateur et de l'appréciation du spécialiste.

Nous allons maintenant passer en revue les différents types d'offres répondant aux divers objectifs en matière d'usage de substances.

### **2.3. Les types d'offres pour personnes dépendantes**

Un grand nombre de structures d'accueil et de traitement ont été créées pour ces différents objectifs de prise en charge et de traitement.

Selon Infodrog, on distingue quatre types majeurs de structures en Suisse:

- Les offres dites « résidentielles », à savoir les services de cliniques, d'hôpitaux ou encore des communautés thérapeutiques, impliquent une prise en charge de jour comme de nuit. Les personnes dépendantes y séjournent pour un laps de temps variable mais déterminé (de quelques semaines à quelques mois). Elles s'y trouvent de manière volontaire ou non, parfois en situation de crise ou suite à une mesure judiciaire. Les objectifs principaux y sont le plus souvent le sevrage, le sevrage partiel, le traitement des co-morbidités et l'acquisition d'une plus grande autonomie des personnes dépendantes. Les structures résidentielles traditionnelles offrent de nombreuses prestations telles que des consultations et des suivis individuels, de groupe ou de famille avec des médecins, psychologues et infirmiers ou encore des bilans et accompagnements prodigués par des assistants sociaux. Les résidents ont la possibilité d'élaborer un projet post-cure et d'entreprendre des démarches en vue de leur réinsertion professionnelle et de profiter d'ateliers d'occupation. Ils disposent également d'un vaste panel de soins médicaux et paramédicaux avec des médecins, mais aussi, par exemple, avec des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes. Ils bénéficient ainsi de traitements médicaux tels que les traitements de substitution à la méthadone, par exemple, mais également de traitements pour leur co-morbidité psychiatriques, somatiques ainsi que des modules destinés aux soins corporels.
- Les services dits « ambulatoires » médico-sociaux sont des consultations traditionnelles, des lieux d'intervention, de consultations rapides ou des permanences qui permettent d'apporter conseils et accompagnements professionnels de manière ponctuelle tout en visant l'intégration maximale de l'individu dans son milieu de vie naturel. Les personnes dépendantes ayant accès à ces offres sont, pour la plupart, stabilisées. On y retrouve aussi de nombreuses prestations proposées par les structures résidentielles comme compléments à leurs offres.
- Les offres dites « intermédiaires » parfois appelées « structures semi-résidentielles » telles que les centres de jour, les appartements protégés ou les logements accompagnés, permettent aux personnes dépendantes, de par leurs prestations d'accueil ou de logement à durée variable, d'améliorer la qualité de leur santé psychique, physique et sociale, d'éviter des situations de crise ainsi que d'établir et de maintenir des repères et un projet de vie.
- La quatrième catégorie, celle des prises en charge dites « bas seuil » telles que les centres d'accueil, les locaux d'injection et le travail hors mur, est caractérisée par le faible degré de démarches à entreprendre pour y avoir accès. Elle souhaite maintenir le contact avec la population cible et a pour objectif de réduire les dommages liés à la consommation de substances, notamment des conduites à risque pour les personnes dépendantes, grâce à des services d'hygiène, de soins et de conseils minimaux. Ces offres visent aussi le maintien de l'ordre et de la santé publics.

Il est difficile de faire des distinctions strictes entre ces quatre formes d'offres. En effet, même au sein d'une seule catégorie, les institutions varient en fonction du type de lieu (hôpitaux, centres, foyers, travail de rue), de la sphère publique ou privée, du type et de la durée de la prise en charge, des groupes cibles (jeunes, personne vieillissantes, femmes, usagers d'héroïne ou de cocaïne), des services offerts ou encore des objectifs visés pour les usagers (maintien, sevrage partiel, sevrage).

Nous allons maintenant procéder aux définitions de concepts clés par rapport à l'accessibilité des traitements, ainsi qu'à d'autres critères de la prise en charge.

## **2.4. L'accès au traitement**

### **La notion de « seuil »**

La notion de « seuil » définit à la fois la rapidité d'intervention et le niveau d'exigence demandé par le centre ou l'institution à l'utilisateur souhaitant profiter de ses prestations. Les centres dits « bas seuil » ne requièrent que très peu de formalités administratives, garantissant ainsi une rapidité optimale de leurs services. Leurs frais sont souvent assumés par les services sociaux des communes et la participation des usagers est généralement de faible coût. Si les programmes à haut seuil tels que les proposent les institutions résidentielles traditionnelles établissent très souvent des conditions préalables à leurs services comme par exemple des contrats d'abstinence à l'admission ou lors de l'hospitalisation, les programmes bas seuil acceptent, pour leur part, tout individu présentant un problème de dépendance indépendamment de son souhait de sevrage ou de sa consommation.

On parle de « seuil adapté » lorsque la prise en charge est conçue en fonction des caractéristiques des personnes dépendantes. Il s'agit là de définir les priorités médico-psycho-sociales de chaque patient et d'adapter la prise en charge et les exigences faites aux usagers de façon à répondre au mieux à leurs besoins. (Polomeni, Bri & Célérier, 2005)

Outre la rapidité et le degré d'exigence plutôt bas, c'est au niveau de ses objectifs que la prise en charge bas seuil se distingue le plus des autres types de prise en charge. Celle-ci ne vise pas tant le traitement en soi, que la réduction des risques liés à la consommation de substances et le maintien du contact avec les groupes cibles. Elle s'inscrit donc dans le courant de l'approche de la « réduction des risques », visant l'hygiène et le maintien du lien social avec les usagers de drogues et d'alcool. Cette approche fait partie de la politique en matière de prévention des addictions en Suisse depuis 1991 et est également intégrée dans celle de nombreux pays (Plan d'action de l'Union Européenne 2005-2008).

### **La réduction des risques**

Selon l'*Association internationale de la réduction des risques* (International Harm Reduction Association, IHRA), le terme de « réduction des risques » se réfère aux projets, programmes et politiques ayant pour but de réduire les méfaits engendrés par la consommation de drogues ou d'alcool au niveau médical, social et économique aussi bien chez les usagers de substances psychoactives que pour la communauté à laquelle ils appartiennent.

Les risques liés à l'usage de substances sont multiples. En effet, outre les dommages physiques et médicaux des drogues et de l'alcool, on constate que certaines co-morbidités telles que le HIV ou l'hépatite, touchent de nombreuses personnes dépendantes aux drogues illégales. Une des difficultés de la dépendance à l'alcool et aux drogues est qu'elle crée de réelles incapacités à faire face aux situations de la vie courante. L'utilisateur s'enferme dans une spirale négative puisqu'il tente de pallier à ses difficultés par l'usage de ces substances psychoactives. L'enjeu consiste donc à aider les personnes dépendantes à reprendre le contrôle de leur vie aux différents niveaux : médical, psychologique et social.

La dépendance aux drogues et à l'alcool mène souvent à des difficultés financières (perte d'emploi, augmentation de la consommation), voire à des dettes et à des pratiques illicites (trafic, vol, escroquerie, brigandage, abus de confiance, cambriolage). L'usage démesuré de substances psychoactives est également responsable de bon nombre d'accidents (route, travail) dus à la réduction de la coordination physi-

que et aux facultés affaiblies. De plus, les liens sociaux entre les personnes dépendantes et leurs proches s'en trouvent souvent affectés. Le regard de la société est dur face aux usagers de drogues qui sont souvent perçus comme de réelles menaces pour l'ordre public et sont, de fait, victimes d'exclusion sociale.

Les objectifs principaux de la réduction des risques se résume comme suit (Fischer, Rehm, Kim & Robins, 2002; EMCDDA) :

- La prévention de la mortalité et de la morbidité

On vise non seulement la réduction du nombre de décès par overdoses, mais également la prévention de co-morbidités liées aux conduites à risque et notamment aux injections (utilisations multiples, transmissions de seringues), par exemple, la transmission de maladies infectieuses comme le HIV ou l'hépatite. A côté de l'immunisation contre l'hépatite, de la prescription de méthadone et de celle d'héroïne, on prend également des mesures telles que l'accès au matériel stérile et à des conseils préventifs pour lutter contre ces risques.

- L'intégration sociale: maintien des conditions minimales sanitaires et sociales pour tous

Cette approche souhaite offrir à toute personne dépendante l'accès aux informations, soins et autres prestations nécessaires au maintien des conditions de vie minimales (logement, réinsertion socioprofessionnelle). Nombreux sont les usagers de drogues ne souhaitant pas prendre part à un traitement de sevrage. Il reste cependant primordial et vital de les mettre en contact avec des services sociaux et médicaux, ne serait-ce que pour leur prodiguer les soins de premiers secours, leur procurer un lieu de vie en cas de besoin ou les informer sur une consommation à moindre risque. Les services bas seuil souhaitent donc accueillir le plus d'usagers de substances psychoactives possible. Ils garantissent ces conditions minimales et maintiennent un lien avec cette population. De plus, ils fournissent, dans la majorité des cas, une aide à la réintégration sociale : éducation, emploi, logement.

- La protection de la santé et de l'ordre publics

Face aux plaintes croissantes de la population quant à la présence de véritables scènes publiques de la drogue, de l'augmentation de la criminalité dans les alentours de ces scènes et de la présence de matériel d'injection dans les lieux publics, les offres de réduction des risques apparaissent comme des tentatives de maintien de l'ordre. On a, par exemple, créé des locaux d'injection ou encore des programmes d'échanges de seringues ou de distribution de matériel stérile dans des structures de jour pour pallier à ces problèmes.

### **Structures intermédiaires**

Selon Reverzy (1979, cité par White & Mercier, 1989), une structure intermédiaire se caractérise par la présence d'un espace communautaire à petite échelle servant d'intermédiaire dans les situations de rupture avec la vie sociale grâce à son insertion maximale dans celle-ci. Les ruptures peuvent provenir notamment de séjours en institution, d'un déracinement originel, d'une invalidation sociale ou psychiatrique ou d'une situation de détresse. Ces ressources sont parfois des solutions de prise en charge complémentaires au maintien à domicile et se situent entre le milieu hospitalier et le logement indépendant. En effet, elles peuvent servir d'alternatives à de longues hospitalisations ou de relais à des séjours institutionnels, ainsi que le propose la Fondation de *Nant* dans la région de la Riviera vaudoise. Ce sont souvent des structures à « seuil adapté », c'est-à-dire que l'engagement des personnes s'effectue selon leurs besoins spécifiques. En comparaison aux structures bas seuil, les prestations sont plus variées et concernent notamment la perspective d'une réinsertion professionnelle. D'autre part, comme les centres à bas seuil d'accessibilité, les personnes ne sont pas tenues de s'engager vers un changement quant à leur consommation de substances. De même, les critères d'admission sont souples. Généralement, une visite au centre suivie d'un entretien d'évaluation est suffisante pour permettre l'entrée.

Ces structures ont pour but, d'une part de prévenir l'hospitalisation et, d'autre part, de fournir un suivi aux personnes qui ont été hospitalisées.

### ***Prises en charge intégrées***

De manière générale, la littérature indique une tendance à une compréhension globale et à une approche intégrée de la santé en matière d'usage de substances. En effet, en parallèle à la diversification des offres, notamment en matière de réduction des risques, la tendance est actuellement à la prise en charge multidisciplinaire et à la coordination de tous les acteurs impliqués par cette problématique. En effet, comme le disent Kerr, Mumford, Myers, Millson et al. (2002) « il est nécessaire d'apporter des changements au système de soins, aux politiques, aux lois et aux approches existantes en matière d'exécution de la loi, et de prévoir l'expansion de programmes complets et adaptés aux différences culturelles, afin de tenir compte des besoins complexes des utilisateurs {...} de drogues injectables d'une manière plus efficace et plus humaine. »

Ultérieurement, seront présentées des réformes des systèmes de soins allant dans ce sens qui ont été développées dans certains pays tels que la Hollande, l'Allemagne, le Canada ou l'Australie. Nous allons maintenant donner un bref aperçu de la méthode que nous avons employée pour constituer notre revue de la littérature.

## ***3. Méthodologie***

### ***3.1. Analyse des données statistiques***

Nous avons analysé les données de l'Enquête suisse sur la Santé 2007 de l'OFS pour obtenir un aperçu de la fréquence des usagers d'alcool et de drogue en Suisse et dans le canton de Fribourg.

En ce qui concerne le nombre et les offres proposées par les structures bas seuil et intermédiaires existant en Suisse, nous nous sommes appuyés sur la base de données Infodrog, sur le catalogue des offres d'aide dans le domaine des addictions, ainsi que sur les différentes sources bibliographiques.

### ***3.2. Recherche de la littérature***

Pour procéder à cette revue de la littérature, nous nous sommes tout d'abord intéressés à des articles recueillis sur les bases de données Medline, PubMed, FRANCIS ainsi que sur Scholar.google.

Les données ont été saisies du 01.02.2009 au 18.02.2009.

La recherche de la littérature couvre la période du 01.01.1991 au 31.01.2009.

La littérature disponible pour les mots clés suivants a été recueillie:

**« Evaluation, offre, structure, bas seuil, niederschwellige Angebote, low threshold services, Alcohol, alcool, Alkohol, illegal drugs, drogues illégales, illegale Drogen, Cocaïne, Kokain, Heroin, Designer Drugs, synthetische Drogen, drogues synthétiques, Cannabis, Haschisch, Marihuana, Risikominderung, Harm Reduction, structure intermédiaire, situation de crise, situation d'urgence ».**

Nous avons également consulté divers ouvrages d'évaluation des offres de prise en charge des personnes dépendantes du Centre de monitoring européen des drogues et de l'addiction aux drogues (EMC-DDA), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de l'Unité d'évaluation des programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale

et préventive (IUMSP), du Service social du canton de Zürich (Sozialamt des Kantons Zürich) et de l'Institut pour la recherche en santé et addiction (Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, ISGF, Zürich) ainsi qu'aux publications de plusieurs structures directement (supra-f).

Après un premier tri, nous avons recueilli 4997 publications et rapports d'évaluation et nous avons consulté les titres et, si disponible, les abstracts respectifs. Ensuite nous avons effectué un deuxième tri.

Nous avons dès lors analysé 135 publications plus en détail.

Les délais ne nous permettant point de faire une revue exhaustive des offres existantes, nous avons opté pour l'élaboration d'une revue exemplaire en favorisant particulièrement les offres évaluées existant en Suisse, mais aussi certaines prises en charge intégrées ayant fait leurs preuves à l'étranger. Notre sélection s'est fondée sur les critères suivants par ordre de priorité:

1. Résumés de la littérature
2. Publications dans des journaux scientifiques
3. Rapports d'évaluation sur les sites officiels tels que OFSP, EMCDDA, NIDA et NIH
4. Sites d'instituts d'évaluation (ISGF, UEPP) et sites de projets (supra-f, ACT-INFO)
5. Rapports de projets isolés

Certaines des structures auxquelles nous nous intéressons n'ont pas fait, à notre connaissance, l'objet d'études ou d'évaluations. En effectuant diverses *recherches* avec le moteur de *recherche* google utilisant les mêmes mots clés, nous nous sommes donc également intéressés à des sites Internet d'offres de ce type en Suisse et à l'étranger. Passons dès à présent aux résultats de nos analyses de données statistiques ainsi qu'à ceux de notre recherche de littérature.

#### ***4. Analyse des données statistiques de l'Enquête suisse sur la santé 2007 : l'usage de substances psychoactives***

D'après notre analyse des données de l'Enquête Suisse sur la Santé (2007), nous constatons une grande consommation d'alcool dans notre pays. En effet, plus de 50% des répondants ont déclaré consommer de l'alcool au moins 1 à 2 fois par semaine de manière habituelle et plus de 15% au moins une fois par jour.

L'usage de drogues illégales est quant à lui beaucoup moins répandu. En effet, le pourcentage d'interviewés déclarant avoir au moins une fois dans leur vie consommé du cannabis s'élève à 17.8%. Le pourcentage ayant déclaré consommer actuellement cette substance se situe autour de 2.9%.

La prévalence-vie d'usage d'autres drogues est globalement de 3.9%. Ainsi, 2.7% des répondants ont au moins une fois dans leur vie consommé de la cocaïne, 1.7% de l'ecstasy, 0.8% de l'héroïne, et 0.2% de la méthadone. La prévalence d'usage actuel de ces substances parmi les répondants est moins importante: 0.2% pour la cocaïne, 0.1% pour l'ecstasy et 0% pour l'héroïne et la méthadone.

En ce qui concerne les tendances quant à l'âge et au genre qui peuvent être observées dans le tableau 2, il semble que ce soit la tranche d'âge allant de 15 à 39 ans qui consomme le plus de substances psychoactives. Ce sont plus particulièrement les hommes qui en utilisent davantage.

En effet, 32.8% des femmes et 46.7% des hommes de cette tranche d'âge disent consommer de l'alcool une à 2 fois par semaine.

**Tableau 2 : Consommation selon l'âge et le genre en Suisse, en % :**

Consommation habituelle d'alcool	Total	Femmes				Hommes			
		15 à 39 ans	40 à 69 ans	70 et plus	Total	15 à 39 ans	40 à 69 ans	70 et plus	Total
2 fois ou plus par jour	<b>2.8</b>	-	1.5	3.2	<b>1.2</b>	1.2	5.5	11.6	<b>4.4</b>
1 fois par jour	<b>11.4</b>	1.7	10.7	14.8	<b>7.8</b>	4.2	20.3	34.2	<b>15.2</b>
Plusieurs fois par semaine	<b>9.5</b>	4.6	8.1	4.4	<b>6.2</b>	11.7	14.4	11	<b>12.9</b>
1 à 2 fois par semaine	<b>33.4</b>	32.8	30.5	16.6	<b>29.4</b>	46.7	33.7	19.7	<b>37.5</b>
Plus rarement	<b>26</b>	37.4	29.6	30.5	<b>32.8</b>	23.3	16.2	13.8	<b>18.9</b>
Jamais	<b>17</b>	23.4	19.6	30.5	<b>22.6</b>	12.9	9.9	9.8	<b>11.1</b>

Consommation de cannabis 15 à 59 ans	Total	Femmes			Hommes		
		15 à 39 ans	40 à 59 ans	Total	15 à 39 ans	40 à 69 ans	Total
Consommation actuelle	<b>4.5</b>	3.6	1	<b>2.4</b>	10	2.6	<b>6.6</b>
Au moins 1 fois	<b>25.5</b>	23.7	15.3	<b>19.8</b>	39.5	21.6	<b>31.2</b>

Consommation drogues dures 15 à 49 ans <sup>1</sup>	Total	Femmes			Hommes		
		15 à 39 ans	40 à 49 ans	Total	15 à 39 ans	40 à 69 ans	Total
Consommation actuelle	<b>0.6</b>	-	-	<b>0.2</b>	1.2	0.8	<b>1</b>
Au moins 1 fois	<b>5.2</b>	4.3	3.8	<b>4.2</b>	8.1	5.8	<b>7.4</b>

Données de l'Office fédéral de la statistique, enquête suisse sur la santé (2007)

En ce qui concerne le cannabis, ce sont à nouveau les jeunes hommes qui semblent avoir consommé le plus dans leur vie (39.5%) et qui consomment le plus actuellement (10%). Il en va de même de l'usage de drogues dures. Malgré le faible taux de réponse, il semble cependant que les hommes de la tranche d'âge de 15 à 39 ans sont les plus représentés dans cette catégorie.

Ces chiffres expriment l'importance d'agir auprès des usagers à faible risque que représentent souvent les jeunes et plus particulièrement les jeunes hommes.

<sup>1</sup> héroïne, amphétamines, cocaïne, ecstasys, méthadone, hallucinogènes et autres stupéfiants.

