



Evaluation globale
du programme de mesures
de santé publique
de la Confédération
en vue de réduire
les problèmes de drogue
(ProMeDro)

Quatrième rapport de synthèse 1999-2002

Evaluation globale du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro)

Quatrième rapport de synthèse 1999-2002

Frank Zobel, Ralph Thomas, Sophie Arnaud,
Elisabeth de Preux, Tatjana Ramstein,
Brenda Spencer, André Jeannin, Françoise Dubois-Arber

Avec la collaboration de :

Christophe Kellerhals, Patrick Morency, Barbara So-Barazetti,
Marie-Louise Ernst, Fabienne Benninghoff, Jean-Pierre Gervasoni

Remerciements :

L'évaluation n'aurait pu être menée à bien sans l'excellente collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique, à Berne, le travail important fourni par l'ensemble des chercheurs responsables des études ainsi que la précieuse collaboration, à l'Unité d'évaluation de programmes de prévention de l'IUMSP, de Myriam Maeder et Kirsten Sandberg-Christensen, secrétaires.

Il n'y aurait en outre rien à rapporter sans la coopération de nombreuses personnes qui ont accepté de participer aux différentes enquêtes, dans la population ou parmi ceux qui ont des rôles professionnels.

Qu'ils soient tous ici très vivement remerciés.

Lausanne 2003

Etude financée par :
Office fédéral de la santé publique, Berne,
Contrat n° 99.001344

Citation suggérée

Zobel F, Thomas R, Arnaud S, de Preux E, Ramstein T, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F, avec la collaboration de: Kellerhals C, Morency P, So-Barazetti B, Ernst M-E, Benninghoff F, Gervasoni J-P. Evaluation globale du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro): quatrième rapport de synthèse 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2003.

Adresse pour commande

Institut universitaire de médecine sociale
et préventive/UEPP
17, rue du Bugnon
CH-1005 Lausanne
tél. 0041 21 314 72 92
fax 0041 21 314 72 44
e-mail: uepp@inst.hospvd.ch

Table des matières

	Caractéristiques démographiques et insertion sociale des consommateurs dépendants	52
	Statistiques de répression	54
	Synthèse	56
Résumé		
Le ProMeDro	5	
L'évaluation globale	6	
Résultats	7	
1		
Le ProMeDro		
Introduction	15	
Le ProMeDro dans la politique drogue de la Confédération	15	
Organisation du ProMeDro	16	
Buts et résultats attendus	16	
Principales priorités du ProMeDro 1998-2002	17	
2		
L'évaluation globale		
Introduction	19	
Buts généraux de l'évaluation	20	
Cadre conceptuel de l'évaluation globale	20	
Méthode	21	
Mise en garde relative aux interprétations causales	22	
3		
Principaux événements		
Institutionnalisation de la prescription médicale d'héroïne	27	
Diffusion et surveillance des <i>party drugs</i>	28	
Modification de la Loi sur les stupéfiants (LStup)	29	
4		
Epidémiologie de la consommation de drogue		
Introduction	35	
Evolution de la prévalence et des modes de consommation	35	
Evolution de la prise en charge/traitements	44	
Evolution de l'état de santé des consommateurs de drogue dépendants	47	
5		
Suivi et appréciation du ProMeDro phase 4		
Prévention	65	
Thérapies et traitements	77	
Réduction des risques	85	
Formation	92	
Recherche	97	
Epidémiologie	101	
Evaluation	106	
Coordination	110	
Migration et santé	114	
6		
Etudes particulières		
Un système d'alerte pour les drogues illégales: développement de scénarios	125	
Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie: l'appréciation des responsables des programmes	129	
Prévention de la toxicomanie auprès des jeunes: rôle de la police, des tribunaux et des juges de mineurs	134	
7		
Conclusions et recommandations		
Suivi général du ProMeDro	141	
Synthèse	147	
8		
Annexes		
Etudes menées durant les quatre phases de l'évaluation	151	
Evolution de l'acceptabilité de différentes mesures de lutte contre la drogue - 1991 à 1997, pourcentages des personnes favorables	152	
Liste des abréviations	153	

Résumé

Le ProMeDro

Le Conseil Fédéral a mandaté l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) en 1991 pour réaliser le programme de mesures de santé publique en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro). La durée de celui-ci a été fixée à cinq ans et le mandat a été reconduit en 1997 jusqu'à fin 2001.

La politique de la Confédération suisse en matière de drogue est basée sur le modèle dit des quatre piliers qui stipule qu'une politique efficace dans ce domaine ne peut se réaliser qu'à travers des interventions équilibrées dans les domaines de la prévention, des traitements, de la réduction des risques et de l'application de la loi (répression). Le ProMeDro occupe une place importante dans l'application de cette politique puisqu'il comprend les principales activités menées par la Confédération pour les trois premiers piliers. Il regroupe ainsi un ensemble d'interventions dont les buts principaux sont :

- de diminuer l'entrée dans la consommation de drogue et d'éviter l'évolution vers une dépendance (prévention) ;
- d'améliorer les possibilités de sortie de la toxicomanie (thérapie et réintégration) ;
- d'améliorer les conditions de vie et de santé des personnes qui consomment des drogues, de réduire les risques et de maintenir l'intégration sociale (réduction des risques et aide à la survie).

Le programme recouvre ces différents domaines de l'intervention mais aussi des mesures d'accompagnement (formation des professionnels, recherche, épidémiologie, évaluation, coordination nationale) et un plan d'action particulier concernant la santé des migrants. L'OFSP a aussi établi quatre modes d'action pour le programme : information et documentation, promotion des modèles éprouvés et impulsion à l'innovation, coordination et harmonisation, et promotion de la qualité.

Au niveau de l'environnement dans lequel intervient le programme, il faut noter que le Conseil fédéral a récemment décidé de procéder à une révision de la loi fédérale sur les stupéfiants afin d'adapter celle-ci à la réalité. Les principaux objectifs de cette révision sont :

- l'institutionnalisation de la politique des quatre piliers, du rôle de la Confédération et de la prescription médicale d'héroïne ;
- l'adaptation de la législation à la situation existante et aux risques réels concernant la consommation de cannabis ;
- le renforcement de la protection de la jeunesse ;
- la réorientation du travail de la justice et de la police ;
- l'uniformisation des pratiques cantonales.

Le projet a été soumis au Conseil des Etats en décembre 2001, et la procédure de consultation se poursuit maintenant au niveau du Conseil national.

L'évaluation globale

Le ProMeDro est soumis à une évaluation globale externe depuis son apparition. Elle a été divisée en quatre phases dont la dernière (1999-2002) fait l'objet du présent rapport. Les buts généraux de l'évaluation globale du ProMeDro sont :

- de fournir une information qui puisse contribuer à l'amélioration des mesures prise par l'OFSP dans le cadre du programme ;
- d'aider les responsables du développement et de la mise en œuvre du programme à prendre des décisions adéquates ;
- d'aider à faire des choix entre diverses options, le cas échéant.

L'approche d'évaluation est globale, accompagnante de la conception et de la mise en œuvre. Les divers éléments et niveaux de la stratégie de l'OFSP sont appréhendés à travers un ensemble d'études et d'analyses, dont la combinaison permet d'obtenir une vision synthétique de la situation.

Les études menées au cours de différentes phases de l'évaluation globale sont présentées dans le tableau suivant :

L'approche est aussi centrée sur l'utilisateur, c'est-à-dire que l'accent est mis sur la pertinence et l'adéquation de l'évaluation vis-à-vis de la situation à évaluer, sur les questions qui lui sont posées et sur les besoins de l'utilisateur (ou des utilisateurs). L'OFSP souhaite avant tout savoir si ce qu'il entreprend est adéquat et dans quelle mesure et comment son action peut être améliorée.

La partie centrale de l'évaluation est construite autour d'un système d'information qui a été mis à jour régulièrement. Il comprend :

- la reconduction de théories d'action, qui permettent pour chaque domaine du ProMeDro, de distinguer les principaux axes d'intervention ainsi que l'enchaînement des objectifs et buts ;
- un monitoring d'indicateurs de processus et de résultats, composé à la fois de données récoltées spécifiquement par l'évaluation et de données externes ;
- la prise en compte des autres évaluations externes mandatées par l'OFSP.

Etudes ayant trait au/à la :	1990-1992	1993-1996	1997-1999	2000-2002
Contexte	Presse ¹	Presse ^{2,3,5}	Presse ⁶	
	Attitudes de la population ^{7,8}	Attitudes de la population ⁹	Attitudes de la population ¹⁰	
			Partenaires ¹¹	
			Police I ¹²	Police II ¹³
Stratégie OFSP			Conception/planification ¹⁴	Innovation ¹⁵
		Mise en œuvre ¹⁶	Mise en œuvre ¹⁴	Mise en œuvre ¹⁷
			Modes de délégation ¹⁸	Ancrage ¹⁹
Prévention	Campagne nationale ²⁰	Campagne nationale ²¹		
		Politique de prévention secondaire ²²		
		Représentations des jeunes ²³		
Traitement/Réduction des risques		Monitoring bas-seuil ²⁴	Monitoring bas-seuil ²⁵	
		Evaluation ABFD/LU ²⁶		
Epidémiologie		Clientèle bas- seuil I, II ^{16,27} , III ¹⁴		Clientèle bas-seuil IV ^{17,28}
		Population cachée ^{30,31}		Système d'alerte ³²
	Consommation adolescents ²⁹	Population cachée ^{30,31}		
	Analyse données existantes ³³	Analyse données existantes ¹⁶	Analyse données existantes ¹⁴	Analyse données existantes ¹⁷

Ce système d'informations permet de répondre aux principales questions d'évaluation :

- Quelle est la pertinence des buts généraux et par domaine ?
- Comment l'OFSP s'organise-t-il pour la mise en œuvre du ProMeDro ?
- Quel contrôle exerce-t-il sur le développement de son action ?
- Quels sont les problèmes rencontrés et les moyens trouvés pour y remédier ?
- Est-ce que le ProMeDro s'intègre adéquatement dans l'ensemble des mesures prises en Suisse par d'autres partenaires (cantons, organisations, institutions) ? A quelles conditions ?
- Quelles actions sont entreprises et leurs résultats (*outputs* intermédiaires) ?

Résultats

Epidémiologie de la consommation de drogue

Les principaux instruments permettant d'évaluer l'évolution de la consommation des différentes substances et des problèmes qui y sont associés sont : les enquêtes transversales effectuées auprès de la population générale, des écoliers, des adolescents et des consommateurs de drogue ; les statistiques des traitements résidentiels et ambulatoires (méthadone, héroïne) ; les registres de décès liés à la drogue et de déclaration des maladies infectieuses ; les données concernant l'application de la loi sur les stupéfiants (dénonciations).

Héroïne

La consommation d'héroïne dans la population générale adulte de diverses catégories d'âge montre une légère augmentation de la consommation à vie à la fin des années 80 avec une stabilisation – voire une diminution – dès la deuxième partie des années 90. En outre, selon les enquêtes de population, une partie importante des consommations rapportées semble être de courte durée. Quant à l'âge à la première consommation il ne semble pas tendre à la baisse. D'autres indicateurs, mesurant indirectement le nombre de consommateurs (statistiques de répression et d'entrée en traitement, enquête

effectuées dans des structures à bas-seuil) vont aussi tous dans le même sens.

Cocaïne

Pour la cocaïne, les enquêtes de population révèlent une augmentation de la consommation à vie (2.7% en 1993 et 3.3% en 1998) et une stabilisation de la consommation actuelle de cette drogue. Les indicateurs indirects de consommation (statistiques de répression et enquêtes dans les structures à bas-seuil) permettent une vision plus nuancée : les données révèlent une consommation de cocaïne vraisemblablement en augmentation dans la population qui l'utilise de façon récréative, et en légère diminution globale (récente) dans la population dépendante de l'héroïne, avec des variations spatiales et individuelles très importantes.

Cannabis

La situation de la consommation de cannabis est claire et les données sont convergentes. On observe une augmentation récente de la consommation à vie, ainsi qu'une augmentation de la précocité de celle-ci depuis le début des années 90. Cette augmentation est particulièrement importante chez les adolescents de 15 ans, où elle a plus que triplé entre 1990 (8.5%) et 1998 (30.8%). De même l'âge de la première consommation a passé de 16.5 ans en 1992 à 15.8 ans en 1997. Les deux tiers de ces consommations sont des consommations répétées. La dernière enquête réalisée en 2000 chez les jeunes de 15-19 ans indique en outre que 6.5% d'entre eux consomment du cannabis chaque jour. Chez les plus âgés (17-30 ans), l'augmentation est un peu moins forte, une partie de la consommation à vie étant le fait de générations antérieures qui ont probablement cessé leur consommation. Au total, plus d'un tiers de la population de cet âge a consommé des drogues douces durant la vie. Ces données de consommation sont confirmées par les indicateurs indirects, tels que l'évolution du nombre de dénonciations. Finalement, une augmentation dans la teneur en principe actif dans les préparations de cannabis proposées sur le marché est aussi à relever.

Autres drogues illégales

Les données concernant les autres drogues illégales (stimulants synthétiques, hallucinogènes) sont plus éparses, leur recueil moins systématique, et on ne dispose pas d'enquêtes de populations répétées à ce sujet. Deux enquêtes en cours auprès de jeunes apporteront plus de précision. Les quelques enquêtes en milieu Techno indiquent jusqu'ici l'existence d'une population d'utilisateurs qui consomme de manière récréative et, cependant, affiche des consommations élevées et mélange souvent les substances.

Indicateurs sanitaires et sociaux

Des progrès notables ont été faits, particulièrement par rapport à la réduction des risques sanitaires et au maintien d'une situation sociale acceptable :

- dans les enquêtes auprès des usagers des structures à bas-seuil, la part des personnes qui s'injectent est en lente diminution, de même que la part d'injecteurs récents ; le nombre moyen d'injections par semaine est aussi en diminution, ainsi que le nombre de multi-consommateurs ;
- le nombre de personnes en traitement continue d'augmenter. Cette évolution n'indique pas pour autant une augmentation du nombre de consommateurs dépendants, mais plutôt une croissance de la proportion des personnes prises en charge et, donc, une diminution de la gravité des problèmes ;
- le nombre de décès liés à la consommation de drogue diminue, surtout en ce qui concerne les décès dus au Sida ;
- le nombre de nouveaux cas de VIH a fortement diminué depuis 1989 et semble se stabiliser autour de 70 cas par année ;
- en revanche la prévalence des hépatites, particulièrement de l'hépatite C est élevée, surtout chez les personnes qui fréquentent les structures à bas-seuil ;
- le partage de matériel d'injection a subi une légère tendance à l'augmentation ces dernières années. Quant au partage du matériel servant à préparer l'injection, bien qu'en diminution, il reste fréquent et constitue probablement un risque particulier de contamination par le virus de l'hépatite C, plus facilement transmissible que le VIH ;

- l'usage de préservatifs est stable ou en légère diminution, avec des niveaux élevés de protection (partenaires occasionnels, clients de prostituées) excepté avec les partenaires stables ;
- le nombre de consommateurs de drogue sans domicile fixe est en baisse ;
- à l'inverse, l'accès à l'emploi ne s'est pas amélioré ces dernières années ;
- le nombre de personnes bénéficiant des assurances sociales (AI, chômage) a augmenté, de même que le nombre de personnes bénéficiant de l'aide sociale/assistance publique. En revanche la proportion de personnes déclarant des revenus illégaux a diminué.

Suivi et appréciations du ProMeDro (1999-2002)

Pour chacun des domaines du ProMeDro, un sous-chapitre indépendant regroupe les thèmes et les réponses aux questions suivantes :

- Situation générale en Suisse : quels sont les besoins et les ressources existantes ?
- Objectifs et stratégie de l'OFSP : quels changements l'OFSP souhaite-t-il produire au travers du ProMeDro et comment s'organise-t-il pour le faire ?
- Mise en œuvre et réalisations : quelles mesures ont été mises en œuvre et quelles ont été les réalisations obtenues ?
- Appréciation de l'action de l'OFSP : les objectifs et la stratégie de l'OFSP sont-ils en adéquation avec les besoins et ressources en Suisse, et la mise en œuvre des mesures correspond-elle aux objectifs de l'OFSP ?

En ce qui concerne les activités planifiées par l'OFSP en général, on peut constater que la période 1999-2002 est marquée par l'atteinte de différents objectifs (institutionnalisation de la prescription médicale d'héroïne, valorisation améliorée des travaux de recherche et d'évaluation, réorganisation progressive du secteur des traitements résidentiels, réalisation d'une recherche dans le domaine de la prévention secondaire, instauration d'un nouveau programme de formation, etc.). Dans d'autres cas (amélioration de la qualité des traitements à la méthadone, harmonisation des programmes de prévention, assurance de qualité dans les domaines de la recherche et de l'évaluation, mise en place d'un monitoring épidémiologique de qualité, réorganisation des organes de coordination, etc.) les travaux menés n'ont pas encore permis d'atteindre les objectifs fixés.

La synergie des différents programmes de prévention de l'OFSP est en cours et elle est favorisée par la mise en place d'un service de prévention et promotion de la santé qui regroupe le pilotage de l'ensemble de ces programmes. En l'état actuel, l'action des programmes de prévention et de promotion de la santé est cependant encore très hétérogène et les données disponibles ne sont pas suffisamment comparables.

La mise en place d'un système de financement harmonisé pour les traitements résidentiels (FiDé) a déjà franchi d'importantes étapes. Un autre projet dans ce secteur a aussi pris de l'importance ces dernières années. Il s'agit du système d'assurance de la qualité Qua-TheDA qui s'inscrit en complément du système de financement et contribue à la réorganisation des prestations des institutions de traitement résidentiel.

En ce qui concerne les traitements ambulatoires, le processus d'amélioration de la qualité n'a connu des développements que durant la dernière période du programme. Les résultats du processus entourant la conférence nationale sur les thérapies de substitution (NaSuKo) devraient permettre d'établir de meilleures pratiques dans ce domaine, notamment par l'intermédiaire de nouvelles *guidelines* portant sur l'indication et la prescription de la méthadone. Il faut aussi signaler les projets de mise en réseau des médecins prescripteurs MedRoTox et MeTiTox qui ont montré qu'un soutien par les pairs constitue une façon intelligente et peu

dispendieuse d'agir auprès des médecins de premier recours. Finalement, l'institutionnalisation de la prescription médicale d'héroïne est désormais réalisée.

Les objectifs chiffrés que s'est assignés l'OFSP pour le domaine carcéral posent problèmes. D'une part, on ne dispose pas de données régulières permettant de vérifier l'évolution des offres de traitement en prison et, d'autre part, l'activité de l'OFSP dans ce domaine ne semble plus prioritaire.

L'action du Bureau spécialisé en matière de réduction des risques (BRR) contribue sans doute à l'atteinte des objectifs fixés dans ce domaine, soit la pérennisation des mesures aux niveaux cantonal et communal et l'élargissement de l'accessibilité du matériel d'injection en Suisse, mais il est n'est pas possible d'apprécier dans quelle mesure cela a été fait. L'actuel inventaire des offres en travail et en logement ainsi que la prochaine évaluation du BRR permettront de mieux apprécier cette contribution.

Depuis dix ans, l'OFSP a activement participé au développement des différents instruments épidémiologiques et mis en place un ambitieux projet d'harmonisation des statistiques de traitement (Act-info), mais ces développements se sont caractérisés par une fragmentation trop importante ou ont pris du retard. Il en résulte qu'il n'y a toujours pas de véritable système de surveillance coordonné de la consommation de drogue en Suisse.

L'OFSP a mené de nombreuses activités pour favoriser la transmission de connaissances. Parmi celles-ci, figurent la production de recueils concernant les résultats des recherches et évaluations menées dans le cadre du Pro-MeDro, la présentation des recherches en cours sur ARAMIS, la valorisation des études dans Spectra et l'organisation de différentes conférences conçues pour favoriser l'échange entre chercheurs et intervenants.

L'OFSP a mandaté une évaluation portant sur son dispositif de coordination nationale afin d'en améliorer le fonctionnement. Les résultats de cette évaluation n'ont jusqu'ici pas conduit à des réformes dans ce domaine et l'optimisation du dispositif ne semble donc pas avoir eu lieu.

Principales recommandations

- 1 Développer un système de surveillance cohérent concernant la consommation de drogue en Suisse : mener à terme l'harmonisation des différents instruments existants, combler les lacunes de connaissances (indicateurs concernant les traitements, système d'alerte) et optimiser la coordination des différents travaux concernés (observatoire sur les dépendances, monitoring épidémiologique, recherche sur les effets de la révision de la Loi sur les stupéfiants).
- 2 Développer un programme cadre à long terme pour les traitements à la méthadone, comprenant des activités de recherche, le soutien à des projets favorisant la qualité et la transmission d'informations entre les acteurs (cantons, professionnels) concernés. Le savoir-faire et l'expérience acquis dans le cadre du programme de prescription médicale d'héroïne devraient aussi être transférés au domaine des traitements à la méthadone.
- 3 Développer l'harmonisation, la cohérence et la comparabilité des programmes de prévention et de promotion de la santé. Les différents éléments de la stratégie de l'OFSP (couverture nationale, activités sur les lieux de vie des jeunes, recours à des multiplicateurs, ancrage local des activités, développement de la détection et de la prise en charge précoce) devraient se trouver au centre des efforts pour tous les programmes.
- 4 Reconduire la réalisation d'un ou de plusieurs inventaires portant sur l'offre de services dans le domaine de la drogue en Suisse. Il s'agit là d'un instrument important qui devrait faire partie des outils de base de la planification à l'OFSP.
- 5 Clarifier la situation dans le domaine de l'aide aux consommateurs de drogue en prison.

Finalement, le possible changement de statut du cannabis entraîné par la révision de la Loi sur les stupéfiants va nécessiter une plus grande coordination entre les programmes de santé ciblant les drogues légales et illégales. Un rapprochement des programmes drogue, alcool et tabac est ainsi souhaitable à l'avenir.

Références bibliographiques

- 1 Widmer J, Zbinden-Zingg P. *Discours sur la drogue dans les médias suisses 1991*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81.3).
- 2 Boller B. *Der Drogendiskurs der Schweizer Presse: Zweijahresbericht 1993-1994*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.2).
- 3 Boller B, Coray R, Widmer J. *Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien I*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.6).
- 4 Widmer J, Tröhler M, Ingold G, Terzi C. *Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien II = Drogen, médias et société: études II*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no.111.8).
- 5 Boller B, Coray R. *Der Drogendiskurs der Schweizer Presse; Dreijahresbericht 1993-1995: eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.9).
- 6 Widmer J, Boller B, Coray R. *Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit: Logik der Medien und Institutionen*. Basel: Helbing & Lichtenhahn; 1997.
- 7 Leuthold A, Cattaneo M. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: phase I. Sichtbarkeit und Akzeptanz der Phase I der nationalen Drogenkampagne 1991-1992. Ergebnisse einer Umfrage*. 81.2 ed. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1992. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81.2).
- 8 Leuthold A, Cattaneo M, Dubois-Arber F. *Die Schweizer Bevölkerung und das Drogenproblem: Problemsicht und Lösungsvorschläge*. Soz- Präventivmed 1993;38:206-16.
- 9 Heim G, IPSO Sozialforschung. *Repräsentative Befragung (Phase T1) zur Wahrnehmung und Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Drogenproblematik und -Konsum*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no.111.5).
- 10 Bergman M, Cattacin S, Lucas B, Wernli B. *Libéraliser, réduire les risques, soigner ou réprimer? L'opinion de la population suisse à l'égard de la politique en matière de drogue*. Genève: Université de Genève, Département de science politique; 1997. (Travaux et communications 8/1997).
- 11 Zobel F, Gervasoni JP, Jeannin A. *Enquête auprès des partenaires de l'Office fédéral de la santé publique dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 43).
- 12 Ernst ML, Aeschbacher M, Spencer B. *Les aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Raisons de santé, 37b).
- 13 Ernst ML, Spencer B. *Prévention de la toxicomanie auprès des jeunes: le rôle de la police, des tribunaux et des juges de mineurs*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, à paraître).
- 14 Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, et al. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: troisième rapport de synthèse 1997-1999*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.

- 15 Zobel F, So-Barazetti B. *La gestion de l'innovation dans le cadre du ProMeDro*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 16 Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, Phase II: deuxième rapport de synthèse, 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111).
- 17 Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B, et al. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: quatrième rapport de synthèse 1999-2002*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (à paraître).
- 18 Kellerhals C, Gervasoni JP. *Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre du Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 42).
- 19 Jeannin A, So-Barazetti B, Spencer B. *Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie: l'appréciation des responsables de programme*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 20 Zeugin P, Panchaud C. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, phase I: enquête de base, préalable au lancement de la campagne nationale de sensibilisation aux problèmes des toxicomanies 1991*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1992. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81.1).
- 21 Boller B, Martin G. *Action cirque, rapport de 1993 et 1994: évaluation d'une campagne de prévention et de sensibilisation de l'OFSP*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.4).
- 22 Devos T, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. *Prévention secondaire des toxicomanies: analyse d'une stratégie*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Rapport non publié).
- 23 Fahrenkrug H. *Prävention von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit Risikoprofil*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.3).
- 24 Benninghoff F, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. *Monitoring des activités des structures à bas-seuil d'accès pour consommateurs de drogues en Suisse: remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques exemples cantonaux*. Soz- Präventivmed 1996;41:5-14.
- 25 Benninghoff F. *Monitoring des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection en Suisse 1993-1999*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Document non publié).
- 26 Ronco C, Spuhler G. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, Phase II: Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums der Drogenabhängige in Luzern*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.1).
- 27 Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. *Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse*. Revue Epidémiologique de Santé Publique 1998;46:205-17.
- 28 Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. *Health and social trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994 to 2000)*. (in submission).

- ²⁹ Konings E, Narring F, Michaud PA, Dubois-Arber F. *Identifying adolescent drug users: Results of a national survey on adolescent health in Switzerland.* J Adolesc Health 1995;16:240-7.
- ³⁰ Kübler D, Hausser D. *Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical: étude exploratoire auprès d'une population cachée.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.7).
- ³¹ Hausser D, Kübler D, Dubois-Arber F. *Characteristics of heroin and cocaine users unknown to treatment agencies: Results from the Swiss hidden population study.* Soz Praeventivmed 1999;44(5):222-32.
- ³² Zobel F, Arnaud S. *Un système d'alerte pour les drogues illégales: développement de scénarios.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 79).
- ³³ Cattaneo M, Leuthold A, Paccaud F, Dubois-Arber F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, phase I: bilan initial 1990-1992.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81).

Le ProMeDro

Le Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro), qui constitue l'objet de l'évaluation globale, est présenté dans ce chapitre. Les différentes dimensions abordées sont :

- la place du ProMeDro dans la politique drogue de la Confédération ;
- son organisation ;
- ses buts ;
- ses priorités.

Ces éléments devraient permettre au lecteur de mieux cerner le contenu et les particularités du programme.

Introduction

Le Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro)¹ a été développé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) suite à une décision du Conseil fédéral en 1991. Celui-ci souhaitait réagir à l'augmentation des problèmes liés à la drogue en Suisse, et notamment à l'accroissement de la consommation d'héroïne, à l'augmentation des infections par le VIH chez les personnes s'injectant de la drogue et aux nombreux problèmes sociaux entourant l'existence de scènes ouvertes dans certaines villes de Suisse alémanique.

La durée du programme a été fixée à cinq ans, soit jusqu'en 1997. Il a ensuite été renouvelé et a pris fin le 31 décembre 2001. Actuellement, les activités participantes du programme se poursuivent mais aucune décision formelle n'a encore été prise quant au renouvellement du ProMeDro.

Le ProMeDro dans la politique drogue de la Confédération

Depuis 1994, la politique drogue de la Confédération est appelée politique des quatre piliers. Elle stipule qu'une politique efficace dans ce domaine ne peut se réaliser qu'à travers des interventions équilibrées dans les domaines de la prévention, des traitements, de la réduction des risques et de l'application de la loi (répression)². Le ProMeDro occupe une place importante dans cette politique puisqu'il comprend la majeure partie des activités menées par la Confédération pour les trois piliers sanitaires de la prévention, des traitements et de la réduction des risques. Les autres offices fédéraux concernés par ces trois piliers sont essentiellement l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et l'Office fédéral de la statistique (OFS). Quant au pilier de l'application de la loi (répression) il relève principalement de l'Office fédéral de la police (OFP) et de l'Office fédéral de la justice (OFJ). La coordination entre ces différentes administrations fait bien évidemment aussi partie de la politique des quatre piliers de la Confédération. Cette coordination a souvent eu lieu au travers d'interventions participantes du ProMeDro et l'OFSP a joué un rôle central dans ce domaine.

La dimension sanitaire de l'action fédérale en matière de drogue ne se limite pas aux activités entreprises par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro. Elle inclut aussi l'élaboration de la politique fédérale en matière de drogue (Parlement, Conseil fédéral, votations), la révision de la Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup), la coopération politique internationale, le contrôle des stupéfiants utilisés à des fins médicales et d'autres aspects liés aux substances. Ces différents éléments de l'action fédérale ne font donc pas partie de l'objet de l'évaluation globale.

Le rôle de la Confédération, pour les interventions de santé publique relatives aux problèmes de drogue, est défini par la Loi fédérale sur les stupéfiants (art. 15a et 15c) et par les décisions du Conseil fédéral en matière de drogue. De fait, les interventions fédérales visent en priorité à soutenir les efforts des autres acteurs que sont les cantons, les communes et les organisations privées (principe de complémentarité).