## **5. Revue de la littérature: résultats concernant les offres bas seuil**

D'après notre recherche de la littérature, nous décrivons les différentes offres et les résultats des évaluations accessibles. Nous passerons également en revue certaines prestations n'ayant point fait l'objet d'évaluation. Elles tentent de faire face à l'émergence de nouvelles demandes de prises en charge, à savoir une population vieillissante d'usagers de drogues et de jeunes usagers d'alcool, ainsi qu'à de nouveaux modes de consommation avec notamment une augmentation de la consommation de cocaïne, d'alcool et de la polyconsommation (Huissoud, Jeannin, Gervasoni, Samitca, Arnaud, Balthasar & al, 2007). Nous mettrons également en avant les dispositions que ces structures connaissent en matière d'interventions lors de situation de crise ou d'urgence. Lorsque les études le mentionnent, nous donnerons des détails économiques relatifs à l'implantation de telles structures. Par la suite, nous présenterons le système intégré de prise en charge des usagers de drogues et d'alcool de Vancouver, celui de Francfort, ainsi que certains systèmes d'Australie, des Pays-Bas et du Canada et proposerons, sur la base de notre revue de la littérature, quelques suggestions de transfert de ces types de modèles pour le système d'accueil et de prise en charge des personnes dépendantes dans le canton de Fribourg.

Notons que la distinction entre les offres bas seuil et intermédiaires s'avère parfois compliquée. Nous les distinguerons ici en fonction de la complexité et des objectifs visés en partant du principe que les offres bas seuil sont une porte d'entrée dans le système de soins visant le maintien des conditions de vie minimales des usagers de substances, alors que les structures intermédiaires/à seuil adapté servent plutôt de pont entre l'individu et son milieu de vie en s'adaptant aux besoins médico-psycho-sociaux des usagers.

### **5.1 Types d'offres**

La réduction des risques est une approche basée sur les preuves (« evidence-informed »), c'est-à-dire que le développement et l'implantation de ses interventions sont soutenus par des recherches systématiques faisant état de preuves quant à leur efficacité. Beaucoup d'offres de prise en charge bas seuil ont donc fait l'objet d'évaluation.

#### **5.1.1 Les locaux d'injection avec distribution de matériel stérile**

L'une des mesures les plus connues en matière de réduction des dommages est le local d'injection où les usagers de drogue peuvent consommer de façon hygiénique et sans menace d'arrestation ou de sanction, des drogues illégales telles que l'héroïne ou la cocaïne qu'ils amènent eux-mêmes. Il existe également quelques locaux permettant également la consommation par inhalation (fumée, dragons, pipes à eau) qui fonctionnent sur le même principe et qui répondent aux exigences de l'évolution actuelle de ce type de consommation. Les locaux d'injection visent l'aide à la survie des usagers de drogues illégales, la diminution des risques d'overdoses et de maladies infectieuses grâce à la distribution de matériel stérile, à la surveillance et l'éloignement des lieux publics de la scène de la drogue ainsi que de ses nuisances (criminalité, seringues). On y supervise les usagers sans pour autant apporter d'aide à la consommation. Ces lieux sont destinés à la population d'usagers de substances à haut risque, c'est-à-dire aux usagers par injection ne réagissant à aucune offre existant dans les prestations pour personnes dépendantes actuelles, aux usagers qui consomment en public et qui sont souvent sans domicile fixe, en mauvaise condition physique et qui pratiquent cet usage fréquemment et généralement depuis longtemps. On y demande souvent une pièce d'identité (Suisse, Allemagne, Hollande). Le nombre de places est limité. Il y a parfois des systèmes de cartes d'accès ou des contrôles de police (Hollande). On demande parfois aux usagers de passer des contrats exigeant de suivre des cours d'hygiène quant à la consommation de substances ou de ne pas exercer de trafic, de ne pas avoir de comportements violents ou de ne pas traîner aux alentours des locaux par exemple. Ces lieux prodiguent, en addition des offres bas seuil, les possibilités de se loger, de se restaurer ou de se doucher afin d'améliorer les conditions de vie. Ils sont généralement en

relation avec les structures de soins de leur localité et tentent, lorsqu'ils le peuvent, d'orienter les usagers vers des traitements médicaux.

On peut distinguer trois types de locaux (Linssen et al., 2001; Wolf et al., 2003 in Hedrich, 2004). Les premiers sont intégrés à des structures de prise en charge bas seuil proposant d'autres services. Nous décrivons par la suite le type d'offres bas seuil proposées par ces centres. La supervision des injections est effectuée dans un local au sein de ces centres. Les seconds, proches des lieux à risque, sont plus spécialisés et bénéficient généralement d'un bon réseau avec les autres structures de prises en charge en rapport avec l'usage de substances psychoactives (traitement de substitution). Les derniers sont informels et illégaux tels que les « shooting galleries » décrites par certains chercheurs aux Etats-Unis et en Australie dès la fin des années 1980. Celles-ci ne visaient peu voire aucune réduction des risques liés à l'usage de substances par injection et n'opéraient que pour le profit financier (Kimber, Dolan & Wodak, 2001).

Les situations d'urgence concernent majoritairement les overdoses avec symptômes de dépression respiratoire, les crises d'épilepsie par l'héroïne (environ 80% des overdoses) et certaines urgences liées à la consommation de cocaïne telles que l'hyperventilation, les attaques de panique ou encore les états d'agitation (Hedrich, 2004). Leur fréquence varie suivant les locaux d'injection. On trouve, par exemple pour certains locaux suisses, un ratio variant entre 0.5 et 1.8 pour 1000 injections. Les prises en charge sont faites uniquement par les équipes de travail du centre. Certains comptent des médecins et des infirmiers formés à ce type d'intervention et disposent du matériel nécessaire pour y faire face. En Suisse et en Allemagne, la plupart des centres fonctionnent sans médecin mais avec du personnel qualifié pour les situations d'urgence: infirmières, infirmiers et autres professionnels formés à ces situations. Ils peuvent également recourir aux services de médecins de garde ainsi qu'à ceux des ambulanciers, notamment lorsque la crise nécessite un traitement médicamenteux ne pouvant être prescrit que par un médecin.

### ***Situation en Suisse***

Avec l'Australie, la Suisse a été le premier pays à combattre la propagation du VIH à travers des locaux d'injection. C'est à Berne que s'est ouvert le premier local d'injection en 1986. Cette pratique fut tolérée dès 1988. S'en suivit l'ouverture d'autres locaux à Bâle, Lucerne et Saint-Gall. Actuellement, leur présence varie énormément suivant les cantons. En effet, si certains cantons, majoritairement suisse alémaniques tels que Zürich, Berne, Bâle-ville, Soleure, Schaffhouse, disposent de locaux d'injection, beaucoup ne sont pas encore prêts à les introduire. Au départ, il s'agissait d'un phénomène plutôt urbain qui **était** la conséquence des scènes ouvertes de la drogue. En effet, ce sont tout d'abord les grandes villes de la Suisse alémanique qui les ont implantés (Arnaud, Zobel & So-Barazetti, 2003). En 2003, on comptait 12 lieux de ce type en Suisse dont 11 dans la partie alémanique. Les peurs semblent encore très ancrées dans l'esprit des citoyens de la partie latine du pays, puisqu'il n'existe qu'un local de ce type à Genève.

L'échange de seringues s'est par contre généralisé en Suisse, que cela soit dans les structures bas seuil ou dans les autres catégories de prises en charge médicales (pharmacie, médecins).

### ***Situation internationale***

Des initiatives pour tolérer les usages de drogues illicites ont émergé entre les années 60 et 80 en Angleterre, en Hollande et en Suisse. C'est cependant depuis le milieu des années 80 que les locaux d'injection tels que nous les connaissons aujourd'hui ont pris forme. Ceux-ci se sont développés en Europe de l'Ouest et notamment en Suisse en 1986, puis en Allemagne et en Hollande en 1994. Quelques autres nations européennes comme l'Espagne s'y sont mises, dans une moindre mesure, depuis les années 2000. De même, en ce qui concerne l'Australie et le Canada, ce sont dans les grandes villes que se trouvent généralement les locaux d'injection.

Les autres pays éprouvent toujours une grande réticence à leur sujet. En effet, malgré l'efficacité démontrée par les expériences européennes, australiennes et canadiennes, l'incompréhension ainsi que les

peurs de la population et de certains décideurs politiques (banalisation de la consommation de drogues dures, augmentation de la consommation dans la population) face à l'introduction de telles mesures freinent souvent leur développement.

### **Résumé des rapports d'évaluation**

Il existe de nombreux rapports et articles sur ces locaux d'injection, notamment en Suisse. Nous nous sommes principalement intéressés à deux évaluations internationales basées sur les revues de la littérature et des statistiques internes de ces espaces. L'une provient du *Centre de monitoring européen des drogues et de l'addiction aux drogues* (EMCDDA) et l'autre du *Centre de recherche national sur les drogues et l'alcool d'Australie* (NDARC). Nous avons également étudié deux évaluations nationales récentes faites sur ce type de locaux, toutes deux réalisées par l'*Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne* (IUMSP). Le tableau 3 représente un résumé des rapports d'évaluation pris en compte au sujet des locaux d'injection.

Selon le *European report on drug consumption rooms* (2004), il semble que les groupes cibles, à savoir les usagers de drogues de longue date, les usagers qui s'injectent leur substance dans les espaces publics, les usagers sans abris ainsi que les usagers pratiquant la prostitution aient été atteints par cette mesure dans chaque pays où elle a été implantée (Suisse, Allemagne, Hollande, Espagne, Canada, Australie). Les locaux d'injection permettent un contact avec une population suivant un traitement à la méthadone qui continue toutefois à pratiquer des injections dans l'espace public. Ils permettent également d'avoir accès à une partie de la population vieillissante des usagers de substances psychoactives. Certains locaux suisses possèdent également des prestations spécialement destinées aux femmes avec horaires spéciaux et possibilité de consulter un gynécologue par exemple. De plus, il semble qu'ils reçoivent de nombreuses personnes n'ayant jamais eu de contact antérieur avec des structures de soins. Leur situation est donc d'une importance majeure. En effet, les usagers de longue date, de par leur mauvaise condition physique, ainsi que les prostituées se rendent plus facilement dans les locaux d'injection si ceux-ci se trouvent près de certains lieux à risque (« hot spots ») tels que leur lieu de travail ou un lieu de trafic de stupéfiants.

Ces locaux sont des réussites en matière de réduction des risques pour les usagers eux-mêmes, notamment en ce qui concerne la transmission du HIV. La prévalence de l'hépatite reste toutefois encore élevée chez les usagers de substances psychoactives. Les évaluations étudiées pour cette revue de la littérature démontrent que ces locaux aident, par l'information et le matériel prodigués, à réduire les conduites à risque et la mortalité liée aux overdoses. Les usagers en sont, pour la grande majorité, satisfaits et estiment avoir amélioré leurs conditions d'injection. Selon l'évaluation réalisée dans l'espace d'injection *Quai 9* à Genève, seule une minorité d'usagers persiste dans des pratiques à risque. Si la prévalence du HIV y semble plus ou moins stable, le taux d'hépatites reste cependant élevé et inquiétant (61% des usagers du *Quai 9* en 2002). Ces locaux permettent de créer un contact avec une population qui n'aurait pas forcément recherché d'aide. Ils permettent d'avoir accès à une médecine de premier recours et sont également une porte d'entrée aux systèmes de soins. De plus, nombreuses sont les études démontrant également un effet positif en matière de réintégration sociale. En effet, de par les différentes prestations bas seuil, le sentiment d'appartenance à un groupe ou encore le contact positif avec les intervenants, ces locaux peuvent permettre à de nombreux usagers de substances psychoactives de restaurer leur identité et leurs liens sociaux. Le problème principal de cette population reste l'emploi (Benninghoff, Solai, Huissoud & Dubois-Arber, 2003; 2004).

Les locaux d'injection ont également permis une diminution des consommations dans les lieux publics. Il semble que les usagers de drogues soient favorables à ne pas avoir à consommer dans des scènes ouvertes. En effet, selon un sondage effectué auprès d'usagers de locaux d'injection en Allemagne, 31% des répondants estimaient que cet aspect était l'une des meilleures qualités des locaux d'injection. De plus, 64% déclaraient que ce type de locaux était leur lieu d'injection principal (Poschadel et al., 2003 in He-

drich, 2004). Un questionnaire passé auprès d'usagers de structures bas seuil ne proposant pas de local d'injection dans la ville de Lausanne a démontré que 60.5% des répondants avait fait leur dernière injection à domicile et qu'ils n'étaient pas moins de 53% à prévoir la prochaine en ce même lieu (Huissoud, Arnaud & Dubois-Arber, 2005).

On a parfois tenté de comptabiliser le nombre de seringues trouvées dans l'espace public suite à l'implantation de tels lieux dans un quartier. Les résultats varient: certains quartiers ont connu une diminution du nombre de matériel trouvé dans les lieux publics, d'autres ont constaté une augmentation. Des enquêtes réalisées auprès du voisinage de tels quartiers, auprès de policiers ainsi que de différents acteurs politiques vont dans le sens d'une diminution des nuisances publiques. La criminalité ne semble pas diminuer grâce aux locaux d'injection. En effet, même si le trafic est interdit dans les centres et dans leurs alentours, il reste difficile de surveiller et d'éliminer de telles pratiques dans l'espace public. De plus, ces lieux ne peuvent pas à eux seuls résoudre les problèmes financiers et autres facteurs psychosociaux menant les usagers de substances à commettre des actes délictueux.

Hedrich (2004) soulève les peurs et critiques souvent adressées à l'égard des locaux d'injection concernant les hypothétiques risques d'augmentation de la consommation et de la mortalité qui pourraient apparaître suite à une banalisation de l'injection de substances. Ces risques n'ont cependant jamais été démontrés dans la réalité. En effet, même s'il arrive que certains usagers estiment avoir été stimulés par la présence de tels lieux, d'autres usagers relèvent une stabilisation voire une diminution dans la fréquence de leur consommation comme dans l'enquête réalisée auprès d'usagers du local *Quai 9* à Genève (Benninghoff & al, 2004). Les évaluations, quant à elles, ne montrent aucune augmentation de la fréquence des injections ou du nombre de consommateurs (Zobel & Dubois-Arber, 2004). Une autre hypothèse soulevée par cet auteur est que le fait de rendre l'injection aussi confortable pourrait créer une habitude à fréquenter ces locaux et entraver ainsi la volonté des usagers d'accéder à l'étendue des offres médicales existantes ainsi qu'au début d'un traitement. A nouveau, il semble que la majorité des usagers de ces locaux soient en traitement et qu'il n'y ait pas d'impact négatif sur le maintien de celui-ci (Zobel & Dubois-Arber, 2004).

**Tableau 3: Evaluations des locaux d'injection**

<b>Auteurs</b>	<b>Pays</b>	<b>Type d'évaluation</b>	<b>Groupe cible</b>	<b>Résultats</b>
<p>Benninghoff F., Solai S., Huissoud T. &amp; Dubois-Arber F. (2004)</p> <p>Evaluation de Quai 9 « espace d'accueil et d'injection » à Genève. Période 12/2001-12/2002</p> <p>Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne</p>	Suisse	<p>Etude clientèle</p> <p>Questionnaires</p> <p>Monitoring</p> <p>Observation non-participante</p> <p>Entretiens</p> <p>Réunions</p> <p>Carnet de bord</p>	<p>Usagers de drogues dures</p> <p>Femmes usagères de drogues dures</p>	<p>Amélioration des risques liés à la consommation</p> <p>Promotion de la santé des usagers</p> <p>Bonnes compétences en ce qui concerne les overdoses</p> <p>Maintien du lien social</p> <p>Facilitation de l'accès au réseau institutionnel</p> <p>Amélioration de la situation des seringues dans l'espace public</p>
<p>Hedrich D. (2004)</p> <p>European report on Drug consumption rooms.</p> <p>European Monitoring Center for Drugs and Drug addictions</p>	<p>Suisse</p> <p>Allemagne</p> <p>Hollande</p> <p>Espagne</p> <p>Canada</p> <p>Australie</p>	<p>Statistiques des institutions</p> <p>Satisfaction des usagers</p> <p>Evaluation par les intervenants</p>	<p>Population à haut risque:</p> <p>consommant depuis longtemps par injections sans abris</p> <p>prostituées</p> <p>consommant dans l'espace public</p>	<p>Atteinte du public cible</p> <p>Réduction des conduites à risque (hygiène et information)</p> <p>Réduction de la mortalité, des risques d'overdoses</p> <p>Intervention médicale en cas d'urgence efficace</p> <p>Augmentation de l'utilisation des offres de soins médicaux de premier recours</p> <p>Réduction de la consommation et des nuisances dans l'espace public</p>
<p>Kimber J., Dolan K. &amp; Wodak A. (2001)</p> <p>International survey of supervised injecting centres (1999-2000).</p> <p>National Drug &amp; Alcohol Research Centre. Australia.</p>	<p>Hollande</p> <p>Allemagne</p> <p>Suisse</p> <p>Espagne</p>	<p>Enquête quantitative et qualitative (60 items) auprès de 39 locaux d'injection (taux de réponse de 40%)</p>	<p>Usagers de drogues dures</p>	<p>Réduction des overdoses et de la mortalité liée aux overdoses</p> <p>Réduction de la transmission du HIV</p> <p>Réduction du nombre d'injections dans l'espace public</p>
<p>Zobel, F. &amp; Dubois-Arber, F. (2004)</p> <p>Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse</p> <p>Institut universitaire de médecine sociale et préventive</p>	Suisse	<p>Résultats de travaux de recherche et d'évaluation menés en Suisse et à l'étranger</p>	<p>Usagers de drogues dures</p>	<p>Réduction des comportements à risque (HIV)</p> <p>Réduction des overdoses fatales</p> <p>Etablissement et maintien du contact avec le groupe cible et le réseau médico-social</p> <p>Réduction des problèmes d'ordre public (scènes ouvertes)</p> <p>Pas d'effet sur le maintien du traitement</p> <p>Pas d'augmentation de la fréquence de consommation ou du nombre de consommateurs</p>

### **5.1.2 La distribution de seringues et du matériel stérile**

La distribution de matériel d'injection stérile a pour objectif d'éviter l'usage multiple ou la réutilisation de seringues. Cette offre est dispensée majoritairement par certains centres bas seuil, certains centres de traitement et par les pharmacies. Elle vise à augmenter, auprès des usagers de substances psychoactives par injection, l'accessibilité, l'échange et l'utilisation de matériel stérile afin de réduire les risques tels que la transmission du virus HIV et de l'hépatite pour eux-mêmes, ainsi que de maintenir l'ordre et la santé publics. Elle a également pour but de garder contact avec le groupe cible et de dispenser les soins et informations nécessaires à leur survie.

#### **Situation en Suisse**

En Suisse, il est possible de se procurer du matériel d'injection stérile dans différentes structures bas seuil (locaux d'injection, intervenants de rue, bus), dans certains centres de consultation ambulatoire, dans les centres de traitement avec prescription d'héroïne, chez certains médecins, dans les pharmacies et encore, par endroits, grâce à l'usage des distributeurs automatiques.

Selon une enquête nationale réalisée par l'IUMSP en 2005, les offres bas seuil avec ou sans locaux d'injection, lorsqu'elles existent, sont la principale source de distribution de matériel stérile (Samtica, Jeannin, Arnaud & Dubois-Arber, 2006). Toujours selon cette étude ainsi que selon le *Bureau pour la réduction des risques*, on recensait 43 lieux bas seuil d'approvisionnement en Suisse en 2004. Sur 414'000 seringues par mois, 240'000 ont été distribuées par ces structures. La plupart se trouvent dans la région germanique de la Suisse. Certaines ont un quota de distribution (2 par contact), d'autres exigent le retour de seringues usagées avant d'en procurer de nouvelles.

Les pharmacies (84'000 seringues) et les 23 centres de traitement ayant intégré la prescription d'héroïne (90'000 seringues) sont également de fréquents distributeurs de matériel stérile. 90% des pharmacies vendent ou parfois remettent gratuitement des seringues aux usagers de drogues. La majorité les remet sans restriction, certaines n'en dispensent qu'un certain nombre ou contre échange de seringues usagées. En 2005, on a estimé à 2285 personnes par jour le nombre d'usagers entrant dans ces lieux en Suisse, soit 1,4 personne par jour et par pharmacie. De plus, 65% des pharmacies reprennent et détruisent le matériel usagé.

#### **Situation internationale**

La remise de seringues est une pratique exercée dans de nombreux pays. Le Canada et l'Europe occidentale l'utilisent de manière courante. Le nombre de lieux et de nations a augmenté depuis les années 2000. Selon le *Centre de monitoring européen des drogues et de l'addiction aux drogues*, 26 nations européennes (n'incluant pas la Suisse) la pratiquaient en 2003. Le nombre de structures et leur couverture géographique varient suivant les pays ainsi que suivant leurs lieux de distribution. Certains pays tels que la Belgique, la France, le Luxembourg, le Royaume-Uni, le Danemark ou l'Espagne pratiquent la remise de seringues en pharmacie. Lorsque les pharmacies exercent une telle pratique, elles sont très souvent, les sources de distribution principales. A titre d'exemple, en 2001 au Portugal, 73% des distributions ont été faites en pharmacie. La France (78%) ou encore le Royaume Uni (50%) suivaient également cette tendance. Au fil des ans, la proportion de remises de matériel stérile en pharmacie semble rester élevée, même si légèrement moindre dans certains pays, probablement suite au développement d'autres sources de distribution de matériel stérile lors de ces dernières années. Au Portugal, en 2007, par exemple, ce sont 58% des remises de seringues qui sont effectuées en pharmacie. Enfin, de manière générale, on remarque une diminution dans la distribution de matériel stérile dans tous les pays.

#### **Résumé des rapports d'évaluation**

Les études au sujet des échanges de seringues et de la distribution de matériel stérile retenues dans ce rapport sont listées dans le tableau 4. Bien que l'efficacité de cette mesure en ce qui concerne la trans-

mission de maladies infectieuses ne soit plus à prouver, il semble que son utilisation par les usagers de substances tende à diminuer avec le temps.

En effet, les rapports et évaluations nationaux tels que le *monitoring national de la distribution de seringues dans les structures à bas seuil* ou l'*enquête nationale auprès des pharmacies* relatent une diminution des remises de seringues depuis les années 1990 (Samtica & al, 2006). Le *Bureau pour la réduction des risques (BRR)* souligne, quant à lui, la pratique toujours courante d'utilisations multiples par différents usagers du même matériel d'injection. Malgré la stabilité de ces offres, l'enquête nationale sur la remise de seringues relève une diminution du nombre de distributions (-31%) ainsi que de la fréquentation des pharmacies (-58%) depuis 1996. Les services bas seuil et les programmes de prescription d'héroïne connaissent la même tendance. Dans les services bas seuil du canton de Vaud, par exemple, la distribution annuelle de seringues est passée d'environ 550'000 seringues en 1998 à un peu plus de 100'000 en 2006. Les principales structures bas seuil de la ville de Lausanne sont, pour leur part, passés d'environ 12'000 voire 14'000 remises de seringues par mois au début 2004 à environ 7000 à la fin 2005. Elles sont restées relativement stables en 2006 (Huissoud, Arnaud & Dubois-Arber, 2005 ; Huissoud, Jeannin, Gervasoni, Samitca, Arnaud, Balthasar, Zobel, Gumy & Dubois-Arber, 2007). Il convient de mentionner que ceci semble être grandement attribuable à une diminution du nombre d'usagers par injection, une diminution du nombre d'injections, à d'autres manières de consommer ces substances ou encore à la consommation d'autres substances (Samtica et al ; 2006).

La réutilisation et le partage de matériel sont cependant toujours d'actualité et ce, indépendamment de la disponibilité des structures proposant du matériel stérile. Selon le BRR, ces pratiques sont cependant en baisse comparé au début des années 2000 (Arnaud & al, 2003) où 51% des usagers de structures bas seuil partageaient leurs cuillères et 38% leurs filtres. Les résultats du rapport d'évaluation *Toxicomanie dans le canton de Vaud* relatent une baisse entre 2004 et 2006, mais le partage de matériel existe toujours (Huissoud & al, 2007). Celui de cuillères est passé de 50 à 40%, celui des filtres de 46 à 28% et celui des seringues usagées de 30 à 15%. En 2005, 60% des répondants à un questionnaire destiné aux usagers de structures distribuant du matériel stérile dans la ville de Lausanne ont déclaré avoir au moins une fois dans leur vie réutilisé leur matériel ; 23% l'ont fait au cours des 6 derniers mois (Huissoud & al, 2005a ; Huissoud & al, 2005b ; Huissoud & al, 2007).

En ce qui concerne l'ordre et la santé publics, la littérature nationale permet également de prendre conscience du problème concernant le retour de ce matériel par les usagers. Si celui-ci n'est pas ramené, la probabilité de le retrouver dans les espaces publics est forte. Ceci est d'autant plus vrai s'il n'existe pas de lieux d'injection. En effet, certains usagers sont sans domicile fixe, d'autres sont mariés ou ont des enfants à domicile et évitent de consommer chez eux. Le taux de retour varie suivant les cantons et les villes. A Lausanne, par exemple, il semble que depuis le milieu de l'année 2003 le taux de retour soit stable, aux alentours de 80% pour les principales structures bas seuil. Pour le reste du canton de Vaud, ce taux est plus élevé, proche des 100%. Cette différence s'explique partiellement de par la difficulté pour les travailleurs de rue de la ville de Lausanne de récupérer le matériel usagé. Contrairement aux autres cantons qui pratiquent depuis plus longtemps la règle du « n=n » ou qui vendent à moindre coût des seringues si les usagers ne ramènent pas de matériel utilisé, la politique du canton de Vaud autorisait la règle du « n=n+2 » jusqu'en mars 2007. L'utilisateur recevait donc la même quantité de seringues qu'il ramenait ainsi que 2 seringues gratuites supplémentaires s'il le souhaitait. Ceci permettait aux usagers de recevoir des seringues même lorsqu'ils ne ramenaient pas de matériel. Cette politique favorisant la réduction des risques peut cependant augmenter l'abandon de matériel dans l'espace public. En 2005, on ne comptait pas moins de 80% de contacts à Lausanne lors desquels aucun matériel n'était rendu aux structures bas seuil et ce malgré l'effort de créer des structures favorisant les retours de matériel et de pratiquer l'échange dans les meilleures conditions. De plus, le taux de retour de matériel usagé en pharmacie est, de manière générale, très faible (14% dans les pharmacies vaudoises en 2004). Selon un monitoring effectué durant les trois derniers mois de l'année 2006, ce sont en moyenne 107 seringues par mois qui ont

été retrouvées dans l'espace public lausannois. Même si l'ensemble du matériel qui ne faisait pas l'objet d'un retour n'était pas pour autant abandonné dans l'espace public (bacs de récupération par exemple), le Service de la santé publique a donc également adopté la règle d'échange du « n=n » ainsi que la possibilité d'acheter des seringues lors de non remise de matériel usagé afin de minimiser les risques de santé publique dans le canton de Vaud (Huissoud & al, 2005a; Huissoud & al, 2005b; Huissoud & al, 2007).

Certains facteurs environnementaux sont à prendre en compte lorsqu'on met en place des offres de remise de seringues. Il semble que les usagers préfèrent recourir à plusieurs structures plutôt qu'à une seule. Ceci est à mettre en relation avec leurs différentes heures d'ouverture. Les usagers ont tendance à se rendre régulièrement dans ces structures mais à ne se servir plutôt que par petites quantités. Peu d'usagers conservent des réserves à domicile (30%). L'accessibilité du lieu et les heures d'ouverture sont donc capitales. Les différentes structures connaissent toutes des heures, voire même parfois des jours, à plus forte fréquentation. La disponibilité est souvent jugée bonne par les usagers à l'exception du soir et de la nuit. En effet, un tiers des usagers rapportent ce manque à Lausanne en 2005 contre 14% des interviewés dans le cadre de l'enquête réalisée dans le canton de Vaud en 2004. Les structures bas seuil devraient tenter de pallier à ce problème (Huissoud & al, 2005a).

**Tableau 4 : Evaluation des échanges de seringues et de la distribution de matériel stérile**

Auteurs	Pays	Type d'évaluation	Groupe cible	Résultats
Arnaud S., Zobel F., & So-Barazetti, B. (2003)  Evaluation du Bureau pour la réduction des risques liés aux drogues. Développement de scénarii.  IUSMP	Suisse	Enquête quantitative et qualitative auprès d'un échantillonnage relativement large des structures bas seuil	Usagers de structures bas seuil	Maintien par certains usagers de pratiques non hygiéniques  Structures à bas seuil = premier distributeur lorsqu'elles existent
Samitca S., Jeannin A., Arnaud S. & Dubois-Arber F. (2006)  Remise de seringues et de traitements à la méthadone pour les personnes toxicomanes.  IUMSP	Suisse	Enquête nationale pharmacies 2005 et monitoring des autres sources d'approvisionnement en matériel d'injection	Usagers de matériel d'injection	Réduction de la mortalité et de la morbidité parmi les usagers  Diminution des remises de seringues  Maintien par certains usagers de pratiques non hygiéniques  Structures à bas seuil = premier distributeur lorsqu'elles existent
Huissoud T., Jeannin A., Gervasoni J.-P., Samitca S., Arnaud S., Balthasar H., Zobel F., Gummy C. & Dubois-Arber F. (2007)  Toxicomanie dans le canton de Vaud : cinquième période d'évaluation 2004-2006  IUSMP	Suisse	Enquête auprès de structures bas seuil dans le canton de Vaud	Usagers de substances psychoactives	Diminution des remises de seringues  Maintien par certains usagers de pratiques non hygiéniques
Huissoud, Arnaud & Dubois-Arber (2005)  Evaluation du rôle du Distribus au sein du dispositif lausannois d'échange de matériel stérile  IUMSP	Suisse	Monitoring, Questionnaires auprès d'usagers de 5 structures de remises de seringues (N=43) et d'intervenants	Usagers de matériel d'injection	Pas d'amélioration du nombre de retour  Distribution de seringues et de contacts restée stable

### **5.1.3 Les centres de contact et d'accueil bas seuil**

Ces services prennent des formes différentes, mais visent tous les mêmes objectifs, à savoir : l'aide à la survie des personnes marginalisées et notamment des usagers de substances psychoactives, la prévention et la réduction des risques ainsi que la réhabilitation. Les offres proposées sont la distribution de repas et d'habits, l'accès à des douches et buanderies, le logement, les structures de jour, les soins de premier recours, la prévention du HIV et des hépatites, l'information ou encore la remise de seringues. Nous allons décrire successivement les modèles suivants : les centres d'accueil de jour et le travail de proximité. Nous avons favorisé ces deux types d'offres car ils ont fait l'objet d'évaluations. En effet, s'il existe d'autres types de structures à bas seuil d'accessibilité tels que les hébergements d'urgence (« sleep-in »), rares sont ceux qui ont été évalués.

#### **Les centres d'accueil de jour**

Ouverts certains jours de la semaine voire parfois tous les jours, ces lieux accueillent des personnes en état de précarité et d'exclusion sociale dans un contexte de respect et de non-jugement. Ils sont très souvent fréquentés par des usagers d'alcool et de drogues (+ de 50% en Suisse selon le BRR en 2003 ; Lindenmeyer, 2003). Ils sont caractérisés par un niveau d'exigence relativement bas : faible coût journalier et aucune exigence d'abstinence. Ces centres visent généralement la maintenance des usagers de substances et sont considérés comme des « portes d'entrées dans le réseau médico-social ».

Les offres varient selon les centres. Certains prennent la forme de bus situés dans les zones à risque. On trouve aussi bien des lieux d'écoute et de distribution de repas que des structures intermédiaires avec des prestations et des prises en charge plus diverses et spécialisées. Selon le degré de complexité de ces centres, on peut trouver un accueil et des soins somatiques de base (médicaments banals, remise en contact avec le système de soins, orientation rapide en cas d'urgence, matériel d'injection), une prévention des maladies infectieuses (HIV, hépatites), parfois des locaux d'injections ou encore, quoique plus rarement, d'autres prestations plus spécialisées (consultations avec des ostéopathes ou des dentistes). Ils offrent également un accompagnement socio-éducatif, des repas, des vêtements (vestiaires), des prestations d'hygiène (douches, buanderies), des programmes occupationnels (petits jobs, activités créatives et sportives, bibliothèque), une aide administrative, ainsi que des visites à domicile ou des accompagnements à l'extérieur.

Les centres d'accueil de jour visent le plus souvent à faire émerger ou à clarifier une demande de soins, à remettre un usager en contact avec le système de soins, à apporter un complément à une prise en charge existante, à résoudre des problèmes de santé et d'hygiène de base et à dispenser des prestations de prévention (Samtca, Geense, Huissoud, Morency, Benninghoff & Dubois-Arber, 2001).

#### **Situation en Suisse**

En 2004, le *Bureau pour la réduction des risques* a recensé 318 services bas seuil en Suisse adressés soit en partie, soit exclusivement, aux usagers de substances psychoactives dont 43 lieux d'approvisionnement en matériel d'injection stérile (Samtca, Jeannin, Arnaud & Dubois-Arber, 2006). 18 cantons sur 26 possédaient une offre bas seuil en 2003 (Arnaud & al, 2003). 7 de ces structures prennent la forme de bus dont 3 pour les femmes exerçant la prostitution. Le BRR (2003) et l'OFSP s'accordent sur le fait que les régions linguistiques de Suisse adoptent des offres de réduction des risques différentes. De manière générale, elles sont plus fréquentes en Suisse alémanique. Il semble, de plus, que les centres d'accueil de jour soient plus nombreux en Suisse romande (31% des répondants à l'enquête du BRR contre 10% en Suisse alémanique) et que les prestations d'hébergement soient plus courantes en Suisse alémanique (28% des répondants selon l'enquête du BRR). Les offres suisses alémaniques sont plus spécialisées et celles de Suisse romande sont plus générales. La Suisse romande semble avoir une ap-

proche plus individualisée des usagers des offres bas seuil alors que la région germanophone adopte une approche plus « fonctionnelle ».

### **Situation internationale**

Selon le *Centre de monitoring européen des drogues et de l'addiction aux drogues (EMCDDA)*, les structures bas seuil sont de plus en plus communes en Europe. Pourtant, si les prestations existent, leurs évaluations sont rares et il y a actuellement des lacunes importantes quant aux informations sur les groupes cibles, les services prodigués et leur couverture géographique, lacunes auxquelles l'EMDCCA tente de pallier.

### **Résumé des rapports d'évaluation**

L'évaluation de ce type de structures porte principalement sur leur fréquentation, leurs prestations et sur certaines enquêtes de satisfaction parmi les usagers ou parmi le personnel. La fréquentation de ces lieux depuis leur implantation (1980-1990) est bonne et en constante augmentation. Il ressort des évaluations réalisées par le *Bureau pour la réduction des risques* ainsi que par celles réalisées dans les structures bas seuil du canton de Vaud que les centres bas seuil attirent bel et bien des usagers de substances psychoactives qui n'ont pas recours aux services de centres de traitement. Il semble d'ailleurs qu'il devienne rare, de nos jours, que les usagers d'héroïne n'aient aucun contact avec des structures de ce genre (Huissoud & al, 2007). Ces centres permettent de maintenir des contacts et de prodiguer les ressources nécessaires au maintien des conditions de vie minimales des usagers les plus marginalisés (sans domicile fixe, sans papiers, usagers de longue durée). Il semble d'ailleurs que l'orientation vers d'autres structures de soins par les intervenants de ces centres ne soit pas aisée. Ceci confirme leur importance au sein des prises en charge des personnes dépendantes.

Certains de ces centres disposent de moments pour des groupes cibles particuliers : horaires pour l'accueil de femmes ou pour les jeunes de 15 à 25 ans (Le parachute à Lausanne). Les femmes y sont pourtant souvent sous-représentées, soit 15% dans les structures bas seuil de Lausanne contre 35 à 45% des usagers de centres bas seuil à l'extérieur de Lausanne et un tiers des usagers en traitement de substitution (Huissoud & al, 2007). Le caractère géographique a également son importance. En effet, ces lieux se situent, pour la plupart, en région urbaine et non en région rurale. Hormis les problèmes de genre et de lieu, ces centres ne touchent pas tous les usagers de substances psychoactives. De plus, si dans les années 90 la tendance était à l'héroïne, les problématiques actuelles sont la polyconsommation ainsi que l'augmentation de la consommation de substances stimulantes : cocaïne, ecstasy et alcool. Les usagers sont également différents : jeunes, population vieillissante. Il faut donc que les structures bas seuil trouvent des moyens d'adapter leurs offres à ces nouveaux modes de consommation ainsi qu'aux besoins de ces nouveaux usagers. Nous verrons d'ailleurs comment le travail de rue a tenté de pallier à certaines de ces problématiques. D'autre part, il semble que les structures bas seuil doivent améliorer leurs compétences en matière d'aide au logement et à l'emploi qui sont des problématiques encore importantes. Le partage de matériel et la transmission de l'hépatite étant toujours des problèmes d'actualité parmi les usagers de substances, il est nécessaire que les centres bas seuil continuent et améliorent leurs pratiques d'information et de prévention.

### **Le travail de rue**

On trouve également des prestations bas seuil effectuées par les travailleurs sociaux dont le champ d'action se situe dans l'espace public et dans les lieux de vie des personnes dépendantes aux substances psychoactives. Ces offres représentent parfois un seul volet de l'activité des centres bas seuil. Elles sont parfois encore des offres de structures intermédiaires visant un accompagnement dans l'optique d'une prise en charge. Des efforts sont alors fournis pour mobiliser le réseau, la famille et pour aider l'utilisateur à s'orienter vers des prestations médicales voire un sevrage.

L'idée de base du travail de proximité est d'aller vers, ou de laisser venir à soi, les personnes qui ne cherchent pas d'aide de manière active. Certains de ces acteurs travaillent par zones géographiques (zones à risque), d'autres par groupe cible (SDF, prostituées, jeunes). L'objectif et les prestations varient suivant les structures et les groupes cibles. L'objectif commun est de prendre les gens « là où ils en sont ».

Médecine de rue, travail hors mur, soupe populaire sont autant de mesures destinées à maintenir un lien social avec des personnes victimes d'exclusion et à prévenir certaines conduites à risque en prodiguant une écoute, des informations, parfois des repas, du matériel d'injection stérile et des soins infirmiers. Ces mesures s'avèrent particulièrement utiles pour les usagers de substance marginalisés : SDF, prostituées, fréquents usagers par injection.

Certaines de ces équipes de proximité effectuent des interventions avec les usagers mais également avec les commerçants, la police et les passants d'un quartier à risque afin d'assurer la meilleure cohabitation possible des différents acteurs. C'est le cas, par exemple, du groupe *UniSet* à Lausanne et du groupe *Sicherheit, Intervention, Prävention (SIP)* à Zürich. Ces équipes ont pour mission d'assurer l'ordre dans les places et parcs publics en rappelant aux usagers les règles de bonne conduite, d'intervenir en cas de conflits et de prodiguer les soins de premier recours et l'accès au matériel stérile. Les intervenants tentent d'engager le dialogue, de prévenir les comportements inadéquats mais aussi d'informer les usagers des possibilités de prise en charge existant.

Dans la même idée, on a créé certaines interventions en milieu festif. Certaines telles que l'*Opération Nez rouge* proposent des services gratuits de chauffeurs bénévoles pendant la période des fêtes pour les conducteurs n'étant pas en mesure de conduire suite à la consommation d'alcool.

Il existe également des stands tenus par des pairs et des travailleurs de proximité formés dans le domaine des dépendances qui opèrent dans des soirées à risque, notamment dans les soirées techno. Ces interventions sont mises en place dans les bars ou les boîtes de nuit pour agir face à l'augmentation de la consommation de substances dites « récréatives » telles que la cocaïne, l'ecstasy et les amphétamines, face à l'augmentation de la consommation d'alcool et à la polyconsommation de substances chez les jeunes en fin de semaine. Les stands sont équipés de différents types de matériel : chromatographes, tests de coloration pour analyser de manière qualitative le contenu des substances, flyers, préservatifs, moyens pour mesurer le taux d'alcoolémie, « kits sniff » afin de favoriser l'hygiène de consommation des usagers et la réduction des dommages.