Organisation du ProMeDro

Le ProMeDro³ recouvre un ensemble d'interventions de l'OFSP visant la diminution des problèmes liés à la drogue. Elles sont rassemblées dans un programme de longue durée qui se définit par des buts communs (voir ci-dessous), des domaines d'intervention et quatre modes d'action principaux.

L'une des particularités du ProMeDro est qu'il répond à une approche globale des problèmes sanitaires liés à la drogue. Ainsi, il est divisé en **domaines** qui recouvrent les différents thèmes de l'intervention et de la production de connaissances concernant cette problématique :

- les trois piliers sanitaire de la politique drogue fédérale : **prévention, traitements et réduction des risques** ;
- des mesures d'accompagnement : formation des professionnels, recherche, épidémiologie, évaluation, coordination nationale ;
- un plan d'action particulier concernant la **santé des migrants**.

Par le passé, une autre mesure d'accompagnement (campagne nationale de sensibilisation) et un autre plan d'action particulier (secteur carcéral) faisaient également partie du programme. Pour différentes raisons, ils ont perdu le statut de domaine du ProMeDro, mais certaines de leurs activités se poursuivent.

Pour chacun des domaines (piliers, mesures d'accompagnement et plan d'action particulier), l'OFSP a développé des objectifs, des stratégies et des mesures spécifiques⁴. Ces différents éléments seront présentés plus loin dans ce rapport lorsqu'il sera question de l'évolution des travaux pour chacun des domaines du ProMeDro.

Au-delà des approches spécifiques par domaine, l'OFSP a aussi établi quatre modes d'action transversaux s'appliquant à l'ensemble du programme. Ceux-ci recouvrent les différents types d'action qui permettent à la Confédération de soutenir l'activité des autres acteurs en Suisse :

- information et documentation ;
- promotion des modèles éprouvés et impulsion à l'innovation ;
- coordination et harmonisation ;
- promotion de la qualité.

Sur le plan organisationnel, la gestion des principales activités du ProMeDro relève de l'Unité principale Dépendances et Sida de l'OFSP, et ce sont les collaborateurs de deux sections de celle-ci, Interventions Drogue et Conception & Recherche, qui sont surtout chargés de l'application du programme. En 2001 et 2002, les deux principaux gestionnaires du programme, soit le responsable de l'Unité principale Dépendances et Sida et celui de la section Interventions Drogue, ont quitté leur fonction. Dans les deux cas, leur remplacement a nécessité un délai de plusieurs mois.

En termes de ressources, l'OFSP s'est vu allouer par la Confédération un budget d'intervention lui permettant de mettre en œuvre son programme de réduction des problèmes de drogue. Actuellement, ce budget est de l'ordre de 18 millions de francs par année (période 1998-2002). Une partie de ce budget est consacrée à des actions conjointes avec les programmes Sida, alcool ou tabac, lorsque des objectifs communs apparaissent. Finalement, environ quinze postes de travail à l'OFSP sont rattachés aux activités du ProMeDro⁵.

Buts et résultats attendus

Les **buts** attribués au ProMeDro se réfèrent aux **trois piliers** sanitaires de la politique drogue de la Confédération :

- diminuer l'entrée dans la consommation de drogue et éviter l'évolution vers une dépendance (**prévention**) ;
- améliorer les possibilités de sortie de la toxicomanie (**thérapie et réintégration**) ;
- améliorer les conditions de vie et de santé des personnes qui consomment des drogues, réduire les risques et maintenir l'intégration sociale (**réduction des risques et aide à la survie**).

L'atteinte de ces buts devrait permettre d'obtenir les **résultats** suivants :

- une réduction significative du nombre de personnes dépendantes des drogues dures ;
- une réduction de la gravité des dommages à la santé et aux conditions de vie, liés à la consommation et à l'abus de drogue ;
- une réduction des répercussions des problèmes de drogue sur la société.

Principales priorités du ProMeDro 1998-2002

Les responsables du programme ont identifié un certain nombre de priorités servant à guider les actions et à atteindre les buts mentionnés ci-dessus³. Certaines de ces priorités concernent la politique ou la législation fédérale en matière de drogue et ne sont pas mentionnées ici parce qu'elles ne participent pas au ProMeDro. Les autres sont présentées ci-dessous et seront également reprises plus loin lorsqu'il s'agira d'apprécier l'évolution du programme :

Accroître l'engagement de la Confédération en matière de **prévention primaire et secondaire** et d'intervention précoce pour éviter une évolution vers la toxicomanie, en insistant sur la nécessité d'un faisceau/système d'interventions ancrées dans la communauté afin que la prévention soit efficace, en particulier :

- réaliser la synergie des divers programmes de prévention primaire et secondaire, initiés ou soutenus par l'OFSP ;
- réaliser un programme-recherche de prévention secondaire individualisée (supra-f) permettant de mesurer et de démontrer l'efficacité d'une ou de plusieurs approches en prévention secondaire et de leur faisabilité dans le contexte suisse ;
- réorienter les ressources d'impulsion de l'OFSP vers le « pilier prévention ».

Consolider l'offre de **thérapies** en tant que système coordonné, assurant mieux les possibilités pour une **sortie de la dépendance**, en particulier :

- arriver à un accord sur un système de financement harmonisé des thérapies orientées vers l'abstinence, dans le système des assurances sociales et de la péréquation financière Confédération/cantons, tenant compte des diverses offres nécessaires, y compris celles visant une intervention thérapeutique précoce ;
- installer un processus d'amélioration de la qualité des thérapies de substitution à la méthadone, visant en particulier une élévation du taux de rétention en thérapie ;
- installer la prescription médicale d'héroïne comme offre thérapeutique intégrée dans le réseau des thérapies de la toxicodépendance ;
- susciter une amélioration de l'offre de thérapies dans au moins 1/3 des établissements de détention, respectivement 1/3 du nombre de places de détention.

Consolider l'offre de mesures de **réduction des risques** et de **maintien de l'intégration sociale** destinées aux personnes dépendantes ou consommant des drogues, en particulier :

- assurer la pérennisation des mesures nécessaires à la réduction des risques dans le cadre des politiques drogue des villes et des cantons, promouvoir la continuité des institutions et leur financement en tenant compte des besoins ;
- élargir l'accessibilité au matériel d'injection dans les régions et villes encore sous-dotées, de manière à atteindre une couverture des besoins dans l'ensemble du pays ;
- installer un processus d'amélioration de la qualité des mesures de réduction des risques et de maintien de l'intégration sociale, visant en particulier à améliorer la coopération en réseau avec les interventions des domaines de la prévention, de la thérapie et de la protection de l'ordre public ;
- susciter une amélioration de l'offre de réduction des risques liés à l'usage de drogue dans au moins 1/3 des établissements de détention, respectivement 1/3 du nombre de places de détention.

Installation et fonctionnement efficace d'un observatoire de **monitoring épidémiologique national** sur le modèle des « points focaux REITOX » de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

Transmission effective des résultats des **études épidémiologiques**, des **recherches scientifiques** et des **évaluations** en matière de toxicomanie à l'intention des spécialistes intervenant dans la pratique et des décideurs.

Installation d'un processus de **promotion et de management de la qualité**, commun à l'ensemble du ProMeDro, différencié selon les domaines, utile à et utilisé par plus de la moitié des institutions du domaine de la toxicomanie et des décideurs concernés (Confédération, cantons, communes, institutions privées).

Optimiser le **fonctionnement coordonné et opérationnel** des diverses commissions et plates-formes, principalement de la Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie (CDCT) et du Comité national de liaison en matière de drogue (CNLD).

Références bibliographiques

- ¹ Office fédéral de la santé publique. *Mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue: document de base de l'Office fédéral de la santé publique*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1991.
- ² *Politique de la Confédération en matière de drogue: des chiffres et des faits*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); Unité principale Dépendances et Sida; 1998.
- ³ Office fédéral de la santé publique. *Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) 1998-2002*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1998.
- ⁴ Kellerhals C, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F. *Drogues illégales et santé publique: stratégies de la Confédération: étude menée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro, 4^e phase 1999-2003*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 76).
- ⁵ Kellerhals C, Thomas R, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F. *Les mesures de santé publique de la Confédération en matière de drogues illégales: monitoring 1999-2000: étude menée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro, 4^e phase 1999-2003*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 77).

L'évaluation globale

Les premiers travaux de l'évaluation globale du Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) remontent à 1991. Cela fait donc plus de dix ans que l'évolution du programme est analysée et appréciée par une institution externe. Le présent rapport clôt la quatrième phase d'évaluation qui porte sur la période 1999-2002.

Ce chapitre présente brièvement l'historique des travaux d'évaluation avant d'indiquer les différentes caractéristiques de la phase actuelle, soit :

- les buts généraux de l'évaluation ;
- le cadre conceptuel qui la guide ;
- les méthodes utilisées et les études réalisées.

Finalement, le chapitre se termine sur une mise en garde relative aux interprétations causales. Il est en effet souvent difficile de lier l'action de l'OFSP à l'évolution des indicateurs épidémiologiques concernant la consommation de drogue puisque l'action d'autres acteurs (cantons, communes, institutions) et certains phénomènes particuliers (évolution du marché de la drogue, nouvelles tendances chez les jeunes générations) ont également des effets sur la problématique ciblée par le ProMeDro.

Introduction

L'une des particularités du ProMeDro, en comparaison internationale, est sans doute le fait qu'il ait été soumis à une évaluation globale externe dès sa naissance et que celle-ci s'est poursuivie pendant plus de dix ans.

En 1991, lorsque l'OFSP met en place son programme drogue, il demande aux futurs évaluateurs un rapport portant sur les différents indicateurs épidémiologiques de consommation/gravité disponibles ou souhaitables. Celui-ci sera suivi d'un bilan de la situation générale en

matière de drogue en Suisse pour la période 1990-1992 (phase 1)¹ dans lequel une définition de l'approche d'évaluation est esquissée : elle doit être globale, posséder une forte composante *goal-based* (la partie épidémiologique qui fait la synthèse des données sur la prévalence de la consommation et la gravité des problèmes liés à la consommation) et comprendre aussi, plus classiquement, la collection systématique d'informations relatives aux processus décisionnels, aux activités, aux caractéristiques et aux effets des mesures mises en œuvre par l'OFSP, ainsi qu'à leur environnement.

Le second rapport d'évaluation globale porte sur la période 1990-1996^{2,3} et regroupe les deux premières phases du travail des évaluateurs (1990-1992 et 1993-1996). Il constitue notamment une analyse des mesures prises par l'OFSP et les cantons, et des données épidémiologiques concernant la consommation de drogue en Suisse. Suite à la publication de ce rapport, l'OFSP demande aux évaluateurs de modifier quelque peu leur approche et de centrer leurs travaux plus spécifiquement sur les activités menées dans le cadre du ProMeDro. Dès lors, les questions d'évaluation porteront principalement sur l'action de l'OFSP et moins sur la situation générale en Suisse.

Dès la troisième phase d'évaluation (1996-1999), les évaluateurs adoptent de nouvelles méthodes et de nouveaux instruments, notamment le recours à des théories d'action ou modèles logiques, pour identifier les objectifs particuliers attribués à chacune des mesures du ProMeDro. Le rapport final de la troisième phase⁴ s'intéresse alors particulièrement aux dimensions de la conception/planification du programme et à la mise en œuvre des activités en fonction des objectifs qui lui sont assignés.

La quatrième phase d'évaluation (1999-2002), qui fait l'objet du présent rapport, reprend en grande partie le *design* de la phase précédente et s'intéresse plus particulièrement aux éléments de mise en œuvre et de réalisations du programme. En parallèle, l'OFSP mandate une équipe de chercheurs en sciences politiques pour réaliser une évaluation de l'ancrage politique du ProMeDro⁵. Celle-ci sera publiée séparément.

Il faut noter que les évaluations des projets spécifiques, mandatés par l'OFSP depuis 1991, ne font en principe pas partie de l'évaluation globale. Celles-ci sont d'ailleurs le plus souvent confiées à d'autres chercheurs mais l'évaluation globale peut toutefois entrer en matière sur de telles tâches à la demande de l'OFSP.

Finalement, une part importante de l'évaluation globale du ProMeDro consiste aussi en l'exploitation de données issues des évaluations, recherches et statistiques développées par les autres instituts de recherche en Suisse.

Buts généraux de l'évaluation

Les buts généraux de l'évaluation globale du ProMeDro sont :

- fournir une information qui puisse contribuer à l'amélioration des mesures prise par l'OFSP dans le cadre du programme ;
- aider les responsables du développement et de la mise en œuvre du programme à prendre des décisions adéquates ;
- aider à faire des choix entre diverses options, le cas échéant.

Cadre conceptuel de l'évaluation globale

En conformité avec les buts mentionnés plus haut, l'évaluation a été conçue de façon à intégrer les tâches suivantes :

- évaluer de façon continue tous les composants principaux de la stratégie du ProMeDro ;
- donner des réponses rapides et valides, avec les renseignements permettant d'identifier les facteurs de réussite ou d'échec, de façon à pouvoir amener les corrections nécessaires dans la stratégie du ProMeDro ;
- surveiller l'émergence de conflits et de problèmes particuliers soulevés par le ProMeDro, et identifier les éléments permettant de mieux les gérer ;

- explorer les caractéristiques de certains sous-groupes de population particulièrement exposés, pour faciliter la conception d'interventions adaptées et afin de pouvoir suivre les changements ;
- pallier le manque de données de base et de routine ;
- maintenir une souplesse dans le *design* de l'évaluation pour permettre d'intégrer de nouvelles demandes de l'OFSP ;
- diffuser les résultats de l'évaluation à tous les acteurs intéressés (politiciens, responsables du ProMeDro, professionnels impliqués, chercheurs, groupes cibles, grand public, etc.) sous une forme appropriée.

L'approche d'évaluation retenue pour la troisième et la quatrième phase est **globale**⁶ et permet d'appréhender les éléments de **conception/planification**, de **mise en œuvre** et de **résultats** du ProMeDro (**outputs et outcomes**)^a, ainsi que les éléments pertinents de l'environnement social. Elle est aussi **accompagnante** de la conception et de la mise en œuvre. Elle se construit et se complète donc au fil du temps. Les divers éléments et niveaux de la stratégie de l'OFSP sont ainsi appréhendés à travers un ensemble d'études et d'analyses complémentaires, dont la combinaison permet d'obtenir une vision synthétique de la situation.

L'approche est **centrée sur l'utilisateur**⁷, c'est-à-dire que l'accent est mis sur la pertinence et l'adéquation de l'évaluation vis-à-vis de la situation à évaluer, sur les questions qui lui sont posées et sur les besoins de l'utilisateur (ou des utilisateurs). L'évaluation peut donc aussi s'adapter aux évolutions du questionnement. Cette approche, qui n'est pas un modèle en soi, permet une grande liberté dans le choix et la combinaison des méthodes utilisées pour répondre aux multiples questions posées lors d'une évaluation globale.

^a Par *output* nous entendons les résultats directs du programme en termes de processus (nombre d'actions réalisées, de personnes touchées, d'organisations participant aux actions, etc.) et par *outcome* les résultats sur les cibles du programme, les effets à proprement parler (les changements dans la prévalence de la consommation, les formes de consommation, l'état de santé des consommateurs, leur insertion sociale, etc.).

L'OFSP souhaite avant tout savoir si ce qu'il entreprend est adéquat et dans quelle mesure et comment son action peut être améliorée. Il souhaite obtenir un *feedback* régulier sur le développement, la pertinence, l'efficacité voire l'efficience de ses actions. Les résultats de l'évaluation sont donc régulièrement restitués (une à deux fois par an) de façon à permettre, le cas échéant, des ajustements dans la stratégie.

L'évaluation globale a pour objet le ProMeDro **dans son ensemble** et, d'autre part, des **éléments pertinents/prioritaires des divers domaines** qui le composent. Il est en revanche clair que l'évaluation ne peut couvrir tous les domaines de façon équitable. Des choix ont donc été faits en concertation avec l'OFSP.

Méthode

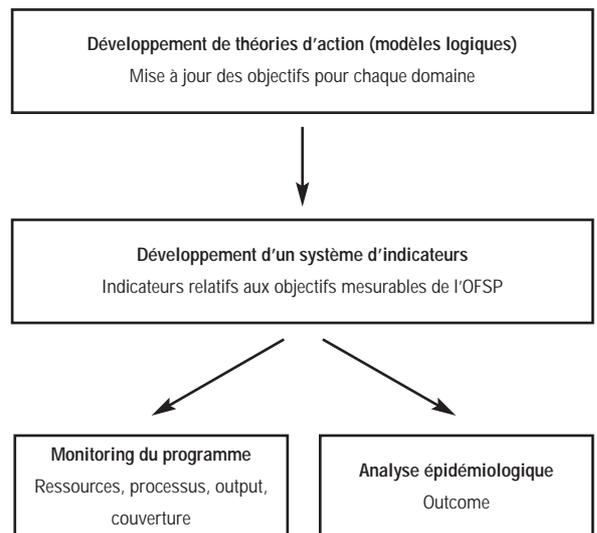
Le Tableau 2.1 présente de manière succincte l'ensemble des études et analyses qui composent l'évaluation globale. La totalité des études portant sur la période d'évaluation 1991-2002 figure également en annexe 1 à titre de rappel.

La partie centrale de l'évaluation est construite autour d'un **système d'information** (figure 2.1) qui a été mis à jour régulièrement. Il comprend :

- la reconduction de théories d'action ou modèles logiques d'intervention^{8,9,6}, qui permettent pour chaque domaine, de distinguer les principaux axes d'intervention de l'OFSP ainsi que l'enchaînement pour atteindre les objectifs intermédiaires et les buts finaux ;
- un monitoring d'indicateurs de processus et de résultats¹⁰, composé à la fois de données provenant de l'évaluation interne (monitoring effectué par les collaborateurs de l'OFSP selon une grille proposée par l'évaluation), de jalons qui témoignent de l'atteinte de certains objectifs ou de l'avancement du programme (étapes) et de données externes. Une collecte d'informations annuelle s'est faite par entretiens (responsables des domaines à l'OFSP et informateurs privilégiés sur le terrain) afin de compléter les informations quantitatives ou factuelles (jalons) par un commentaire qualitatif qui permet d'expliquer comment ces résultats ont été obtenus ;

Figure 2.1

Système d'information



- la prise en compte des autres évaluations externes mandatées par l'OFSP et notamment l'étude sur l'ancrage politique du ProMeDro qui a été utilisée pour des données d'environnement¹¹. Les autres systèmes d'indicateurs en cours de développement ont aussi été pris en compte (développement de l'assurance qualité au sein de l'OFSP, Office fédéral de la statistique, futur Observatoire suisse de la santé, harmonisation des statistiques, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, etc.).

Ce système d'information doit répondre aux principales questions d'évaluation suivantes :

- Quelle est la pertinence des buts généraux et par domaine ?
- Comment l'OFSP s'organise-t-il pour la mise en œuvre du ProMeDro ?
- Quel contrôle exerce-t-il sur le développement de son action ?
- Quels sont les problèmes rencontrés et les moyens trouvés pour y remédier ?

- Est-ce que le ProMeDro s'intègre adéquatement dans l'ensemble des mesures prises en Suisse par d'autres partenaires (cantons, organisations, institutions)? A quelles conditions?
- Quelles actions sont entreprises et leurs résultats (*outputs* intermédiaires), notamment en regard des informations en provenance des indicateurs (système d'information)?

Un chapitre particulier du présent rapport, s'appuyant sur les données récoltées dans le cadre de ce système, est consacré à l'analyse de l'évolution des travaux dans les différents domaines du ProMeDro.

Quatre études complémentaires ont aussi été réalisées durant l'actuelle phase d'évaluation. Elles apportent un éclairage particulier sur des sujets jugés d'importance et choisis en concertation avec l'OFSP :

- étude sur le développement de scénarios pour un système d'alerte national concernant les drogues illégales¹²;
- étude de l'ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie¹³;
- étude sur la prévention de la toxicomanie auprès des jeunes: le rôle de la police, des tribunaux et des juges de mineurs¹⁴;
- étude sur la gestion de l'innovation dans le cadre du ProMeDro¹⁵.

Pour chacune de ces études, des questions d'évaluation spécifiques ont été développées avec le mandant. Des résumés se rapportant à ces études sont présentés dans un chapitre particulier de ce document.

Par ailleurs, l'évaluation globale a aussi joué un rôle de soutien pour certaines activités de l'OFSP. Ainsi, durant la dernière phase, elle a réalisé un bilan concernant l'un des projets soutenus dans le cadre du ProMeDro¹⁶ et rédigé un bref rapport portant sur l'évolution des tests VIH positifs en 2001 à l'intention des responsables du programme¹⁷.

Mise en garde relative aux interprétations causales

Il convient aussi de rappeler que la causalité entre les actions entreprises et les effets observés doit toujours être relativisée, ne serait-ce que parce que ces actions ne surviennent pas dans un «vide d'intervention» ou un «vide social» mais dans un environnement où de nombreux acteurs et phénomènes sociaux sont à l'œuvre. De la même manière, il faut relever que les phénomènes observés n'ont pas une influence de même sens sur les indicateurs retenus. Les données recueillies sont ainsi soumises à un jugement, une interprétation, qui doit en quelque sorte estimer le poids de l'évidence. La confrontation de diverses sources de données est donc absolument nécessaire (triangulation).

Tableau 2.1

Études et analyses complémentaires menées par le programme d'évaluation en 1999-2002 fournissant des informations sur les processus, résultats et l'environnement du ProMeDro

	Processus	Résultats	Environnement
Études principales UEPP			
Étude de suivi des théories d'action du ProMeDro (série d'interviews des responsables de chaque domaine de l'OFSP, théories d'action, restitutions à l'OFSP)	•		
Étude de la mise en œuvre et des indicateurs du ProMeDro (développement du système d'indicateurs, récoltes annuelles des données, restitutions à l'OFSP)	•	•	
Études particulières			
Étude sur le développement de scénarios pour un système d'alerte national concernant les drogues illégales	•		
Étude de l'ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie	•		
Étude sur la prévention de la toxicomanie auprès des jeunes: le rôle de la police, des tribunaux et des juges de mineurs			•
Étude sur la gestion de l'innovation dans le cadre du ProMeDro	•		
Analyses complémentaires études UEPP			
Analyse du monitoring des activités des centres à bas-seuil	•	•	
Analyses complémentaires des études des clientèles des centres à bas-seuil		•	
Analyses complémentaires autres études			
Analyse et synthèse des données épidémiologiques		•	•
Analyse et synthèse d'autres évaluations	•	•	•

Références bibliographiques

- 1 Cattaneo M, Leuthold A, Paccaud F, Dubois-Arber F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, phase I: bilan initial 1990-1992*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81).
- 2 Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, Phase II: deuxième rapport de synthèse, 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111).
- 3 Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: deuxième rapport de synthèse 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Version abrégée).
- 4 Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, et al. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: troisième rapport de synthèse 1997-1999*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- 5 Widmer T, Kübler D, Rüegg E. *Massnahmenpaket Drogen: Determinanten der politischen Verankerung: Evaluationskonzept*. Zürich: Institut für Politikwissenschaft; 1999.
- 6 Rossi PH, Freeman HE, Lipsey MW. *Evaluation: A systematic approach*. 6 ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1999.
- 7 Patton MQ. *Utilization-focused evaluation: the new century text*. 3 ed. Thousand Oaks; Sage Publications; 1997.
- 8 Kellerhals C, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F. *Drogues illégales et santé publique: stratégies de la Confédération: étude menée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro, 4^e phase 1999-2002*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 76).
- 9 Weiss CH. *Evaluation: Methods for studying programs and policies*. 2 ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 1998.
- 10 Kellerhals C, Thomas R, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F. *Les mesures de santé publique de la Confédération en matière de drogues illégales: monitoring 1999-2000: étude menée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro, 4^e phase 1999-2003*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 77).
- 11 Kübler D, Neuenschwander B, Hirschi C, Rüegg E, Frey C, Radaelli A, et al. *Massnahmenpaket Drogen: Determinanten der politischen Verankerung (Schlussbericht, unter Erarbeitung)*. Zürich: Institut für Politikwissenschaft, Universität Zürich; 2002.
- 12 Zobel F, Arnaud S. *Un système d'alerte pour les drogues illégales: développement de scénarios*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 79).
- 13 Jeannin A, So-Barazetti B, Spencer B. *Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie: l'appréciation des responsables de programme*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 14 Ernst ML, Spencer B. *Prévention de la toxicomanie auprès des jeunes: le rôle de la police, des tribunaux et des juges de mineurs*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, à paraître).

¹⁵Zobel F, So-Barazetti B. *La gestion de l'innovation dans le cadre du ProMeDro*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 2003. (Raisons de santé, à paraître).

¹⁶Arnaud S, Zobel F. *Bilan des projets MedRoTox et MeTiTox*. Berne : Office fédéral de la santé publique ; 2002.

¹⁷Dubois-Arber F, Zobel F. *Brève analyse de l'augmentation des tests VIH-positifs et de l'injection de drogues comme possible cause de celle-ci*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 2002.

Principaux événements

Les activités menées par la Confédération en matière de lutte contre les problèmes liés à la drogue ne se limitent pas au ProMeDro. Elles comprennent aussi des travaux portant sur la législation concernant les stupéfiants, ainsi que sur le contrôle et la surveillance des substances.

Durant la période 1999-2002, plusieurs développements ont eu lieu dans ces domaines. L'évaluation globale en a retenu trois qui paraissent importants pour comprendre le contexte dans lequel les activités du ProMeDro se sont réalisées. Il s'agit de :

- l'institutionnalisation de la prescription médicale d'héroïne ;
- la surveillance et l'interdiction des *party drugs* ;
- la révision de la Loi fédérale sur les stupéfiants.

Les deux premiers seront brièvement décrits afin de permettre de saisir certains changements qui les concernent. Quant à la révision de la Loi fédérale sur les stupéfiants, elle est décrite de manière plus complète afin de permettre au lecteur de mieux comprendre ses origines et son contenu.

Institutionnalisation de la prescription médicale d'héroïne

C'est une décision du Conseil fédéral en mai 1992 qui a permis la mise en place des essais de prescription de stupéfiants sous contrôle médical (PROVE) en Suisse. Les conditions générales de ces essais ont été établies dans une ordonnance datée du 21 octobre 1992. Celle-ci a notamment fixé le nombre de personnes pouvant accéder aux traitements ainsi que la durée des essais, initialement prévue jusqu'à fin 1996. Différentes décisions concernant l'élargissement et la répartition du nombre de places ont ensuite été prises en 1995. La même année, des votations concernant la prescription médicale d'héroïne ont eu lieu au niveau municipal (Winterthur) et cantonal (Zoug). Au niveau fédéral, la durée des essais a été

prolongée en 1996 par une prorogation de l'ordonnance. Celle-ci en a limité la durée jusqu'à fin 1998.

Les résultats des essais publiés en juillet 1997¹ ont incité le Conseil fédéral à institutionnaliser la prescription médicale d'héroïne. A la fin de l'année 1997, il a mis en consultation un avant-projet d'Arrêté fédéral urgent (AFU) visant à permettre la poursuite de ces traitements au-delà de la phase des essais. L'AFU est entré en vigueur en octobre 1998² et a été suivi, en avril 1999, d'une nouvelle ordonnance qui a défini les exigences que doivent remplir les cantons, les communes et les institutions spécialisées qui ont recours au traitement avec prescription médicale d'héroïne (HeGeBe). Elle a aussi établi le nouveau rôle de l'OFSP (gestion des autorisations, formulation de directives et recommandations, gestion de la préparation/diffusion/qualité des traitements, surveillance, formation continue, encouragement à la recherche, collaboration internationale)³. La validité de l'ordonnance a été fixée jusqu'à la révision de la Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup), avec une limite au 31 décembre 2004⁴.

En 1998, l'Union démocratique fédérale a lancé une collecte de signatures pour la tenue d'un référendum contre l'Arrêté fédéral urgent sur la prescription médicale d'héroïne. Cette collecte ayant abouti, la votation populaire a été fixée à l'été 1999. Dans l'intervalle, l'ouverture de nouveaux centres et de nouvelles places de traitement a été interrompue. Le 13 juin 1999, une majorité du peuple (54,4 %) et des cantons (14) a rejeté le référendum et le développement de la prescription d'héroïne a pu se poursuivre selon les règles fixées dans l'ordonnance^{5, 6}. Le nombre de places et de centres a alors graduellement augmenté et, en juillet 2000, le traitement avec prescription d'héroïne a été inclus dans les prestations obligatoires de l'assurance maladie⁷. Cette dernière décision est devenue effective deux ans plus tard lorsque le traitement a été inscrit sur la liste des spécialités de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

La prescription médicale d'héroïne a aussi été intégrée dans le projet de révision de la Loi sur les stupéfiants actuellement en discussion aux chambres fédérales (voir ci-dessous). Elle sera toutefois toujours soumise à un contrôle spécifique de l'OFSP et va encore faire l'objet d'une ordonnance particulière. Celle-ci est actuellement en préparation.