Ces projets visent la réduction des risques liés à l'usage de substances à savoir l'intoxication ainsi que la diminution des risques associés comme les conduites sexuelles à risque ou les accidents. On souhaite informer les usagers de la composition des substances, du caractère hautement dangereux de certaines d'entre elles ainsi que des conséquences liées à leur usage.

### **Situation en Suisse**

La Suisse connaît ce type d'interventions notamment dans la partie alémanique et dans des cantons romands comme le travail de rue d'*UniSet* ou du *SIP*, ou encore les stands dans les milieux festifs dans le canton de Genève ou de la Suisse alémanique.

### **Situation internationale**

Tout comme les autres offres de type bas seuil, on assiste à l'émergence d'offres de travail de proximité au niveau international. Les bus pratiquant la prévention du HIV auprès de prostituées sont désormais bien connus. L'Institut européen des études de prévention (IREFREA) a démontré l'importance de travailler auprès des jeunes dans les milieux festifs. En Australie, on trouve, par exemple, des activités de travail de rue spécialement destinées aux jeunes qui consomment de l'alcool.

### **Résumé des rapports d'évaluation**

Le travail de rue permet d'aborder les individus qui ne cherchent pas d'aide de manière proactive. L'avantage principal de ce type d'activité et qu'en allant trouver les usagers dans leur environnement, on peut mieux observer leurs difficultés et leurs modes de consommation. Ceci permet d'évoluer en fonction des habitudes de consommation et des besoins observés et ressentis par les différents usagers de substances psychoactives. Le tableau 5 montre les travaux concernant l'évaluation des centres et autres offres bas seuil auxquels se réfère le résumé suivant.

Entre autres résultats, il a été démontré que le travail de rue *UniSet* auprès des usagers, des commerçants et des passants du quartier de Saint-Laurent a été utile au niveau de l'échange avec les usagers, du sentiment de sécurité des commerçants et de la réduction des seringues usagées dans cette zone publique.

Ce type d'offre bas seuil permet, de plus, de cibler certains groupes particulièrement à risque. En 2008 l'opération *Nez rouge* a, par exemple, permis de ramener à leurs domiciles 467 personnes ayant consommé de l'alcool dans le canton de Fribourg et 10'904 personnes dans toute la Suisse. En ce qui concerne le programme de prévention *Nuit Blanche* intervenant en milieu festif à Genève, l'évaluation de l'IUMSP a démontré qu'environ 11.5% des jeunes (soit environ 90 contacts par soirée, 67 brefs et 23 prolongés) des 14 soirées ont été abordés au sujet des drogues illégales (36.8%) et des substances légales telles que l'alcool (85%). Le groupe cible est majoritairement masculin (76.9%) avec un âge moyen de 24.8 ans. L'alcool (93%), le tabac (82%) et le cannabis (73%) sont les substances les plus consommées parmi ces usagers. De plus, 40% ont déjà essayé la cocaïne, 32% l'ecstasy et/ou 31% les champignons. L'expérimentation de l'héroïne parmi ces jeunes s'élève à environ 10%. Dans les consommations récentes, c'est à dire dans les 30 jours précédant le contact, 90% avaient consommé de l'alcool, 55% du cannabis, 16% de la cocaïne et 9% de l'ecstasy. Ces interventions semblent bénéfiques puisque 79.8% de la population abordée semble avoir appris quelque chose d'utile notamment en ce qui concerne l'alcool, l'analyse de substances et les informations sur le HIV. 46.2% des répondants disent avoir été motivés par la curiosité, 27.6% ont été attirés par le matériel à disposition et 15,2% ont abordé le stand pour des questions précises.

Le bilan du rapport d'évaluation du *Distribus* à Lausanne - dont la fonction est de distribuer du matériel stérile et d'apporter des informations et conseils aux usagers de substances - a été jugé de façon positive par les intervenants notamment grâce à sa situation idéale sur le terrain. Les intervenants ont également relevé la bonne collaboration interinstitutionnelle du bus avec les autres structures pour personnes dépendantes existant dans la région. Les aspects négatifs concernent surtout le contact avec les usagers qui, selon eux, a été pauvre et souvent limité à l'échange de seringues. Certains aspects tels que le manque de confidentialité ont été également cités. Les usagers ont, quant à eux, été dérangés par la trop grande visibilité du lieu. Ils ont cependant utilisé cette ressource de matériel stérile de manière satisfaisante.

**Tableau 5 : Evaluations des centres et autres offres bas seuil**

<b>Auteurs</b>	<b>Pays</b>	<b>Type d'évaluation</b>	<b>Groupe cible</b>	<b>Résultats</b>
Arnaud S., Zobel F., & So-Barazetti, B. (2003)  Evaluation du Bureau pour la réduction des risques liés aux drogues. Développement de scénarii.  IUSMP	Suisse	Enquête auprès d'un échantillonnage relativement large des structures bas seuil en Suisse	Usagers des structures bas seuil	Différentes manières d'aborder la réduction des risques en Suisse  Bonne fréquentation / Bonnes offres sanitaires  Nécessité de développer des prestations pour les nouveaux groupes cibles et les nouveaux modes de consommation, dans les campagnes  Nécessité d'améliorer les offres sociales de travail et de logement en Suisse romande
Samtca S., Geense R., Huissoud T., Morency P., Benninghoff F. & Dubois-Arber F. (2001)  Evaluation de deux structures à bas seuil de la ville de Lausanne : Le Passage et le Point d'eau IUMSP	Suisse	Enquête et monitoring Fréquentation Profil des usagers Prestations	Usagers de structures bas seuil	Amélioration des conditions de vie minimales et de l'hygiène des usagers
Huissoud T., Jeannin A., Gervasoni J.-P., Samitca S., Arnaud S., Balthasar H., Zobel F., Gumy C. & Dubois-Arber F. (1997-2007) Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud : Cinq phases d'évaluation  IUMSP	Suisse	Statistiques de fréquentation/ contact Prestations Profil des usagers Etude auprès de la clientèle	Usagers de substances psychoactives  Usagers de structures bas seuil	Amélioration des conditions de vie minimales et de l'hygiène des usagers Situation stable des structures bas seuil  Nécessité de développer des prestations pour les nouveaux groupes cibles et les nouveaux modes de consommation
Arnaud S. & Zobel F. (2006)  Evaluation de la mise en œuvre du projet "Nuit blanche?" à Genève (2005-2006) IUSMP	Suisse	Monitoring Grilles d'observation Questionnaires : Entretiens semi directifs	Jeunes usagers de substances psychoactives	11% du groupe cible atteint 79.8% des répondants estiment que les informations prodiguées sont efficaces. Meilleures connaissances de la consommation de substances chez le groupe cible
Huissoud T., Solai S. & Dubois-Arber F. (2004)  Evaluation du projet UNISSET  IUSMP	Suisse	Entretiens avec habitués, commerçants et passants	Usagers de substances  Population avoisinante	Soutien de qualité auprès des usagers Equipe mobilisée pour les prestations de contact et pour la prévention des comportements inadéquats  Peu de gestion des conflits, d'informations et d'orientation  Amélioration du matériel d'injection abandonné La présence d'UniSet rassure les commerçants

## **6. Résultats concernant les structures intermédiaires**

Ces structures prennent des formes variées décrites ci-dessous

### **6.1. Structures fixes**

Afin de répondre aux diverses problématiques médico-psycho-sociales des usagers de substances psychoactives, des structures proposant différentes offres ont vu le jour. Un certain nombre de principes et de buts généraux caractérisent ces différentes structures intermédiaires :

- L'accès à ces structures se fait de manière plus ou moins informelle : accueil, discussion, évaluation, avec ou sans rendez-vous.
- La majeure partie du travail de ces structures consiste à mobiliser les partenaires du réseau afin de coordonner les efforts.
- Le soutien « vise à favoriser l'accès à certaines ressources comme la formation, l'accès au travail ou au logement, à débloquer des situations très compliquées et souvent des situations d'impasse notamment concernant les caisses maladies, à limiter les dégâts liés à des problèmes financiers, comme les plans de désendettement et à redonner à l'utilisateur une certaine autonomie. Le suivi psychologique proposé aux usagers – à ne pas confondre avec un traitement – consiste en des moments d'écoute, permet d'élaborer des projets, de dire des moments de fragilité, etc. » (Huissoud, Morency, Samitca, Benninghoff, Geense, Dupertuis-dit-Neveu, & al ; 2001). Ces structures servent d'accompagnement suite à une hospitalisation afin d'aider la personne à retrouver un équilibre.

#### **6.1.1 Centres thérapeutiques de jour / Hôpital de jour**

L'Hôpital de jour est une alternative à l'hospitalisation en psychiatrie. C'est un établissement, ou une partie d'une institution. Cette structure de proximité est composée d'une équipe pluridisciplinaire : psychiatre, psychologue, ergothérapeute, éducateur physique. Différents traitements médicaux et thérapeutiques et investigations peuvent y être prodigués. Son rôle est de prévenir l'hospitalisation ou de réduire sa durée ainsi que de rétablir et d'améliorer la santé mentale de l'utilisateur. Il permet donc de diminuer le nombre de séjours résidentiels dans les hôpitaux traditionnels. On cherche à maintenir la personne dans son milieu de vie naturel. L'hôpital de jour décharge en partie la famille de certaines de ses responsabilités pendant la journée. L'utilisateur et sa famille sont d'ailleurs fortement encouragés à collaborer de manière active au plan de traitement. Il est parfois utilisé comme relais après une hospitalisation classique. L'utilisateur peut par exemple rencontrer et échanger avec des tiers lors de thérapies de groupe post-sevrage afin de renforcer sa volonté et de prévenir la rechute. De plus, cette offre permet aux usagers de structurer leurs journées et de lutter contre l'ennui et la marginalisation.

#### **6.1.2 Unité d'Accueil Temporaire (UAT)**

Ces unités sont des ressources complémentaires à celles existantes. Elles peuvent également être des secteurs d'hôpitaux ou d'EMS. L'objectif des UAT est de contribuer à la qualité de vie et au maintien à domicile des personnes dépendantes et fragilisées dans leur santé, notamment en soulageant leur entourage. Ces structures sont souvent employées pour les personnes âgées ou pour les enfants avec de gros handicaps. Elles s'adaptent à leurs difficultés propres. Elles sont de petite taille. La durée des prises en charge varie mais est toujours courte et fixée à l'avance avec l'utilisateur. Certaines n'ouvrent leurs portes que de jour, d'autres également de nuit mais pour toujours pour de courts séjours. Il ne s'agit pas de créer un milieu de vie mais bien d'accueillir temporairement quelqu'un en difficulté. L'admission et les modalités concernant la présence de l'utilisateur se font de façon souple et, par exemple, en collaboration avec les centres médico-sociaux.

Par rapport aux unités ambulatoires, les UAT offrent un catalogue de prestations plus étoffé. En effet, les UAT proposent non seulement des offres bas seuil (repas, soins d'hygiène, soins infirmiers) mais également une éventuelle véhiculation, un accompagnement pour la structuration de la journée par des activités du quotidien, le développement de contacts sociaux, l'acquisition d'outils pour la réflexion et l'élaboration de projets, un accompagnement dans l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et un soutien dans les situations de crise.

### **6.1.3 L'appartement protégé**

L'appartement protégé appelé aussi « logement sécuritaire », est une structure intermédiaire entre le milieu de vie et, par exemple, l'hospitalisation ou l'admission en EMS. Il prend des formes différentes mais est généralement une extension à l'extérieur de la prise en charge résidentielle. Ce type de structure autonome dispose de toutes les commodités d'un logement traditionnel et est situé dans des quartiers actifs (magasins, cafés). L'objectif est de favoriser les liens sociaux. Ce sont souvent des résidences communautaires où chaque résident a sa propre chambre mais partage la cuisine ou le salon comme dans les structures *DOMicile Nouvelle Option (DOMINO)* en Valais. L'appartement protégé peut également prendre la forme d'un ou de plusieurs appartements partagés par plusieurs résidents en difficulté dans des immeubles locatifs habituels. Chaque locataire paie un loyer au CMS ou au propriétaire du lieu, suivant la superficie et le nombre de pièces partagées. Les résidents peuvent également profiter de repas à domicile, de soins qui peuvent être pris en charge par l'assurance maladie ainsi que d'aides et de veilleurs de nuit. L'association pour le bien-être des résidents en EMS *Résid'EMS* estime à environ CHF 1500.- le prix total de ces prestations (residems.ch). Les communes et cantons n'ont pas à participer financièrement.

Ce type de logement est particulièrement bien adapté aux personnes nécessitant une légère assistance mais qui ne doivent pas être suivies au quotidien. Les personnes nécessitant de nombreux soins peuvent également profiter de ce type de structures ainsi que de l'aide à domicile. L'appartement protégé permet de donner un cadre social sécurisant aux résidents. L'individu peut y garder son autonomie jusqu'à un âge avancé et peut faire appel à l'aide de professionnels lorsqu'il en éprouve le besoin.

Le *Centre d'accueil pour adultes en difficulté (CAAD)* de Saxon dispose, par exemple, d'offres de ce type. Ce centre est un foyer (hébergement résidentiel) qui propose également une prise en charge en appartement protégé. La capacité à vivre seul des résidents profitant de cette offre est évaluée pendant une année. Si tel n'est pas le cas, ils regagnent alors le foyer.

### **6.1.4 Les foyers**

Les foyers entendus comme structures intermédiaires proposent des hébergements semi-résidentiels, c'est-à-dire que les personnes y viennent pour une durée indéterminée. Elles ont la possibilité de s'y loger si besoin, jusqu'à ce qu'elles aient retrouvé une situation stable. C'est la raison pour laquelle ce type de structure est à seuil adapté. Les foyers proposent un soutien psycho-éducatif offrant la possibilité à des personnes en difficulté de trouver ou de retrouver des repères et un projet de vie réalisable. A la différence des foyers dits bas seuil tels que la *Tuile* à Fribourg, ces foyers offrent des prestations plus riches à savoir des entretiens individuels, de couple, de famille, un accompagnement pluridisciplinaire (infirmière, assistant social, éducateur), un encadrement personnalisé, des soins infirmiers, un travail de réseau, un travail éducatif ou encore un travail occupationnel (sous forme d'ateliers de travail).

Ces foyers offrent donc la possibilité d'élaborer un projet de vie en vue d'une réinsertion socioprofessionnelle. Ils accueillent les personnes âgées entre 18 et 65 ans. La Résidence de *l'Armée du Salut* à Lausanne est un exemple de ce type de structure.

## **6.2. Services flexibles**

Les services de soins à domicile ont pour but de créer un lien avec les personnes qui ont eu des hospitalisations répétées et infructueuses, de favoriser l'accès aux soins à toute personne qui en a besoin, de

compléter l'offre existante par une prise en charge globale et de contribuer, dans la mesure du possible, au maintien de la personne malade dans son lieu de vie.

### **Situation en Suisse**

Les différents services que nous venons de citer existent en Suisse. Bon nombre d'entre eux ne sont pas spécialisés dans le domaine de la prise en charge des usagers de substances mais sont plutôt des services de soins psychiatriques ou médicaux. On trouve par exemple comme unité d'accueil psychiatrique, *Entrée de Secours (EdS)* à Morges, le *Groupement Romand d'Accueil et d'Action Psychiatrique (GRAAP)* composé de 5 centres d'accueil à Lausanne, Montreux, Nyon, Yverdon et Prilly. On peut également citer le *Suivi Intensif dans le Milieu (SIM)* à Lausanne comme équipe mobile de soins.

Des équipes de travailleurs de proximité avec un seuil adapté ont également été constituées en Suisse telles que la structure d'*Action Communautaire Toxicomanie (ACT)* venant en aide aux personnes les plus marginalisées de l'Est vaudois. L'ACT a comme priorité l'accompagnement de personnes touchées par la toxicomanie en favorisant une réinsertion dans le système de soins. Le seuil adapté se caractérise ici par la diversité des services proposés. En marge des soins d'hygiène de base, des soins médicaux ainsi que des entretiens de couple ou de famille sont également dispensés. Les patients peuvent également recevoir de l'aide en matière de gestion financière ainsi que de l'aide en ce qui concerne les démarches avec le réseau administratif. (Huissoud & al, 2005). Cette structure d'aide n'a malheureusement pas fait l'objet d'évaluation.

Parmi les structures intermédiaires ayant fait l'objet d'évaluation, il existe certains projets spécialement adaptés aux jeunes et aux jeunes adultes en Suisse tels que le Foyer de *La Borde* ou *Rimeille F.M.* Au niveau fédéral, nous pouvons également citer le programme supra-f que nous décrivons plus loin.

Le foyer de *La Borde* est une structure intermédiaire psychiatrique comportant 25 lits et destinée aux jeunes adultes. Son objectif est de permettre le recouvrement de l'autonomie, un retour progressif au domicile ainsi que le développement de compétences sociales. Ce foyer offre une équipe de soins à domicile et propose également aux familles un soutien psychosocial éducatif. Des activités culturelles, éducatives et sportives y sont également proposées.

Un autre exemple de ce type de structures intermédiaires qui a fait l'objet d'évaluation est le projet *Rimeille F.M.* Celui-ci s'inscrit dans le cadre de la *Maison des Jeunes* de Lausanne. Cette dernière a pour objectif la prise en charge de jeunes en difficultés. Elle propose d'autres structures telles que le *foyer éducatif*, le *PACT*, *MDJ'ump* et l'*Appart'*. La prise en charge se situe entre le placement en institution et le milieu ouvert. Le concept de seuil adapté correspond particulièrement bien au projet *Rimeille F.M.* puisque, outre les modules de base, sept modules "à la carte" sont proposés en fonction des besoins des patients.

### **Un exemple: le programme national Supra-f**

D'envergure nationale, le programme *supra-f* (Suchtprävention und Forschung, prévention des addictions et recherche) mérite une attention particulière. Ces structures se trouvent à Fribourg, Bulle, Wünnewil-Flamatt et Estavayer-le-Lac. Un projet est également en cours à Morat.

Le programme de prévention *supra-f* provient des mesures prises par la Confédération en vue de diminuer les problèmes de drogue en Suisse.

L'évaluation de *supra-f* a réuni douze programmes de prises en charge ambulatoires pour la jeunesse, répartis en Suisse romande et en Suisse alémanique. Selon l'OFSP « par des interventions scolaires, socio-pédagogiques et psychologiques, il permet d'agir préventivement auprès des jeunes en situation difficile et de les aider à stabiliser leur situation à l'école ou en apprentissage. Parallèlement, il vise à amé-

liorer le bien-être psychique de ces jeunes et à réduire la consommation de substances psychotropes ». Après une phase de mise en place soutenue par la Confédération pendant 4 ans (2000 à 2003), les communes et les cantons ont pris le relais pour les programmes depuis 2004.

Face à la diversité des situations rencontrées par les jeunes en difficulté, les programmes *supra-f* se sont adaptés en conséquence, selon trois types principaux :

**Type A** : Infrastructure relativement simple, programme de 4 à 5 heures par semaine. Ce programme convient aux jeunes plutôt bien intégrés, pour la plupart encore à l'école obligatoire. C'est typiquement une intervention préventive.

**Type B** : Structure étendue avec locaux de cours et d'ateliers, encadrement intensif de 18 heures et plus par semaine. Convient également aux jeunes en rupture d'apprentissage avec, en général, une consommation de substances avérée.

**Type C** : Structure de jour avec programme complet du lundi au vendredi, pour jeunes en rupture scolaire ou d'apprentissage et n'ayant pas de travail.