Diffusion et surveillance des party drugs

Actuellement, il existe peu de données fiables portant sur la consommation et la diffusion de certains stimulants et hallucinogènes chez les jeunes. Si la diffusion de l'ecstasy (MDMA) à relativement large échelle peut être établie par des enquêtes en milieu Techno et par les statistiques de la police, celles de nombreuses autres substances (amphétamines, LSD, mescaline, GHB, kétamine, etc.) est souvent difficile à estimer à partir des données disponibles⁸. Une des raisons à cela est le développement relativement rapide de l'univers des substances consommées et, partant, la grande difficulté qu'il y a à saisir leur apparition et leur diffusion.

Si on ne connaît pas avec précision l'évolution de la consommation de ces substances, on peut au moins relever que les saisies qui les concernent sont en nette augmentation en Europe depuis le début des années 90. Celles-ci portent avant tout sur des amphétamines (dans la partie nord de l'Europe) et de l'ecstasy (Irlande, Belgique et Royaume-Uni). D'autres drogues, comme le 2CB, le 4-MTA ou le GHB ont toutefois aussi été saisies, mais dans des proportions moindres⁹.

Les enquêtes en milieu Techno indiquent aussi une diversité des substances consommées, souvent en parallèle, ainsi que des niveaux de consommation relativement élevés. En outre, il semble, principalement concernant l'ecstasy, que la consommation débute à un âge moyen relativement jeune (voir le chapitre suivant).

Les effets de la consommation de ces différentes substances sur la santé sont également difficiles à apprécier. Le fait que les consommateurs soient souvent de jeunes adultes en bonne santé, et qu'il n'existe pas de registre permettant de documenter les demandes d'aide liées à la consommation de ces substances, peuvent l'expliquer.

Pour répondre à cette situation, le Conseil de l'Europe a lancé en 1997 un dispositif particulier ciblant les drogues de synthèse : l'European Joint Action on New Synthetic Drugs¹⁰. Ce dispositif vise à créer un mécanisme d'échange rapide d'informations concernant de nouvelles substances de synthèse, à évaluer les risques associés à leur consommation et à permettre la mise en place des mesures de contrôle uniformes à travers l'Union européenne (UE). Les organismes impliqués sont la Commission européenne, le Conseil de l'Europe, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), l'European police office (Europol) et l'Agence européenne d'évaluation des médicaments (EMA).

Le dispositif lui-même est construit autour de trois éléments ou phases :

- un système d'alerte précoce permettant de détecter rapidement de nouvelles substances ;
- une démarche d'évaluation des risques associés à la consommation de ces substances ;
- une procédure permettant d'établir des mesures de contrôle et de poursuite judiciaire communes à travers les états de l'Union européenne.

La première phase, intitulée *early warning system*, est mise en œuvre lors de la détection d'une nouvelle substance dans l'un des états européens. Cette détection doit déclencher une récolte coordonnée d'informations à l'aide du dispositif Europol et du dispositif des points focaux REITOX de l'OEDT. Ces informations concernent essentiellement le nom, le contenu chimique et la diffusion de la substance.

Dans la seconde phase, un groupe d'experts et de représentants de la Commission européenne, de l'EMA, d'Europol et des états membres de l'UE se réunit sous les auspices du comité scientifique de l'OEDT afin de réaliser une évaluation des risques associés à la nouvelle substance. Cette évaluation se déroule conformément à des *guidelines* établies en 1999 par l'OEDT.

Si l'évaluation établit que la substance est dangereuse, le Conseil de l'Europe a la possibilité d'adopter très rapidement (moins d'un mois après livraison du rapport de la seconde phase) une décision unanime permettant de soumettre la production et la possession de la substance à des mesures de contrôle et de poursuite judiciaire.

Cinq substances (MBDB, 4-MTA, GHB, kétamine, PPMA/PMA) ont fait l'objet d'évaluations de risques dans le cadre du dispositif. Suite à celles-ci, le Conseil de l'Europe a décidé de réaliser un monitoring en continu de la kétamine, un monitoring actif concernant le GHB en 2001, et d'imposer des mesures de contrôle et de répression concernant le 4-MTA.

La Suisse, qui n'est pas membre de l'UE, ne fait pas partie de ce dispositif. Elle a toutefois aussi pris des décisions concernant certaines de ces substances. Ainsi, les produits suivants ont été intégrés à la liste de l'Ordonnance de l'OFSP sur les stupéfiants et les substances psychotropes (OSTup-OFSP)¹¹, entrée en vigueur le 31 décembre 2001 :

- **le GHB**, qui ne peut être fabriqué, vendu ou consommé que sur autorisation ;
- **les champignons hallucinogènes**, qui sont soumis à une interdiction complète de commerce et de consommation ;
- **le cactus peyotl, le 2-CB et le 4-MTA**, qui sont soumis à la même interdiction¹².

A ce sujet, il faut préciser que, depuis le 1^{er} janvier 2002, la mise à jour de l'OSTup-OFSP incombe à Swissmedic et que l'ordonnance sur les stupéfiants s'intitule désormais : Ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques sur les stupéfiants et les substances psychotropes (OSTup-Swissmedic)¹³.

Modification de la Loi sur les stupéfiants (LStup)

Historique¹⁴

La Loi fédérale sur les stupéfiants naît en 1924 et institue une interdiction légale de certaines substances (opiacés et cocaïne principalement) conformément à la Convention internationale sur l'opium de 1912. Sa première révision a lieu en 1951. Le législateur proscriit alors la culture, la fabrication, le commerce, la distribution et la possession d'opiacés, de substances extraites de la feuille de coca et du cannabis. Il institue aussi un système d'autorisations pour l'usage légal des stupéfiants. Le contrôle et la **réduction de l'offre** sont les principales préoccupations de l'époque et les consommateurs de drogue ne sont ciblés que par l'interdiction de l'acquisition individuelle de stupéfiants.

Dans les années 60, l'augmentation de la consommation et du trafic de drogues illégales, principalement les dérivés du cannabis, le LSD et les amphétamines, va conduire au développement d'institutions et de centres de consultations spécialisés. Des médecins et des pharmaciens s'engagent aussi dans les premières campagnes de prévention et la Confédération institue l'Office central pour la répression du trafic des stupéfiants. Les cantons, de leur côté, mettent sur pied les premières polices et brigades spécialisées dans la lutte contre la drogue. En 1969, on compte 500 dénonciations pour infraction à la Loi sur les stupéfiants portant principalement sur la consommation de cannabis. La première saisie d'héroïne et l'enregistrement du premier décès lié à la consommation de drogues illégales ont lieu en 1972.

En 1973, le Conseil fédéral propose de réviser la Loi sur les stupéfiants en vue de l'adapter aux nouvelles conventions internationales et à la situation en cours en Suisse. La révision est adoptée en 1975 et prévoit pour la première fois d'apporter une aide aux consommateurs de drogue, notamment la possibilité de leur prescrire des produits de substitution. La **réduction de la demande** fait ainsi son apparition dans la Loi sur les stupéfiants et ce sont les cantons qui sont chargés de la mettre en œuvre. Les dispositions concernant la réduction de l'offre sont elles aussi étendues, principalement en ce qui concerne la lutte contre le trafic de stupéfiants. A l'inverse, la loi offre la possibilité d'infliger des sanctions plus légères aux consommateurs (arrêts ou amendes) et de renoncer à une sanction et à une procédure pénale à condition qu'un traitement soit suivi.

Dès la fin des années 70, les dénonciations pour infraction à la LStup augmentent très rapidement (46 500 en 2000). Puis, à partir du milieu des années 80, ce sont les décès liés à la consommation de drogues illégales qui se multiplient. La problématique sociale et sanitaire est aussi accentuée par le fait que les personnes s'injectant de la drogue constituent une population fortement touchée par l'épidémie du VIH/Sida. Cette situation va conduire à un nouveau développement de l'aide sociale et médicale, principalement au niveau local, avec notamment l'apparition de projets visant à la **réduction des risques** engendrés par la consommation de drogue.

Des interpellations portant sur les problèmes de drogue se déroulent également au Parlement fédéral. Elles concernent certains secteurs spécifiques de la répression du trafic et de l'aide aux consommateurs de drogue, mais aussi la législation sur les stupéfiants, en particulier les dispositions pénales. Dans ses réponses, le Conseil fédéral note que les dispositions légales existantes permettent au juge d'apprécier de manière différenciée des cas d'espèce, mais qu'il faut néanmoins réexaminer la politique drogue et chercher à l'améliorer là où cela est possible. Il charge aussi la sous-commission «Drogue» de la Commission fédérale des stupéfiants de rédiger un rapport et des recommandations sur les nouvelles mesures à prendre et sur une éventuelle révision de la Loi fédérale sur les stupéfiants.

Processus¹⁵

Le rapport de la **sous-commission «Drogue»** de la Commission fédérale des stupéfiants paraît en 1989 et recommande notamment de dépenaliser la consommation de tous les stupéfiants, d'intensifier la répression du trafic de drogues illégales, d'alléger les poursuites pénales envers les petits revendeurs dépendants et d'encourager les programmes de traitement à la méthadone¹⁶. Ce document, largement discuté dans les milieux spécialisés, sert de base de discussion au Conseil fédéral pour décider des choix à entreprendre. En février 1991, il décide de renoncer dans l'immédiat à une révision de la loi et de mandater l'OFSP pour mettre en place un programme de mesures de santé publique en vue de réduire les problèmes de drogue (**ProMeDro**)¹⁷. D'autres décisions du Conseil fédéral, concernant la prévention secondaire, les traitements résidentiels et la prescription d'héroïne, viendront ensuite compléter la mise en place de ce programme.

En 1994, le Conseil fédéral développe un modèle de politique en matière de drogues illégales qui complète les dispositions légales existantes. La «politique des quatre piliers» stipule que la lutte contre les problèmes liés aux drogues illégales ne peut se réaliser qu'à travers une intervention équilibrée dans les domaines de la prévention, des traitements, de la réduction des risques et de la répression. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) mandate aussi une commission

d'experts (**Commission Schild**) pour présenter un projet de révision de la LStup. Celle-ci rend son rapport en 1996 et recommande notamment une dépenalisation de la consommation de tous les stupéfiants et de ses actes préparatoires, et de consolider la politique des quatre piliers en lui donnant une assise législative afin de favoriser aussi une meilleure coordination inter-cantonale¹⁸. Ce rapport est mis en consultation en avril 1996 et accueilli favorablement par la majorité des autorités et des experts¹⁹. La même année est introduite une ordonnance sur le contrôle des précurseurs.

Entre 1997 et 1999, le processus de révision de la loi est temporairement interrompu en raison de trois votations fédérales portant sur la législation en matière de stupéfiants (initiatives **Jeunesse sans drogue** et **Droleg**, et référendum contre l'Arrêté fédéral sur la **prescription médicale d'héroïne**). Les résultats de ces votations vont tous dans le sens de la politique défendue par le Conseil fédéral et permettent de reprendre le processus de révision de la LStup dès la seconde moitié de 1999.

Mise en consultation¹⁵

Face aux doutes qui persistent encore en ce qui concerne la pénalisation de la consommation et de ses actes préparatoires, le Conseil fédéral va mettre en consultation deux versions de l'avant-projet de loi. La première (CF1) propose la dépenalisation de la consommation et de ses actes préparatoires pour tous les stupéfiants et l'application du principe d'opportunité pour la culture, la fabrication et la vente du chanvre. Quant à la seconde (CF2), elle limite la dépenalisation à la consommation du cannabis et applique le principe d'opportunité à la consommation et aux actes préparatoires des autres substances. Dans ce dernier cas, la culture, la fabrication et la vente du cannabis restent interdites.

Trois autres variantes sont proposées spontanément par la sous-commission de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN). La première de ces variantes (CSSS1) rejoint pour la plupart des éléments la variante CF1. La seconde variante (CSSS2) propose d'introduire seulement la dépénalisation pour le cannabis. La dernière variante (CSSS3) propose quant à elle l'application du principe d'opportunité pour la consommation de tous les stupéfiants et pour le petit trafic de dérivés du cannabis.

La consultation a lieu entre les mois de septembre et de décembre 1999. Les deux versions proposées par le Conseil fédéral, et plus particulièrement la première, sont celles qui ont reçu le plus large intérêt. Parmi les résultats de la consultation, il est à relever que deux tiers des milieux consultés ont opté pour une dépénalisation générale de la consommation de cannabis et de ses actes préparatoires. La dépénalisation de la consommation et des actes préparatoires des autres stupéfiants a obtenu plus ou moins autant de réponses favorables que défavorables. Enfin, trois points de l'avant-projet ont été confirmés: l'ancrage du modèle des quatre piliers et de la prescription médicale d'héroïne, et le renforcement du rôle directeur de la Confédération. Le projet de révision a ensuite été rédigé en tenant compte des diverses opinions exprimées et des versions existantes. Ce projet a été soumis au Conseil des Etats en décembre 2001, et la procédure se poursuit maintenant au niveau du Conseil national.

Objectifs et contenu du projet de révision

Comme ses prédécesseurs, l'actuelle révision de la LStup a pour but de corriger certaines incohérences entre les dispositions légales existantes et la situation sociale et sanitaire en cours. Le principal objectif du projet de révision est donc d'**adapter la loi à la réalité**, et ce à travers:

- l'institutionnalisation de la politique des quatre piliers (art 1), du rôle de la Confédération (art 3 et 29) et de la prescription médicale d'héroïne (art 3);
- l'adaptation de la législation à la situation existante et aux risques réels concernant la consommation de cannabis: dépénalisation de la consommation ainsi que de la production et de la possession à des fins personnelles; possibilité de limiter l'obligation de poursuivre la production de cannabis et la vente aux plus de 18 ans (art 19);
- le renforcement de la protection de la jeunesse (art 1), notamment par la détection précoce des jeunes en situation de risque par le signalement auprès d'institutions reconnues compétentes (art 3);
- la réorientation du travail de la justice et de la police à travers la modification du statut du cannabis (voir ci-dessus) et la possibilité de limiter l'obligation de poursuivre la consommation et la possession simple d'autres stupéfiants (art 19);
- l'uniformisation des pratiques cantonales, en renforçant le rôle de la Confédération et en spécifiant les nouvelles tâches des cantons (art 29), ainsi qu'en modifiant les dispositions pénales dont l'application affichait d'importantes variations.

Une évaluation scientifique (art 29a) doit apprécier les effets de l'introduction des nouvelles dispositions légales et permettre au Conseil fédéral de prendre des décisions basées sur des données probantes. En outre, un Observatoire national des problèmes de dépendance est désigné (art 29c) pour recueillir, analyser et interpréter les données statistiques existantes.

Références bibliographiques

- ¹ Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, editors. *Essais de prescription médicale de stupéfiants: rapport de synthèse*. Zurich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; 1997.
- ² L'Assemblée fédérale de la Confédération. *Arrêté fédéral du 9 octobre 1998 sur la prescription médicale d'héroïne*. Berne: Chancellerie fédérale; 1998. URL: <http://www.parlament.ch/f/wohlen/abstimmung.13.06.1999/bb.heroin.p.pdf>.
- ³ *Traitement avec prescription d'héroïne: directives, recommandations, informations*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001.
- ⁴ Le Conseil fédéral suisse. *Ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne (état le 6 avril 1999): 812.121.6*. Berne: Chancellerie fédérale; 1999. URL: <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/812.121.6.fr.pdf>.
- ⁵ Chancellerie d'Etat. *Résultats des votations fédérales du 13 juin 1999: prescription médicale d'héroïne*. Genève: Etat de Genève; 1999. URL: <http://www.geneve.ch/votations/19990613/fed.asp>.
- ⁶ Le Conseil fédéral suisse. *Arrêté du Conseil fédéral constatant le résultat de la votation populaire du 13 juin 1999 (Loi sur l'asile; mesures d'urgence dans le domaine de l'asile et des étrangers; prescription médicale d'héroïne; assurance-invalidité; assurance-maternité) du 19 août 1999*. Berne: Chancellerie fédérale; 1999. URL: <http://www.admin.ch/ch/f/ff/1999/6571.pdf>.
- ⁷ Britt, F. *Les nouvelles prestations prises en charge en 2002: résumé de l'exposé du 9 juillet 2001*. Available at: http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2001/f/01070901_referat_britt.htm. Accessed Jul 2002.
- ⁸ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (CEDT), editor. *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, 2000*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 2000. URL: <http://www.emcdda.org>.
- ⁹ *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, 2001*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 2001. URL: <http://www.emcdda.org>.
- ¹⁰ Zobel F, Arnaud S. *Un système d'alerte pour les drogues illégales: développement de scénarios*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 79).
- ¹¹ Office fédéral de la santé publique. *Ordonnance de l'OFSP sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Ordonnance de l'OFSP sur les stupéfiants, OStup-OFSP): modification du 15 novembre 2001*. Berne: Chancellerie fédérale; 2001. URL: <http://www.admin.ch/ch/f/as/2001/3147.pdf>.
- ¹² Office fédéral de la santé publique: <http://www.bag.admin.ch> (accessed 11 June 2002).
- ¹³ L'Institut suisse des produits thérapeutiques. *Ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Ordonnance de Swissmedic sur les stupéfiants, OStup-Swissmedic) du 12 décembre 1996 (état le 18 décembre 2001): 812.121.2*. Berne: Chancellerie fédérale; 2001. URL: <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/812.121.2.fr.pdf>.
- ¹⁴ Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: deuxième rapport de synthèse 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Version abrégée).

- ¹⁵ Conseil fédéral suisse. *Message du 9 mars 2001 concernant la révision de la Loi sur les stupéfiants. Ch. 1.2.1.2 Expertises particulières (FF 2001 3537)*. Berne : Chancellerie fédérale ; 2001.
URL : <http://www.admin.ch/ch/f/ff/2001/3537.pdf>.
- ¹⁶ Office fédéral de la santé publique, editor. *Aspects de la situation et de la politique en matière de drogue en Suisse : rapport de la Sous-Commission « Drogue » de la Commission fédérale des stupéfiants*. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP) ; 1989.
- ¹⁷ Office fédéral de la santé publique. *Mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue : document de base de l'Office fédéral de la santé publique*. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP) ; 1991.
- ¹⁸ *Rapport de la Commission d'experts pour la Révision de la loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants à l'attention de la cheffe du Département fédéral de l'intérieur*. Office fédéral de la santé publique (OFSP), Ed. Berne : Département fédéral de l'intérieur ; 1996.
- ¹⁹ *Rapport sur les résultats de la procédure de consultation concernant le rapport de la Commission d'experts pour la révision de la loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants (« Commission Schild »)*. Berne : Office fédéral de la santé publique ; 1996.

Epidémiologie de la consommation de drogue

Ce chapitre est consacré à un inventaire et à une analyse des données épidémiologiques disponibles en Suisse concernant la consommation de drogue. Il recense les informations émanant des indicateurs relatifs à la consommation et à l'abus de drogue, à l'état de santé et à la situation sociale des consommateurs dépendants, à la prise en charge de ceux-ci par le système social et sanitaire et, finalement, aux dénonciations liées à la consommation de drogue.

Introduction

Ce chapitre fait le point sur la consommation de drogue et sur les problèmes liés à celle-ci en Suisse. Il repose sur un inventaire des résultats obtenus à l'aide des différents instruments épidémiologiques existants^a. La première partie du chapitre est descriptive et présente les données qui sont actuellement disponibles. La seconde partie, plus analytique, constitue une synthèse de ces informations. Quant aux thèmes abordés dans ce chapitre, ils recouvrent :

- la prévalence et les modes de consommation de l'héroïne et de la cocaïne, du cannabis, d'autres drogues (stimulants, hallucinogènes, etc.), ainsi que de l'alcool et du tabac (chez les jeunes uniquement) ;
- l'évolution des prises en charge et des traitements, de l'état de santé et de la situation sociale chez les consommateurs dépendants ;
- l'évolution des dénonciations par la police.

Evolution de la prévalence et des modes de consommation

Les instruments permettant d'estimer l'évolution de la prévalence et des modes de consommation des différentes substances sont essentiellement les enquêtes transversales effectuées auprès de la population générale, et plus particulièrement chez les personnes en âge de consommer, et auprès des consommateurs de drogue eux-mêmes.

La précision des données récoltées à l'aide de ces instruments est sujette à différents biais. Le premier concerne les déclarations de consommation. Le fait qu'il s'agisse le plus souvent de substances interdites peut conduire les personnes interrogées à sous-déclarer ou à sur-déclarer une consommation en lien avec une certaine méfiance ou avec une volonté de provocation. Une marge d'erreur non négligeable peut aussi être liée à la petite taille des échantillons et à la rareté des problèmes analysés. Finalement, il est probable que les personnes les plus marginalisées ne soient pas rejointes lors de certaines enquêtes et que cela conduise, particulièrement pour une substance comme l'héroïne, à une sous-estimation de la prévalence de la consommation. Toutefois, si l'ensemble de ces biais est bien réel, et invite à considérer les données avec circonspection, leur impact sur l'appréciation des tendances de la consommation est nettement moindre.

Héroïne et cocaïne

L'estimation la plus récente concernant le nombre de personnes qui consomment régulièrement de l'héroïne en Suisse a été réalisée par une collaboratrice de l'OFSP. Elle est basée sur une triangulation de différentes données portant sur la consommation, les décès, les dénonciations et les traitements. Il en ressort que la prévalence de la consommation d'héroïne était en hausse du début des années 90 jusqu'en 1993-1994. Pour la période suivante (1994-1998), la tendance est moins claire et, selon les sources de données consultées, celle-ci régresse, se stabilise ou augmente légèrement. Pour l'année 1997, le nombre de personnes dépendantes de cette substance était estimé entre 23 400 et 32 000, avec une valeur moyenne de 28 000¹. Cette estimation est concordante

^a Ceux-ci sont décrits dans le chapitre consacré au domaine Epidémiologie du ProMeDro.

avec celle menée pour la période proche de 1992-1993. Celle-ci était basée sur une triangulation à partir de données sur la consommation, sur le taux de mortalité, sur l'avis d'experts cantonaux et sur les dénonciations. A l'époque, le nombre de consommateurs réguliers d'héroïne était estimé entre 20 000 et 36 000, avec une valeur moyenne de 30 000. Il n'existe pas, pour différentes raisons, d'estimations de ce type pour la consommation régulière de cocaïne.

Prévalence et évolution de la consommation dans la population générale

Deux enquêtes téléphoniques permettent d'obtenir à intervalles réguliers, plus ou moins rapprochés, des données sur la consommation d'héroïne et de cocaïne dans la population générale :

- L'enquête téléphonique périodique auprès de la population générale pour l'évaluation de la prévention du Sida en Suisse (EPSS)^b recueille depuis 1987 des données sur la consommation durant la vie de drogues dures (héroïne et cocaïne) ainsi que sur l'expérience d'injection durant la vie dans la population de 17-30 ans.
- L'Enquête suisse sur la santé (ESS)^c, recueille des données sur la consommation durant la vie et la consommation actuelle d'héroïne et de cocaïne dans la population de 15-39 ans.

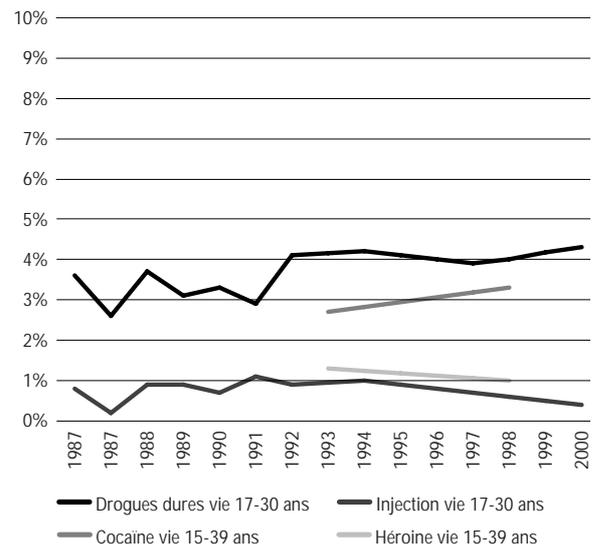
D'autres enquêtes, menées plus ponctuellement, permettent une validation croisée de ces données (voir plus loin).

Consommation durant la vie d'héroïne et de cocaïne

La Figure 4.1 indique notamment l'évolution de la consommation durant la vie des drogues dures (héroïne et cocaïne) dans la population générale. Chez les personnes âgées de 17 à 30 ans, on observe une fluctuation avec une légère tendance à la hausse de 1987 (3.6%) à 1994 (4.2%), puis une stabilisation jusqu'en 2000 (4.3%). Sur l'ensemble de la période, le *trend* est significativement à la hausse². Cette tendance devrait être attribuable à l'augmentation de la consommation de cocaïne. Les données de l'ESS

Figure 4.1

Evolution de la consommation de drogues illégales sur toute la vie, population générale 15-39 ans en Suisse, 1987-2000^d



suggèrent en effet que, entre 1994 et 1998, la consommation d'héroïne suit une tendance à la baisse alors que c'est l'inverse pour celle de cocaïne³.

La figure indique également l'évolution de la prévalence durant la vie de l'injection de drogue chez les 17-30 ans. Cette proportion est restée stable aux alentours de 1% de 1987 à 1994. Pour la période 1997/2000, une tendance à la baisse semble se dégager puisque cette proportion était de 0.7% en 1997 et de 0.4% en 2000. Ce *trend*, comme on le verra plus loin, est confirmé par les données recueillies auprès des usagers de drogue. Il faut toutefois rappeler que l'indicateur de la prévalence durant la vie inclut toutes les consommations, sans distinction du caractère occasionnel ou régulier de celles-ci. Les données ne nous renseignent pas non plus sur l'âge auquel elles ont débuté.

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

^c Menée par l'Office fédéral de la statistique (OFS).

^d Sources IUMSP et Institut suisse de prévention de l'alcool et autres toxicomanies (ISPA).

Consommation actuelle d'héroïne et de cocaïne

Selon les données de l'ESS de 1993 et 1998, la consommation actuelle (durant les douze derniers mois) de cocaïne et d'héroïne est restée stable dans la population âgée de 15 à 39 ans. En 1998, les proportions sont de 0.1 % pour la consommation d'héroïne et de 0.4 % pour celle de cocaïne, ce qui correspond environ à un dixième de la consommation durant la vie³. Il en ressort donc qu'une partie importante des consommations déclarées peut être considérée comme étant de courte durée.

Consommation précoce d'héroïne et de cocaïne

Deux enquêtes par questionnaire auprès de jeunes fournissent des données sur les consommations précoces d'héroïne et de cocaïne. L'enquête nationale sur la santé des adolescents en Suisse (SMASH) de 1992-1993 menée par l'IUMSP⁴, révèle que 3 % des garçons et 1 % des filles âgés entre 15 et 20 ans avaient déjà consommé une fois dans leur vie de l'héroïne et/ou de la cocaïne. Quant à l'usage de ces produits dans les trente derniers jours, il s'élevait à 1.1 % pour les garçons et à 0.6 % pour les filles. L'enquête OMS (HBSC) de 1998, menée par l'ISPA chez les jeunes de 15 ans en 9^e année scolaire, révèle de son côté que 2 % des garçons et 0.7 % des filles avaient consommé de la cocaïne durant leur vie. Pour l'héroïne, ces proportions étaient de 0.5 % et de 0.2 %³.

Ces deux enquêtes sont répétées en 2002 et elles permettront ainsi de mieux mesurer les tendances actuelles pour les jeunes générations. L'enquête SMASH permettra aussi de compléter les résultats d'une enquête menée en 1997 auprès des recrues^e, qui a révélé des prévalences de consommation plus élevées: 7 % des hommes avaient déjà consommé de l'héroïne ou de la cocaïne.

En résumé, les enquêtes de population indiquent une probable baisse de la consommation d'héroïne et une probable faible hausse de celle de cocaïne. Une partie importante des consommations rapportées lors de ces enquêtes semble être de courte durée. Il est en revanche trop tôt pour se prononcer sur l'évolution actuelle des consommations chez les jeunes. Les données obtenues chez les recrues montrent en effet des prévalences de consommation plus élevées que celles émanant des autres enquêtes.

Modes de consommation

Les enquêtes menées auprès de consommateurs de drogue dépendants permettent d'analyser l'évolution de leur mode de consommation. L'enquête nationale auprès de la clientèle des structures à bas-seuil d'accès (SBS) fournissant du matériel d'injection, réalisée en 1993, 1994, 1996 et 2000, renseigne en particulier sur les substances consommées et le mode d'administration par les consommateurs recourant à ce type de services (Tableau 4.1)².

La plupart des usagers des SBS consomment par injection. Environ 90 % d'entre eux se sont déjà injectés des drogues et un peu moins ont eu recours à l'injection durant les six derniers mois. On relève cependant une diminution à ce niveau de 85 % en 1993 à 79 % en 2000. De même la proportion de nouveaux injecteurs (ayant commencé à s'injecter depuis moins de 2 ans) diminue fortement entre 1993 et 2000, passant de 30 % à 7 %. Le nombre moyen d'injections par semaine tend aussi à diminuer, passant de 18.9 en 1994, à 17.7 en 1996 et à 13.7 en 2000. Il existe cependant d'importantes variations entre les différentes villes et cantons. Ainsi, le nombre moyen d'injections par semaine en 2000 était le plus faible à Schaffhouse (8) et dans le canton de Vaud (8) et le plus élevé à Bâle (19), Berne (18) et Lucerne (17). Ces différences sont en général liées à l'importance de la consommation de cocaïne.

^e Présentée par l'Institut de criminologie de l'Université de Lausanne, Martin Killias et Henriette Haas, à l'occasion d'un *hearing* de la Commission fédérale des questions de drogue à Brigels le 10 juin 2002.