Indépendamment de ces trois types principaux, il existe, aujourd'hui, deux programmes scolaires qui offrent une structure de jour socio-pédagogique pour jeunes de neuvième année en difficulté (Type D) et un programme qui se concentre sur la médiation pour trouver des places d'apprentissage ou de travail aux jeunes en rupture sociale (Type E). Le tableau 6 propose une vue d'ensemble de l'évaluation des programmes *Supra-f*.

**Tableau 6: Evaluation des programmes *Supra-f***

Programme	Intégration Sociale*		Estime de Soi	Délinquance	Alcool	Tabac	Cannabis
	T0	T2					
Type A	90%	85%	+	=	+	+	+
Type B	26%	52%	+	+	+	+	=
Type C	15%	66%	+	++	+	++	++
Type D	100%	78%	=	-	+	+	+
Type E	16%	75%	+	+	+	++	+

\* fréquente l'école, est en apprentissage ou a un emploi

+ légère amélioration ; ++ nette amélioration ; = aucune changement ; - détérioration

T0 : au début du programme ; T2 : 1 an après la fin du programme

OFSP et Infodrog, 2006

Comme nous pouvons le constater, les résultats encouragent le développement de ce type d'interventions. En effet, *Supra-f* semble être un bon exemple de structure à seuil adapté.

### ***Situation internationale***

Les évaluations effectuées pour les structures intermédiaires à l'étranger ont surtout concerné les programmes de traitements de substitution à la méthadone que nous détaillerons par la suite.

Nous tenons cependant à citer deux études dont le cadre dépasse celui des structures intermédiaires à proprement parler mais dont l'attention pour certains groupes cibles demeure intéressante pour notre recherche de la littérature. Les résultats semblent indiquer que des interventions ciblées sont garantes de qualité et d'efficacité. La première est une méta-analyse menée par Orwin et al. (2001) quant à l'efficacité de programmes destinés spécialement aux femmes usagères de substances par opposition à des programmes mixtes. La deuxième concerne la dépendance aux benzodiazépines des personnes âgées de 45 ans et plus dans le Bas Saint Laurent au Québec (Ouellet & al, 2006).

### **Résumé des rapports d'évaluation**

Les travaux présentés dans cette section sont résumés dans le tableau 7.

L'évaluation de la Borde a porté sur 7 jeunes adultes suisses. Compte tenu du faible effectif, l'accent a été mis sur le volet qualitatif des données récoltées. Si une amélioration globale de l'humeur et de la santé a été perçue, les usagers notent cependant un manque d'information et de communication au sein du réseau. Une critique adressée à ce foyer concerne le manque de limitation dans la durée du séjour, rendant les perspectives de ces jeunes difficiles (Camus & Bonsack, 2004).

En ce qui concerne le projet *Rimeille F.M.*, les auteurs constatent une amélioration générale dans le domaine relationnel, en particulier une amélioration de la confiance dans l'environnement, de l'ouverture aux autres, de l'investissement dans les relations affectives et dans la prise de décision.

Le programme *Supra-f* est pour sa part plutôt encourageant. En effet, il semble être un bon exemple de structure à seuil adapté car il a permis l'augmentation de la confiance en soi, la diminution de comportements délinquants ainsi que d'usages de substances parmi les jeunes.

Les résultats de la méta-analyse réalisée par Orwin et al. (2001) suggèrent que les programmes spécifiques pour femmes sont plus efficaces que les programmes mixtes non seulement en ce qui concerne la consommation de substances, mais également en ce qui concerne le bien-être psychologique des usagères ainsi que de leurs enfants. Ceci démontre l'importance de développer un système de soins prenant en compte les différences entre hommes et femmes. En effet, les traitements qui ont été mis en place l'ont été par rapport à un standard masculin, ceci sans prendre en considération les particularités féminines, déterminantes tout au long du suivi.

Il en va de même en ce qui concerne la population vieillissante. Le programme évalué par Ouellet et al. (2006) comprend un traitement cognitif et comportemental en six rencontres et un volet de sevrage qui se fait sur une période de huit semaines. L'étude porte sur 32 usagers, dont 21 femmes et 11 hommes âgés de 45 ans et plus, souffrant d'insomnie depuis plus de 6 mois et consommant quotidiennement des benzodiazépines depuis plus de 3 mois. L'efficacité est mesurée en fonction de la qualité du sommeil des usagers de benzodiazépines. Une nette amélioration de la qualité du sommeil a été constatée parmi cette population.

Bien que peu fréquentes, les évaluations préliminaires présentées dans cette partie consacrée aux structures intermédiaires semblent indiquer l'efficacité de ce type de prise en charge pour l'amélioration tant des difficultés personnelles que des difficultés relationnelles des usagers.

Sortant du cadre purement institutionnel, ces structures semblent permettre de déstigmatiser la souffrance liée à l'usage de substances. Par ailleurs, elles sont le plus souvent composées d'équipes pluridisciplinaires permettant une approche et une prise en charge globales et adaptées de la souffrance de ces usagers. En outre, elles permettent aux personnes qui ont eu des hospitalisations successives de continuer à accéder aux soins, cela à moindre coût et avec un accès facilité.

La tendance actuelle, comme nous le verrons plus tard, semble se focaliser sur le développement de structures avec certaines prises en charge à visée communautaire. Nous allons maintenant passer en revue certains traitements médicaux qui peuvent également être prodigués par les structures intermédiaires.

**Tableau 7: Evaluations des structures intermédiaires**

Auteurs	Pays	Type d'évaluation	Population étudiée	Résultats
Camus & Bonsack, 2004 Accueil temporaire psychiatrique (ATP) : Evaluation d'une expérience pilote, CHUV-DUPA	Suisse Vaud	Follow-up	Adultes du foyer de la Borde Problématiques diverses N=7	Amélioration notable des troubles dépressifs, des difficultés quotidiennes et des difficultés relationnelles
Chinet L., Eienberger F., Plancherel B., Bolgnini M & Halfon O., 2002 Stofer S. & Malatesta D. Evaluation d'une structure pour jeunes en difficulté : l'exemple d'un programme Lausannois Université de Lausanne-SUPEA EPFL-ENAC-INTER-LASUR	Suisse Vaud	Follow-up "	Jeunes 15 – 18 ans de la structure « Rimeille FM » Problématiques diverses N=37	Amélioration sur le plan relationnel - affectif Confiance dans l'environnement, ouverture aux autres et prise de décision
Hüsler G. & Werlen E., 2006 Supra – f: Ein Sucht-Präventions-Forschungsprogramm. Université de Fribourg	Suisse	Follow-up	16-20 ans Problématiques diverses N=1517	Amélioration notable de l'estime de soi. Diminution notable de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis. Résultats mitigés concernant la délinquance.
Orwin, R.G., Francisco L. & Bernichon T., 2001 Effectiveness of women's substance abuse treatment programs : a meta-analysis. National Evaluation Data Services	International	Méta-analyse	33 études analysées	Les traitements, les programmes spécifiquement pour femmes et les traitements améliorés donnent de meilleurs résultats.
Ouellet N. & Papillon M.-J., 2006 Evaluation d'un programme structuré de sevrage des benzodiazépines chez des personnes âgées de 45 ans et plus dans le Bas-Saint-Laurent. Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (QC)	Québec	Follow-up	Adultes de + de 45 ans Sevrage BZD N= 32	Diminution de la consommation initiale. Amélioration de l'efficacité du sommeil

## **7. Prescription de substances psychoactives**

Lorsque l'on parle d'offres intermédiaires ou d'offres à seuil adapté, on peut également citer certaines prestations de type médical qui y sont parfois prodiguées telles que le traitement de substitution à la méthadone ou la prescription d'héroïne.

### **7.1 Traitement de substitution à la méthadone**

Les traitements de substitution à la méthadone sont indiqués afin d'améliorer le bien-être général des personnes dépendantes à l'héroïne et autres opiacés. Ils empêchent l'apparition de symptômes de sevrage. Ces traitements sont effectués au sein de plusieurs institutions: chez les médecins de premier recours, dans des institutions spécialisées, des services psychiatriques, des hôpitaux généraux et des prisons. Dans le cadre de ce travail, nous nous concentrerons sur les structures intermédiaires distribuant de la méthadone.

#### **Situation en Suisse**

La prescription de méthadone aux personnes dépendantes aux opiacés est inscrite depuis 1975 dans l'article 15a, al.4 de la Loi fédérale sur les Stupéfiants. A l'heure actuelle, selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) les traitements de substitution à la méthadone représentent près de 90% des thérapies substitutives. Les 10% restants sont constitués des prescriptions d'héroïne et de buprénorphine. Environ 17'000 personnes se trouvent actuellement en traitement.

#### **Situation internationale**

De nombreux centres de substitution ont vu le jour dans les pays touchés par les problèmes liés à l'abus de substances psychoactives. Il nous a paru judicieux, dans le cadre du contexte international, de mentionner les études concernant la rentabilité de tels centres de distribution de méthadone, car l'efficacité du traitement fait l'unanimité des évaluations.

#### **Résumé des rapports d'évaluation**

Selon l'OFSP, le nombre de personnes recevant une prescription de méthadone est passé de 12'000 en 1993 à plus de 18'000 en 2000. En 2006, ce chiffre s'élève à 17'000. La répartition entre hommes et femmes s'élève respectivement à 73.5% et 26.5%. Notons, par ailleurs, que la dépendance aux opiacés est, après l'alcool, la raison principale d'une prise en charge des personnes dépendantes, toutes substances confondues. L'âge moyen des personnes à l'admission est de 33.9 ans. Enfin, la source de revenu principal pour 40% d'entre eux est l'aide sociale. Duffour (2007) a effectué une étude sur la Fondation *Le Tremplin* en évaluant la qualité de vie subjective des personnes dépendantes aux substances. Une amélioration significative s'opère après 12 mois et ce dans tous les domaines de la santé subjective, à savoir les domaines physiques, psychiques, relationnels et environnementaux. Notons par ailleurs que 60% des personnes interrogées établissent un lien direct entre l'amélioration de leur santé et le fait d'être suivies socialement. Dans le contexte international, les articles publiés concernant l'efficacité des traitements de substitution à la méthadone fournissent des résultats similaires. En effet, les résultats font état d'une diminution de la consommation de drogues injectées et du partage de seringues. En outre, la mortalité associée à l'abus d'opiacés a également diminué (Metzger, Navaline & Woody, 1998; Avants, Margolin, Sindelar et al., 1999). La qualité de vie semble également améliorée, notamment avec l'augmentation de l'espérance de vie des usagers (Brugal et al., 2005) Qu'en est-il des implications économiques des centres de substitution? A ce sujet, Barnett & Hui (2000) ont réalisé une revue de littérature sur la distribution de méthadone sous l'angle économique. Il ressort que la rentabilité est bonne puisque le rapport

coût/efficacité est inférieur à 11'000 \$. Ce chiffre est nettement inférieur aux coûts liés aux thérapies médicales générales et encourage l'inclusion de telles structures dans le système de soins d'un pays. Le tableau 8 donne un aperçu des travaux qui viennent d'être cités.

**Tableau 8: Evaluations des traitements de substitution à la méthadone**

Auteurs	Pays	Type d'évaluation	Population étudiée	Résultats
Barnett, P. G. & Hui, S. S. (2000) The Cost-Effectiveness of Methadone Maintenance The Mount Sinai Journal of Medicine, Vol. 67 Nos. 5 & 6 October/November	EU	Revue de littérature	Centres de distribution de méthadone	Rapport coût / Efficacité < 11'000 \$
Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., Barrio, G., de Olalla, P.G., de la Fuente, L. (2005) Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain	ES	Follow-up après 9 mois	T0 : 5049 usagers d'héroïne en traitement de méthadone bas-seuil T1 : 4044	Diminution de la mortalité par overdose et HIV/SIDA de 4.3% Augmentation de l'espérance de vie de 21 ans.
Duffour, P. (2007) La qualité de vie subjective et l'accompagnement social des personnes toxicodépendantes Université de Neuchâtel	CH FR	Follow-up à 6 et 12 mois	Usagers adultes de substances psychoactives N = 63	Amélioration significative dans tous les domaines de santé subjective (Physique – Psychique – Relationnel – Environnemental)
OFSP (2006) Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse. Résultats du système de monitoring Rapport annuel act-info	CH	Données socio-démographiques descriptives	Usagers adultes de substances psychoactives	-

## 7.2 Prescription d'héroïne

A côté des traitements de substitution à la méthadone, il existe des programmes de prescription d'héroïne que nous allons décrire plus en détail.

Les programmes de prescription d'héroïne ont pour objectif l'amélioration de l'état de santé ainsi que l'intégration des usagers de substances à haut risque. A la différence des mesures de réduction des risques pures et dures telles que les offres bas seuil, ces prises en charge thérapeutiques visent non seulement à diminuer les risques associés à l'usage de substances mais également à diminuer, voire éliminer, l'usage de substances non prescrites. Le sevrage est envisagé comme un objectif à long terme. Le groupe cible est constitué d'usagers à haut risque qui ont souvent rencontré des échecs lors de traitements antérieurs: traitements de substitution à la méthadone ou traitements orientés vers l'abstinence. On souhaite permettre aux usagers à forte dépendance de stabiliser leur consommation avant de les orienter vers un autre type de traitement.

L'exigence faite au patient est relativement élevée puisque les usagers doivent se rendre deux à trois fois par jour dans le centre où ils effectuent ce programme.

### **Situation en Suisse**

En 1992 la décision de mise en place de ce type de programmes en Suisse a vu le jour. Les premiers essais ont été réalisés en 1994 dans des centres de traitement de la ville de Zürich. Ces programmes figurent actuellement sur la liste des prises en charge en matière d'usage d'opiacés dans notre pays. Selon Huissoud, Samtica, Arnaud, Zobel & Dubois-Arber (2006), il y avait 23 centres HeGeBe de prescription d'héroïne en Suisse en 2006 dans les cantons de Zürich, Soleure, Lucerne, Saint-Gall, Berne, Bâle-ville et Genève. Les centres varient en taille et en capacité d'accueil. Deux d'entre eux se trouvent en milieu carcéral. En ce qui concerne les critères d'éligibilité, les usagers doivent remplir quatre exigences à savoir : avoir 18 ans, être gravement dépendant à l'héroïne depuis au moins 2 ans, avoir fait au moins deux tentatives connues de traitement (sans succès ou interrompues) en thérapie ambulatoire ou résidentielle et présenter des déficits de nature somatique, psychique ou sociale imputables à l'usage de drogues. Selon l'OFSP, le nombre de personnes bénéficiant de ce traitement était de 1283 sur 1444 places disponibles en 2007.

L'OFSP accorde CHF 50'000.- pour financer l'installation de ces sites. Par la suite, le remboursement de la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) couvre environ 80% de leurs frais. Les coûts de l'infrastructure et de la prise en charge psychosociale sont laissés à la charge des cantons et des communes (Huissoud & al, 2006).

Ces centres sont soumis à une réglementation de l'OFSP en ce qui concerne les bâtiments (portes sécurisées, baies vitrées obscurcies), le stockage des substances ou encore l'agencement et la capacité d'accueil des différents locaux: salle d'attente, local d'administration, salle d'injection, salle de soins médicaux. Les exigences en matière de ressources humaines concernent essentiellement l'interdisciplinarité médico-psycho-sociale. Les équipes qui y travaillent comprennent au minimum un médecin responsable de la direction médicale, un professionnel de la prise en charge psycho-sociale et deux personnes responsables des soins, de la remise de substances et de la prescription de médicaments aux usagers.

Huissoud & al. (2006) donnent un exemple de ce type de programmes. Ceci permet de rendre compte de la taille, des ressources, de la fréquentation et du budget qu'ils représentent (tableau 9).

**Tableau 9: Description du programme PEPS**

<b>Le programme expérimental de prescription de stupéfiants (PEPS) à Genève</b>	
Taille	50 places de traitement
Ressources en personnel	8.4 équivalents temps plein
Fréquentation	file active de 36 patients
Budget	1'393'000 (dont 1'086'000 de frais de personnel), 640'000 sont financés par les prestations facturées

### **Situation internationale**

Cette mesure existe en Angleterre depuis déjà quelques décennies. Dès les années 1970, elle n'est réservée qu'au traitement des usagers à forte dépendance. De réels essais de programmes de prescription n'ont cependant vu le jour que dans les années 1990 grâce à des études de faisabilité en Australie et surtout grâce à des essais contrôlés en Suisse. Dès les années 2000, les Pays-Bas, l'Espagne, l'Allemagne, le Canada et la Grande-Bretagne ont, à leur tour, mis en place ce type d'essais.

### **Résumé des rapports d'évaluation**

Les études concernant la prescription d'héroïne sont nombreuses. Nous avons privilégié pour notre travail la revue de la littérature de Huissoud & al. (2006), d'une part parce qu'elle est récente et, d'autre part,

parce qu'elle s'inscrit dans une perspective de réduction des risques en Suisse. Les essais évalués qui font l'objet de cette revue de la littérature proviennent de Suisse (N=14) mais aussi de Hollande (N=3) et de Grande-Bretagne (N=1). Les autres pays n'ont pas encore publié d'articles scientifiques à leur sujet. La cohorte suisse semble être la seule à avoir été étudiée sur le long terme, à savoir 6 ans après l'entrée en traitement d'une cohorte d'usagers. Un résumé des points principaux de ce travail se trouve dans le tableau 10.

Selon cette revue de la littérature, la prescription d'héroïne permet l'amélioration de la santé physique des usagers d'héroïne: diminution des infections de la peau, du tractus digestif ou encore augmentation du poids. Elle permet également d'améliorer leur santé mentale. Selon Rehm et al., les problèmes psychiques sévères auraient connu une baisse allant de 37% à l'admission des usagers à 19% après 18 mois de traitement (Rehm, Frick, Hartwig, Gutzwiller, Gschwend & Uchtenhagen in Huissoud & al.; 2006). Au niveau de la réduction des risques, cette mesure participe à diminuer certains comportements tel le partage de matériel d'injection (16% vs 5% après 18 mois selon les essais suisses) et favorise l'éloignement des scènes ouvertes de la drogue. Elle semble également utile en ce qui concerne la diminution de la transmission des maladies infectieuses et notamment des hépatites (10% vs 4% selon les essais suisses). Selon les essais réalisés en Suisse de 1994 à 2000, elle permet de diminuer la mortalité parmi les usagers de substances. Celle-ci passerait d'un taux annuel de 2.5%, voire 3%, à un taux de 1.1% pour les usagers inscrits aux programmes de prescription d'héroïne. Les principales causes de décès dans la cohorte étudiée ont été le sida (35%), les accidents (18%) et les suicides (12%). Cette diminution de la mortalité est d'autant plus importante que cette mesure s'adresse à la population d'usagers de substances la plus fortement atteinte.

La prescription d'héroïne favorise également l'intégration sociale, notamment l'accès au logement et à l'emploi. Elle permet également de réduire le nombre de comportements contraires à la loi et de dénonciations faites à la police, notamment grâce à la diminution de la consommation de cocaïne (Blättler, Dobler-Mikola, Steffen, Uchtenhagen in Huissoud & al; 2006). Il semble qu'en Suisse, 69% des revenus des usagers entrant dans un programme de prescription à l'héroïne provenaient d'activités illégales telles que le deal ou le vol. Après 18 mois de traitement, ce type de revenus ne constituait plus que 10%. Il semble également que d'autres pratiques telles que la prostitution ou encore la fréquentation de scènes ouvertes de la drogue aient diminué. Au Pays-Bas, il a été constaté que les infractions contre la propriété sont moins fréquentes parmi les usagers sous traitement d'héroïne que parmi les usagers sous traitement de substitution à la méthadone (10.3% vs 37.5%).

Cette mesure contribue à la diminution et à l'arrêt d'usage d'héroïne non prescrite, ainsi qu'à la diminution de la consommation de cocaïne et de benzodiazépines. Les effets en ce qui concerne le type des substances utilisées et les usages qui en sont faits varient suivant les pays. Dans les essais suisses, il semble que les patients aient rapporté une baisse de l'usage quotidien d'héroïne « de la rue », passant de 82% à 6% après 18 mois. De plus, on constate une diminution de la consommation quotidienne de cocaïne, passant de 30% à 6% après 18 mois. Par ailleurs, la consommation de cette substance semble devenir plus occasionnelle. En effet, sur 79 consommateurs quotidiens, 41 avaient par la suite développé un usage plus occasionnel et 28 se déclaraient abstinents. D'après une enquête réalisée sur 75% de la population d'une cohorte suisse 6 ans après leur entrée en traitement (1994-1995), ces effets semblent perdurer. Il semble, par ailleurs, qu'un petit pourcentage d'usagers parvient à l'abstinence de substances psychoactives. En effet, selon cette même enquête, 16% des usagers interviewés ont déclaré être abstinents aux opiacés et à la cocaïne 6 ans après leur entrée en traitement. En ce qui concerne le taux de rétention, les études suisses relèvent un taux de 70% après 12 mois de traitement, de 50% après 30 mois et de 34% d'usagers en traitement pendant 5 ans ou plus. L'entrée dans d'autres types de traitement tels que le traitement de substitution à la méthadone ou les traitements orientés vers l'abstinence est la cause principale (60%) des arrêts de ce type de programme.

Les coûts en matière de personnel, de soins ainsi que de recherche sont supérieurs à ceux que représen-

tent les programmes de prescription de méthadone. Ils avoisinent les CHF 60.- par jour et par personne en Suisse. Cependant, même si ces programmes sont onéreux, il semble qu'ils permettent de réduire les coûts liés aux dégâts dus à l'usage de substances. Frei et al., soulignent que, 12 mois après l'admission, les coûts associés aux pathologies courantes des usagers de substance telles que les épisodes dépressifs, les maladies de la peau, les épisodes épileptiques ou encore les intoxications diminuent de manière durable. Selon l'auteur, ils passent de CHF 94'875 à CHF 21'998 c'est-à-dire à CHF 17.11.- par patient et par jour en 1998 (Frei, Steffen, Gasser, Kümmerle, Stierli, Dobler-Mikola, & al. in Huissoud & al; 2006). Dijkgraaf et al. soulèvent également la baisse de coûts liés à la répression de la criminalité (Dijkgraaf, van der Zanden, de Borgie, Blanken, van Ree & van den Brink in Huissoud & al; 2006).

Outre le prix ainsi que les rares mentions négatives faites par certains usagers concernant le maintien du lien avec le produit, les seuls désavantages cités par Huissoud et al. (2006) sont que ces programmes ne répondent ni aux besoins sociaux et occupationnels actuels de la cohorte vieillissante d'usagers de substances psychoactives, ni au nouveau mode d'usage de cocaïne par injection de plus en plus courant.

**Tableau 10: Evaluations des programmes de prescription d'héroïne**

Auteurs	An-née	Pays	Type d'évaluation	Population étudiée	Résultats
Huissoud T., Samtica S., Arnaud S., Zobel F. & Dubois-Arber F.  Contribution à la réflexion sur l'apport de mesures de traitement de réduction des risques en complément au dispositif actuel. Programme de prescription d'héroïne, local d'injection.  Institut universitaire de Médecine sociale et préventive de Lausanne	2006	Suisse  Hollande  Grande-Bretagne	Revue de la Littérature (N=18)	Usagers gravement dépendants à l'héroïne, ayant fait d'autres tentatives de traitement et présentant des déficits somatiques, psychiques ou sociaux associés à cet usage	Diminution de la consommation parallèle, de la mortalité, des comportements à risque et de la délinquance.  Amélioration de la santé physique/ psychique et de l'intégration sociale.

Nous venons de voir les offres existantes en matière de structures bas seuil et de structures intermédiaires en Suisse et à l'étranger. Nous allons dès à présent passer en revue certains systèmes de soins étrangers ayant fait l'objet de réformes en matière d'usage de substances. Sur la base de ces différentes offres et approches communautaires nous pourrons par la suite procéder aux indications.

## **8 Prises en charge intégrées**

### **8.1 Réforme du système de soins: l'exemple canadien**

Exposée à une hausse de la mortalité, de la délinquance et de la scène ouverte liée à la consommation de substances psychotropes, la ville de Vancouver, avec l'association des gouvernements du Canada et de Colombie britannique, a entrepris en 2000 une vaste réforme du système de soins et de prise en charge des usagers de substances. Six forums publics réunissant plus de 30 représentants des diverses communautés culturelles et plus de 2000 citoyens ont ainsi été organisés en vue de coordonner les efforts, d'obtenir une participation et un engagement des gouvernements régionaux afin de créer une communauté plus sûre et plus saine pour chacun.

Au terme de ces réunions, 36 mesures organisées sous l'inspiration du principe des 4 piliers, Prévention - Traitement - Réduction des risques – Répression, ont été mis en place avec un coût estimé entre 20 et 30 millions de dollars par année. Ce coût est considérablement moins élevé que les coûts associés à l'usage de substances. Par exemple, en Colombie britannique, le coût estimé de l'établissement en 1997 du renforcement de la loi sur les drogues injectées en relation aux HIV/sida a été évalué à environ 96 millions par année. Les coûts de la santé liés aux usagers non traités sont estimés à 33 millions de dollars. (Millar, 1998 in MacPherson & Rowley, 2001)

4 buts principaux ressortent de ce plan d'action. Des actions des 4 piliers ont été mises en œuvres pour chacun d'entre eux :

1. **Responsabiliser et encourager le pays et les provinces** à adopter une approche régionale de développement des services pour usagers de substances psychoactives et démontrer les implications de l'usage de substances aux niveaux national et régionaux.

**Actions :** Revoir les lois, entre autres, en matière de drogues, d'alcool, de crime organisé et de protection de la jeunesse. Initier des recherches en ce qui concerne des pharmacothérapies alternatives à l'usage de drogues telles que les amphétamines ou la cocaïne, par exemple. Evaluer la faisabilité de programmes de prescription d'héroïne ou de locaux de consommation.

2. **Améliorer et protéger l'ordre public**, entre autres, réduire les scènes ouvertes de la drogue et réduire les impacts négatifs liés à la drogue tels que le crime organisé, l'abus de substances en implémentant une politique de prévention du crime et en augmentant la sécurité publique.

**Actions :**

Agir au niveau préventif en augmentant les connaissances et la compréhension de la problématique de l'usage de substances psychoactives. Développer des programmes spécialement destinés aux personnes de langue maternelle étrangère. Soutenir des mesures basées sur la communauté (« community-based »). Envisager de créer un service pour promouvoir la santé et la prévention du crime et coordonner les mesures préventives prises pour la communauté.

Agir au niveau des traitements en écartant les difficultés d'accès à des traitements de substitution à la méthadone. Améliorer l'étendue géographique de l'offre. Améliorer la problématique du logement pour les usagers de drogues et d'alcool abstinentes et consommateurs (foyers, abris). Explorer les possibilités légales et politiques pour permettre un traitement de sevrage chez les jeunes usagers impliqués dans le trafic de stupéfiants, qui se mettent en danger personnellement et constituent un risque pour autrui.

Agir au niveau répressif en augmentant l'effectif des services de police en lien avec le crime organisé et les stupéfiants pour mieux évaluer les perturbations et le trafic dans certains quartiers. Constituer une équipe de spécialistes issus des différents secteurs impliqués (police, employés de la ville, ministère de l'enfance et de la famille, représentants de la communauté). Créer une cour de justice spécialisée dans le traitement des usages de substances et préconiser des programmes de traitement dans le système de justice pénale. Augmenter la visibilité des forces de l'ordre. Agir au niveau de la réduction des risques en créant plus d'abris et de logement à court terme.

- 3. Améliorer et protéger la santé publique.** Réduire les dommages de l'usage de substances tels que la transmission du HIV, du sida, des maladies hépatiques, les décès par overdose et les mauvais usages de drogues par l'information et la sensibilisation du public aux problèmes de la drogue ainsi que par la mise à disposition de services pour les populations à risque telles que les jeunes, la population féminine, les communautés locales et les personnes souffrant de troubles mentaux.

**Actions :** Agir au niveau préventif en développant des ateliers interactifs de prévention pour les écoles dispensés par les professeurs avec l'aide de professionnels (infirmiers, policiers) : aider les étudiants à développer des capacités de refus, promouvoir le dialogue, informer sur les substances et les aider s'ils en font usage. Développer une campagne publique d'information et impliquer les institutions publiques, les médias, les maisons de quartiers afin de sensibiliser la population générale. Développer un programme de prévention spécialement conçu pour les parents. Créer des programmes pilotes pour les jeunes à risque de 8 à 13 ans et leurs familles.

Agir au niveau du traitement en créant une unité spéciale de 15 lits dans un hôpital pour femmes afin de prodiguer des soins spéciaux pour les femmes enceintes et les femmes qui ont des enfants et qui nécessitent une prise en charge pour leur usage de substances. Créer une institution avec 20 lits spécialement conçus pour les jeunes faisant usage de substances psychoactives. Développer un centre de traitement à long terme (8 à 12 mois) pour cette même population. Introduire des programmes de prescription d'héroïne. Augmenter l'accessibilité des échanges de seringues. Créer des programmes bas seuil et des centres de jour pour prévenir le passage d'un usage à problème à un usage dépendant chez les usagers.

Agir au niveau répressif en mettant en place un projet pilote pour les jeunes impliqués dans la prostitution en prenant des mesures contre les proxénètes et les clients de la prostitution et en dispensant des traitements à ces jeunes afin d'éviter leur retour à de telles pratiques.

Agir au niveau de la réduction des risques en formant les professionnels à la prévention des overdoses. Développer des mesures de réduction des risques en milieu festif.

- 4. Coordonner et évaluer les actions des différentes institutions.** Mettre en place un organisme de représentation indépendant chargé de cette tâche. Vancouver a sollicité la participation du département de la santé de la ville (Vancouver/Richmond Health Board), les services de santé publique, les services de police, le *Ministère de l'Enfant et de la Famille* ainsi que des représentants des communautés.

**Actions :** superviser la mise en œuvre des 4 piliers.

En 2002, Mumford et ses collaborateurs ont établi une évaluation de cette vaste réforme du système de santé (Mumford et al ; 2002). Le but de l'étude menée par Mumford et al. est d'examiner la capacité de la communauté à fournir des services aux personnes vivant avec le VIH/sida. Elle porte sur cinq communautés de soins au Canada (Halifax, Montréal, Toronto, Winnipeg, Vancouver). Les données ont été récoltées auprès de bénéficiaires de soins (N = 88) dont environ 1/5 fait usage de drogues par injection (échantillon de Vancouver), de soignants de premier recours (N = 37) et de soignants informels (N = 36) à la suite de

discussions de groupe. Il s'agit donc essentiellement de données qualitatives. En tout, ce sont 23 discussions de groupe et 9 entrevues individuelles qui ont été effectuées. Les conclusions qui ressortent des différents groupes de discussions ont été réparties par thèmes, dont voici les résultats principaux :

### **Composantes des soins qui fonctionnent bien**

- Un soutien entre pairs
- Des soignants compatissants, informés et compréhensifs
- Un soutien pratique pour satisfaire les besoins élémentaires quotidiens
- Des services accessibles où les clients sont acceptés et traités avec respect
- Des services issus d'une collaboration entre fournisseurs, qui suivent le modèle d'un point unique de services divers
- Des intervenants qui ont le temps d'écouter les clients et d'établir un rapport avec eux.

### **Obstacles au système de soins**

- Listes d'attente ou des procédures bureaucratiques entraînant des délais
- Nécessité de se déplacer hors de leur communauté ou dans plusieurs organismes pour obtenir des services
- Manque d'informations sur les services existants
- Situation financière contraignante

### **Obstacles du milieu de travail – le point de vue des soignants**

- Manque d'occasions de formation pour soutenir les clientèles actuelles
- Manque de ressources pour accéder à une formation et à l'éducation
- Manque de collaboration entravant un continuum de soins
- Manque de temps pour établir une relation de qualité avec chaque client
- Obligation de travailler dans le cadre de politiques restrictives, ce qui donne lieu à des services rigides et peu adaptés aux populations actuelles.

### **Caractéristiques individuelles des soins informels**

- Esprit de camaraderie pour l'écoute et le soutien du bénéficiaire
- Assistance pratique pour les tâches quotidiennes
- Défense des intérêts des proches du bénéficiaire lors des négociations de soins et de traitements
- Soutien quant aux questions de médicaments
- Information à propos de services liés au VIH/sida

En marge de ces résultats, des modèles novateurs de soins et de soutien ont été suggérés. Il s'agit principalement de :

- Accompagner les modèles mis en place d'outils d'évaluation continue.
- Porter une attention particulière aux modèles de soins qui aident les clients en matière de logement. En effet, l'existence de logements sûrs et abordables, bien adaptés aux besoins des clients, a été identifiée comme un besoin urgent.
- Offrir aux fournisseurs de services sociaux et de santé des opportunités de se sensibiliser à des questions liées au VIH/sida, au problème des sans-abri, à l'usage de drogues et à la pauvreté, en proposant des stratégies de soins et de soutien qui conviennent à ces populations.
- Etablir une liste des meilleures pratiques relatives aux soins. Ces renseignements serviraient de protocole d'apprentissage et d'outil éducatif dans les hautes écoles et universités.

## 8.2 L'exemple allemand

La ville de Francfort a adopté une réforme de soins similaire à celle adoptée par la ville de Vancouver. Elle a développé une série de mesures et de structures bas seuil dans le but de réduire les risques et de fournir un traitement aux usagers de substances psychoactives. L'implémentation a débuté en 1991 avec l'introduction d'un programme bas seuil de traitement de substitution à l'aide de méthadone destiné à quelques 1000 usagers. Dans une seconde phase, un programme de réduction des risques a vu le jour par la mise à disposition de 300 lits additionnels au sein des foyers, l'ouverture de 5 centres multiservices destinés aux situations de crises, à la distribution de seringues stérilisées ainsi qu'à l'assistance de proximité. En 1992, les autorités ont procédé à une fermeture des scènes ouvertes de la drogue et à l'expansion du programme de réduction des risques. Enfin, en 1994, les premiers locaux d'injection ont été ouverts.

En matière de législation, les usagers de substances faisant l'objet de condamnation de moins de trois ans ont désormais la possibilité de choisir un traitement, avec substitution à la méthadone, en lieu et place de la prison.

Face à l'augmentation de consommation de crack et de cocaïne, un programme pilote a été mis en place dans le but de créer un contact avec cette population de consommateurs pour pouvoir, par la suite, les intégrer au système de soins.

De plus, une recherche clinique sur la prescription d'héroïne a été instaurée dans diverses villes d'Allemagne.

Grâce à ces mesures, la ville de Francfort a connu des diminutions en ce qui concerne le nombre d'injections dans les lieux publics, le nombre d'usagers dépendants et de sansabri, du trafic de stupéfiants, ainsi que de la délinquance liée à la consommation (MacPherson & Rowley, 2001).

## 8.3 L'exemple australien

En novembre 1998, suite à des pourparlers entre les différentes communautés vivant sur le sol australien – les industries, les gouvernements et les secteurs non-gouvernementaux – est né le *programme national d'action contre la drogue* (National Drug Strategic Framework – NDSF). L'objectif prioritaire est de réduire les effets négatifs de l'utilisation de substances psychoactives en Australie. En effet, l'usage de drogue ne peut pas être totalement supprimé. Par conséquent, une prise de conscience de la réalité de la consommation au sein de la société ainsi qu'une approche globale de l'usage de drogues a vu le jour.

Le *programme national d'action contre la drogue* a établi des liens entre les divers programmes nationaux de santé publique. En effet, à côté des programmes directement concernés par l'usage de substances, comme le programme de prescription d'héroïne et le programme destiné aux communautés locales ayant une consommation excessive de substances, le NDSF a fait également appel au programme national de lutte contre la délinquance ainsi qu'au programme de prévention du suicide chez les jeunes.

Quatre plans constituent les stratégies d'actions prioritaires. Ils ont pour cible les drogues illicites, l'alcool, le tabac et la prévention de l'usage de substances en milieu scolaire.

L'impact du programme NDSF a fait l'objet d'évaluation dans le cadre d'une enquête nationale menée par l'*Institut australien de la santé et du bien-être* (AIHW) auprès de personnes âgées de plus de 14 ans au sujet des usages de substances psychoactives (Szirom & al ; 2003). Voici ce qu'en disent les 184 individus sondés (tableau 11) :

**Tableau 11: Résultats de l'évaluation australienne**

<b>IMPACT DE NDSF (N = 184)</b>	<b>%</b>
<b>Impact positif (73%)</b>	
Augmentation de la coopération et de la collaboration entre secteurs (par exemple services de police et services de santé)	17
Publication comme références pour les aspects juridiques	14
Contexte approprié pour des stratégies/actions futures	11
Augmentation des possibilités d'accès aux ressources	9
Validation des mesures politiques au sein des gouvernements	8
Action sur le terrain cohérente avec les stratégies nationales	7
Amélioration de la collecte et du partage des données et des informations	2
Aperçu positif de la prévention dans les écoles	5
<b>Impact négatif (27%)</b>	
Lacunes dans la connaissance, la compréhension et la gestion du programme	6
Manque d'impact sur la population de rue	6
Programme trop important (vocation de correspondre à tous)	6
Accent mis sur la santé mais peu d'attention à la répression ou l'éducation	3
Accent trop important sur l'alcool	3
Peu d'impact sur les demandes	3

### **8.4 L'exemple néerlandais**

Aux Pays-Bas, c'est essentiellement l'Institut Trimbos qui a enrichi la réflexion en matière d'usage de substances dans une perspective de santé publique et mentale. La mission du *Trimbos Instituut* est de développer une qualité de vie en développant et en appliquant les savoirs récents dans le domaine de la santé mentale, de la santé physique et de l'usage de substances psychoactives.

Onze programmes thématiques proposés par trois centres mènent plusieurs projets par an avec la perspective de publications de recherches, de nouvelles implantations de stratégies, des évaluations et recommandations, des rapports d'expertises ainsi que des séminaires et conférences. Le rapport annuel (Trimbos Instiuit ; 2007) expose les grandes lignes des activités en cours en se basant sur le thème de la « gestion de la maladie » (Disease Management), cela en raison de la prise de conscience que la souffrance mentale liée à l'usage de substances passe par différents acteurs de soins.

Le système de soins proposé en Hollande se concentre sur la Prévention, le Traitement et le Management. L'idée principale du « Disease Management » ou « gestion de la maladie » est celle de la responsabilité commune face à la maladie. L'objectif est d'incorporer dans la gestion de la santé à la fois la personne elle-même et son environnement social (sa famille, son employeur), les fournisseurs de soins, les assurances maladies, les pharmacies et les industries pharmaceutiques.

En substance, le tableau 12 présente un résumé des différences entre le système de soins traditionnel et le Disease Management.