Tableau 4.1

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

CONSUMMATION		1993	1994	1996	2000
		N = 1 119	N = 907	N = 944	N = 924
		%	%	%	%
Injection	% injecteurs durant la vie	89	89	91	90
	% injecteurs durant 6 derniers mois	85	* 85	86	79
	% injecteurs récents (<= 2ans)	30	24	14	7
	nombre moyen d'années d'injection	6.7	7.8	8.8	11.8
	nombre moyen d'injections/semaine		* 18.9	17.7	* 13.7
Consommation durant la vie	% consommateurs héroïne	99	* 99	99	* 98
	% consommateurs cocaïne	82	* 91	92	* 88
	% consommateurs cocktail	** 66	* 79	85	* 75
Substances durant le mois	% multiconsommateurs	71	75	77	68
Fréquences durant le mois ***	% consommateurs réguliers héroïne	61	63	67	54
	% consommateurs réguliers cocaïne	23	27	31	27
	% consommateurs réguliers cocktail	** 16	30	37	25
TRAITEMENT		%	%	%	%
Traitement méthadone	% traitement à la méthadone	35	45	45	56
	% programme d'héroïne			11	4

* Données non-existantes pour Zurich

** Données inexistantes pour Berne

*** Fréquence de consommation rapportée au nombre total d'individus
Consommation régulière = plusieurs fois par semaine.

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

Comparaison internationale

Les autres pays européens rencontrent les mêmes difficultés à estimer l'évolution de la consommation de drogues dures dans la population générale et les données nationales ne sont souvent pas directement comparables, le mode de recueil n'étant pas standardisé. Selon le dernier rapport de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (CEDT)⁵, il est difficile de

se prononcer sur l'évolution de la consommation d'héroïne, qui peut se présenter en épidémies différentes et décalées dans le temps au sein d'un même pays (par exemple l'Italie). Toutefois, comme en Suisse, la consommation d'héroïne en France et au Royaume-Uni semble se stabiliser et même diminuer.

En revanche, autant en Suisse qu'en Europe, une éventuelle augmentation de la consommation de cocaïne est relevée. En effet, en France, une telle tendance semble se dégager pour la période 1995-1999. La consommation de cocaïne durant la vie chez les 18-44 ans a ainsi passé de 2.8% à 3.7% chez les hommes et de 0.5% à 1.2% chez les femmes. Au Royaume-Uni, la consommation de cocaïne durant la vie chez les 16-29 ans a passé de 6% à 10% entre 1998 et 2000.

^f Mélange d'héroïne et de cocaïne.

Plusieurs pays européens (Espagne, Pays-Bas, Allemagne, Danemark) signalent également une probable diminution des consommateurs qui s'injectent des drogues⁵⁻⁷.

Cannabis/drogues douces

Prévalence et évolution de la consommation dans la population générale

Trois enquêtes permettent de mesurer la prévalence de la consommation de cannabis dans la population et d'en suivre l'évolution :

- L'enquête téléphonique périodique auprès de la population générale pour l'évaluation de la prévention du Sida en Suisse (EPSS) recueille depuis 1987 des données sur la consommation durant la vie de drogues douces dans la population de 17-30 ans.
- L'enquête OMS menée par l'ISPA (1990, 1994, 1998, 2002) auprès des écoliers de 15 ans (9e année scolaire) recueille des données sur la consommation durant la vie et permet de différencier la consommation unique et répétée.
- L'Enquête suisse sur la santé (ESS), recueille des données sur la consommation de cannabis durant la vie, durant l'année et sur la fréquence (consommation hebdomadaire actuelle) de la consommation dans la population de 15-39 ans.

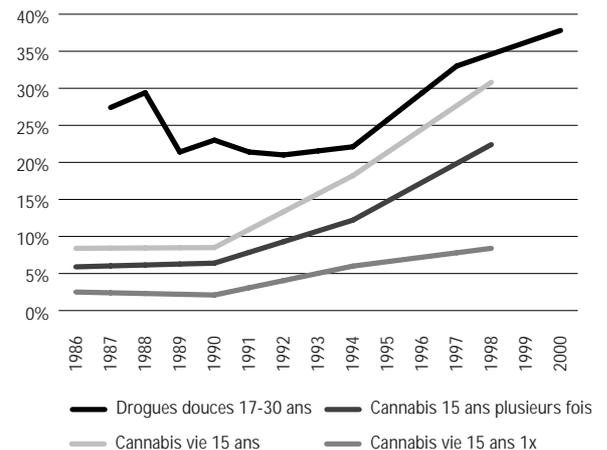
Consommation de cannabis/drogues douces durant la vie

La figure suivante montre l'évolution de la consommation de drogues douces/cannabis durant la vie chez les 17-30 ans, ainsi que chez les 15 ans avec différentes fréquences de consommation.

L'évolution de la consommation durant la vie de drogues douces (essentiellement cannabis) chez les 17-30 ans fait apparaître plusieurs phases. D'abord une baisse de 1987 à 1989, suivie d'une stabilisation jusqu'en 1994 et ensuite d'une forte augmentation. En 2000, 37,8% de la population âgée de 17 à 30 ans admettent avoir consommé des drogues douces durant la vie². L'évolution générale est aussi confirmée par les données des enquêtes menées auprès des

Figure 4.2

Consommation de drogues douces/cannabis durant la vie, diverses populations, 1986-2000⁹



jeunes de 15 ans (HBSC et SMASH). Ici aussi, la proportion est stable jusqu'en 1990 avant d'amorcer une augmentation graduelle.

Selon la plus récente enquête téléphonique sur la consommation de cannabis (2000) par l'ISPA (enquête phénomène cannabis)⁸, 59% des 20-24 ans ont déjà consommé au moins une fois du cannabis durant la vie. Pour cette même tranche d'âge, 68% des hommes et 50% des femmes ont consommé du cannabis au moins une fois. On peut estimer que la prévalence durant la vie observée au début des années 90 recouvrait surtout l'expérience de générations antérieures. L'augmentation qui suit est sans doute due aux jeunes chez qui la prévalence et la précocité des expériences ont rapidement évolué. Ainsi, 30,8% des jeunes de 15 ans déclaraient avoir consommé au moins une fois dans leur vie du cannabis en 1998 alors qu'ils n'étaient que 8,5% en 1990³.

⁹ Sources IUMSP/ISPA.

Selon les données de l'ISPA, la prévalence de la consommation de cannabis durant la vie est plus élevée en Suisse romande que dans les autres parties de Suisse: en Romandie, 39% des hommes âgés entre 15 et 75 ans ont consommé au moins une fois du cannabis, contre 32% en Suisse alémanique et 28% au Tessin. Les personnes ayant un niveau d'instruction supérieur sont aussi plus enclines à avoir expérimenté le cannabis (30%) que les autres (19%). La prévalence de la consommation de cannabis durant la vie diminue aussi en fonction de l'âge: 44% pour les 15-19 ans, 59% pour les 20-24 ans, 35% pour les 25-44 ans et 15% pour les 45-59 ans.

Consommation actuelle de cannabis

L'ESS permet également de disposer de données sur l'évolution de la consommation actuelle (douze derniers mois) de cannabis. Entre 1993 et 1998, la proportion de consommateurs actuels chez les 15-39 ans a augmenté de 5.1% à 7%^h. Cette valeur est sensiblement inférieure à celle recueillie en 1998 auprès des écoliers de 15 ans pour la consommation durant la vie. Cela laisse supposer que la consommation actuelle des classes d'âge supérieures est très faible. Par ailleurs, la proportion de consommateurs réguliers parmi les consommateurs actuels a quelque peu augmenté passant de 36.5% en 1993 à 42.26% en 1998³.

L'enquête suisse auprès des jeunes adolescents (SMASH) montrait en 1992-93 une prévalence de la consommation durant la vie de 10 à 15% selon le sexe et les couches sociales chez les jeunes de 15 ans, dont environ la moitié était une consommation régulière⁴.

L'enquête menée par l'ISPA sur le phénomène cannabis, fait apparaître qu'environ un quart des 15-19 ans (24%) et des 20-24 ans (28%) affirme consommer actuellement du cannabis, alors que ces proportions sont beaucoup plus basses pour les 25-44 ans (10%) et pour les 45-59 ans (4%). Elle révèle aussi que 6.5% des 15-19 ans en consomment chaque jour et 5% au moins une fois par semaine.

Consommation précoce de cannabis

Selon une analyse secondaire des données de l'ESS, l'âge moyen de la première consommation de cannabis est en baisse. En 1997, il était de 15.8 ans contre 16.5 ans en 1992-93. La croissance rapide de la prévalence de la consommation de cannabis durant la vie chez les jeunes de 15 ans en 9e année scolaire confirme ce *trend*. En outre, parmi ces jeunes rapportant une expérience de consommation en 1998, deux tiers indiquaient que celle-ci n'avait pas été unique, un résultat qui peut suggérer une entrée dans la consommation à un âge plus précoce (Figure 4.2)⁹.

En conclusion, la consommation de cannabis à vie et actuelle a augmenté chez les jeunes dans les cinq dernières années. Les premières consommations se font de plus en plus tôt et la plupart des consommations ne sont pas uniques. En revanche, la prévalence de la consommation chez les adultes de plus de 25 ans est plus basse que chez les adolescents. Ceci pourrait suggérer un phénomène de génération ou un arrêt de la consommation chez les adultes, après une période de consommation plus ou moins régulière.

Comparaison internationale

Dans la plupart des pays européens, la consommation de cannabis a augmenté depuis le début des années 90. La Suisse, avec le Danemark et le Royaume-Uni, se trouve parmi les pays où la prévalence de la consommation de cannabis durant la vie est la plus élevée dans la population générale. Comme en Suisse, une hausse de la consommation de cannabis durant la vie chez les jeunes de 15 ans est observée dans la plupart de pays européens (sauf pour le Royaume-Uni et l'Irlande où ces valeurs ont diminué)⁵.

^h La consommation à vie dans cette tranche d'âge était de 26.7% en 1998, chiffre proche et un peu inférieur aux 33% observés chez les 17-30 ans en 1997.

Ecstasy, party drugs, hallucinogènes, etc.ⁱ

L'usage de stimulants (amphétamines) et d'hallucinogènes (LSD, champignons) n'est pas nouveau en Suisse puisque ces substances étaient déjà présentes sur le marché noir dans les années 60 et 70. On connaît cependant mal l'évolution de leur consommation durant les années 80 et la première moitié des années 90, notamment parce que d'autres substances (héroïne, cocaïne) ont principalement retenu l'attention des responsables de la santé publique. Avec le développement des soirées Techno et la diffusion du MDMA (ecstasy) l'intérêt porté à ces substances s'est à nouveau développé. Toutefois, entre-temps leur usage s'est modifié selon deux axes : premièrement, celui d'une consommation festive, fortement liée à certaines nouvelles formes de loisirs et de musique. Deuxièmement, celui d'une rapide diversification des substances et notamment d'une multiplication des drogues de synthèse. En conséquence il est difficile d'identifier avec précision l'évolution des consommations parce que les substances et leurs dénominations évoluent rapidement et que les usagers sont parfois difficilement identifiables.

Selon les données de l'ESS de 1992-1993, 0.22% des 15-39ans avaient consommé des amphétamines et autres stimulants durant les douze derniers mois³. En 1992-1993, l'enquête nationale sur la santé et styles de vie des 15-20ans⁴ montrait que 5.2% des répondants avaient consommé des hallucinogènes au cours de leur vie et 1.7% au cours des 30 derniers jours. En 1992-1993, l'enquête sur la santé des écoliers âgés de 11 à 16 ans révélait que la prévalence de la consommation d'ecstasy durant la vie était de 1.5%. En 1998, les résultats chez les 12 à 15ans étaient de 1-2% pour l'ecstasy et de 3% pour les amphétamines¹⁰.

En 1996, l'ISPA a réalisé une étude portant sur la consommation d'ecstasy dans le milieu Techno en Suisse romande¹¹. Cette étude ne ciblait qu'une population restreinte fréquentant ce milieu et avait pour objectif de mieux comprendre les caractéristiques des consommateurs et de leur consommation. Ces résultats ont montré que 52% des répondants avaient déjà consommé de l'ecstasy et que 33% des ravers en consommaient au moment de l'enquête. Le profil des consommateurs faisait apparaître que 94% des consommateurs d'ecstasy avaient déjà fait usage

d'autres drogues illégales durant les 12 mois précédents l'enquête et que seuls 6% d'entre eux n'avaient consommé que de l'ecstasy. Chez les consommateurs d'ecstasy, 64% avaient consommé de la cocaïne durant les 12 derniers mois, 38% du LSD, 14% de l'héroïne, 90% du cannabis. L'ecstasy était le plus souvent consommé à une fréquence de une à deux fois par mois (40%) et près de la moitié des consommateurs (48%) estimait que leur consommation était irrégulière. Les consommateurs réguliers, soit une fois par semaine ou plus, s'élevaient à 17%. La consommation d'ecstasy ne se limitait pas aux seules soirées Techno puisque 43% des consommateurs en faisaient usage en dehors de celles-ci, dont 56% lors de fêtes privées et 40% à leur domicile. Le profil général des usagers faisait apparaître qu'ils étaient socialement intégrés, plutôt heureux, qu'ils recouraient largement à d'autres drogues et qu'ils consommaient avant tout pour se procurer du plaisir.

Dans le cadre du projet «Pilot e» à Berne, près d'une centaine de jeunes fréquentant les soirées Techno a été interrogée sur ses pratiques de consommation en 1999¹². L'âge moyen à la première consommation d'ecstasy est de 18ans. La fréquence de consommation durant les 60 derniers jours s'élève à plus d'une «pilule» par semaine pour 45% des personnes interrogées. Comme pour l'enquête de l'ISPA, les données font apparaître que le phénomène de la consommation de plusieurs substances est fréquent. En plus de l'usage d'ecstasy, 35-40% des personnes interrogées consomment toujours du cannabis, 22% des amphétamines, 2% de la cocaïne et 24% occasionnellement du LSD.

ⁱ Selon les auteurs la catégorisation de ces drogues est mal délimitée.

En résumé, les données concernant l'usage de ces substances sont jusqu'ici limitées. Les enquêtes en population générale et chez les écoliers font apparaître une légère augmentation de leur usage. Toutefois, ces enquêtes ne renseignent que partiellement sur l'étendue de ce phénomène, notamment parce que le classement des substances n'est pas uniforme et qu'elles ne rejoignent sans doute qu'une petite partie de la population concernée. L'enquête SMASH menée en 2002 chez les adolescents devrait permettre de mieux connaître la situation actuelle. Les enquêtes menées dans le milieu Techno font quant à elles apparaître une situation contrastée. D'une part, les usagers d'ecstasy sont des personnes le plus souvent bien intégrées qui recourent à certaines substances essentiellement dans un cadre et un but festifs. D'autre part, ce recours à des stimulants et à des hallucinogènes paraît commencer relativement tôt et une part non négligeable des consommateurs correspond à des usagers réguliers consommant simultanément de nombreuses substances.

Comparaison internationale

La difficulté de recenser des données concernant la consommation de ces substances se fait également ressentir au niveau européen, même si quelques tendances semblent se dessiner. L'augmentation de la consommation des drogues récréatives (*party drugs*) a eu lieu au début des années 90, particulièrement au Royaume-Uni, en Allemagne et en Espagne (prévalence à vie chez les 18-59 ans respectivement 9%, 3% et 2%). Pour ces pays, les prévalences semblent s'être stabilisées ces dernières années. Ailleurs, on assiste actuellement à une hausse de consommation, particulièrement chez les jeunes (18-25 ans). Les enquêtes en population générale révèlent une prévalence de consommation durant la vie qui se situe pour la plupart des pays européens entre 1% et 4% (3% pour la France en 1998, 1% pour la Finlande et la Suède)^{5,13,14}.

Une étude européenne a été réalisée en milieu Techno à Berlin, Amsterdam, Vienne, Prague, Madrid et Zurich. Elle a fait apparaître des consommations élevées de substances légales et illégales chez les jeunes en 1996. Deux ans plus tard, la même population montrait cependant une baisse de sa consommation (fréquence, volume, nombre de substances), qui serait

principalement due à de mauvaises expériences ou une réduction des expériences positives avec les substances, à l'incompatibilité entre la consommation de drogue et l'évolution du mode de vie et à d'autres motifs sociaux¹⁵.

Consommation d'alcool et de tabac chez les jeunes

Chez les écoliers de 11 à 15 ans la consommation d'alcool durant la vie a sensiblement augmenté de 1986 à 1998 (82.1% ont déjà bu de l'alcool en 1986 et 88.2% en 1998). C'est surtout au niveau du mode de consommation que l'on peut observer les plus grandes variations. Si la consommation quotidienne n'a que peu évolué (entre 2 et 3%), la consommation hebdomadaire des filles de 15 ans a doublé entre 1986 et 1998 (8.5 à 17.4%). La bière reste la boisson alcoolisée la plus consommée par les jeunes puisqu'un sur cinq en boit au moins une fois par semaine. Cependant, les alcools, vendus en Suisse depuis 1996, ont de plus en plus de succès chez les adolescents, et plus particulièrement chez les filles qui sont plus nombreuses à en consommer en comparaison avec la bière (12% contre 8%). L'apparition de ces boissons pourrait être une des explications de l'augmentation de la consommation d'alcool chez les adolescentes de 15 ans. Une autre tendance apparue entre 1986 et 1998 est l'augmentation importante des épisodes d'ivresse. En 1986, 6% des 11-15 ans déclaraient avoir été saouls au moins trois fois dans leur vie, 12% en 1998.

La consommation de tabac a augmenté de manière importante depuis 1986 particulièrement chez les écoliers de 13 ans. La consommation régulière, soit au moins une fois par semaine, a passé de 2% en 1986 à 5% en 1994 et à 7% en 1998. Chez les écoliers de 15 ans, la situation est encore plus préoccupante. En 1998, un quart d'entre eux était des consommateurs réguliers contre 15% en 1986. Près d'un écolier de 15 ans sur cinq (18%) déclarait aussi fumer tous les jours en 1998. La consommation totale a également augmenté.

En 1998, 90% de ces consommateurs de tabac fumaient au moins une cigarette par semaine ou par jour contre 60% en 1994. Enfin, la consommation de tabac a elle aussi particulièrement augmenté chez les filles^{3,10}.

En conclusion, les données sur la consommation de drogues légales chez les jeunes font apparaître une situation claire. L'ensemble des indicateurs concernant la précocité, la prévalence, la fréquence et le volume de la consommation affichent des valeurs en hausse. Les différentes enquêtes menées en 2002 permettront de vérifier si cette tendance se poursuit.

Attitudes de la population face au problème de la drogue en Suisse

Quatre enquêtes téléphoniques ont été menées à la fin des années 80 et durant la première moitié des années 90 pour connaître l'opinion de la population suisse vis-à-vis des problèmes liés à la drogue. Un premier sondage effectué en 1989 avait déjà signalé que la remise de matériel d'injection comme moyen de réduction des risques liés au Sida était bien accepté par la population helvétique. Trois autres sondages téléphoniques, réalisés en 1991, 1994 et 1997, ont révélé que la toxicomanie était perçue comme un problème social parmi d'autres et le toxicomane comme un malade marginalisé et générateur de craintes. En 1997, sept suisses sur dix acceptaient la prescription médicale de stupéfiants et 72 % étaient aussi favorables à la création de locaux d'injection. En revanche, les mesures en vue d'une libéralisation de la vente et/ou de la consommation de drogues douces étaient moins bien acceptées. De manière générale, on observait aussi que les personnes les mieux informées et les proches des consommateurs de drogue étaient les plus ouverts à des mesures de libéralisation ou de tolérance de la consommation (voir annexe)¹⁶.

En 2000, l'ISPA a mené une enquête pour connaître l'opinion des Suisses au sujet de la consommation de cannabis et de sa possible dépénalisation⁸. Cette enquête fait apparaître une situation contrastée. La consommation de cannabis et les actes liés à son acquisition à des fins personnelles sont tolérés par 48 % de la population et non tolérés par 48 % également. La moitié des personnes interrogées est en faveur de la vente libre du cannabis et 45 % contre. La décriminalisation de la consommation est approuvée par 53 % contre 41 %. A l'inverse, le maintien de la situation actuelle, soit l'interdiction de la consommation, de la production et de la vente, est approuvé par

42 % des répondants contre 54 %. De manière générale, ce sont les jeunes (15-24 ans) et les hommes qui ont l'attitude la plus libérale vis-à-vis du cannabis. La décriminalisation de la consommation pour tous, mineurs inclus, est acceptée en Suisse alémanique (58 %), tout comme la légalisation de la vente (52 %), alors que pour la Suisse romande et le Tessin seule la décriminalisation pour les majeurs est acceptée. L'étude fait aussi apparaître que 47 % des personnes interrogées pensent qu'une politique libérale engendrerait une augmentation de la consommation de cannabis ; de plus, 57 % pensent que l'usage de cannabis est la première étape vers une consommation de drogues plus nocives. Une importante majorité (70 %) estime cependant que l'interdiction de la consommation de cannabis n'a aucun effet dissuasif et 61 % des répondants pensent que la consommation devrait rester interdite dans l'espace public afin d'éviter de donner le mauvais exemple.

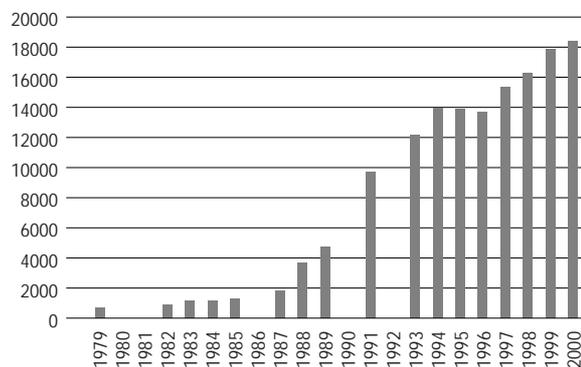
Evolution de la prise en charge/traitements

Selon les données des statistiques sur les différents types de traitements obtenues en Suisse ainsi que dans l'Union européenne, la majorité des patients est admise pour une consommation d'héroïne comme drogue principale alors que la cocaïne est souvent considérée comme drogue secondaire. Les patients sont en général consommateurs de ces deux substances, auxquelles s'ajoutent parfois d'autres drogues légales et illégales^{1,14,17}.

Traitements à la méthadone

Le nombre de traitements de substitution à la méthadone a considérablement augmenté à la fin des années 80 et au début des années 90. Il a ainsi passé d'un peu moins de 2000 traitements en 1987 à près de 14000 en 1994. Cette augmentation a été suivie d'une période de stabilité jusqu'en 1996. Celle-ci était sans doute due au développement de la prescription médicale d'héroïne. Dès 1997, le nombre de traitements à la méthadone a repris une tendance à la hausse et ce sont 18393 traitements qui ont été enregistrés en 2000 (Figure 4.3).

Figure 4.3
Nombre de traitements à la méthadone en Suisse: 1979-2000^j

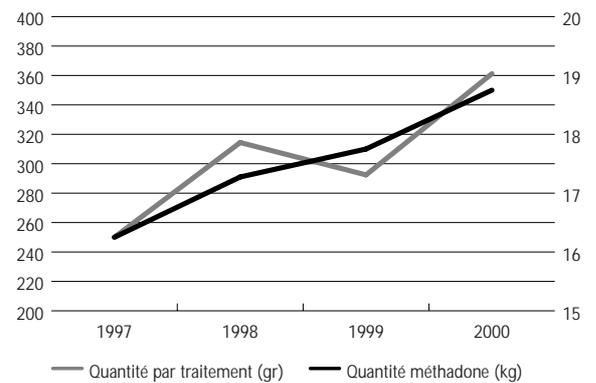


L'évolution du nombre de traitements par canton entre 1993 et 2000 montre également une progression pour la majorité des cantons (Figure 4.4). Quatre cantons (ZH, BE, GE, VD) enregistrent plus de la moitié de l'ensemble des traitements en Suisse.

Si l'on calcule le nombre de traitements pour 1000 habitants de 20 à 64 ans, ce sont les cantons de Bâle-Ville (8.86), de Genève (6.6) et de Neuchâtel (6.51) qui affichent les taux les plus élevés (Figure 4.6). On peut aussi noter que, tant pour le nombre total de traitements que pour le taux par 1000 habitants, ce sont les cantons qui connaissent la plus forte densité médicale qui se retrouvent en haut de l'échelle.

En ce qui concerne l'évolution du dosage de la méthadone: en rapportant la quantité de méthadone consommée par année en Suisse^k au nombre d'autorisations de traitement délivrées par année, on constate une augmentation de la quantité par traitement de 17% entre 1997 et 2000, dont 10% sur la dernière année (Figure 4.5).

Figure 4.5
Evolution de la quantité de méthadone consommée et de la quantité de méthadone par traitement, 1997-2000



^j Source OFSP, statistique méthadone.

^k Les données mises à disposition par Swissmedic sont celles des quantités livrées par année en Suisse. On peut estimer que ces quantités seront consommées à moyen terme.

Figure 4.4
Evolution du nombre de traitements par cantons entre 1993 et 2000

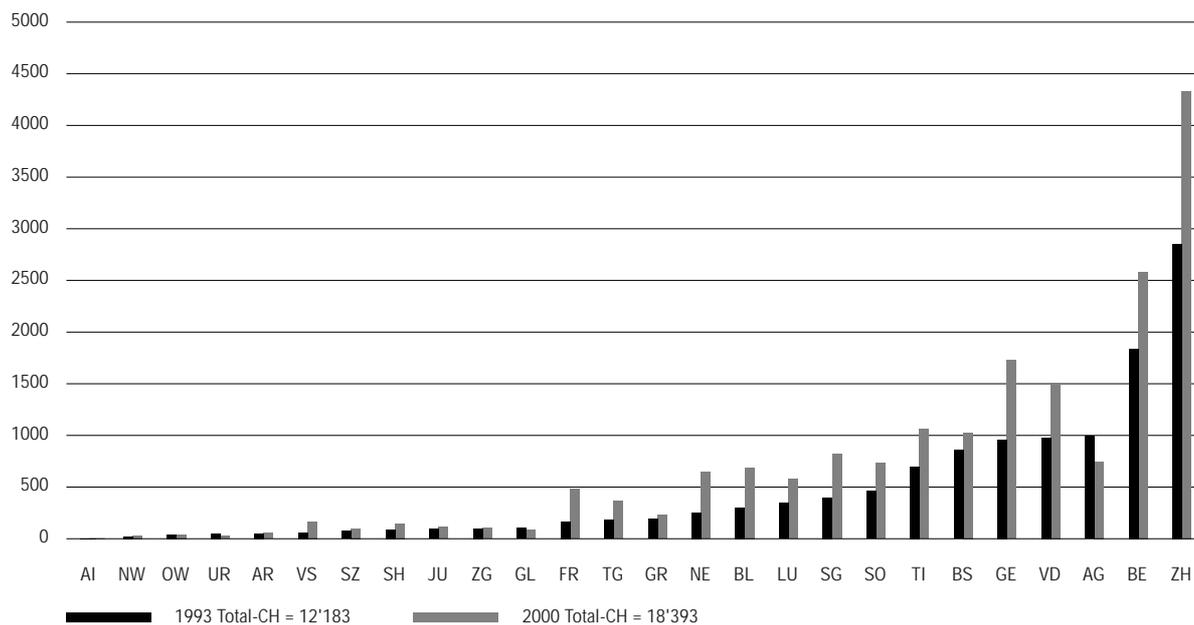
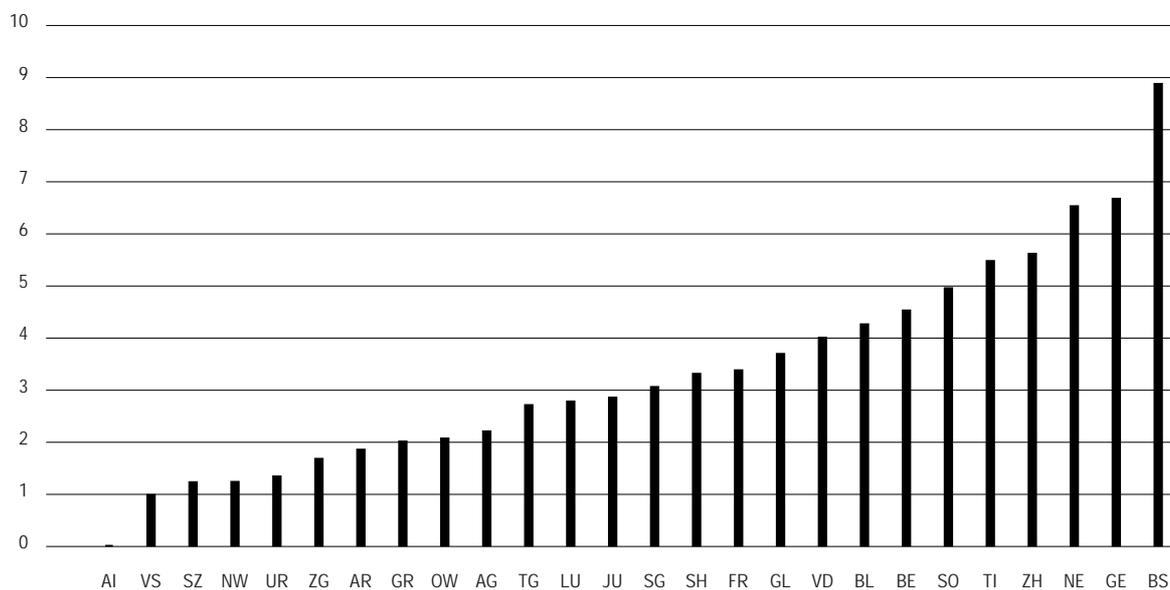


Figure 4.6
Nombre de traitements pour mille habitants de 20-64 ans par canton



Traitements de substitution à l'héroïne

Entre 1999 et 2001, le nombre de patients suivant un traitement de prescription médicale d'héroïne a augmenté de 937 à 1 098^l. Cette hausse est due à l'augmentation du nombre de places disponibles dans les centres agréés. Le traitement avec prescription d'héroïne était proposé en 1999 dans huit cantons et seize centres. En 2001, ces chiffres s'élevaient respectivement à 11 cantons et 21 centres. Le taux d'occupation est resté stable à travers cette période à environ 88%^{18,19}.