**Tableau 12: Caractéristiques du Disease Management**

Système traditionnel	Disease Management
Réactif	Proactif
Traitement orienté	Prévention et traitement orienté
Optimisation d'un processus de soins spécifique	Optimisation du processus global de soins
Evaluation de l'aménagement d'un fournisseur de soins	Evaluation de l'aménagement du processus global de soins
Méthodes et protocoles mono-disciplinaires	Méthodes et protocoles multidisciplinaires
Responsabilité liée au fournisseur de soins	Responsabilité liée au réseau de soins entourant le patient
Analyse d'un épisode de la maladie	Analyse du cours naturel de la maladie
Rôle passif du patient	Engagement intensif du patient
Orienté vers le processus	Orienté vers le résultat

Afin d'assurer un bon déroulement de la gestion de la maladie, le système de soins se doit de répondre à un certain nombre de critères :

1. **Vision commune** : Chaque personne engagée dans le système de soins doit pouvoir avoir un regard sur les groupes à risques, l'information fournie à ces groupes cibles et enfin des principes pour le développement de protocoles de traitements.
2. **Analyse économique** : Un certain nombre de questions permettent d'avoir un aperçu des coûts telles que : Quel secteur nécessite le plus de coûts ? Quels coûts peuvent être évités en utilisant une autre intervention ?
3. **Accent sur la prévention** : Les interventions se font en premier lieu sur les populations à risque afin d'éviter l'apparition de symptômes.
4. **Engagement du patient** : On évoque ici un soutien éducatif et émotionnel ainsi qu'une approche motivationnelle.
5. **Continuité des soins selon deux approches** : Il s'agit d'une part de collaborer avec les organismes de soins et d'autre part de trouver des alternatives aux traitements coûteux en cas de maladies chroniques.
6. **Accent sur les protocoles « evidence informed »** : Il s'agit de diversifier les protocoles de soins dans une optique multi-disciplinaire.
7. **Gestion des cas (Case Management)** : Les gestionnaires suivent le patient tout au long de son traitement. Ils peuvent ainsi coordonner les efforts entre les divers acteurs de soins. Le gestionnaire s'occupe principalement de proposer une hygiène de vie saine pour le patient et son proche entourage.
8. **Elaboration de bases de données** : Le succès d'une gestion globale de la santé passe par les détails. Des variables concernant le patient, le soignant, les coûts et les résultats des interventions peuvent servir à terme à établir des méta-analyses.
9. **Rôle de l'industrie pharmaceutique** : Il s'agit d'une part d'optimiser la médication et d'autre part d'identifier les groupes à risques. Par ailleurs, une meilleure connaissance des résultats cliniques suite à la médication est utile.

Le Disease Management semble également intéressant d'un point de vue économique. En effet, selon Bras, Duhamel et Grass (2006), qui ont étudié les expériences réalisées à l'étranger dans le domaine du Disease Management, « le modèle économique du Disease Management repose pour l'essentiel sur l'hypothèse que l'intervention auprès des patients permettra d'éviter des complications et donc des hospitalisations coûteuses et se traduira au total par une économie supérieure aux coûts des interventions et à l'augmentation des dépenses de ville (médicaments notamment) induite par le programme ».

## 9 Discussion

Comme nous venons de le voir, la tendance actuelle est à la prise en charge intégrée des usagers de substances psychoactives. En effet, celle-ci tend à devenir multidisciplinaire et de nombreux efforts sont déployés pour assurer une coordination optimale de tous les acteurs impliqués par cette problématique.

De plus, les offres se diversifient, notamment en matière de réduction des risques. Elles s'adaptent de mieux en mieux aux besoins des usagers de substances en tenant compte d'une hiérarchie d'objectifs de prise en charge et en intégrant davantage les compétences de l'utilisateur dans la gestion de sa santé. En effet, les offres de type ambulatoire permettent, par exemple, de responsabiliser et de redonner l'autonomie aux clients. Les prestations intermédiaires sont, quant à elles, des ressources alternatives à l'hospitalisation permettant de prévenir des situations de crise. Quant aux prestations bas seuil, elles permettent d'établir et de maintenir un lien avec des populations qui ne cherchent ni aide, ni sevrage. Notons de plus, que si la plupart de ces dernières s'adressent aux usagers dépendants, certaines jouent plutôt un rôle de prévention auprès des usagers à faible risque. Toutefois, malgré les offres précitées, il reste difficile d'approcher la population d'utilisateurs dite « cachée ». Il serait donc souhaitable de développer des approches encore plus dynamiques afin de faciliter l'accès aux soins. Les activités lors de soirées, le travail de rue permettent, par exemple, d'approcher directement les milieux concernés. De même les démarches ciblées auprès des populations de migrants, l'intégration de médecins et d'autres services de premiers recours sont des exemples d'une prise en charge qui se veut communautaire. Ces approches ciblent surtout les populations socialement défavorisées. Néanmoins, il semble indispensable de développer une politique de santé qui s'adresse également aux usagers bien intégrés dans la société, notamment dans le milieu financier. Il est indispensable de s'intéresser davantage aux usagers de cocaïne et d'alcool bien intégrés afin d'éviter leur désintégration sociale. Nous n'avons malheureusement pas trouvé d'approches réellement innovatrices pour ces groupes cibles. Il faudrait plutôt tenter d'approcher cette population d'utilisateurs en les intégrant à une stratégie plus globale.

Afin de garantir une prise en charge globale des usagers de drogue et d'alcool, il semblerait nécessaire d'assouplir certaines de nos structures afin d'être en adéquation avec les besoins du plus grand nombre possible d'utilisateurs de substances. En effet, plutôt que d'implanter de nouveaux services isolés, il serait souhaitable d'adapter au mieux nos offres au service de la clientèle, quelles que soient la problématique et la catégorie d'usage. Il conviendrait d'ailleurs de dépasser cette notion de dépendance et de se mettre plutôt au service de toute personne « vulnérable ». Pour ce faire, il faudrait inverser la pyramide des soins et partir des besoins des usagers et non des besoins des institutions. Cela signifie que dans les services très spécialisés, il ne faudrait pas chercher une clientèle qui s'adapte à l'offre mais plutôt faire en sorte que chaque collaboratrice et collaborateur devienne une personne ressource pour faciliter l'accès à la prise en charge des usagers. Ceci devrait se faire sans perdre, pour autant, l'identité de son institution « mère », acte d'équilibre délicat. Un service d'interface, une équipe mobile de coordination pour les cas difficiles pourraient, par exemple, faciliter l'accès aux soins. Toutefois, les services atomisés ne seront pas efficaces s'ils ne s'inscrivent pas dans une stratégie cohérente, inspirée de la santé publique et de la santé mentale publique. Celle-ci devrait englober une prévention dite « structurelle », une prévention primaire et ciblée, une prévention secondaire et tertiaire, y compris de réduction des risques et de prévention des rechutes. Si la ligne directrice des différents acteurs impliqués dans la prise en charge des usagers de substances est de venir en aide à un maximum de personnes en amont d'une problématique à fort risque de chronicisation, les différentes offres trouveront leur clientèle et justifieront leur raison d'exister.

## 10 Conclusion

Notre revue de littérature suisse et internationale avait pour but de combler certaines lacunes de connaissances en ce qui concerne les structures dites « bas seuil » et « intermédiaires ». Ces structures sont encore peu connues et intégrées aux systèmes de soins en Suisse romande.

La notion de santé mentale est bien intégrée à la définition en vigueur du canton de Fribourg en matière d'usage de substances psychoactives, puisque l'usage dépendant est défini comme « handicap social ». Cette redéfinition comporte des défis pour les structures bien établies et ayant fait leurs preuves.

Dans notre travail, nous n'avons pas abordé la question des implications pour les structures s'occupant de personnes touchées par un handicap mental et physique. Toutefois les deux mondes, celui du handicap mental et physique et celui du handicap dit « social », à savoir le monde des usagers de substances, peuvent tirer des bénéfices de leurs traditions respectives.

L'exemple de dynamisme et de flexibilité dont font preuve les professionnels du monde des dépendances pourrait, par exemple, alimenter la réflexion sur la prise en charge des handicapés mentaux et physiques adultes.

Le monde de la prise en charge des usagers de substances pourrait, pour sa part, s'inspirer de l'approche résolument psycho-éducative du monde du handicap mental et physique ainsi que de ses lignes directrices, à savoir la réhabilitation sociale ainsi que la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion.

En définissant l'usage de substances en tant que « handicap social », il existe un risque d'écarter la prévention de la liste des priorités. Cet élément est pourtant inéluctable, non seulement en ce qui concerne l'usage de substances psychoactives, mais également en ce qui concerne d'autres problèmes tels que la dépression ou encore les maladies mentales. Si en Suisse, et plus particulièrement dans le canton de Fribourg, on souhaite que cette réforme porte ses fruits en vue du bien-être des personnes touchées et de leur proches, les conditions suivantes semblent nécessaires:

1. Les besoins des usagers sur le plan communautaire devraient être représentés par une équipe composée des acteurs importants concernés par l'usage de substances, y compris par des représentants parmi les usagers et leurs familles.
2. Il serait judicieux de mettre en place une plateforme virtuelle sous forme d'Intranet qui permettrait aux professionnels de concrétiser les principes du « Disease Management » et d'interagir avec la totalité du réseau à propos de leurs clients. Notons que cette méthode permettrait d'agir efficacement et rapidement tout en évitant de nombreuses réunions de longue durée.
3. Chaque service devrait servir de porte d'entrée pour n'importe quel service du système de soins et pour tout type de problèmes rencontrés par le client.
4. Chaque personne devrait avoir le droit à un diagnostic médical, pharmacologique, psychologique, social et économique et à la planification d'un projet de développement qui tient compte de ses compétences et de sa situation. Les clients devraient avoir le choix des services dont ils souhaitent bénéficier. Les services devraient dès lors être capables de s'adapter aux besoins des clients.
5. Chaque client devrait être le porteur de son cas et posséder son dossier sur un support électronique tel qu'une clé USB, par exemple. Ceci permettrait de limiter les questionnements et anamnèses à répétition, faciliterait la prise en charge et impliquerait davantage le client.

## Bibliographie

- Altenberg, J., Balian, R., Lunansky, L., Magee, W., & Welsh, S. (2005). *Falling through the Cracks: An evaluation of the need for integrated mental health services and harm reduction services*. Toronto: Departement of Sociology - University of Toronto.
- Arnaud, S., Zobel, F., & So-Barazetti, B. (2003). *Evaluation du bureau pour la réduction des risques liés aux drogues (BRR) - Développement de scenarii*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Avants S.K., Margolin A., Sindelar J.L., et al. (1999) Day treatment versus enhanced standard methadone services for opioid-dependent patients : A comparison of clinical efficacy and cost. *Am. J. Psychiatry*; 156:27-33
- Barben, C., Huynh, T., & Decrind, C. (2007). *La prise en charge des personnes toxicomanes*. Genève.
- Barnett, P. G. & Hui, S. S. (2000) The Cost-Effectiveness of Methadone Maintenance. *The Mount Sinai Journal of Medicine* Vol. 67 Nos. 5 & 6.
- Benmebarek, M. (2007). *Hépatite C en prison*. Paper presented at the Journée nationale de la réduction des risques.
- Benninghoff, F., Gervasoni, J.-P., & Dubois-Arber, F. (1996). Monitoring des activités des structures à bas-seuil d'accès consommateurs de drogues en Suisse: Remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques exemples cantonaux. *Sozial- und Präventivmedizin*, 49(1).
- Benninghoff, F., Solai, S., Huissoud, T., & Dubois-Arber, F. (2003). *Evaluation de Quai 9 - Espace d'accueil et d'injection a Genève*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive
- Bergeron, H. (2005). *European Union Action Plan on drugs 2005-2008 - Focus on harm reduction*. Paper presented at the Reitox Academy on Harm reduction data and reporting.
- Blösch, M. (2008). Cannabis-Abhängige profitieren von "Realize it!". *Bildung Schweiz*(11), 16.
- Bohnenblust, E. (2007). *"Realize it" und die Cannabispolitik in Basel*. Paper presented at the Abschlussstagung binationales Projekt "Realize it".
- Bonsack, C., Schaffter, M., Singy, P., Charbon, Y., Eggimann, A., Favrod, J., et al. (2003). *Troubles psychiatriques, maintien à domicile et coopération: Le point de vue des acteurs d'un réseau de soins*. Lausanne: ARCOS - Association "Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise"
- Bras, P.-L., Duhamel, G. & Grass, E. (2006). *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques: les enseignements des expériences de "Disease Management"*. France: Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.
- Brigham Young University - Center for the study of Europe (2005). *Defining Europe: Borders, Identities, Cultures. Connections - European Studies Annual Review*, 1.
- Bruckner, J., & Zederbauer, S. (2000). *Vergleich und Analyse des Problems illegaler Drogen in Österreich unter ökonomischen Gesichtspunkten - Überblick über die Aufwendungen und Leistungen der Drogeneinrichtungen im Jahr 1997*. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Universität Linz.
- Brugal M. T., Domingo-Salvany A., Puig R., Barrio G., de Olalla, P.G., de la Fuente L. (2005) Evaluating the impact of methadone maintenance programs on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction* : Vol. 100(7) p.981-989.
- Bundesamt für Gesundheit (Producer). *Realize it! - Kurzintervention bei Cannabismissbrauch und Cannabisabhängigkeit*.
- Bundesamt für Gesundheit (2000). *Suchtforschung des BAG 1996 - 1998 Band 2/4: Prävention*. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2001). *Suchtforschung des BAG 1996- 1998 - Band 3/4 Behandlung und Betreuung*. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2006a). *Die Drogenpolitik der Schweiz - Drittes Massnahmepaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006-2011*. Bern.

- Bundesamt für Gesundheit (2006b). Thema: Massnahmenpaket Drogen III. *Spectra - Gesundheitsförderung und Prävention*, 59.
- Bundesamt für Gesundheit (2008). Realize it! - Beratung bei Cannabiskonsum *SuchtMagazin*(3), 34-38.
- Bundesamt für Statistik (2002). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002*. Neuchâtel: BFS - Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2007). *Gesundheitsstatistik 2007*. Neuchâtel: BFS - Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2008a). *BFS Aktuell - Krankenhausstatistik 2007: Standardtabellen*. Neuchâtel: BFS - Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2008b). *BFS Aktuell - Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2007: Standardtabellen*. Neuchâtel: BFS - Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2008c). *Die Bevölkerung der Schweiz 2007*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Camus, D., & Bonsack, C. (2004). *Accueil temporaire psychiatrique (ATP): Evaluation d'une expérience pilote*. Prilly: Departement universitaire de psychiatrie adulte.
- Centre for interdisciplinary addiction research (ZIS) of the Hamburg University (2008). *Quality of treatment services in Europe - drug treatment situation and exchange of good practice*. Hamburg: University of Hamburg.
- Centre psychosocial de Fribourg, & Fondation Le Tremplin (1999). *Promi - Projet fribourgeois methadone injectable - Rapport final 1998*. Fribourg
- Chinet L., Eiengerger F., Plancherel B., Bolognini M., Halfon O., Stofer S., Malatesta D. (2002) Evaluation d'une structure pour jeunes en difficultés : l'exemple d'un programme lausannois.
- Da Cunha, A., Schmid, O., & Mager, C. (2009). *La quadrature du cube - Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg*. Lausanne: Université de Lausanne - Faculté des géosciences et de l'environnement.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2000). *Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe - Positionspapier 2001*. Hamm: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren e.V.
- Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., Fitzgerald, J., Mc Donald, D., & Trautmann, F. (2000). Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injectin centres in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 19.
- Drogenhilfeverein INDRO e.V. (2004). *Ambulant Betreutes Wohnen für Substituierte und drogenabhängige Wohnungslose*. Münster: INDRO e.V.
- Dubois-Arber, F., Balthasar, H., Huissoud, T., Zobel, F., Arnaud, S., Samitca, S., et al. (2008). Trends in drug consumption and risk of transmission of HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in switzerland 1993-2006. *Eurosurveillance*, 13(4-6).
- Duffour, P. (2007) La qualité de vie subjective et l'accompagnement social des personnes toxicodépendantes. Université de Neuchâtel.
- Ehrenreich, H., & Krampe, H. (2003). Über den sozialpolitischen Umgang mit innovativen ambulanten Therapiekonzepten am Beispiel von ALITA. *Z.Allg.Med.*, 79(XX-XX), 1-5.
- Eichin, P. (2007). *"Realize-it" - Ein Projekt im Bereich der indizierten Prävention und Frühintervention bei Cannabismisbrauch und Cannabisabhängigkeit*. Lörrach-Brombach: Zentrum für Suchtprävention - Villa Schöpflin.
- Elliott, R., Csete, J., Wood, E., & Kerr, T. (2005). *Harm reduction, HIV/AIDS, and the human rights challenge to global drug control policy*. Harvard.
- EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Abuse (2008). *Summary of the draft EU drugs action plan for 2009-2012*. Brussels: EMCDDA.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2008). *Jahresbericht 2008 - Stand der Drogenproblematik in Europa*. Luxemburg.
- Europäische Union (2005). EU-Drogenaktionsplan (2005-2008). *Amtsblatt der Europäischen Union*, European Institute of Studies on Prevention <http://www.irefrea.org/>

- Fachgruppe Kontakt- und Anlaufstellen (2001). *Standards für Kontakt- & Anlaufstellen der niederschweligen Sucht-Hilfe*. Zürich: Fachgruppe Kontakt- und Anlaufstellen.
- Fischer, B., Rehm, J., Kim, G., & Robins, A. (2002). Safer Injection Facilities (SIFs) for Injection Drug Users (IDUs) in Canada - a Review and Call for an Evidence-focused Pilot Trial. *Canadian Journal of Public Health*, 93.
- Geiger, E. (1996). *Die Konzeption der therapeutischen Gemeinschaft Dachtmissen*. Lüneburg: Verein für soziale Arbeit und therapeutische Einrichtungen.
- Gerull, S. (2003). *Evaluation der Projekte der Wohnungslosenhilfe und der Haftentlassenenhilfe im treuhänderischen LIGA-Vertrag (Zielgruppen 1.1 und 1.2)*. Berlin.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2004). *"Realize it": Binationales Interventionsprogramm bei Cannabismissbrauch und -abhängigkeit*. Basel.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2006a). *Beratung bei Cannabiskonsum: Programm "Realize it" - Erste Erfolge zeichnen sich ab*. Basel: Bundesamt für Gesundheit.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2006b). *Wille ist gut, Strategie ist besser - Erfolgreiches Reduzieren im Kifferprogramm*. Basel.
- Gravier, B. (2007a). *La relation clinique en milieu pénitentiaire*. Paper presented at the Cours SSP.
- Gravier, B. (2007b). *Situations Cliniques en Psychiatrie Pénitentiaire*. Paper presented at the Cours Psychiatrie légale. Université de Lausanne. SSP.
- Groupe Hors-murs du GREAT, & FAGASS - Fachgruppe Aufsuchende Sozialarbeit / Streetwork des Fachverbandes Sucht (2005). *Charta der aufsuchenden Sozialarbeit*. Bern: Groupe Hors-murs du GREAT.
- Guignard, P. (2008). *L'approche psychoanalytique en milieu de soins: Intermédiaire et traitements complexes*. Paper presented at the Cours No 3 CEPUSPP + FCU.
- Hafen, M. (2002). Fil rouge oder: Einfache Lösungen gibt es nicht. *SuchtMagazin*, 4, 3-8.
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Lisbon.
- Hedrich, D. (2005). *Final Draft Meeting Report: Data-collection at Low-threshold services for Drug Users: Tools, Quality and Coverage*.
- Heise, C. (2007). *3 Jahre "Realize it!" - Bedeutung für die Beratungsstellen*. Paper presented at the Abschlusstagung des binationalen Projekts "Realize it!".
- Hildebrandt, H.-A. *Die therapeutische Gemeinschaft im Wandel - aus psychoanalytischer Sicht*. Bad Zwischenahn.
- Hope, V. D., Judd, A., Hickman, M., Lamagni, T., Hunter, G., Stimson, G. V., et al. (2001). Prevalence of Hepatitis C Among Injection Drug Users in England and Wales: Is Harm Reduction Working? *American Journal of Public Health*, 91(1).
- Huissoud, T., Arnaud, S., & Dubois-Arber, F. (2005a). *Evaluation du rôle du distributeur au sein du dispositif lausannois d'échange de matériel stérile*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Huissoud, T., Jeannin, A., Gervasoni, J.-P., Samicta, S., Arnaud, S., Balthasar, H., et al. (2007). *Toxicomanie dans le canton de vaud: cinquième période d'évaluation 2004-2006: épidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud, cahier 1*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Huissoud, T., Jeannin, A., Gervasoni, J.-P., Samicta, S., Arnaud, S., Balthasar, H., et al. (2007). *Toxicomanie dans le canton de vaud: Cinquième période d'évaluation 2004- 2006*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Huissoud, T., Morency, P., Samicta, S., Benninghoff, F., Geense, R., Dupertuis-dit-Neveu, V., et al. (2001). *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.
- Huissoud, T., Samicta, S., Arnaud, S., Zobel, F., & Dubois-Arber, F. (2006). *Contribution à la réflexion sur l'apport de mesures de traitement et de réduction des risques en complément au dispositif actuel*