Traitements en milieu résidentiel

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

Couverture de l'offre de traitements

Si l'on prend comme base la dernière estimation sur le nombre de personnes dépendantes à l'héroïne, qui se situe à environ 28 000¹, et que l'on fait l'addition de l'ensemble des entrées en traitements enregistrées dans la statistique méthadone (18 393) et la statistique des traitements résidentiels FOSⁿ (833), ainsi que le nombre de personnes en traitement à l'héroïne (1 038), on obtient un taux de couverture des besoins de 72.3% en Suisse en 2000. Ce taux constitue bien évidemment une approximation. Cependant, comme il inclut à la fois une sur-estimation^o (statistique méthadone) et une sous-estimation (statistique FOS) du nombre de personnes en traitement, et que par ailleurs les estimations du nombre total de consommateurs d'héroïne dépendants semblent concordantes, on peut tout de même en conclure que plus de 50% des ces personnes ont accès à un traitement en Suisse.

En comparaison internationale, le taux de couverture des traitements de substitution (méthadone et buprénorphine uniquement) est estimé à 35% en Belgique, de 27-34% au Danemark, de 33-63% en Allemagne, de 41-86% en Espagne, de 40-50% en France, de 27-29% en Italie, de 40-47% aux Pays-Bas, de 6-22% au Royaume-Uni et de 9-13% en Finlande²⁰. La Suisse, avec un taux se situant probablement entre 35^p et 60%^q, figure ainsi parmi les pays dont le taux de couverture des traitements de substitution est le plus élevé.

La prescription médicale d'héroïne, qui existe en Angleterre et en Suisse, est en voie de développement en Amérique du Nord et dans différents pays européens. Les Pays-Bas et l'Allemagne se sont engagés dans des programmes de prescription alors que d'autres pays (Italie, France, Espagne) songent à le faire.

^l Au 31 décembre.

^m Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues.

ⁿ Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie.

^o Le nombre d'autorisations ne correspond pas au nombre de personnes en traitement à la méthadone car elles peuvent entrer deux fois en traitement.

^p Estimation OFSP, V. Maag, 1997.

^q Estimation 2000 selon les données d'entrées de substitution citées ci-dessus (héroïne-méthadone).

Evolution de l'état de santé des consommateurs de drogue dépendants

Ce chapitre est consacré aux indicateurs qui concernent essentiellement la gravité des problèmes liés à la toxicomanie. Il s'agit des décès liés à l'usage de drogue et des maladies liées à la consommation par voie intraveineuse telles que les infections au VIH et les hépatites. L'évolution des pratiques de prévention de la transmission des maladies infectieuses est aussi prise en compte.

Décès liés à la drogue et au Sida

Les données de l'Office fédéral de la police (OFP) indiquent l'évolution des décès dus aux drogues entre 1974 et 2001. Ceux-ci sont dus à une overdose, à un usage prolongé, ou à un suicide/accident sous l'influence de la drogue ou de plusieurs substances. Par contre, les

décès liés au Sida sont enregistrés par l'OFSP (Figure 4.7).

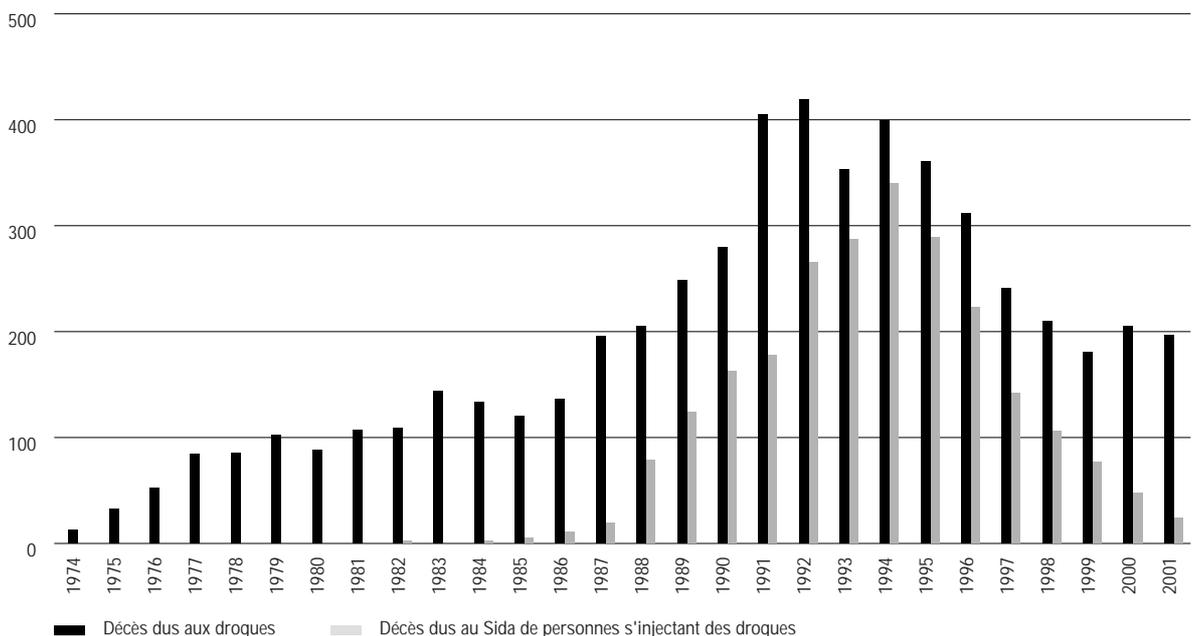
Les deux courbes sont légèrement décalées. Le nombre de décès dus aux drogues a connu un pic en 1992 suivi d'une diminution puis d'une stabilisation autour de 200 décès par an depuis 1998²¹. Les décès dus au Sida ont atteint leur maximum en 1994 avec une diminution continue depuis, essentiellement due à l'arrivée des traitements antirétroviraux.

VIH et hépatites

Depuis 1991, on constate une diminution des tests VIH positifs en Suisse qui concerne toutes les catégories de transmission. En 2001, pour la première fois, le nombre de nouveaux cas déclarés dépasse celui de l'année précédente. Chez les consommateurs de drogue, la diminution a été particulièrement forte avec une stabilisation des nouveaux cas depuis 1998. On ne peut affirmer pour l'instant que l'augmentation des

Figure 4.7

Evolution du nombre de décès liés à la drogue entre 1974 et 2001, et évolution des décès dus au Sida, avec injection intraveineuse comme voie de transmission présumée, entre 1982 et 2001



nouveaux cas en 2001 soit particulièrement attribuable aux consommateurs de drogue (Figure 4.8, Figure 4.9).

Figure 4.8
Déclarations de VIH par les médecins par catégorie de transmission, selon l'année de diagnostic, 1987-2001

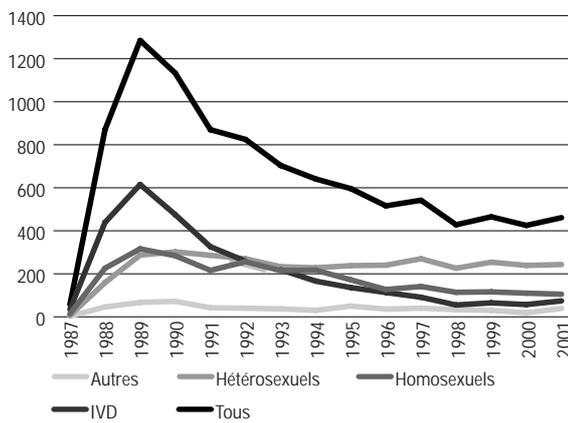
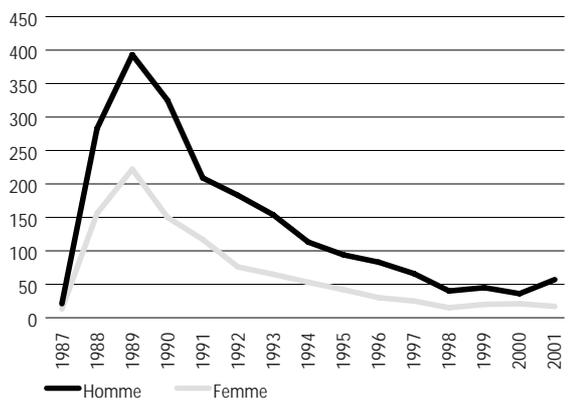


Figure 4.9
Déclarations de VIH par les médecins, chez les consommateurs de drogue, par sexe, selon l'année de diagnostic, 1987-2001



Les données sur la prévalence du VIH proviennent en général de statistiques ou d'études pour lesquelles on ne connaît que le statut que les personnes déclarent. Il s'agit donc d'une prévalence rapportée et non mesurée (Tableau 4.2).

La clientèle des structures à bas-seuil (SBS), des traitements ambulatoires, et des traitements résidentiels constitue une population massivement testée. Le pourcentage de personnes ayant subi au moins un test de dépistage du VIH est égal ou supérieur à 90% dans les SBS (91% en 1994, 93% en 1996 et 95% en 2000) et dans le secteur des traitements résidentiels (entre 90% et 93.9% pour la période 1997-2001). Dans les institutions de traitement ambulatoire, 84% des injecteurs déclarent avoir subi un test en 1996 et 86.2% en 1999.

La prévalence rapportée pour le VIH dans les différents types de structures (ambulatoire, résidentiel, bas-seuil, PROVE) a nettement diminué au début des années 90. Entre 1995 et 2000, le pourcentage de personnes rapportant un test VIH positif est resté relativement stable ou en légère augmentation pour chacun des types de structure :

- dans la clientèle des structures à bas-seuil, la prévalence rapportée est passé de 10% à 11% entre 1993 et 2000. Les données précédentes avaient été récoltées à Zurich durant la période des scènes ouvertes ;
- dans la clientèle participant aux essais de prescription médicale d'héroïne, qui regroupait des personnes particulièrement dépendantes, la prévalence est nettement plus haute ;
- dans la clientèle des traitements ambulatoires, 15% des consommateurs débutant un tel traitement étaient séropositifs en 1989. Ce taux est ensuite passé à 13% en 1996, à 9% en 1997 et à 11.4% en 1998. La prévalence pour l'ensemble des personnes en traitement était de l'ordre de 20% au début des années 90. Dès 1995, ces valeurs sont restées nettement plus basses et ont fluctué entre 3.4% et 5%.

Si la prévalence rapportée pour le VIH est restée relativement basse, celle pour les hépatites B et C est au contraire très élevée. En 2000, 59% des clients des SBS déclarent avoir eu un test positif pour l'hépatite C et 40% pour l'hépatite B. Dans le secteur résidentiel, la statistique FOS indique pour la période 1997-2000 des prévalences de 30-40% pour l'hépatite C et entre 22.2% et 28% pour l'hépatite B. En 2001, la prévalence pour les deux types d'hépatite est artificiellement basse. En effet, le taux de personnes déclarant une virémie positive à un type d'hépatite inconnu est beaucoup plus élevé (24%) que les années précédentes (entre 2% et 3%).

Tableau 4.2

Proportion de personnes testées pour le VIH, et de personnes testées positivement au VIH, à l'hépatite B et à l'hépatite C dans divers types de structures d'accueil ou de traitement en Suisse, 1992-2001²²⁻³¹

Lieu	% Tests VIH	% VIH +	% Hépatite B +	% Hépatite C +
Bas-seuil				
ZHKA 89		25		
ZHZ 92		19		
SBS 93	88	10		
SBS 94	91	11		
SBS 96	93	11		
SBS 2000	95	11	40	59
Essais de traitement héroïne (PROVE)				
1993-1996		16		
Traitement ambulatoire				
SAMBAD 96	~84	13		
SAMBAD 97	89	9.5		
SAMBAD 98	86	11.4		
SAMBAD 99	86.2	5.9		
Traitement résidentiel				
FOS 97	92.8	4.8	27.7	30
FOS 98	93.9	4.7	26.6	34.9
FOS 99	92.2	4.6	28	41
FOS 2000	90	3.5	22.2	39.6
FOS 2001	91	5	8.7	18

Evolution de l'exposition aux risques et protection dans la clientèle des SBS en Suisse

Les études menées en Suisse entre 1993 et 2000 auprès des consommateurs de drogue des structures à bas-seuil distribuant du matériel d'injection permettent d'étudier les risques de contamination par le VIH chez les toxicomanes ainsi que leurs pratiques préventives²². La proportion de personnes s'injectant de la drogue dans cette population particulièrement vulnérable a diminué, de même que le nombre moyen

d'injections. On a cependant noté une petite tendance à l'augmentation de l'exposition au risque de transmission du VIH chez les injecteurs: la proportion de partage de matériel d'injection dans les six derniers mois a passé de 9% en 1994 à 12% en 2000 (Tableau 4.3). Peu de changements en revanche en ce qui concerne les risques sexuels de transmission du VIH. Le taux d'utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels est comparable à celui que l'on observe dans la population générale. Lors d'activités de prostitution, les pratiques de protection sont également très

Tableau 4.3

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

EXPOSITION AU VIH ET PROTECTION		1993	1994	1996	2000
		N = 1 119	N = 907	N = 944	N = 924
		%	%	%	%
UTILISATION DE MATERIEL D'INJECTION USAGE					
Partage de seringue/aiguille	% durant la vie ^a	40	* 37	44	45
	% durant les 6 derniers mois ^b	17	9	11	12
	% en prison durant 2 derniers ans ^c			6	9
Don de seringue/aiguille ^b	% durant les 6 derniers mois		* 9	9	9
Partage d'autre matériel ^b	<i>durant les 6 derniers mois</i>				
	% utilisation de cuillère en commun			68	51
	% utilisation de filtre en commun			46	38
	% utilisation de coton en commun			3	* 7
	% utilisation de l'eau				* 26
UTILISATION DU PRESERVATIF^d					
% Partenaire(s) stable(s)	<i>durant les 6 derniers mois</i>				
	% toujours utilisé préservatif	60	* 56	53	* 56
	% toujours utilisé préservatif	26	* 24	27	* 29
	% jamais utilisé préservatif	55	* 62	58	* 55
% Partenaire(s) occasionnel(s)	% partenaire non consommateur		* 50	52	* 52
	% toujours utilisé préservatif	34	* 29	31	* 32
	% jamais utilisé préservatif	61	* 71	67	* 72
% Prostitution femme	% toujours utilisé préservatif	14	* 14	13	* 15
	% jamais utilisé préservatif		30	24	18
% Prostitution homme	% toujours utilisé préservatif		93	95	83
	% jamais utilisé préservatif		0	0	5
	% toujours utilisé préservatif		3	2	4
% Dernier rapport sexuel	% toujours utilisé préservatif		67	43	33
	% jamais utilisé préservatif		22	29	17
	% utilisation préservatif		* 46	51	* 48

* Données non-existantes pour Zurich

a Taux rapporté aux injecteurs durant la vie

b Taux rapporté aux injecteurs durant les 6 derniers mois

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

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

répandues. En revanche, la protection est faible avec les partenaires stables. Cette situation est problématique compte tenu de la prévalence assez élevée du VIH chez les personnes dépendante et du fait que la moitié de leurs partenaires stables ne sont pas des consommateurs de drogue.

Le partage de matériel servant à préparer l'injection reste fréquent et constitue probablement un risque particulier de contamination par le virus de l'hépatite C qui est plus facilement transmissible que le VIH.

Comparaison internationale

Depuis le milieu des années 90, le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH chez les consommateurs de drogue s'est généralement stabilisé dans la plupart des pays de l'UE. La prévalence du VIH chez les injecteurs est cependant très différente d'un pays à l'autre. Au Royaume-Uni elle est de 1 % alors qu'en Espagne elle s'élève à 32 %. Elle varie aussi à l'intérieur d'un même pays selon les régions (Italie). Dans certains pays cependant, on assisterait à une recrudescence des nouveaux cas (Luxembourg, Irlande).

En ce qui concerne l'hépatite C, les données de prévalence sont plus rares mais elles seraient très élevées dans tous les pays (entre 40 et 90 %). Pour la plupart d'entre eux, la tendance serait à la hausse alors que dans quelques cas elle serait plutôt à la baisse (Grèce, Portugal) ^{5,14}.

En Suisse, le partage de seringue est relativement faible (environ 10 %) et, selon les données de comparaison internationale, un des plus bas d'Europe (Tableau 4.4). Quant aux autres comportements à risques liés à l'injection (partage de cuillère, de coton et d'eau), ils restent encore élevés, et ce tant en Suisse qu'ailleurs. En ce qui concerne les comportements sexuels, les tendances observées en Suisse sont aussi relevées en Europe : l'utilisation de préservatifs s'est bien développée dans les relations sexuelles avec les clients (pour les femmes qui se prostituent) ou avec les partenaires occasionnels alors qu'elle est moins répandue lors de relations avec un partenaire stable ³².

Tableau 4.4

Taux de partage de seringues (en %) dans divers pays : 1992-2000

Pays/Villes	Lieu	Année	Temps	Taux (%)
Allemagne ³³	Multicentrique	1992-1993	Six mois	39
Australie ³⁴	Bas-seuil	1995	Dernier mois	31
UK ³⁵	Bas-seuil	1994	Douze mois	17-48
France ³³	Bas-seuil	1996	Dernier mois	13
Italie du Nord ³⁶	Cohorte	1996	Six mois	15-29
Vancouver ³⁷	Cohorte	1997	Six mois	20
New York ³⁸	Multicentrique	1997-1998	Six mois	26-31
UK ³⁹	Multicentrique	1997-1998	Dernier mois	42-44
Irlande ⁵	Multicentrique	1997-1998	Dernier mois	29-64
UK ⁵	Community survey	1998	Six mois	50
Pays-Bas ⁵	Community surveys	1997-1999	Six mois	10-17
Danemark ⁵	Traitements	1998	Six mois	59
France ⁴⁰	Bas-seuil	1998	Dernier mois	18
Luxembourg ⁵	Traitements	1999	Six mois	29
Italie du Nord ³⁶	Cohorte	1999	Six mois	10-20
Portugal ⁵	Traitements	1999	Six mois	32
Espagne/Catalogne ⁴¹	Bas-seuil	2000	Six mois	31

Caractéristiques démographiques et insertion sociale des consommateurs dépendants

Les caractéristiques démographiques et sociales des consommateurs dans diverses structures d'accueil ou de traitement renseignent :

- sur l'existence de sous-populations distinctes de consommateurs (à des stades différents de la consommation ou dans des « carrières » de dépendance différentes);

- sur la situation sociale des consommateurs;
- indirectement, sur l'évolution du nombre de consommateurs puisque, si les « entrées » et les « sorties » dans ces différentes sous-populations étaient équilibrées, l'âge moyen devrait rester stable.

Le Tableau 4.5 montre l'évolution de quelques caractéristiques démographiques et d'expériences de consommation dans divers types de structures.

Tableau 4.5

Caractéristiques démographiques et d'expérience de consommation

des usagers de divers types de structures (Suisse, 1993-2001) ^{18, 19, 22-24, 42, 25-31, 43-45}

Lieu	% femmes	Age médian ou moyen (m)		Age médian ou moyen (m)		% consommateurs récents*
		1 ^e consommation				
Structures à bas-seuil d'accès ^r						
héroïne cocaïne						
SBS 93				18.5	19	30
SBS 94	27	27 m		18	20	24
SBS 96	27	29 m		18	19	14
SBS 2000	27	32 m		18	20	7
Traitement héroïne						
(PROVE, HeGeBe) ^s						
PROVE 94-96	30	30.8				en principe 0 ^t
HeGeBe 96		31.5 m				idem
HeGeBe 98		31.9 m				idem
HeGeBe 99		31.9 m				idem
HeGeBe 2000		32.6 m				idem
HeGeBe 2001						idem
Traitements ambulatoires						
SAMBAD 95	27.7	F: 25.7 H: 26.4				
SAMBAD 96	28	27.6 m	F: 18 m H: 19 m			
SAMBAD 97	27.8	25-29	F: 18 m H: 19 m			
SAMBAD 98		25-29	F: 18 m H: 19 m			
SAMBAD 99	27.7					
Traitements résidentiels						
FOS 94	28	23-25		17-19		
FOS 95	22.9	26-28		19		
FOS 97	21.7	25		18.9		
FOS 98	22.7	28		18		16
FOS 99	25.7	28		18		14.2
FOS 2000	25.5	29		18		10.1
FOS 2001	28	28		18		12.2

* Moins de 2 ans pour les statistiques SBS
Moins de 3 ans pour les statistiques FOS

Tableau 4.6

Caractéristiques sociales (logement, emploi et source de revenus hors emploi) des usagers de divers types de structures (Suisse, 1993-2001)

Lieu	% sans domicile fixe	% sans emploi	Source de revenu		
			% AVS/AI/chômage	% assistance publique	revenu illégal
Bas-seuil					
SBS 93	12	54			
SBS 94	15	56	22	27	123
SBS 96	10	55	27	36	26
SBS 2000	10	59	29	46	18
Traitement ambulatoire					
ZHZOKL 92	21	59			
SAMBAD 95			F: 8	H: 6	
SAMBAD 96	F: 4	H: 4	F: 10	H: 9	
SAMBAD 97			F: 7	H: 6	
SAMBAD 98			F: 9	H: 7	
SAMBAD 99			F: 9	H: 7	
Traitement résidentiel					
FOS 90	11	46			
FOS 95	10.1	41.7	5	39.5	250.2
FOS 97	5.9	39.9	11.7	38.7	57.4
FOS 98	5.5	39.4	5	41.7	53.2
FOS 99	6.5	42.4	5.8	45.5	52.5
FOS 2000	4.5	42.2	9.1	42.2	42
FOS 2001	4.6	41.8	5.9	44.9	41.8

¹ Dans le dernier mois

² Dans les 12 derniers mois, tout le temps, la plupart du temps ou périodiquement

On constate que la proportion de femmes est semblable dans les différentes structures, soit le plus souvent entre 25 et 30%. En revanche, l'âge moyen ou médian des consommateurs dans les différents types de structures varie. Il est plus élevé dans les structures à bas-seuil et de traitements de prescription médicale d'héroïne que dans les centres de traitement ambulatoire et les institutions de traitement résidentiel.

Si l'on considère l'évolution au cours du temps, on constate une tendance au vieillissement dans toutes les catégories de structures.

Celle-ci est particulièrement forte dans les structures à bas-seuil et dans les traitements de prescription médicale d'héroïne, qui semblent rassembler les consommateurs les plus anciens, mais aussi ceux dont la situation est la plus précaire (voir plus loin). Par ailleurs, si l'âge moyen d'entrée dans la consommation a peu varié au cours des dix dernières années, la proportion de consommateurs récents (en général d'héroïne) a diminué, et ce dans les deux types de structures (SBS, résidentielles) pour lesquelles on dispose de cette information.

Comme le montre le Tableau 4.6, la situation sociale liée au logement des consommateurs de drogue s'est un peu améliorée dans les dernières années par le fait que la proportion de personnes sans domicile fixe a diminué.

^r Enquêtes transversales répétées auprès des consommateurs utilisant ces structures.

^s Statistiques recueillies à l'entrée en traitement.

^t Un des critères d'admission est une consommation régulière de deux ans au moins.

L'accès au travail s'est peu amélioré et le recours aux assurances (AI, chômage) et à l'aide sociale a progressé. En revanche, le recours aux revenus illégaux (y compris la vente de stupéfiants) tend à diminuer.

Les usagers des SBS apparaissent comme les personnes vivant dans les situations les plus précaires, tant du point de vue du logement que du travail. Ils sont aussi fréquemment au bénéfice d'une rente AI (29% en 2000).

Statistiques de répression

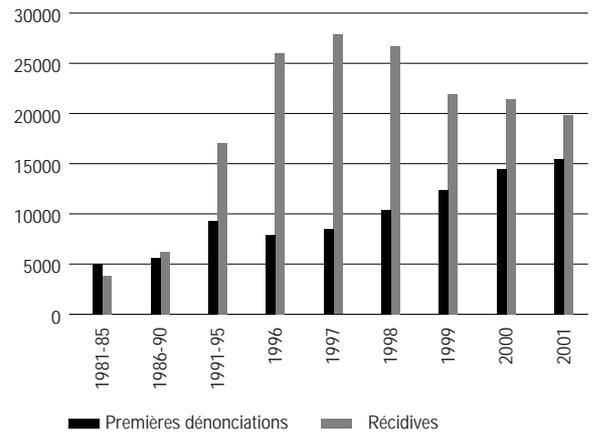
Les statistiques concernant l'application de la Loi sur les stupéfiants (LStup), gérées par l'Office fédéral de la police, sont un reflet de l'ampleur de la consommation et du trafic de drogue mais aussi de l'intensité de l'activité de la police²¹. Comme on ne dispose pas d'indicateurs concernant cette dernière, il n'est pas possible d'apprécier dans quelle mesure les tendances observées pour les dénonciations correspondent effectivement à des variations en matière d'usage de drogue.

Le nombre total de dénonciations pour consommation de drogue a augmenté régulièrement d'environ 9000 pour les années 1981-1985 à environ 35500 en 2001, avec un pic de 37000 en 1998. On note cependant une évolution différenciée pour les premières dénonciations et les récidives.

Le nombre de premières dénonciations pour consommation, toutes substances confondues, a augmenté depuis 1996 pour s'établir à environ 15000 en 2001, alors que le nombre de dénonciations pour récidives tend à diminuer depuis 1997 (Figure 4.10).

Figure 4.10

Premières dénonciations pour consommation de drogue (toutes drogues) et récidives en Suisse de 1981 à 2001



La Figure 4.11 montre l'évolution du nombre de dénonciations pour consommation selon le type de substance en Suisse entre 1974 et 2001. Selon la substance considérée différentes tendances se dessinent^u. Le nombre de dénonciations pour les dérivés du cannabis (marijuana, chanvre, hachisch et huile de hachisch) est en constante augmentation. Celle-ci est particulièrement nette pour les dix dernières années et le nombre de dénonciations atteint 32580 cas en 2001. A l'inverse, le nombre de dénonciations pour consommation d'héroïne et de cocaïne tend à diminuer. Après avoir atteint un pic en 1993 (20374), les dénonciations pour consommation d'héroïne ont diminué de manière significative jusqu'en 2001 (9579). Quant aux dénonciations liées à la consommation de cocaïne, elles ont atteint leur maximum en 1997 (10515) et sont depuis en diminution (8206 en 2001).

^u A noter que chaque dénonciation figure autant de fois qu'il y a de genre de stupéfiants consommés. Les dénonciations par substance proviennent d'une base de données différente des dénonciations selon le statut de première dénonciation ou de récidive.

Figure 4.11

Dénonciations (premières ou récidives) pour consommation selon le type de substance – cannabis, héroïne, cocaïne - en Suisse, de 1974 à 2001

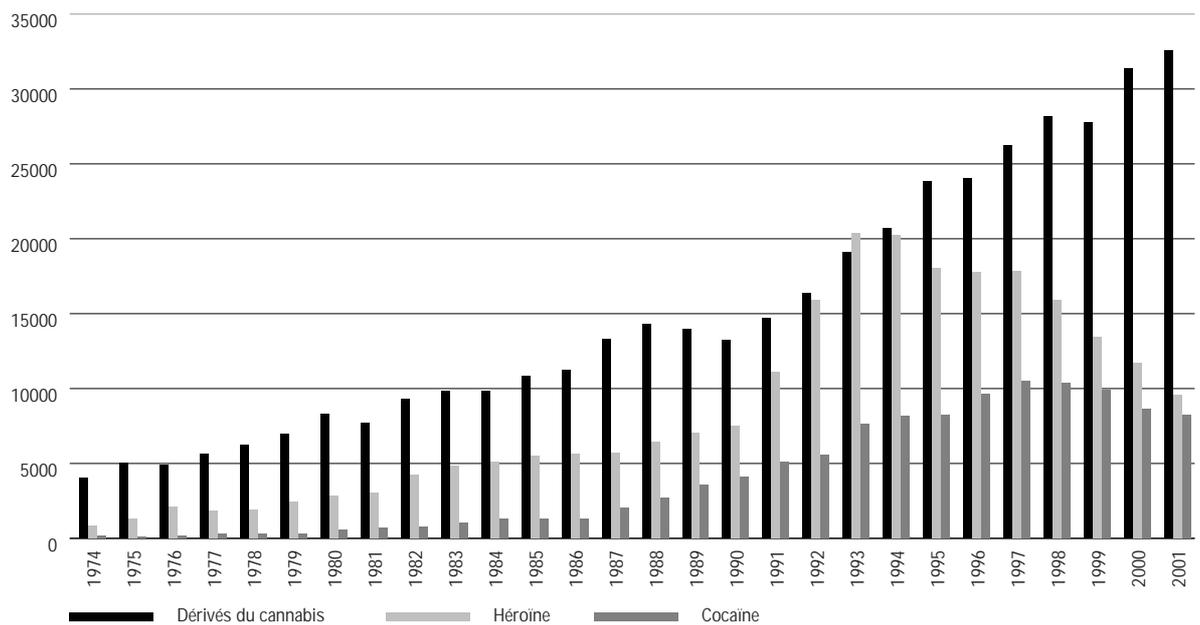
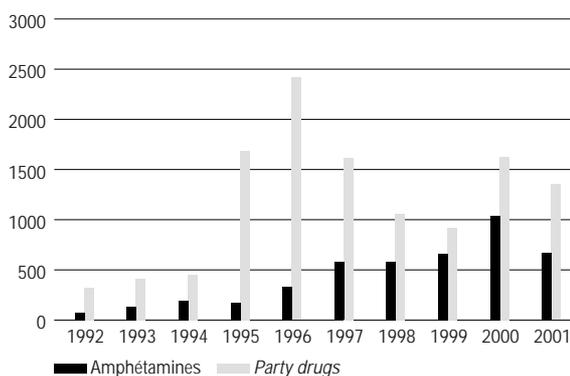


Figure 4.12

Dénonciations (premières ou récidives) pour consommation d'amphétamines et de *party drugs* en Suisse, de 1992 à 2001.



Même si le nombre de dénonciations pour consommation de *party drugs* et d'amphétamines ne représente qu'une petite partie de l'ensemble des dénonciations liées à la consommation, il y a eu des variations avec une forte augmentation du nombre de dénonciations entre 1999 et 2000 et une diminution en 2001. Ainsi, les dénonciations pour consommation d'amphétamines ont passé de 662 en 1999 à 1043 en 2000, et pour l'ecstasy de 916 en 1999 à 1627 en 2000 (Figure 4.12). En 2001, le nombre de dénonciations pour consommation d'amphétamines a diminué à 671 et pour l'ecstasy à 1353.

Il serait idéal de disposer d'indications sur les premières dénonciations par substances mais les récoltes de données, sous leur forme actuelle, ne le permettent pas.

Synthèse

La première partie de cette section est consacrée à une analyse des différents indicateurs du nombre de consommateurs de différentes substances, illégales et légales, et la seconde à une analyse des conséquences de la consommation de différentes drogues.

Avant de débiter la discussion, il est utile de rappeler quels sont les buts du ProMeDro :

- diminuer le nombre de consommateurs dépendants – à la fois par la diminution de l'entrée dans la consommation et une augmentation des sorties de la dépendance ;
- diminuer la gravité de la consommation, par la réduction des risques sociaux et pour la santé des consommateurs.

Nombre de consommateurs

Héroïne

La mesure d'indicateurs de consommation dans la population générale adulte de diverses catégories d'âge montre une légère augmentation de la consommation à vie à la fin des années 80 avec une stabilisation – voire une diminution – dès la deuxième partie des années 90. Cette stabilisation récente est confirmée par les données concernant la consommation actuelle. La différence importante de prévalence entre consommation à vie et actuelle (bien inférieure) suggère qu'une partie des consommations déclarées a pu être de type expérimental ou de durée limitée. On ne dispose pas pour l'instant de données de tendance sur les consommations précoces (adolescents et jeunes adultes) mais les statistiques d'entrée en traitement ne montrent pas d'abaissement de l'âge à la première consommation.

D'autres indicateurs, mesurant indirectement le nombre de consommateurs, vont dans le même sens :

- les statistiques de répression montrent une forte diminution des dénonciations pour consommation d'héroïne dès 1995. Rappelons toutefois que ces statistiques sont aussi un indicateur de l'activité de la police qui peut avoir changé sa pratique ;

- les statistiques d'entrée en traitement et les enquêtes effectuées dans les structures à bas-seuil montrent une augmentation (SBS, HeGeBe, FOS) ou une stabilisation (SAMBAD) de l'âge médian ou moyen des consommateurs. On observe aussi (SBS, FOS) une diminution de la proportion de consommateurs récents. Cela peut indiquer une diminution de l'entrée en dépendance mais aussi une augmentation de la rétention en traitements (cohorte vieillissante).

Ces statistiques ne couvrent pas les consommateurs dits « cachés » qui ne souhaitent pas être traités, qui ne fréquentent pas les SBS ou qui n'ont jamais été arrêtés par la police. Toutefois, il faut rappeler qu'une enquête menée il y a quelques années mettait en évidence que la population véritablement cachée de consommateurs d'héroïne était probablement peu importante, particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes consommant par injection^{46,47}.

Les enquêtes en cours dans des populations plus jeunes permettront d'établir la tendance concernant la consommation précoce.

Notons enfin que les entrées en traitement (tous traitements) qui concernent essentiellement des consommateurs d'héroïne dépendants (avec ou sans consommation de cocaïne ou d'autres drogues) ont augmenté dans les dix dernières années. Il faut probablement interpréter l'évolution de cet indicateur, au vu de l'ensemble des données, comme représentant davantage la diminution de la gravité des conséquences de la consommation (plus de personnes sont prises en charge, parfois de façon répétée) que l'augmentation du nombre de personnes dépendantes.

Plusieurs indicateurs ne sont pas recueillis systématiquement. On ne dispose pas de données d'ensemble pour les sorties de traitement, qui apporteraient un éclairage essentiel sur l'évolution du nombre de personnes dépendantes en Suisse en permettant de comparer le nombre d'entrées et de sorties annuellement. On ne dispose pas non plus au niveau suisse et de façon continue de l'indicateur « premières demandes de traitement », recommandé par l'Union européenne, qui permettrait de distinguer les premiers traitements des traitements consécutifs, fréquents dans la carrière des personnes dépendantes.

Cocaïne

Les enquêtes de population révèlent une augmentation de la consommation à vie de cocaïne et une stabilisation de la consommation actuelle de cette drogue, suggérant ainsi l'existence d'une part d'expérimentation ou de consommation occasionnelle.

Les indicateurs indirects de consommation apportent toutefois une vision plus nuancée de la consommation de cette substance :

- les statistiques de répression montrent une diminution des dénonciations pour consommation de cocaïne, plus récente que celle de l'héroïne (dès 1998). Cependant, la consommation « récréative » de cocaïne est plus discrète que celle d'héroïne et concerne des populations plus diverses ;
- dans les SBS, la proportion de consommateurs de cocaïne ou de cocktail a augmenté de 1993 à 1996 pour s'abaisser un peu en 2000 (même évolution que les dénonciations) ; le nombre moyen d'injections par semaine chez ces consommateurs a suivi la même évolution ; toutefois, il semble que la situation de l'injection de cocaïne soit très différente selon les régions et selon les individus (de petits groupes peuvent avoir des fréquences d'injections très élevées, très « visibles » et difficiles à gérer vu l'état d'excitation conféré par le produit).

Ces données conduisent à l'appréciation que la consommation de cocaïne est vraisemblablement en augmentation dans la population qui l'utilise de façon récréative et en légère diminution globale (récente) dans la population dépendante de l'héroïne avec des variations spatiales et individuelles très importantes. Nous reviendrons sur ce point dans la discussion sur les modes de consommation.

Cannabis

La situation de la consommation de cannabis est claire et les données sont convergentes. On observe dans les enquêtes de population une augmentation récente de la consommation à vie de cannabis, ainsi qu'une augmentation de la précocité de cette consommation depuis le milieu des années 90. Ainsi, cette augmentation récente est particulièrement importante chez les adolescents de 15 ans où elle a plus que triplé entre 1990 (8.5%) et 1998 (30.8%). Les deux tiers de ces consommations sont des consommations répétées. La dernière enquête réalisée en 2000 chez des jeunes de 15-19 ans indique que 6.5% d'entre eux consomment du cannabis chaque jour et 5% au moins une fois par semaine.

Chez les plus âgés (17-30 ans), l'augmentation est un peu moins forte, une partie de la consommation à vie étant le fait de générations antérieures qui ont probablement cessé leur consommation. Au total, plus d'un tiers de la population de cet âge a consommé des drogues douces durant la vie.

L'expérience à vie de consommation de cannabis diminue avec l'âge ce qui est probablement dû à la fois à un arrêt de la consommation à l'âge adulte et à un effet de génération.

La consommation de cannabis est plus élevée en Suisse romande qu'en Suisse alémanique et au Tessin.

Les experts font aussi état d'une augmentation dans la teneur en principe actif dans les préparations de cannabis proposées sur le marché.

Les données de consommation sont confirmées par les indicateurs indirects :

- les dénonciations pour usage de cannabis sont en constante augmentation depuis les années 70 ;
- l'augmentation récente des premières dénonciations (toutes drogues confondues) est peut-être essentiellement due au cannabis ;
- le nombre et l'évolution des dénonciations sont très divers selon les cantons et indiquent probablement davantage des différences dans les pratiques de poursuite que dans la prévalence de la consommation.

Autres drogues illégales

Les données concernant ces drogues sont plus éparpillées, leur recueil moins systématique, et on ne dispose pas d'enquêtes de populations répétées à ce sujet. Les deux enquêtes en cours auprès de jeunes apporteront plus de précision. Les quelques enquêtes en milieu Techno indiquent jusqu'ici l'existence d'une population d'usagers qui consomment de manière récréative et, cependant, affichent des consommations élevées et mélangent souvent les substances. Quant aux indicateurs de répression, ils indiquent une évolution erratique ces dernières années avec un pic à environ 3 000 dénonciations pour consommation (amphétamines et *party drugs* ensemble).

Alcool et tabac

La consommation d'alcool (bière et alcools forts) chez les jeunes a sensiblement augmenté entre 1986 et 1998. C'est surtout la consommation épisodique (fin de semaine) qui est en cause, ainsi que la consommation abusive (état d'ivresse). L'augmentation est plus importante chez les filles.

La consommation de tabac montre un tableau analogue: augmentation de la consommation régulière et journalière chez les écoliers, particulièrement chez les filles.

Ce constat d'une augmentation de la consommation par les jeunes de drogues dites légales ainsi que de cannabis est emblématique du contexte⁴⁸ dans lequel il faut lire la probable stabilisation voire diminution de la consommation d'héroïne: une augmentation du nombre de consommateurs (même si certains restent au stade de l'expérimentation) et de l'intensité de la consommation dite «récréative» de substances:

- dont certaines ont un pouvoir addictif fort (nicotine) et des effets très néfastes sur la santé;
- et d'autres (alcool, cannabis) dont la consommation prolongée ou abusive peut avoir des effets néfastes sur la santé, en particulier chez des individus fragiles.

Ce phénomène – du simple fait de l'accroissement des nombres – pourrait à terme conduire à une nouvelle augmentation de la consommation d'héroïne et de cocaïne, même avec un taux minime d'expérimentation de celles-ci chez ces consommateurs d'autres substances.

Gravité de la consommation

L'analyse porte ici sur les indicateurs sanitaires et sociaux concernant les consommateurs de drogue dépendants (essentiellement héroïne et cocaïne).

Santé

Dans ce domaine l'évolution va dans le sens d'une amélioration plus ou moins importante et/ou rapide selon les indicateurs, avec quelques problèmes particuliers:

- dans les enquêtes auprès des usagers des SBS, la part des personnes qui s'injectent est en lente diminution, de même que la part d'injecteurs récents; le nombre moyen d'injections par semaine est aussi en diminution, ainsi que le nombre de multi-consommateurs. Ceci ne doit pas cacher le fait que cette dernière pratique est la règle (2/3 des consommateurs) et qu'il se consomme parfois par voie intraveineuse des produits en principe non injectables (comprimés de benzodiazépines dilués, p. ex.);
- le nombre de personnes en traitement continue d'augmenter. La philosophie de maintenance et de réduction des risques (pas d'exclusion automatique du traitement en cas de consommation parallèle et insistance sur la permanence du lien thérapeutique) entraîne cependant, pour une minorité des personnes traitées une persistance de risques, quoique réduits, dus à la consommation intraveineuse (particulièrement de cocaïne et de benzodiazépines);
- le nombre de décès diminue (d'environ 750 en 1994 à un peu plus de 200 en 2001); la diminution a davantage touché les décès dus au Sida mais s'observe aussi pour les décès dus aux drogues qui se sont stabilisés autour de 200 ces quatre dernières années;

- le nombre de nouveaux cas de VIH a fortement diminué depuis 1989 (environ 600) et semble se stabiliser autour de 70 cas par année; la prévalence du VIH a diminué ou est stable selon les lieux de récolte de données (entre 5 et 11 % dans les dernières années selon les sources^v);
- en revanche la prévalence des hépatites, particulièrement de l'hépatite C est élevée, surtout chez les personnes qui fréquentent les structures à bas-seuil;
- le partage de matériel d'injection et de matériel servant à préparer l'injection a dans l'ensemble diminué, avec une légère tendance à l'augmentation du partage de seringues ces dernières années;
- l'usage de préservatifs avec différents types de partenaires est stable ou en légère diminution, avec des niveaux élevés de protection (partenaires occasionnels, clients de prostituées) sauf avec les partenaires stables.

Situation sociale

La situation sociale des consommateurs est essentiellement appréciée à partir des données concernant la situation en matière de travail, de revenus et de logement des consommateurs de drogue à l'entrée dans diverses formes de traitement ou dans les enquêtes dans les SBS :

- la situation de logement s'est améliorée avec une diminution des consommateurs sans domicile fixe;
- l'accès à l'emploi ne s'est pas amélioré ces dernières années avec 59% de sans-emploi dans la clientèle des SBS et 42% à l'entrée en traitement résidentiel;
- le nombre de personnes bénéficiant des assurances sociales (AI, chômage) a augmenté, de même que le nombre de personnes bénéficiant de l'aide sociale/assistance publique. En revanche la proportion de personnes déclarant des revenus illégaux (principalement *deal*) a diminué.

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

On manque de données d'ensemble de suivi après les sorties en traitement, qui permettraient de nuancer ce constat qui concerne jusqu'ici uniquement des personnes qui débutent un traitement ou n'en ont pas. Il existe cependant des données de suivi⁴⁹⁻⁵¹, parfois limitées à quelques institutions⁵², qui montrent des évolutions favorables⁵³.

Conclusions

Les buts de stabilisation/diminution du nombre de consommateurs dépendants de drogues dures sont atteints en ce qui concerne l'héroïne. En particulier, il semble que l'entrée dans la dépendance à cette substance ait diminué. La situation concernant la cocaïne est moins claire : il est possible que sa consommation par des personnes déjà dépendantes de l'héroïne ait un peu diminué mais il est probable que l'usage «récréatif» de cocaïne ait augmenté.

Pour toutes les autres substances, la tendance est à l'augmentation.

C'est probablement dans le domaine de la réduction des risques et des dommages que les progrès les plus notables ont été faits, particulièrement la réduction des risques pour la santé et le maintien d'un certain fonctionnement social. On manque cependant d'informations d'ensemble sur le devenir en matière de santé et d'insertion sociale des personnes qui entrent en traitement et particulièrement sur les sorties et la suite.

^v On ne dispose pas de données récentes de prévalence à l'entrée en traitement pour le programme de substitution à l'héroïne qui, au milieu des années 90, montrait la prévalence la plus haute.

Tableau 4.7

Evolution des principaux indicateurs indirects du nombre de consommateurs dépendants et de la gravité des problèmes liés à la dépendance*: synthèse et hypothèses de changement pour 1999/2001

Indicateurs **	Evolution	Hypothèses de changement	
		du nombre de consommateurs dépendants	de la gravité des problèmes liés à la dépendance
Nombre de dénonciations:		▼	▼
héroïne	↘		
cocaïne	↘		
Age moyen des consommateurs	↗	▼	●
Nombre de personnes en traitement	↗	±	▼
Nombre de décès dus à la drogue	→	±	▶
Nouveaux cas de VIH	→	●	▶
Exposition au risque VIH	→	●	▶
Polytoxicomanie	→	●	▶
Fréquence d'injection ***	↘	●	▼
Prostitution	→	●	▶
Insertion sociale:			
sans logement	↘	●	▼
Insertion sociale:			
sans travail	→	●	▶
aide sociale et AI	↗	●	▶
Légende	↗ augmentation ↘ diminution → stabilité	± indicateur incertain ▲ indicateur en faveur d'une augmentation ▼ indicateur en faveur d'une diminution ▶ indicateur en faveur d'une stabilisation ● indicateur non pertinent	

* Explication du tableau:

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

** Exemple de lecture: PROSTITUTION

2e colonne: la prostitution est stable

3e colonne: la prostitution n'est pas un indicateur indirect du nombre de consommateurs

4e colonne: la prostitution est un indicateur indirect de la gravité des problèmes liés à la dépendance.

La prostitution étant stable, l'hypothèse suivante peut-être formulée: les problèmes liés à la dépendance ne s'aggravent pas

*** Varie en fonction des cantons

Références bibliographiques

- 1 Maag V. *Prévalence de la dépendance à l'héroïne en Suisse: estimations, tendance à la hausse jusqu'en 1993-1994, à la baisse jusqu'en 1998*. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 2000; (21): 396-9.
- 2 Jeannin A, Schmid M, Dubois A, Dubois-Arber F, Meystre-Agostoni G, Benninghoff F, et al. *Programme national VIH/sida 1999-2003: état et dynamique de la mise en œuvre à fin 2001*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 53).
- 3 Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, editor. *Chiffres et données sur l'alcool et les autres drogues, 1999*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 1999.
- 4 Narring F, Tschumper A, Michaud PA, Vanetta F, Meyer R, Wydler H, et al. *La santé des adolescents en Suisse: rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994. (Cah Rech Doc IUMSP, 113a).
- 5 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), editor. *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, 2001*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 2001. URL: <http://www.emcdda.org>.
- 6 Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), editor. *Drogues et dépendances: indicateurs et tendances 2002*. Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT); 2002.
- 7 Aujean S, Murphy R, King L, Jeffery D, Dorn N, editors. *Annual report on the UK drug situation 2001*. London: DrugScope; 2001. URL: <http://www.drugscope.org.uk>.
- 8 *Schweizerische Cannabisbefragung: Cannabis auf der Schwelle zum legalen Rauschmittel; was die Schweizer und Schweizerinnen vom Cannabiskonsum halten; eine Repräsentativstudie*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 2001.
- 9 Gmel G, Müller R, Fahrenkrug H. *La consommation de cannabis en Suisse: un rapport de synthèse sur la consommation de cannabis et son évolution, reposant sur les enquêtes suisses sur la santé de 1992/93 et 1997*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 2002.
- 10 Delgrande M, Kuntsche EN, Schmid H. *Enquête sur les comportements de santé des écoliers de 12 à 15 ans: une statistique descriptive des données nationales de 1998*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 1999.
- 11 Ayer S, Gmel G. *Consommation d'ecstasy en Suisse romande: rapport final d'un projet soutenu par l'Office fédéral de la santé publique*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 1996. (Rapport du département de recherche).
- 12 Allemann D, Pauli H. *Pilot-e, ein Präventionsprojekt des Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern und der Stiftung Contact Bern: Bericht 1998-1999*. Bern: Stiftung Contact Bern; 2000.
- 13 Delprat T. *Les drogues synthétiques en Europe: uniformisation et généralisation du phénomène*. Tendances 1999; (3): 1-4.
- 14 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), editor. *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, 2000*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 2000. URL: <http://www.emcdda.org>.
- 15 Tossmann P, Boldt S, Tensil MD. *Variabilität und Stabilität des Drogenkonsums in der Techno-Party-Szene*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 1999.

- ¹⁶Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: deuxième rapport de synthèse 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Version abrégée).
- ¹⁷Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). *Le rôle clé de la substitution dans le traitement de la toxicomanie*. Objectif drogues: briefing 2002; (1): 1-4.
- ¹⁸Office fédéral de la santé publique, editor. *Les traitements avec prescription d'héroïne (HeGeBe) en 1999*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2000. URL: <http://www.bag.admin.ch/sucht/therapie/hegebe/f/>.
- ¹⁹*Les traitements avec prescription d'héroïne (HeGeBe) en 2000*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001. URL: <http://www.bag.admin.ch/sucht/therapie/hegebe/f/>.
- ²⁰European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA). *2001 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union online*. European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA), Ed. 2001. URL: <http://www.emcdda.org/infopint/publications.shtml>.
- ²¹*Statistique policière de la criminalité SPC 2001: comprenant le développement de la criminalité durant les 10 dernières années = Statistique suisse des stupéfiants*. Berne: Office fédéral de la police (OFP); 2002.
- ²²Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. *Health and social trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994 to 2000)*. [in submission].
- ²³Voll P, Gauthier JA, Regazzoni A. *Ambulante Suchtberatung 1996: Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich = Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 1996: statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue*. Berne: Office fédéral de la statistique (OFS); 1998. (Statistique de la Suisse, 14 Santé).
- ²⁴Galliker M, Gauthier JA, Regazzoni A. *Ambulante Suchtberatung 1997: Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich = Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 1997: statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS); 1999. (Statistique de la Suisse, 14 Santé).
- ²⁵Galliker M, Gauthier JA, Delgrande M, Regazzoni A, Beringer R. *Ambulante Suchtberatung 1998: Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich = Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 1998: statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS); 2000. (Statistique de la Suisse, 14 Santé).
- ²⁶Galliker M, Gauthier JA, Delgrande M, Boujon L, Beringer R. *Ambulante Suchtberatung 1999: Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich = Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 1999: statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS); 2001. (Statistique de la Suisse, 14 Santé).
- ²⁷Grichting E, Dobler-Mikola A, Reichlin M. *La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1997: rapport d'activité (version abrégée): statistique annuelle globale*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 1998. (Rapport de l'Institut de recherche sur les addictions).

- ²⁸ Grichting E, Dobler-Mikola A, Reichlin M, Bolliger H. *La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1998: rapport d'activité et statistique annuelle globale (ci-inclus la comparaison des données d'entrées 1995 à 1998): version abrégée*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 1999. (Rapport de l'Institut de recherche sur les addictions).
- ²⁹ Schaaf S, Berger Hoins C, Reichlin M, Grichting E, Wettach RHU, Dobler-Mikola A, et al. Service de coordination de la Ligue FOS, editor. *La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1999: rapport d'activité et statistique annuelle globale: comparaison des données des thérapies à court-moyen terme et à long terme*. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2000. (Rapport de recherche de l'Institut de recherche sur la toxicomanie).
- ³⁰ Schaaf S, Reichlin M, Grichting E, Rehm J, Bolliger H. Service de coordination de la Ligue FOS, editor. *La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 2000: rapport d'activité et statistique annuelle globale; comparaison des types de comportement en matière de consommation*. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2001. (Rapport de l'Institut de recherche sur les addictions). URL: <http://www.suchtforschung.ch>.
- ³¹ Schaaf S, Reichlin M, Hampson D, Grichting E, Bolliger H. Service de coordination de la Ligue FOS, editor. *La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 2001: rapport d'activité et statistique annuelle globale; comparaison de client(e)s aux parcours thérapeutiques différents*. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2002. (Rapport de l'Institut de recherche sur les addictions). URL: <http://www.suchtforschung.ch>.
- ³² European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA). *Joint action on new synthetic drugs*. European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA), Ed. 2002. URL: http://www.emcdda.org/policy_law/joint_action.shtml.
- ³³ Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. *Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisonnements de santé, à paraître).
- ³⁴ MacDonald M, Wodak A, Ali R, Crofts N, Cunningham PH, Dolan KA, Kelaher M, Loxley WM, van Beek I, Kaldor JM. *HIV prevalence and risk behaviour in needle exchange attenders: a national study*. Med J Aust 1997; 166 (5): 237-40.
- ³⁵ Gossop M, Griffiths P, Powis B, Williamson S, Fountain J, Strang J. *Continuing drug risk behaviour: shared use of injecting paraphernalia among London heroin injectors*. AIDS Care 1997; 9 (6): 651-60.
- ³⁶ Sabbatini A, Carulli B, Villa M, Correa Leite ML, Nicolosi A. *Recent trends in the HIV epidemic among injecting drug users in Northern Italy, 1993-1999*. AIDS 2001; 15 (16): 2181-5.
- ³⁷ Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PG, Rekart ML, Montaner JS, Schechter MT, O'Shaughnessy MV. *Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study*. AIDS 1997; 11 (8): F59-F65.
- ³⁸ Diaz T, Des Jarlais DC, Vlahov D, Perlis TE, Edwards V, Friedman SR, Rockwell R, Hoover D, Williams IT, Monterroso ER. *Factors associated with prevalent hepatitis C: differences among young adult injection drug users in lower and upper Manhattan, New York City*. Am J Pub Health 2001; 91 (1): 23-30.
- ³⁹ Hope VD, Judd A, Hickman M, Lamagni T, Hunter G, Stimson GV, Jones S, Donovan L, Parry JV, Gill ON. *Prevalence of hepatitis C among injection drug users in England and Wales: is harm reduction working?* Am J Pub Health 2001; 91 (1): 38-42.
- ⁴⁰ Valenciano M, Emmanuelli J, Lert F. *Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France*. Addiction 2001; 96 (4): 597-606.

- ⁴¹ Centre d'estudis epidemiològics sobre l'HIV/sida de Catalunya (CEESCAT). Casabona J, editor. SIVES 2001 : *Integrated HIV/AIDS surveillance system of Catalonia*. Barcelona: Departament de sanitat i seguretat social; 2002. (Technical document n° 14).
- ⁴² Voll P, Gauthier JA, Regazzoni A. Ambulante Suchtberatung 1995 : *Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich = Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 1995 : statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue*. Berne: Office fédéral de la statistique (OFS); 1997. (Statistique de la Suisse, 14 Santé).
- ⁴³ Schüpbach-Wiedemann E, Wettach RHU, Dobler-Mikola A, editors. *Der Forschungsverbund therapeutischer Gemeinschaften im Jahre 1994 : Tätigkeitsbericht und Beschreibung der Pool-Klientel (KOOS/Pool)*. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich; 1995. (Wissenschaftliche Informationen, Serie V).
- ⁴⁴ Uchtenhagen A, Dobler-Mikola A, Gutzwiller F. *Medically controlled prescription of narcotics: A Swiss national project*. Int J Drug Policy 1996; 7 (1): 28-33.
- ⁴⁵ Dobler-Mikola A, Grichting E, Wettach RHU, Schaaf S, editors. *Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Pilotjahr 1995 : Tätigkeitsbericht und Jahresstatistiken der Koordinationsstelle des FOS*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 1996. (Forschungsinformationen des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie (FOS), interne Reihe).
- ⁴⁶ Hausser D, Kübler D, Dubois-Arber F. *Characteristics of heroin and cocaine users unknown to treatment agencies: Results from the Swiss hidden population study*. Soz und Praeventivmed 1999; 44 (5): 222-32.
- ⁴⁷ Kübler D, Hausser D. *Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical: étude exploratoire auprès d'une population cachée*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.7).
- ⁴⁸ Gutzwiller F. *Hohe Suchtbereitschaft in der Schweiz: Welche Richtung für ein neues Betäubungsmittelgesetz [Editorial]*. Soz Praeventivmed 2002; 47: 3.
- ⁴⁹ Blättler R, Dobler-Mikola A, Steffen T, Uchtenhagen A. *Decreasing intravenous cocaine use in opiate users treated with prescribed heroin*. Soz Praeventivmed 2002; 47: 24-32.
- ⁵⁰ Rehm J, Gschwend P, Steffen T, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, Uchtenhagen A. *Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study*. Lancet 2001; 358 (9291): 1417-23.
- ⁵¹ Zimmer-Hofler D, Dobler-Mikola A. *Swiss heroin-addicted females: career and social adjustment*. J Subst Abuse Treat 1992; 9 (2): 159-70.
- ⁵² Perneger TV, Mino A, Giner F, Bröers B. *Patterns of opiate use in a heroin maintenance programme*. Psychopharmacology (Berl) 2000; 152 (1): 7-13.
- ⁵³ Bröers B, Giner F, Dumont P, Mino A. *Inpatient opiate detoxification in Geneva: follow-up at 1 and 6 months*. Drug Alcohol Depend 2000; 58 (1-2): 85-92.

Suivi et appréciation du ProMeDro phase 4

Ce chapitre constitue l'élément central de ce rapport et son contenu doit répondre aux principales questions qui ont été définies pour l'évaluation globale:

- 1 Quelle est la pertinence des buts généraux du ProMeDro et de ceux pour chacun des domaines?
- 2 Comment l'OFSP s'organise-t-il pour la mise en œuvre du ProMeDro?
- 3 Quel contrôle exerce-t-il sur le développement de son action?
- 4 Quels sont les problèmes rencontrés et les moyens trouvés pour y remédier?
- 5 Est-ce que le ProMeDro s'intègre adéquatement dans l'ensemble des mesures prises en Suisse par d'autres partenaires (cantons, organisations, institutions)? A quelles conditions?
- 6 Quelles actions sont entreprises et leurs résultats (outputs intermédiaires), notamment en regard des informations en provenance des indicateurs (système d'information)?