- Programme de prescription d'héroïne, local d'injection.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Huissoud, T., Samitca, S., Balthasar, H., & Dubois-Arber, F. (2005b). *Toxicomanie dans le canton de vaud: Période d'évaluation 2002-2004 - Cahier 2.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Huissoud, T., Solai, S., & Dubois-Arber, F. (2004). *Evaluation du projet uniSET.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Hunt, N. (2006). *An overview of models of delivery of drug consumption rooms.* York: Joseph Rowntree Foundation.
- Hüsler, G. (2007). *Realize it! - Unterscheiden sich Cannabisinterventionen in ihrer Wirksamkeit?* Paper presented at the Abschlusstagung des binationalen Projektes "Realize it!".
- Hüsler G. & Werlen E. (2006) *Supra - f : Ein Sucht-Präventions-Forschungsprogramm.* Universität Fribourg.
- Infodrog (2003b). *Réalité et Mythes sur la reduction des dommages dans le traitement des toxicodépendances et de l'acoolisme.*
- Infodrog. *Thérapie - Base de données sur les offres d'aide dans le domaine des addictions en Suisse* Retrieved 21.01, 2009, from <http://www.infodrog.ch>
- Infodrog (2008a). *Institutions de thérapies résidentielle suisses; Situation des placements inter-cantonaux en 2007.* Berne.
- Institut universitaire de médecine sociale et préventive (2003). *Evaluation globale du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro).* Lausanne.
- International Harm Reduction Association: <http://www.ihra.net/>.
- Jacob, J., Rottmann, J., & Stöver, H. (1999). *Entstehung und Praxis eines Gesundheitsraumangebotes für Drogenkonsumierende - Abschlussbericht der einjährigen Evaluation des "drop-in-Fixpunkt" Hannover.* Oldenburg: STEP - gemeinnützige Gesellschaft für Sozialtherapie und Pädagogik.
- Jenner, C. (1998). Integratives gemeindenahes ambulantes Betreuungs- und Behandlungsmodell Alkoholkranker. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 21(1), 57-60.
- Jenner, C. (2000). Bedürfnisorientiertes gemeindenahes ambulantes Betreuungsmodell Alkoholkranker im Land Salzburg. *Suchtmedizinische Einrichtungen*, 2(1), 38-40.
- Kellerhals, C., Morency, P., Zobel, F., & Dubois-Arber, F. (2002). *Drogues illégales et santé publique: stratégie de la Confédération - Etude menée dans le cadre d'évaluation globale du ProMeDro, 4ème phase 1999-2003.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Kellerhals, C., Thomas, R., Morency, P., Zobel, F., & Dubois-Arber, F. (2002). *Les mesures de santé publique de la Confédération en matière de drogues illégales: Monitoring 1999-2000.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Kerr, T., & Palepu, A. (2002). *Safe injection facilities in Canada: Is it time?* Vancouver.
- Kimber, J., Dolan, K., & Wodak, A. (2001). *International Survey of supervised injecting centres (1999-2000).* Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Konferenz der Schweizerischen Gefängnisärzte (2007). *Verzeichnis der medizinischen Gefängnisdienste der Schweiz.* Prilly.
- Kreuzer, A. (2005). *Drogenkonsum unter staatlicher Aufsicht - Tagung: Jugendliche, Drogen & Kriminalität.* Hannover: Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V.
- Kübler, D., Widmer, T., Plüss, L., Kobelt, E., Stadter, C., Widmer, C., et al. (2008). *Evaluation der Verbundaufgabe Infodrog - Schlussbericht.* Zürich: Institut für Politikwissenschaft Universität Zürich.
- Langkamp, H. *The risk of syringe exchange program in prison prevail.* Nürnberg: Arbeitsgruppe Hepatitis im bayerischen Strafvollzug.
- Lanz, A., Sempach, R., & Scholz, G. (1996). Evaluation der Kontakt- und Anlaufstellen, ein niedrigschwelliges Tagesstrukturangebot in der Stadt Zürich. *Sozial- und Präventivmedizin*, 41(1).

- Laurin, N. (1999). Le démantèlement des institutions intermédiaires de la régulation sociale: Vers une nouvelle forme de domination. *Sociologie et sociétés*, 31(2), 65-72.
- Leduc, A. (1983). Deux expériences de structures intermédiaires issues d'une institution traditionnelle: Foyer de groupe et appartements supervisés. *Santé mentale au Québec*, 8(1), 140-143.
- Lindenmeyer, H. (2003). *Bericht zur aktuellen Situation niederschwelliger Einrichtungen für Drogenkonsumierende in der Schweiz*. Zürich: Schweizerische Fachstelle für Schadensminderung im Drogenbereich FASD.
- MacCoun, R. J. (1998). Toward a Psychology of Harm Reduction. *American Psychologist*, 53.
- MacPherson, D., & Rowley, M.-L. (2001). *A framework for action - A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver: Prevention, Treatment, Enforcement and Harm Reduction*. Vancouver.
- Meier-Kressig, M. (1996). Evaluation der Beschäftigungsprogramme der Stadt Zürich. *Sozial- und Präventivmedizin*, 41(1).
- Metzger D.S., Navaline H., Woody G.E (1998) Drug abuse treatment as AIDS prevention. *Public Health Rep*; 113 Suppl. 1:97-106
- Minder, W. (2007). *Fachtagung wirksame Interventionen bei Cannabis-Abhängigkeit*. Paper presented at the Abschlusstagung "Realize it!"
- Moritz, C. (1999). *Die Strasse Als Handlungsfeld sozialer Arbeit im Wandel der Zeit*. Hannover: Evangelische Fachhochschule Hannover.
- Mumford B., Myers T., Millson P., Narciso L., Kerr T., Dumas J., Allen J., Stewart P. (2002) Defis et problèmes dans les soins et le soutien parmi un éventail de populations affectées par le VIH/sida. Société canadienne du sida.
- Nitschmann, E. (2003). *10 Jahre "start again" - Vorteile einer stationären Langzeittherapie: 10 ausgewählte Gründe für die stationäre Langzeittherapie in der Behandlung von therapiewilligen Drogensüchtigen*. Zürich: HSSAZ Hochschule für Soziale Arbeit Zürich.
- Nydegger, B., & Schumacher, C. (1996). Nutzen niedrigschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Stadt Zürich. *Sozial- und Präventivmedizin*, 41(1).
- Oesch, D., Cattacin, S., & Verkooyen, E. (1999). *Coordination, modération, information - Evaluation de la "plate-forme de coordination et de service dans le domaine des drogues" - Working paper 5/99*. Genève: Office fédéral de la santé publique.
- Office fédéral de la santé publique (2001). *Manuel Traitement avec prescription d'héroïne - Directives, recommandations, informations*. Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2007). *Bulletin 45/07*. Berne.
- Office fédéral de la santé publique et Infodrog (2006). *Supra-f: Offrir un soutien aux jeunes*. Berne.
- Paquette, M. (1987). L'organisation des services en santé mentale dans la région Côte-Nord. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 144-149.
- Ouellet, N., Papillon, M.-J., Castel, J., Lévesque, G., & Fortin, J. (2006). *Rapport de recherche: Evaluation d'un programme structuré de sevrage des benzodiazépines chez des personnes âgées de 45 ans et plus dans le Bas-Saint-Laurent*. Québec: Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Orwin R. G., Francisco L. & Bernichon T. (2001) Effectiveness of women's substance abuse treatment programs : A meta-analysis. National Evaluation Data Services
- Peters, M. (2002). *Das Alkoholprogramm 1999-2002 "Alles im Griff?"*. Hergiswil: Arbeitsgemeinschaft Globalevaluation Alkoholprogramm 1999-2002.
- Peters, M., & Wapf, B. (2006). *Evaluation der Wirkungen lokaler Alkoholpolitiken - eine vergleichende Fallstudienanalyse*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Picon, B., & Devort, J. (2004). *Rapport d'évaluation des besoins en soins de suite d'alcoologie de la région Ile-de-France*. Ile-de France: Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- Polomeni, P., Bry, D., & Célérier, I. (2005). *Comprendre les addictions et le traitement de la toxicomanie*: John Libbey. Eurotext.

- Reinhold, J., Stawicki, S., Krampe, H., Wagner, T., Galwas, C., Aust, C., et al. (2004). ALITA - Eine Alternative nicht nur für schwerstabhängige, prognostisch benachteiligte Alkoholranke. *Abhängigkeiten*, 3, 78-88.
- Réseau fribourgeois de santé mentale - Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (2009a). Le Réseau dans le grandes lignes Retrieved 21.01, 2009, from [http://www.fr.ch/rfsm/mes\\_pages/generalites/generalites.htm](http://www.fr.ch/rfsm/mes_pages/generalites/generalites.htm)
- Réseau fribourgeois de santé mentale - Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (2009b). Le trois secteurs du Réseau Retrieved 21.01, 2009, from [http://www.fr.ch/rfsm/mes\\_pages/secteurs/secteurs.htm](http://www.fr.ch/rfsm/mes_pages/secteurs/secteurs.htm)
- Résid'EMS, association pour le bien-être des résidents en EMS from <http://www.residems.ch/spip.php?article14>
- Rihs-Middel, M. (1999) in Westermann, B., Bellmann, G. U., & Jellinek, C. (1999). *Heroinverschreibung. Wirkungen und Nebenwirkungen*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Ronco, C., Spuhler, G., Coda, P., & Schöpfer, R. (1996). Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel. *Sozial- und Präventivmedizin*, 41(1).
- Ronco, C., Spuhler, G., & Kaiser, R. (1996). Evaluation des "Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige" in Luzern. *Sozial- und Präventivmedizin*, 41(1).
- Samicta, S., Geense, R., Huissoud, T., Morency, P., Benninghoff, F., & Dubois-Arber, F. (2001). *Evaluation de deux structures à bas seuil de la ville de Lausanne: Le Passage et le Point d'eau*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Samitca, S., Geense, R., Huissoud, T., Morency, P., Benninghoff, F., & Dubois-Arber, F. (2001). *Evaluation de deux structures a bas seuil de la ville de Lausanne: Le Passage et le Point d'eau*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Samitca, S., Jeannin, A., Arnaud, S., & Dubois-Arber, F. (2006). *Remise de seringues et de traitements à la methadone pour les personnes toxicomanes - Enquête nationale pharmacies 2005 et monitoring des autres sources d'approvisionnement en matériel d'injection*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Schleife, H. *Vermittlungshemmnisse überwinden mit stationärer Drogentherapie für Jugendliche und junge Erwachsene*. Sotterhausen: Therapiehof Sotterhausen.
- Schmidt, A. (2004). *Selbsthilfe in der Drogensucht*. Düsseldorf: Fachhochschule Düsseldorf.
- Schneider, W. (1997). Niedrigschwellige Angebote und akzeptanzorientierte Drogenarbeit - Vortragmanuskript zum Internationalen Suchtkongress "Der Stellenwert der Suchtkrankheit im Gesundheitssystem". *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 20(3/4).
- Schneider, W. (2004). *Akzeptanzorientierte Drogenarbeit - Drogenkonsumräume und Harm Reduction. Ein kritisches Resümee landes- und bundesweiter Evaluationsergebnisse und lokaler Erfahrungen*. Münster: INDRO e.V.
- Sempach, R., Scholz, G., & Lanz, A. (1996). Evaluation von Haus Breitenstein, ein niedrigschwelliges Wohnangebot in der Stadt Zürich. *Sozial- und Präventivmedizin*, 41(1).
- Serdült, U. (2000). *Politiknetzwerke in der städtischen Drogenpolitik von Bern, Chur, St.Gallen und Zürich*. Zürich: Philosophische Fakultät der Universität Zürich.
- Siemen, H.-L. (2002). *Gemeindepsychiatrischer Verbund in der Stadt Nürnberg*. Erlangen: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.
- SMPP (1998). A propos de toxicomanie en région lausannoise. *Zoom*, 8.
- Smyth, B. P. *We need evidence of the risks and benefits of introducing needle exchange schemes in prison*. Liverpool: Academic Unit - Young people's centre.
- Spreyermann, C., & Willen, C. (2002). *Pilotprojekt Cactus - Evaluation der Kontakt und Anlaufstelle des Contact Netz Drop-in Biel*. Bern: sfinx - Sozialforschung, Evaluationsberatung und Supervision.
- Spreyermann, C., & Willen, C. (2003a). *Analyse der Tätigkeiten und Angebotsbereiche in Anlaufstellen - Analyse der personellen Ressourcen und Bewertung der Tätigkeiten von Mitarbeitenden in der Anlaufstelle Hodlerstrasse im Hinblick auf die Zielsetzungen der Risikominderung*. Bern: sfinx - Sozialforschung, Evaluationsberatung und Supervision.

- Spreyermann, C., & Willen, C. (2003b). *Öffnung der Kontakt- und Anlaufstellen für risikoärmere Konsumformen - Evaluation der Inhalationsräume der Kontakt- und Anlaufstellen Selnau und Seilergraben der ambulanten Drogenhilfe Zürich*. Fribourg: sfinx - Sozialforschung, Evaluationsberatung und Supervision.
- Springer, A. (2003). *Konsumräume*. Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung.
- Stadelmann, U. (2007). *Altersheim für "randständige" Menschen - Bedürfnisse von der Peripherie der Gesellschaft: Randständig - am Rand stehen - an den Rand gedrängt werden - über den Rand stolpern - wer, wie was bestimmt den Rand, die Grenzen?* Zürich: Schule für Sozialbegleitung Zürich.
- Steingass, H.-P. (1998). *Nichts geht mehr!? - Entwicklungen in der Soziotherapie*. Neuland: Fachverband Sucht.
- Stofer, S., Malatesta, D., Léonie, C., Eienberger, F., Plancherel, B., Bolognini, M., et al. (2002). *Evaluation d'une structure pour jeunes en difficultés: L'exemple d'un programme lausannois*. Lausanne: OFJ - Office fédéral de la justice.
- Szirom T., Comrie N., Tracas, G., Blyth A., Zavrou N., Desmond K., Moore C., Mugford S. (2003) Evaluation of the National Drug Strategic Framework 1998-99 - 2003-04.
- Tossmann, P. (2007a). *Das Programm "Realize it!"*. Paper presented at the Wirksame Interventionen bei Cannabis-Abhängigkeit - Abschlusstagung binationales Projekt "Realize it".
- Tossmann, P. (2007b). *Netzwerk Frühintervention in Berlin - Erste Erfahrungen mit der Integration von "realize it"*. Paper presented at the Wirksame Interventionen bei Cannabis-Abhängigkeit - Abschlusstagung binationales Projekt "Realize it".
- Tossmann, P. (2008). *Die Implementierung der Kurzintervention "Realize it" in Deutschland*. Paper presented at the Fachtagung Lebenschancen fördern! ,
- Trachsel, A. (2003). *Projet d'un centre de jour en soins palliatifs: une approche communautaire*. *INFOKara - Médecine & Hygiène*, 18(3), 137- 141.
- Trimbos Instituut (2007) *Disease Management In Progress*. Annual Report.
- Verster, A. (2004). *Treatment monitoring and the EU action plan on drugs 2000-2004*. Lisbon: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction.
- Von Aarburg, H.-P. (1997). *Heroin, Dampf, Scheiben, Wirbel: Eine Kulturanthropologie und ethnopsychanalytische Studie des Folienrauchens in Zürich zwischen 1990 und 1995*. Freiburg: Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg (Schweiz).
- Weibel, J., Scheuber, N., Blakeney, C., Blakeney, R., & Rihs-Middel, M. (2007). *Risikokompetenz und Drogenmündigkeit im Spannungsfeld von Kritik und Genussfähigkeit: Literaturanalyse und Empfehlungen für die Praxis der Suchtprävention*. Villars-sur-Glâne: publication FERARIHS.
- Wengle, H. (1987). *Gemeindenähe - Eine sozialpsychiatrische Leitidee: Erfahrungen im Kanton St.Gallen*. *Sozial- und Präventivmedizin*, 32, 176-179.
- White, D., & Mercier, C. (1989). *Ressources alternatives et structures intermédiaires dans le contexte québécois*. *Santé mentale au Québec*, 14(1), 69-80.
- Wirral DAAT - Drug & Alcohol Action Team (2006). *Wirral's alcohol harm reduction strategy 2007-2010*.
- Zobel, F., & Dubois-Arber, F. (2004a). *Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en suisse* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Zobel, F., & Dubois-Arber, F. (2004b). *Kurzgutachten zur Rolle und Nutzen von Anlaufstellen mit Konsumraum (ASTK) in Bezug auf die Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz*. Lausanne.
- Zobel, F., Ramstein, T., & Arnaud, S. (2004). *Les interventions publiques nationales en matière d'abus de substances et de dépendances - Une revue internationale*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Zobel, F., Thomas, R., Arnaud, S., de Preux, E., Ramstein, T., Spencer, B., et al. (2003). *Evaluation globale du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les*

## **Annexes**

AIHV:	Australian Institute of Health and Welfare
AUDIT:	Alcohol Use Disorders Identification Test
BRR:	Bureau pour la réduction des risques
CHUV:	Centre hospitalier universitaire vaudois
CAAD:	Centre d'accueil pour adultes en difficulté
CTA:	Centre de traitement des addictions (Fribourg)
DSMIV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (quatrième édition)
DOMINO:	DOMicile Nouvelle Option (Valais)
DUPA	Département universitaire de psychiatrie adulte (Vaud)
EMCDDA:	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EMS:	Etablissement médico-social
EPFL:	Ecole polytechnique fédérale de Lausanne
ESS:	Enquête suisse sur la Santé
GRAAP	Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique
HIV / VIH:	Human Immunodeficiency Virus / Virus de l'immunodéficience humaine
ICD 10:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (dixième révision)
IHRA:	International Harm Reduction Association
IREFREA:	Institut de recherche européen sur les facteurs de risque chez l'enfant et l'adolescent
ISGF:	Institut für Sucht und Gesundheitsforschung
IUMSP:	Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Vaud)
LAMal:	Loi fédérale sur l'assurance maladie
NDARC:	National Drug and Alcohol Research Centre (Australia)
NDSF:	National Drug Strategic Framework (Australie)
OFP:	Office fédéral de la police
OFS:	Office fédéral de la statistique

OFSP:	Office fédéral de la santé publique
OMS:	Organisation mondiale de la santé
SDF:	sans domicile fixe
SIP:	Sicherheit, Intervention, Prävention (Zürich)
Supra-f:	Suchtprävention und Forschung
UAT:	Unité d'accueil temporaire
UTA	Unité de traitement des addictions (Fribourg)
UEPP:	Unité d'évaluation des programmes de prévention
PEPS :	Programme expérimental de prescription de stupéfiants (Genève)

### ***Liste des tableaux***

Tableau 1:	Hierarchie des objectifs du traitement pour usagers de substances	8
Tableau 2:	Consommation selon l'âge et le genre en Suisse	16
Tableau 3:	Evaluations des locaux d'injection	21
Tableau 4:	Evaluation des échanges de seringues et de la distribution de matériel stérile	24
Tableau 5:	Evaluations des centres et autres offres bas seuil	29
Tableau 6:	Evaluation des programmes Supra-f	33
Tableau 7:	Evaluations des structures intermédiaires	35
Tableau 8:	Evaluations des traitements de substitution à la méthadone	37
Tableau 9:	Description du programme PEPS	38
Tableau 10:	Evaluations des programmes de prescription d'héroïne	40
Tableau 11:	Résultats de l'évaluation australienne	44
Tableau 12:	Caractéristiques du Disease Management	45

### ***Liste des figures***

Figure 1:	Le modèle du cube	6
Figure 2:	La pyramide des usagers de substances	7