Une structure particulière a été conçue pour ce chapitre afin de répondre aux questions d'évaluation tout en spécifiant les différents enjeux et projets liés au programme. Ainsi, pour chacun des domaines du ProMeDro, un sous-chapitre indépendant regroupe les thèmes suivants:

- 1 Situation générale en Suisse: quels sont les besoins et les ressources existantes?
- 2 Objectifs et stratégie de l'OFSP: quels changements l'OFSP souhaite-t-il produire au travers du ProMeDro et comment s'organise-t-il pour le faire? (réponse à la question d'évaluation 2)
- 3 Mise en œuvre et réalisations: quelles mesures ont été mises en œuvre et quelles ont été les réalisations obtenues? (réponses à la question d'évaluation 6)
- 4 Appréciation de l'action de l'OFSP: les objectifs et la stratégie de l'OFSP sont-ils en adéquation avec les besoins et ressources en Suisse (réponses aux questions d'évaluation 1 et 5), et

la mise en œuvre des mesures correspond-elle aux objectifs de l'OFSP? (réponses aux questions d'évaluation 3 et 4)

Enfin, conformément à leur importance dans le cadre du programme, les domaines (ou piliers) de la prévention, des traitements et de la réduction des risques font l'objet de descriptions et d'analyses plus développées que celles pour les autres domaines.

Prévention

Le rôle de la prévention est d'empêcher l'apparition de problèmes de santé (prévention primaire) ou d'intervenir afin d'éviter que ceux-ci ne s'aggravent (prévention secondaire). La promotion de la santé, quant à elle, vise à renforcer les ressources favorisant le bien-être physique, psychique et social, des groupes et des individus. Les instruments les plus utilisés dans ces domaines sont l'information, la sensibilisation et la motivation du public. Ils peuvent cibler les comportements individuels et/ou les contextes dans lesquels ils apparaissent et s'adresser à différents publics ou lieux de vie (*setting*). Le plus souvent, les approches, stratégies et instruments utilisés constituent une combinaison de plusieurs éléments mentionnés ci-dessus.

Situation générale en Suisse

L'article 15a de la Loi sur les stupéfiants stipule que la prévention de l'abus de stupéfiants incombe aux cantons. Ils doivent encourager l'information et les consultations, et créer les institutions nécessaires à cet effet. C'est donc auprès des cantons, mais aussi des villes, que s'est développé le domaine de la prévention des dépendances, et ce souvent par le biais d'organisations privées subventionnées.

Le thème de la prévention n'a pas constitué un sujet important dans les débats politiques locaux. Le nombre de prises de position et de décisions à son sujet par les cantons et les villes est peu important et les controverses semblent rares¹. La seule exception concerne sans doute l'actuel projet de révision de la Loi sur les stupéfiants, et plus particulièrement la dépénalisation de la consommation de cannabis.

En ce qui concerne la Confédération, la prévention constitue l'un des piliers de sa politique drogue et, conformément aux dispositions légales, son activité dans ce domaine prend la forme d'un soutien aux interventions des cantons et des villes.

Besoins

La croissance rapide de la consommation d'héroïne, observée à la fin des années 80 et au début des années 90, semble avoir été interrompue. Il n'y a cependant pas encore d'indication d'une réduction significative des personnes consommant des opiacés et de la cocaïne en Suisse. On constate par ailleurs un vieillissement de la clientèle en traitement. Ce phénomène pourrait indiquer une réduction des nouvelles entrées en consommation, particulièrement pour l'héroïne.

Les indicateurs concernant la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis révèlent une autre dynamique. Ils montrent une hausse très nette de la consommation de ces substances chez les jeunes ainsi qu'un abaissement de l'âge à la première consommation. Ces observations ont différentes implications. D'abord, cette hausse généralisée aura certainement un impact à moyen et à long terme sur la santé de la population. Cet impact pourrait être accentué par l'abaissement de l'âge à la première consommation, un phénomène dont on sait, particulièrement pour le tabac, qu'il a des conséquences sur le contrôle et la capacité d'interrompre la consommation. Finalement, la multiplication des substances consommées, mais aussi celle des épisodes d'ivresse, pourrait éventuellement conduire à une nouvelle hausse de la consommation de drogues plus puissantes et plus nocives à court terme. Cette dernière hypothèse devra toutefois être vérifiée. Les défis posés à la surveillance et à la prévention primaire et secondaire sont donc actuellement nombreux.

La consommation chez les jeunes de stimulants synthétiques et d'hallucinogènes est jusqu'ici mal documentée parce que les instruments existants peinent à classer les substances et à s'adapter à l'évolution du marché noir. Il semble en tout cas que la consommation des drogues de synthèse (ou *party drugs*) ne soit pas un phénomène passager. Les rares études menées dans les soirées Techno font apparaître des consommations élevées, souvent de plusieurs substances à la fois (amphétamines, cannabis, alcool), et qui commencent relativement tôt. Là encore, les besoins en matière de prévention sont réels.

Finalement, la perspective d'un abandon de la poursuite de la consommation de cannabis, mais aussi celle de l'introduction d'un marché contrôlé, a sans doute déjà conduit à certaines évolutions s'agissant de la consommation de cette substance chez les jeunes et celles-ci peuvent contraindre la prévention à faire face à certains nouveaux besoins. Le développement de mesures de signalement et de prise en charge précoces, également prévues par le projet de révision de la Loi sur les stupéfiants, constitue donc un nouvel enjeu pour ce domaine.

Offre/ressources

Il n'existe pas à l'heure actuelle d'inventaire systématique des mesures de prévention prises en Suisse. Les dernières indications à ce sujet datent de la période 1993-1996^{2,3} mais on peut postuler que l'évolution des interventions telle qu'elle apparaissait alors s'est poursuivie par la suite. La plupart des nouveaux projets de prévention étaient alors mis en œuvre dans le domaine de l'information et s'adressaient à un public large. L'école et les communes étaient un peu moins souvent ciblées, et la famille et le monde du travail ne l'étaient que rarement. Les nouvelles interventions visaient surtout les adultes (parents, enseignants, multiplicateurs). Les projets s'adressant conjointement aux adultes et aux jeunes, ou aux jeunes seuls, venaient ensuite et ceux destinés aux enfants étaient peu fréquents. Une volonté de renforcer la prévention secondaire, la formation continue des enseignants, la promotion de la santé et la coordination entre les cantons constituaient les autres tendances.

De manière générale, il faut souligner que l'évolution des interventions de prévention en Suisse pendant les dix dernières années se caractérise par une plus grande coordination et une mise en réseau des différentes activités. Les projets locaux, souvent axés sur une substance particulière (alcool ou drogues illégales), ont été regroupés et ont adopté une vision plus globale des problèmes de dépendance.

Au niveau national, plusieurs organisations ont développé des compétences particulières. La fondation Radix Promotion de la santé réalise et soutient des activités dans toute la Suisse, essentiellement au niveau local et régional. L'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) est très actif dans le domaine de la prévention de la consommation et de l'abus du tabac, de l'alcool et des drogues illégales. Il produit notamment du matériel didactique pour les écoles, élabore des campagnes de prévention et conseille les entreprises. Promotion Santé Suisse^a agit de son côté en faveur de la santé de la population vivant en Suisse. Cette fondation, qui est dotée sur la base des art. 19 et 20 de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) d'un budget annuel d'environ 17 millions de francs, initie et soutient différents projets de promotion de la santé.

Objectifs et stratégie de l'OFSP

Objectifs

Les buts à long terme attribués à la prévention dans le cadre du ProMeDro sont de diminuer l'entrée dans la consommation de drogue et d'éviter l'évolution vers une dépendance. L'atteinte de ces buts doit contribuer à une réduction de la consommation de drogue et une diminution des répercussions des problèmes sur la société. Pour y parvenir, la prévention des dépendances doit soutenir le développement des compétences personnelles et sociales des enfants et adolescents, et s'employer à créer un environnement social qui rende la consommation de drogue, et plus particulièrement l'abus de drogue, inutile et non attrayant⁴.

Stratégie

La stratégie de l'OFSP pour atteindre ses objectifs est d'intervenir, à travers des programmes de prévention, sur les **lieux de vie des jeunes (settings)**. Ils ont été développés pour les communes et quartiers, les clubs de sport, les foyers pour jeunes, les associations de jeunesse, les centres de loisirs, les familles et les jeunes en situation de risque. Un nouveau programme dans le milieu Techno est aussi en projet. Ces programmes visent à **institutionnaliser la prévention** dans les différents lieux de vie et ciblent les jeunes et les **multiplicateurs** (enseignants, formateurs, moniteurs, éducateurs, parents) qui s'y trouvent. Le plus souvent ce n'est pas la consommation de drogue qui est la cible des activités, mais plutôt la détection précoce des jeunes en situation de risque (prévention secondaire) et/ou la promotion d'activités favorables à la santé. Lorsque la consommation de drogue est néanmoins visée, c'est le plus souvent à travers une approche englobant toutes les substances (légal et illégal). La seule exception concerne le cannabis. En raison des changements que pourrait introduire la révision de la Loi sur les stupéfiants, il a été décidé qu'une attention particulière serait portée à la consommation de cette substance dans le cadre des programmes existants.

Au niveau organisationnel, l'OFSP dispose depuis le 1^{er} janvier 2002 d'un Service de prévention et de promotion de la santé qui gère l'ensemble des programmes participant au ProMeDro. Un nouveau poste a également été créé pour la prévention liée à la consommation du cannabis.

Les programmes développés par l'OFSP répondent à la devise « Conçu à l'échelle nationale – appliqué à l'échelle régionale »^{5,6}. Ils constituent un cadre général, qui vise une **couverture nationale**, à l'intérieur duquel les cantons, les communes et les services spécialisés peuvent insérer des projets en fonction de leurs besoins. A terme, ce sont eux qui devraient reprendre les activités de manière indépendante.

^a Anciennement «Fondation suisse pour la promotion de la santé» et «Fondation 19».

La méthode pour réaliser de tels programmes repose sur trois éléments : le **pilotage** général, le cofinancement et la coordination entre les programmes sont assumés par la Confédération ; la **mise en œuvre** fait l'objet d'une collaboration (mandat) avec une institution ou association nationale (ou régionale) active sur les lieux de vie ciblés par chacun des programmes ;

finalement, la **réalisation concrète** des activités de prévention est menée le plus souvent par les associations locales en collaboration avec les principaux acteurs de prévention existants. Cette méthode, reposant sur des alliances entre l'OFSP et les acteurs concernés, doit permettre **l'ancrage** de la prévention sur les lieux de vie des jeunes.

Mise en œuvre et réalisations

Les activités de l'OFSP dans le domaine de la prévention sont très nombreuses et il n'est pas possible de recourir à des indicateurs standardisés pour présenter l'ensemble de la mise en œuvre et des réalisations. Il faut également mentionner que les ressources investies varient d'un programme à l'autre. Ainsi, pour l'année 2000, c'est celui chez les jeunes en situation de risque

et ceux ciblant la promotion de la santé dans les écoles qui ont de loin nécessité les ressources les plus importantes. Suivaient ensuite les autres programmes dans les clubs de sport, les communes et les quartiers, les associations de jeunesse et les centres de loisirs. Finalement, les programmes dans les foyers pour jeunes et auprès des parents ont fait l'objet des investissements les plus réduits.

Programme de prévention des dépendances dans les communes

Setting	Public cible	Objectifs	Gestion
Communes et quartiers	Les jeunes et leur entourage dans leur lieu de vie	Offrir conseil, coordination et soutien financier pour des projets au niveau communal ; promouvoir et multiplier des modèles de prévention expérimentés ; à l'avenir, des projets locaux liés à la formation continue et à la formation de multiplicateurs en vue de la prévention du cannabis recevront une attention particulière.	Radix Promotion de la santé

La direction de ce programme a été déplacée de Zurich à Berne afin notamment de mieux répondre aux besoins de la Suisse romande. Les demandes de soutien financier pour des projets de prévention locaux, adressés au programme durant le dernier mandat (1998-2001), étaient au nombre de 456. Plus de deux tiers d'entre elles (357) ont été retenues et soutenues. Tous les cantons ont ainsi été couverts et 580 communes, sur un total d'environ 3000, ont été rejointes dans le cadre du programme.

La promotion particulière de projets jugés de qualité^b a encore permis d'atteindre d'autres villes. Le nouveau mandat (2002-2005) prévoit une réduction des soutiens aux petits projets et une activité accrue dans les communes à travers l'identification et la formation de multiplicateurs locaux. Cette nouvelle approche s'inscrit en prévision de la révision de la Loi sur les stupéfiants et, plus particulièrement, de la création de dispositifs de détection et de prise en charge précoce des jeunes en situation de risque.

^b Deux projets de qualité ont bénéficié d'une promotion ciblée. Ils peuvent être consultés sous www.femmetische.ch et www.preventfete.ch.

Le projet FemmesTISCHE, a été réalisé dans 16 villes de Suisse et 4500 femmes, provenant de 125 communes, y ont participé.

^c Réalisée par l'Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP).

^d *Höhere Fachschule für Sozialpädagogik*.

^e Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies.

^f Voir le domaine Formation du ProMeDro.

Programme dans les clubs de sport : Sport et drogues/LaOla

Setting	Public cible	Objectifs	Gestion
Clubs de sport	Les personnes pratiquant le sport et les moniteurs	Former des moniteurs de sport et soutenir les fédérations et les clubs de sport dans leurs activités de prévention.	OFSPPO et Swiss Olympic

Le programme Sport et drogues était géré jusqu'en 1999 par l'Office fédéral du sport (OFSPPO) et ciblait principalement la formation des moniteurs de sport pour la prévention des dépendances chez les jeunes. Ce programme a été élargi et rebaptisé LaOla. Désormais, en plus des activités de formation de l'OFSPPO, l'Association faitière Swiss Olympic est chargée de soutenir des activités de prévention dans six fédérations sportives nationales (gymnastique, basketball, ski, snowboard, football et handball). Celles-ci comprennent 9 718 clubs et 1 124 800 membres.

Environ 6 000 moniteurs ont été rejoints par l'OFSPPO lors des cours Jeunesse + Sport pour les sports d'hiver. Le nombre de moniteurs formés dans les autres

disciplines n'est en revanche pas connu. Swiss Olympic, de son côté, a réalisé différentes productions LaOla (site internet, banderoles, bar, passeport, documentation, brochures) à l'intention des fédérations sportives. Quant aux activités de prévention menées par ces fédérations, on sait seulement qu'elles sont multiples et différenciées. Elle comprennent notamment des modules de prévention pour les moniteurs, une charte pour les sportifs de pointe, des zones sans ivresse (ni alcool, ni tabac) ou une réduction du prix des boissons sans alcool lors de manifestations sportives. Des données chiffrées ne sont cependant pas disponibles mais une évaluation de la mise en œuvre du programme est actuellement en cours^c.

Programme dans les institutions socio-éducatives pour jeunes : Fil rouge

Setting	Public cible	Objectifs	Gestion
Institutions socio-éducatives pour jeunes	Le personnel et les adolescents usagers des foyers	En CH-all, offrir un <i>coaching</i> aux équipes éducatives pour les questions de prévention des dépendances afin d'augmenter leurs compétences de dépistage précoce; en CH-rom, le même but est poursuivi en offrant de la formation et des plates-formes d'échange.	HFS Luzern ^d + Assoc. Fil rouge du GREAT ^e

En Suisse romande, des plates-formes d'échange ont eu lieu dans cinq régions. Au total 73 rencontres se sont déroulées entre 1998 et 2001, essentiellement dans les régions de BEJUNE, GE et VS. Le nombre d'institutions rejointes a passé de 45 à 87, sur un total d'environ une centaine, en quatre ans. Par ailleurs, huit colloques de formation s'adressant à l'ensemble des institutions éducatives de Suisse romande ont réuni selon les thèmes entre 35 et 120 personnes. Sept institutions ont aussi fait appel à Fil rouge pour des formations spécifiques. Un nouveau cycle de formation «acteur de prévention» a été mis sur pied et a rejoint

onze personnes, lors d'une première vague, et dix lors de la seconde. Par ailleurs, 94 personnes ont aussi participé à d'autres actions de formation proposées entre 1998 et 2001. Une tendance à la baisse de la participation peut cependant être relevée pour ces dernières. Celle-ci pourrait être causée par une certaine saturation de l'offre de formation sur les dépendances en Suisse romande^f.

Contrairement à la Romandie, l'objectif du programme en Suisse allemande n'est pas d'atteindre l'ensemble des foyers et des éducateurs mais d'améliorer le travail

dans un nombre limité d'institutions. Ce sont dès lors 23 foyers situés dans trois régions (Berne, Lucerne et Bâle/Schaffhouse), regroupant 680 collaborateurs et 750 jeunes, qui ont participé au système de *coaching* offert. Selon les évaluateurs⁷, les activités menées

regroupent des travaux de groupes de pilotage (10 activités), des apports de connaissances (17 formations), l'élaboration de thèmes en équipe (42 activités) et des interventions auprès des jeunes (32).

Programme dans les associations de jeunesse: Voilà

Setting	Public cible	Objectifs	Gestion
Associations de jeunesse	Les enfants et adolescents	Encourager les activités de promotion de la santé pendant les camps de vacances en formant des moniteurs/trices, multiplicateurs de messages de prévention.	CSAJ ⁹

Le programme Voilà se caractérise notamment par l'importance de la place du volontariat: environ 30 000 heures de travail par année sont le fait de bénévoles. La contribution de l'OFSP sert principalement à l'organisation et à l'encadrement des structures et de la formation, ainsi qu'à la promotion et à l'ancrage du programme dans les cantons. Ce dernier devait se terminer en 2001 mais ce but n'a pu être atteint. Le financement de l'OFSP avec d'autres partenaires a donc été reconduit pour deux ans.

Les indicateurs chiffrés pour ce programme montrent actuellement une légère baisse du nombre de camps réalisés. Assez logiquement, la population rejointe par les activités de prévention et de promotion de la santé de ce programme connaît donc elle aussi une baisse. On peut cependant noter que le nombre de structures cantonales participantes est passée de douze en 1997, à dix-neuf en 2001.

Population rejointe				
	1999	2000	2001	Evolution '99/'00/'01
Nombre de camps Voilà	522	471	447	↘
Participants aux camps Voilà	17 320	14 735	13 956	↘
Moniteurs/trices des camps Voilà	4 762	5 119	4 408	↗ - ↘
Moniteurs et accompagnateurs ayant reçu la formation de base ou la formation continue	1 890	1 253	1 194	↘
Nbre de structures cantonales responsables	18	18	19	→ - ↗

⁹ Conseil suisse des activités de jeunesse.

Programme dans les centres de loisirs : funtasy projects

Setting	Public cible	Objectifs	Gestion
Loisirs jeunesse (Centres de loisirs)	Les adolescents et les jeunes	Apporter un soutien logistique et financier aux projets de promotion de la santé ainsi que former des animateurs.	Association funtasy projects

Funtasy projects cible les jeunes qui ne sont pas atteignables dans les loisirs organisés par les associations de jeunesse ou sportives. Les réalisations du programme durant la période d'évaluation comprennent notamment le soutien financier et logistique à de petits projets à travers l'ensemble de la Suisse. Par ailleurs douze animateurs socio-culturels romands, travaillant dans des centres de loisirs, ont bénéficié d'une formation au travail de promotion de la santé en 2001. A partir de 2002, l'accent est mis sur la promotion des modèles éprouvés dans le secteur des loisirs et sur la formation permanente des professionnels. L'objectif est

d'ancrer la prévention/promotion de la santé principalement dans les centres de loisirs.

C'est en 2000 que la majorité des projets soutenus par funtasy projects ont eu lieu et que le plus de jeunes ont été rejoints. Le nombre moyen des jeunes ayant participé à l'organisation de ces projets a, quant à lui, progressivement connu une baisse passant de quinze à six individus. En 2001, moins de nouveaux projets ont été soutenus et le programme s'est plus concentré sur les nouvelles activités (promotion de modèles éprouvés, formation continue).

Population rejointe				
	1999	2000	2001	Evolution '99/'00/'01
funtasy projects en cours	16	42	18	↗ - ↘
Participants à l'organisation des projets	260	200	110	↘
Jeunes rejoints par les projets (estimation)	2000	2600	1000	↗ - ↘
Animateurs/trices funtasy projects	17	17	12	→ - ↘

Programme dans les familles : Mon enfant aussi...

Setting	Public cible	Objectifs	Gestion
Familles	Les parents	Offrir un soutien éducatif aux parents par la diffusion de brochures et par des cours de sensibilisation.	Pro Juventute

La brochure « Mon enfant aussi... »⁸ a été remise à jour et rééditée en sept langues. Une promotion auprès de services de prévention et auprès d'institutions de formation des parents devrait aboutir à diffuser

60 000 exemplaires jusqu'à fin 2002. Cinq cours pilotes ciblant les parents ont aussi été réalisés en 2001-2002 et une centaine de personnes a été rejointe.

Programme pour les jeunes en situation de risque : supra-f

Setting	Public cible	Objectifs	Gestion
Jeunes en situation de risque de 12-20ans		Coordonner et offrir un soutien financier à des projets de prévention secondaire qui prennent en charge les jeunes pendant 6 mois en structure de jour avec programme socio-éducatif.	ISPA et Pro Juventute

Dix-sept projets locaux ont bénéficié d'un soutien dans le cadre de ce programme qui comprend également une recherche sur les effets de la prévention secondaire^h. Le soutien offert aux jeunes, limité à six ou dix mois au maximum, comprend l'aide à l'apprentissage et aux devoirs, l'acquisition de qualifications professionnelles ou de compétences sociales, l'organisation des

loisirs ainsi que des entretiens avec la famille. Actuellement, douze projets, situés pour moitié en Suisse allemande et pour l'autre en Romandie, sont encore en cours et se termineront en 2004. Chaque projet doit offrir quinze places et accueillir vingt jeunes par année au minimum. Durant la période 1999-2001, ce sont 530 personnes qui ont ainsi été rejointes.

Programmes de prévention et de promotion de la santé dans les écoles

Schulteam

Setting	Public cible	Objectifs	Gestion
Ecoles	Les enseignants	Constituer des équipes d'enseignants qui travaillent en réseau dans le but de sensibiliser à l'intervention précoce et adéquate.	HFS Luzern

Schulteam est un projet pilote d'intervention précoce réalisé dans un premier temps dans 22 écoles de Suisse alémanique. L'objectif pour la période 1999-2001 était d'engager un processus d'ancrage politique et financier dans les communes et écoles participantes. Sept projets dans sept communes et six cantons, recouvrant vingt écoles, 385 enseignants et

3 341 élèves, ont participé à cette phase. La plupart des critères d'ancrage, aux niveaux des autorités scolaires, des directions des écoles, des équipes d'enseignants et du réseau professionnel, ont pu être totalement ou partiellement réalisés. Seul le critère d'adhésion au Réseau Suisse d'Ecoles en Santé RES-CH n'a pas pu être atteint pendant cette phase.

Ecole et Santé

Setting	Public cible	Objectifs	Gestion
Système scolaire dans les cantons	Les enseignants, les élèves et d'autres acteurs	Renforcer le rôle des écoles pour en faire un lieu d'apprentissage et d'expérimentation de comportements favorables à la santé; il s'agit, à terme, de faire participer le plus grand nombre possible d'écoles au Réseau Suisse d'Ecoles en Santé, ainsi que de multiplier et d'ancrer les activités de promotion de la santé et de prévention dans le milieu scolaire.	CDIP, OFSP et Promotion Santé Suisse

Le programme Ecole et Santé, anciennement intitulé Projet Santé Jeunesse, a poursuivi les efforts pour implanter la promotion de la santé dans les écoles suisses. Deux mises au concours consécutives ont permis de sélectionner et de mettre en œuvre deux séries de projets pendant trois ans (1997 à 1999 et 2000 à 2002). Au total, 33 projets ont pu démarrer et 29 d'entre eux étaient encore actifs en 2001. La quasi totalité des cantons a pu être rejointe et la plupart des projets avait une dimension inter-cantonale. Un projet semble avoir été spécifique au thème de la dépendance.

Actuellement, le programme est en phase de réorganisation. L'OFSP, la Conférence des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP) et Promotion Santé Suisse prévoient de poursuivre le programme jusqu'en 2010 mais en le réorganisant et en professionnalisant sa mise en œuvre. Des mandats donnés à des centres de compétences, thématiques ou régionaux, permettront notamment d'initier et d'accompagner des projets dans les écoles. Un tel centre de compétence est prévu pour le thème des dépendances.

Réseau Suisse d'Ecoles en Santé – RES-CH

Setting	Public cible	Objectifs	Gestion
Ecoles	Les enseignants et élèves et autres acteurs	Promouvoir la santé dans les écoles par l'encouragement à la participation au réseau et le financement de projets locaux.	Radix Promotion de la santé

Les écoles qui adhèrent au Réseau Suisse d'Ecoles en Santé doivent remplir certaines conditions parmi lesquelles se trouvent la mise en place d'un groupe de réflexion «projets santé» dans l'établissement et le développement d'un programme cadre d'activités pour deux ans. L'OFSP et Promotion Santé Suisse mettent aussi à disposition, par l'intermédiaire de Radix, deux fonds pour soutenir des projets de santé dans les

écoles. Celles qui sont membres du réseau et celles qui ne le sont pas peuvent respectivement bénéficier de l'un de ces fonds. Chaque année, entre 50 et 60 écoles bénéficient d'un tel financement. Finalement, des réseaux de soutien régionaux pour les écoles participantes sont mis en place mais leur degré de coopération est très variable jusqu'ici.

Population rejointe				
	1999	2000	2001	Evolution '99/'00/'01
Cantons	26	26	26	100%
Ecoles en CH-alsacienne	85	105	129	↗
Ecoles en CH-romande	42	41	44	→
Ecoles en CH-italienne	2	1	4	↗
Ecoles en CH faisant partie du réseau	129	147	177	↗
Ecoliers	34 200	44 410	51 184	↗

L'évolution du programme durant la période d'évaluation fait apparaître une croissance régulière du nombre d'écoles participantes. Celle-ci est cependant principalement liée à la Suisse allemande.

Le nombre total d'établissements scolaires rejoints par les deux programmes Ecole et Santé et Réseau Suisse d'Écoles en Santé reste toutefois très limité en regard du nombre total d'écoles suisses.

Autres activités

L'OFSP s'est aussi engagé dans différentes activités liées ou non aux programmes ci-dessus (édition de documents, brochures de prévention, soutiens ponctuels). Il n'est cependant pas possible d'en faire l'inventaire dans le cadre de ce rapport.

Appréciation de l'action de l'OFSP

Les ressources attribuées au domaine de la prévention dans le cadre du ProMeDro figurent, avec celles du domaine des traitements, parmi les plus substantielles engagées dans le cadre du programme. La volonté de l'OFSP d'agir dans ce domaine est donc importante et correspond à l'équilibre souhaité par la politique des quatre piliers de la Confédération. Cette implication dans un domaine souvent peu contesté aura sans doute aussi facilité la mise en place d'autres interventions, comme la prescription médicale d'héroïne ou la distribution de seringues en milieu carcéral, dans des domaines qui sont plus souvent sujets à controverses.

L'appréciation des activités dans le domaine de la prévention pose différents problèmes qui concernent surtout la mesure de l'effet produit. Celle-ci est difficile à réaliser parce que les effets ne se manifestent souvent qu'à long terme et que d'autres variables, comme l'évolution des modes et du marché noir, peuvent profondément modifier les résultats mesurés. Par ailleurs, la prévention a aussi une fonction de mobilisation communautaire, ainsi qu'un rôle de rappel ou de « bruit de fond » visant le comportement de santé des individus, et il est là aussi difficile de mesurer et d'évaluer les effets de ces dimensions du travail préventif. L'OFSP a répondu à cette difficulté en mandatant des évaluations

pour la quasi totalité des programmes de prévention et de promotion de la santé qu'il finance. Ces évaluations portent le plus souvent sur les éléments de mise en œuvre des activités planifiées et permettent à l'office de mieux planifier les programmes. L'ensemble de la stratégie, soit le développement conjoint des différents programmes, n'a cependant pas encore fait l'objet d'une telle évaluation.

Adéquation des objectifs et de la stratégie

L'un des enjeux principaux pour l'OFSP est de mettre en place une stratégie qui s'insère favorablement dans un contexte national fait de besoins en matière de prévention qui sont contrastés et parfois peu définis. L'approche choisie paraît alors adéquate puisque les programmes développés se présentent en complément de l'activité des cantons et des villes. Ils permettent aussi une action différenciée selon l'offre et les besoins existants. Les indicateurs disponibles ne permettent cependant pas d'apprécier si les programmes comblent les lacunes existantes ou s'ils complètent plutôt l'offre des régions qui sont déjà très actives.

Les partenaires de l'OFSP ont la responsabilité de créer des alliances auprès des cantons et d'autres acteurs pour financer et réaliser les projets de prévention. Cela devrait permettre un accroissement de l'offre mais aussi l'ancrage local de celle-ci. La question qui se pose néanmoins est celle de savoir si, comme le souhaite l'office, les cantons et les villes seront à terme en mesure d'assumer seuls les activités développées dans le cadre des programmes. Une récente étude portant sur l'ancrage/institutionnalisation des programmes de prévention de l'OFSP⁹ a notamment fait apparaître que le soutien offert par celui-ci, principalement aux niveaux des ressources financières, du dynamisme et de la légitimation qu'il apporte, ne pourrait être interrompu sans engendrer des conséquences négatives sur les projets locaux.

L'approche générale développée par l'OFSP en matière de prévention paraît elle aussi adaptée à son contexte. La volonté de cibler les jeunes, de recourir à des multiplicateurs et de privilégier la détection précoce, s'adresse au bon public et apparemment d'une manière adéquate. La reconnaissance de la réalité de la consommation de drogue chez les jeunes permet notamment de développer un dispositif préventif qui ne cherche pas seulement à empêcher cette consommation mais aussi à l'encadrer de la meilleure manière possible.

Concernant les besoins liés aux substances, la croissance importante de la consommation chez les jeunes de tabac, d'alcool, de cannabis et, probablement, de drogues de synthèse (*party drugs*), révèle sans doute une forte augmentation des besoins en matière de prévention ciblant toutes les substances. Là encore, la stratégie de l'OFSP est en adéquation avec son environnement. Elle n'exclut cependant pas une approche spécifique lorsque un besoin particulier apparaît. C'est le cas pour les travaux sur le cannabis, dont les conditions d'accessibilité devraient changer prochainement, et des *party drugs* pour lesquels l'OFSP développe un programme en milieu Techno.

Finalement, les observations concernant les besoins en termes de prévention en Suisse devraient avoir pour conséquence une volonté d'accroître les connaissances. Le développement du système de surveillance de la consommation de drogue, et notamment d'un système d'alerteⁱ, la réalisation d'un nouveau rapport des cantons pour mieux connaître l'offre existante^j et, plus généralement, la production de connaissances sur les nouvelles pratiques de consommation chez les jeunes, devraient ainsi figurer parmi les priorités de l'OFSP.

Degré de mise en œuvre et réalisations

En ce qui concerne la réalisation des objectifs directement rattachés à la stratégie de prévention de l'OFSP, on peut observer, à l'aide des indicateurs existants, que les programmes sont encore parfois très différenciés dans leurs approches, que leur état de développement varie nettement et que le volume de leurs réalisations ne semble pas forcément lié aux ressources investies. Ainsi, certains programmes (Voilà, Prévention dans les communes et quartiers) révèlent actuellement un développement contrôlé et progressif, alors que d'autres (programme sport, Ecoles et Santé) sont régulièrement sujets à des besoins de réorientation. Le nombre total d'enfants, de jeunes et de multiplicateurs rejoints est par ailleurs difficile à estimer, tant les activités des différents programmes varient et tant les critères et la rigueur pour recueillir les données sont peu uniformes. Avec la création du Service de prévention et de promotion de la santé à l'OFSP, il serait sans doute utile de mettre en place des instruments de suivi harmonisés et de refaire le point sur la qualité et les réalisations propres à chacun des différents programmes, notamment en prenant en compte les ressources investies.

ⁱ Voir le domaine Epidémiologie du ProMeDro.

^j Voir le domaine Coordination du ProMeDro.

Une partie de ce travail est en cours au niveau de l'harmonisation des programmes. La tendance est désormais de travailler plus précisément à l'identification et à la formation de multiplicateurs ou de personnes-relais sur les lieux de vie des jeunes, plutôt que de co-financer des petits projets très différenciés. Ecoles et Santé, funtasy projects et le programme dans les communes et quartiers, font actuellement l'objet de telles réorientations qui permettent de mieux les intégrer dans la stratégie globale. Ce faisant, l'activité de l'OFSP sera sans doute plus lisible et, à condition que le recueil d'informations soit plus systématisé, il sera possible aussi de mieux comparer les réalisations des différents programmes.

Les constats suivants peuvent être faits en ce qui concerne la mise en parallèle des buts et des objectifs de l'OFSP et des indicateurs épidémiologiques. La réduction de l'entrée dans la consommation de drogue, sans distinction de substances, n'a pas été atteinte, au moins en ce qui concerne les nouvelles générations en âge de consommer. La réduction des évolutions vers une dépendance semble, en revanche, avoir été partiellement atteinte pour la génération précédente. La stabilisation de la consommation des drogues les plus nocives en témoigne. La volonté de rendre la consommation de drogue peu attrayante a peut-être aussi été un succès partiel, mais celui-ci se limite à la consommation d'héroïne. Pour les autres substances, force est de constater que cet objectif n'est pas atteint. Finalement, les informations sont rares en ce qui concerne le développement des compétences personnelles et sociales des enfants et adolescents que souhaite engendrer la prévention. La recherche supra-f pourra cependant faire apparaître des données à ce sujet.

La conclusion qui doit être tirée de ce qui précède est que l'ensemble des mesures de prévention, mais aussi celles de la répression, mis en œuvre en Suisse n'a atteint que très partiellement les objectifs fixés. Il faut cependant remarquer que cette situation est la même dans les pays environnants et que ce sont donc des tendances lourdes en matière de consommation de drogue qui empêchent l'atteinte des objectifs. En conséquence, il importe désormais de s'interroger sur la meilleure manière d'encadrer ces tendances afin de réduire leurs effets sur la santé de la population. Les mesures de détection et de prise en charge précoces ainsi que de réduction des risques devront sans doute être encore développées. Les dispositions du projet de révision de la Loi sur les stupéfiants vont dans ce sens.

Principales recommandations

- Poursuivre le développement des mesures de détection et de prise en charge précoces.
- Harmoniser les différents programmes et systématiser le recueil d'informations.
- Evaluer la stratégie, améliorer ou supprimer les programmes peu performants.
- S'engager pour l'amélioration du système de surveillance (épidémiologie) et pour un inventaire de l'offre de prévention en Suisse (coordination).

Thérapies et traitements

Situation générale en Suisse

Si la Confédération détermine certaines conditions-cadre concernant les traitements pour consommateurs de drogue en Suisse, ce sont surtout les cantons et les professions concernés qui ont la responsabilité de leur réalisation. Les administrations cantonales organisent ainsi la plupart des offres de traitement et contrôlent les pratiques des professionnels actifs sur leur territoire. Les parlements et gouvernements cantonaux se sont aussi préoccupés de ces questions et ils ont pris position ou élaboré des décisions à leur sujet à plus de 400 reprises entre 1991 et 2000. Il s'agit là du thème de la politique drogue le plus fréquemment traité par les cantons et c'est précisément la prescription médicale d'héroïne qui a été l'objet de la majorité des décisions et prises de position¹.

Besoins

Le nombre de consommateurs réguliers d'héroïne est estimé à environ 28000-30000 personnes en Suisse^{10,11}. C'est cette population qui est avant tout visée par l'offre de traitements et thérapies pour consommateurs de drogue. Elle comprend des individus aux profils différenciés en matière d'état de santé et de situation sociale. En outre, l'évolution croissante de la consommation de cocaïne et d'autres substances (benzodiazépines, amphétamines) durant les années 90, ainsi que la transmission des maladies infectieuses (VIH/Sida, hépatites) chez les injecteurs, ont eu pour conséquence de diversifier et de complexifier encore les besoins en matière de traitement au sein de cette population.

Les connaissances concernant les besoins en traitement des personnes consommant des drogues de synthèse (*party drugs*) et/ou de cannabis de manière abusive sont jusqu'ici très limitées, voire inexistantes. L'une des explications possibles de cette lacune est que ce ne sont pas les institutions spécialisées, mais les médecins généralistes et les cabinets de psychiatres/psychologues qui répondent aux demandes de traitement. Cette situation, où la première ligne est confrontée avant les autres aux besoins émergents, est d'ailleurs fréquente dans le

domaine de la drogue. Or, en l'absence de données recueillies de manière systématique auprès de ces soignants, il n'est pas possible d'estimer l'ampleur des besoins dans ce domaine.

Offre/ressources

L'offre de traitements pour les consommateurs de drogue (essentiellement d'héroïne) en Suisse comprend deux secteurs: celui des traitements ambulatoires recourant à des produits de substitution et celui des structures de sevrage et des traitements résidentiels.

Dans le secteur ambulatoire, la substitution au moyen de la méthadone est la plus ancienne et la plus répandue des formes de traitement. Jusque dans la seconde moitié des années 80, le nombre d'autorisations de prescriptions était relativement limité (1 804 en 1987) et les objectifs étaient d'aboutir à court terme au sevrage. Cette situation a changé à la fin des années 80, notamment avec l'apparition de la notion de réduction des risques. Dès lors, un objectif de maintenance a été attribué à ces traitements et leur nombre a très rapidement augmenté (4 754 autorisations en 1989). Ces changements, au niveau des critères d'accessibilité et des objectifs des traitements, se retrouvent aussi dans les directives que la Confédération et la majorité des cantons ont édictées à propos de l'usage thérapeutique de la méthadone¹².

En 2000, 18 393 autorisations de traitement à la méthadone ont été recensées en Suisse^{k13}. Une majorité de ceux-ci est le fait des médecins de premiers recours, alors que les autres relèvent surtout d'institutions spécialisées¹⁴. Le modèle privilégié est que ces dernières évaluent et stabilisent les patients les plus problématiques avant de les référer aux médecins généralistes qui, idéalement, peuvent aussi bénéficier de la supervision des spécialistes.

^k Le nombre d'autorisations par année ne correspond pas au nombre de patients en cure de méthadone. Il n'est actuellement pas possible d'en connaître le nombre exact.

Selon une récente méta-analyse¹⁵, les connaissances concernant les modalités et les effets de la prescription de méthadone en Suisse sont limitées et la qualité des recherches n'est pas optimale. Des craintes existent notamment concernant les pratiques de prescription. Les dosages paraissent généralement trop faibles, ce qui pourrait entraîner l'apparition de symptômes de sevrage compensés par une prise parallèle d'opiacés. Les interactions pharmacologiques, notamment avec les anti-dépresseurs et les traitements pour le VIH/Sida et la tuberculose, peuvent aussi produire des tels effets. Finalement, la consommation parallèle de cocaïne a également des conséquences sur les dosages de méthadone¹. L'abandon précoce (*drop out*) des traitements pourrait alors être la conséquence de dosages et de prises en charge inadéquats.

La prescription de buprénorphine^m, comme produit de substitution, est autorisée depuis 1999. Elle permet une diversification des traitements de substitution. Son emploi reste cependant limité, en raison d'une part de son indication pour un groupe cible restreint selon les recommandations de l'OFSP, et d'autre part de son coût élevé.

La prescription médicale d'héroïne (HeGeBe)ⁿ s'adresse spécifiquement à la population des consommateurs de drogue les plus dépendants et dont la situation sociale et sanitaire est la plus défavorable. Lors de la mise en place du programme d'essais, le nombre de ces personnes était estimé à environ 3000, soit 10% des consommateurs réguliers d'héroïne. Les critères d'admission au traitement sont l'âge, la durée de la consommation, le nombre de tentatives de traitements antérieures, l'état de santé physique et moral imputable à la consommation de drogue¹⁶. Actuellement, ce sont environ mille personnes qui bénéficient de cette prescription dans le cadre de cliniques spécialisées. Ce type de traitement est réglementé par une Ordonnance fédérale et devrait être institutionnalisé dans l'actuelle révision de la Loi sur les stupéfiants.

Les prises en charge et les thérapies en milieu résidentiel constituent la plus ancienne forme de traitement pour consommateurs de drogue. Leur particularité est de cibler une réhabilitation complète (santé physique et psychique, socialisation, emploi, formation) des usagers. L'abandon de la consommation constitue alors une étape essentielle, souvent préalable, au traitement. Cette situation a quelque peu changé dernièrement puisqu'au moins 48 institutions en Suisse permettent désormais la poursuite de traitements de substitution¹⁷.

Les usagers des thérapies résidentielles se caractérisent notamment par une importante diversité de profils de consommation et de parcours thérapeutiques. Les personnes aux prises avec de multiples problèmes (sociaux, sanitaires, personnels) semblent particulièrement se tourner vers ce secteur et une partie importante des usagers fait l'objet de mesures judiciaires. Sinon, la tendance générale est à une augmentation de l'âge moyen et de la durée de la dépendance de la clientèle¹⁸⁻²⁰.

En 2000, ce secteur offrait 994 places de traitement répondant de manière plus individuelle qu'auparavant aux besoins des usagers. Quant à l'estimation du taux d'occupation, elle est stable depuis trois ans aux environs de 80%²¹. La modification des pratiques de financement de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) en 1996^o a accéléré une réorganisation du secteur et une trentaine d'institutions a fermé ses portes entre 1999 et 2001²¹.

¹ La cocaïne entraîne un accroissement important du nombre de récepteurs aux opiacés dans le cerveau, ce qui explique que, sans une adaptation du dosage de méthadone, celui-ci peut être insuffisant pour maintenir un équilibre satisfaisant.

^m La buprénorphine est d'abord un analgésique. Prescrite à des doses nettement supérieures, elle est utilisée comme traitement de substitution (Subutex®). Elle a des effets antagonistes partiels et présenterait moins d'effets secondaires que la méthadone. Son utilisation s'est particulièrement généralisée en France.

ⁿ *Heroingestützte Behandlung*.

^o L'OFAS a décidé de ne subventionner les traitements que sur application stricte des dispositions de la Loi fédérale sur l'assurance invalidité (LAI).

Le secteur carcéral est aussi concerné par les traitements pour consommateurs de drogue. Durant les trente dernières années, le nombre de dénonciations pour consommation et trafic de stupéfiants a considérablement augmenté. Quant aux incarcérations dans les prisons suisses, 20 % d'entre elles relèvent d'une infraction à la Loi sur les stupéfiants. En 1997, un peu plus de 70 % des établissements pénitentiaires offraient la possibilité d'un sevrage ou d'un traitement avec prescription de méthadone ou d'héroïne²². Dans certaines prisons, il est non seulement possible de poursuivre un tel traitement, mais aussi de le débiter.

Objectifs et stratégie de l'OFSP

Objectifs

L'objectif de l'OFSP, pour le domaine des traitements et thérapies, est d'améliorer les possibilités de sortie de la toxicomanie dans le but d'atteindre une réduction significative du nombre de personnes dépendantes. Cet objectif peut être atteint par une amélioration quantitative et qualitative de l'offre existante, qui vise notamment la diversification et la personnalisation des traitements en fonction des besoins sanitaires et sociaux des individus²³.

Stratégie

En raison de la répartition des responsabilités inscrites dans la Loi sur les stupéfiants, l'OFSP a pour stratégie d'intervenir sous la forme de contributions structurelles au développement des systèmes d'aide aux consommateurs de drogue en Suisse. Ces contributions concernent essentiellement la coordination, la qualité et la restructuration du mode de financement des traitements, et sont fonction des besoins qui sont identifiés dans les différents secteurs: ambulatoire (méthadone et buprénorphine), prescription médicale d'héroïne, résidentiel, carcéral.

Dans le secteur ambulatoire, les traitements à la méthadone et la buprénorphine font l'objet de différents soutiens aux planificateurs et aux prescripteurs. Les premiers sont visés par le développement de la statistique méthadone et d'outils de gestion des autorisations de traitement. Les prescripteurs, quant à eux, sont visés par le développement de *guidelines*, de formations et de groupes de support.

L'OFSP a assuré le *leadership* pour la prescription médicale d'héroïne. Après la phase des essais (PROVE)^p et l'entrée en vigueur de l'Arrêté fédéral urgent, il assume encore des tâches de contrôle des traitements et soutient les professionnels et les institutions par le biais de formations et de travaux portant sur la qualité des traitements. En outre, il offre un soutien aux cantons et institutions souhaitant implanter ce type de traitement.

Le secteur résidentiel a fait l'objet de très nombreuses mesures concernant la coordination, l'amélioration de la qualité et le financement. Une centrale (COSTE)^q a été mise en place au milieu des années 90 dans le but de mieux coordonner les activités dans ce secteur. Celle-ci gère aussi un fonds d'impulsion permettant à certaines institutions de développer ou de réorienter leur offre. Des travaux visant à améliorer la qualité des traitements ont aussi été réalisés. D'abord, sous la forme d'un projet lié à la mise en place de la statistique des traitements résidentiels^r, puis à travers la réalisation et l'implantation d'un système de management de la qualité. Finalement, suite à la modification des pratiques d'attribution de subvention pour ces traitements par l'assurance invalidité, des travaux portant sur un nouveau modèle de financement ont été menés. Dans l'attente de son application, le Département fédéral de l'intérieur a débloqué des crédits transitoires pour soutenir les institutions de ce secteur.

^p *Projekt zur Verschreibung von Betaübungsmitteln.*

^q Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue.

^r Voir le domaine Epidémiologie du ProMeDro.

Tableau 5.1

Evolution de la prescription médicale d'héroïne en Suisse

	Décembre 1999	Décembre 2000	Décembre 2001	Evolution
Nombre patients	937	1038	1098	↗
Nombre de places	1065	1194	1237	↗
Taux d'occupation	88%	87%	89%	→
Nombre de centres	16 ^w	20 ^x	21 ^y	↗
Nombre de cantons	8	11	11	↗

En ce qui concerne le milieu carcéral, la contribution de l'OFSP est moins systématique et ne regroupe que quelques mesures (groupe de travail, conférence), essentiellement de coordination, qui ne sont pas spécifiques aux traitements^s. Il faut toutefois relever le soutien substantiel de l'office aux deux prisons suisses qui pratiquent désormais la prescription médicale d'héroïne.

Mise en œuvre et réalisations**Traitements de substitution à la méthadone et à la buprénorphine**

L'OFSP a organisé, en septembre 2001, une conférence nationale (NaSuKo)^t portant sur les modalités de prescription de la méthadone en Suisse. Cette conférence fait partie d'un processus incluant également trois recherches scientifiques^{15,24,25} ainsi que les travaux, selon la *Rand appropriateness method*^u, d'un panel d'experts chargé d'établir des *guidelines* concernant l'indication et la prescription de la méthadone. Les résultats de ce processus ne sont pas encore publiés et il n'est pas décidé si cela se fera sous la forme d'un nouveau rapport sur la méthadone (84, 89, 95) ou sous la seule forme de *guidelines*.

Un projet de collaboration inter-cantonale (Jura et Jura bernois) est également soutenu par l'OFSP. Un poste de médecin spécialiste itinérant est mis sur pied afin de médicaliser les structures ambulatoires existantes. Parallèlement, leur mise en réseau doit aussi être développée autour d'une unité médicalisée spécialisée. Ce projet fait notamment suite aux projets de soutien pour les prescripteurs de méthadone MedRoTox et MeTiTox^v.

En ce qui concerne la buprénorphine, l'OFSP a fait les démarches nécessaires pour que cette substance puisse être utilisée comme produit de substitution. Il a également publié des *guidelines* d'utilisation en janvier 2000.

Programme de prescription médicale d'héroïne

L'évolution de cette forme de traitement en Suisse apparaît dans le tableau ci-dessus.

Entre 1999 et 2001, la prescription médicale d'héroïne a continué à se développer en Suisse. Le nombre de places de traitement (+ 161), de centres (+ 5) et de cantons concernés (+ 3) sont tous en augmentation. Au moins deux nouveaux centres devraient ouvrir leurs portes en 2002. Quant au taux d'occupation, il est resté stable à près de 90 %.

^s Voir le domaine Réduction des risques du ProMeDro.

^t *Nationale Substitutionskonferenz*.

^u Cette méthode allie les connaissances extraites de la littérature scientifique aux appréciations de cas par un panel d'experts.

^v Voir le domaine Formation du ProMeDro.

^w BS (Bâle), BE (Berne, Bienne, Thoune), GE (Genève), LU (Lucerne), SO (Olten, Soleure, prison Schöngrün), SG (St-Gall), ZG (Zoug), ZH (Horgen, Winterthour, Zürich-crossline, Zürich-lifeline, ARUD).

^x Ag (Brugg), BL (Reinach), BE (Berthoud), GR (Coire).

^y GR (prison Realta).

Dans le cadre de l'institutionnalisation de la prescription d'héroïne, l'OFSP s'est chargé de conduire les différentes étapes nécessaires pour inscrire ce traitement dans les prestations de base de l'assurance maladie. Cet objectif a été atteint en 2002.

Un concept de développement de la qualité, qui fait suite à l'Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne²⁶, a été élaboré en 2000²⁷. L'objectif est de développer des directives pour les traitements à partir de comparaisons inter-centres. Une commission, composée des directions des centres, de médecins, de représentants des cantons et de chercheurs, a été créée afin d'identifier les principaux thèmes liés à la qualité des traitements. Parmi les neuf thèmes identifiés, dont les traitements de longue durée et les consommations parallèles, trois ont été étudiés en 2001 et feront l'objet de directives. Celles-ci seront intégrées dans le classeur-manuel sur la prescription d'héroïne publié en 2000¹⁶.

La formation continue des intervenants dans le domaine de la prescription médicale d'héroïne fait aussi l'objet de travaux. Une analyse annuelle des besoins permet d'élaborer un choix de thèmes à traiter et de publics cible concernés. Chaque année, ce sont en moyenne cinq thèmes qui ont été abordés lors d'une dizaine de sessions de formation, suivies par 80 à 140 professionnels.

Finalement, un livre en allemand consacré à la prescription médicale d'héroïne a été publié avec le soutien de l'OFSP en 2002²⁸.

Secteur résidentiel

Coordination de la thérapie résidentielle

La centrale de coordination COSTE soutient financièrement des institutions par des contributions d'impulsion (anciennement « aides au démarrage »). L'attribution de ces aides vise désormais l'adaptation des offres existantes, en particulier aux besoins de certaines catégories d'usagers, plutôt que l'ouverture de nouvelles institutions. Les modalités de ces contributions ont également changé, avec une réduction du montant et de la durée du soutien. Treize projets ont obtenu une aide pour la période 1997-2002.

COSTE publie également un répertoire des institutions résidentielles, gère une liste de celles qui ont fermé leurs portes et tient à jour une banque de données sur internet. Elle réalise aussi une collecte trimestrielle d'informations concernant le taux d'occupation des institutions.

Tableau 5.2

Projets soutenus par COSTE (1997-2002)

Nom de l'institution	Période couverte	Type de projet ^z
Wendenpunkt, AG	1997-2000	Complément d'offre Intégration par le travail
Sprungbrett, BE	1998-2000	Qualité Genre
Saurenhorn, BE	1998-2000	Aide au démarrage Innovation
Foyer André, NE	1998-1999	Aide au démarrage Couverture région
Life-Impuls, BE	1998-2000	Offre originale Intégration
Espace Santé, Fondation Bartimée, VD	1999-2000	Élargissement de l'offre
Centre Clos-Henri, JU	1998-1999	Concept intégratif Mise en réseau
Casa Mobile, SO	1999-2002	Double diagnostic Intégration
Gemma, VS	1999-2001	Professionnalisation Occupation patients
KWG Courtemaiche, JU	1999-2001	Projets « travail »
Klein-Lilith, SO	2000-2001	Double diagnostic
Drogenforum Innerschweiz, LU	2001-2003	Accompagnement après sortie
Klein-Lilith, SO	2002-2004	Élargissement de l'offre ciblant les femmes et les enfants

Dans le domaine de l'information, COSTE a notamment repris la direction du projet Infoset, depuis octobre 2000. En moyenne, on dénombre plus de 9000 visites par mois sur ce site internet dédié aux questions de dépendances.

^z Les thèmes sont résumés par l'équipe d'évaluation.

Finalement, dans le but de coordonner le développement de la qualité pour les thérapies résidentielles dans les cantons, COSTE a reçu un mandat de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) afin de créer un lieu d'échange. La plate-forme Qualité cantons-Confédération a ainsi débuté en mai 2002.

Développement de la qualité (QuaTheDA)^{aa}

Le premier élément du projet de développement de la qualité a été publié à la fin de l'année 2000. Il s'agit d'un référentiel détaillant des exigences de qualité pour trois dimensions du travail des institutions de traitement résidentiel: les prestations, les ressources et le management. Les 19 exigences de qualité définies par l'Office fédéral des assurances sociales dans le domaine de l'invalidité en font également partie. Ce référentiel doit faire l'objet d'une appropriation par les différentes institutions qui définissent une partie des critères et indicateurs s'appliquant à leur travail.

Le second élément concerne la formation de base pour les responsables qualité des institutions. Cette formation a été offerte à 140 participants provenant de 90 institutions différentes. Elle s'est déroulée lors de treize journées entre avril 2000 et décembre 2001. Deux autres offres de formation ont eu lieu en 2002. Un guide (classeur) a également été publié et constitue un instrument de travail pour l'application du système de management de la qualité QuaTheDA dans les institutions.

Le troisième élément est la procédure de certification QuaTheDA. Jusqu'ici trois agences ont été autorisées par le Service suisse d'accréditation (SAS) à procéder à cette certification et 21 institutions ont déjà obtenu le label QuaTheDA à travers elles¹⁷.

Parmi les autres développements concernant le système QuaTheDA, des questionnaires de satisfaction des patients ont été élaborés et testés auprès de seize institutions suisses alémaniques et suisses romandes, en novembre 2001. Par ailleurs, l'institutionnalisation de QuaTheDA dépendant de l'acceptation des cantons, une plate-forme a été créée afin de favoriser l'information et la coordination (voir le sous-chapitre précédent). Finalement, une évaluation du système QuaTheDA est actuellement planifiée par l'OFSP.

Développement du système de financement (FiDé)^{bb}

Les principes fondamentaux de ce nouveau système sont le financement prospectif des prestations, l'élaboration d'un tarif forfaitaire, une assurance de la qualité, des règles d'égalité de traitement, une consolidation du rôle des cantons et un maintien de la répartition actuelle du financement entre les payeurs. L'élaboration du tarif forfaitaire constitue l'élément central du système. Il nécessite de définir les prestations générales et spécifiques offertes par les institutions et d'établir une tarification à leur sujet.

Un premier projet pilote, réalisé dans onze institutions, a permis d'établir quatre domaines d'intervention: vie quotidienne et capacité d'intégration, scolarité et formation, travail, organisation du temps libre. Pour les trois derniers, des niveaux de prestations ont été définis. Un second projet pilote a été effectué dans huit cantons pour associer des coûts aux différentes prestations. Ce projet est désormais terminé et une base tarifaire a été établie pour les séjours de longue durée dans le domaine des drogues illégales et pour des séjours de moyenne durée dans le domaine des drogues légales et illégales. La prochaine étape consistera à réaliser un essai d'application de ces tarifs dans une région pilote.

^{aa} Qualité -Thérapie - Drogues - Alcool.

^{bb} Financement des thérapies de la dépendance.

Au niveau des dispositions légales, la modification du Règlement sur l'assurance invalidité (RAI) est entrée en vigueur en juin 2002. Elle institue dorénavant l'octroi de montants forfaitaires en fonction des prestations de l'institution, selon le mode de fonctionnement de FiDé. En outre, l'article 3d du projet de révision de la Loi sur les stupéfiants concrétise aussi les changements en cours en attribuant une responsabilité à la Confédération dans la définition du mode de financement des institutions.

Appréciation de l'action de l'OFSP

Le domaine des traitements et thérapies a connu une évolution spectaculaire ces dix dernières années. La multiplication et la diversification des traitements à la méthadone et à la buprénorphine, l'institutionnalisation de la prescription médicale d'héroïne et la réorganisation du secteur résidentiel, ont tous été des éléments clés de la politique de santé suisse ciblant la consommation de drogue.

Adéquation des objectifs et de la stratégie

L'OFSP s'est très largement investi pour la mise en place de la prescription médicale d'héroïne et pour la réorganisation du secteur résidentiel. Le secteur de la prescription de méthadone, de son côté, n'a fait l'objet que d'interventions plus ponctuelles. Ce constat, qui révèle un paradoxe en regard du nombre de traitements effectués dans chacun des secteurs, est sans doute lié au fait que la prescription de méthadone a peu fait l'objet de controverses. En outre, elle relève en grande partie du dispositif sanitaire non spécialisé dans lequel il peut être plus difficile d'intervenir que dans le secteur voué spécifiquement aux problèmes de drogue.

Il existe néanmoins encore de nombreuses interrogations concernant les modalités et les effets de la prescription de méthadone. Comme l'ont relevé les auteurs des méta-analyses de la littérature portant sur ces traitements, les pratiques de dosage et de prise en charge, les sevrages, les abandons précoces, les problèmes liés à certaines populations particulières, et bien d'autres questions encore nécessitent des réponses plus précises que celles dont on dispose aujourd'hui.

Différents cantons ont développé des dispositifs de recherche, de formation ou d'évaluation permettant de mieux documenter et d'améliorer la prescription de méthadone. A travers la conférence nationale NaSuKo, l'OFSP a permis de réunir certaines de ces expériences et de les mettre à disposition des autorités et des professionnels. Ce travail est à saluer mais il ne devrait pas s'arrêter là. Il est attendu de l'office qu'il poursuive les activités dans ce secteur sur une base régulière, en réunissant les connaissances et les expériences existantes, en comblant les lacunes et en valorisant les projets qui ont fait leurs preuves. Concrètement, il s'agit alors d'instaurer un véritable programme-cadre national sur la prescription de méthadone (et de buprénorphine), doté de ressources humaines et financières, et de lui attribuer des objectifs de coordination, de développement des connaissances, d'assurance de qualité et d'information. Avec plus de 18000 autorisations de traitement par année, l'implantation d'un tel programme paraît absolument nécessaire.

L'introduction de la prescription médicale d'héroïne constitue l'un des succès de la politique drogue suisse et, plus particulièrement, de l'OFSP. Les résultats des essais (PROVE), même s'ils peuvent être critiqués sur des points méthodologiques, ont révélé l'effet positif d'une prise en charge interdisciplinaire recourant à la prescription médicale d'héroïne sur l'état de santé, la situation sociale, la criminalité et la mortalité chez les consommateurs de drogue les plus dépendants²⁹. Ce type de traitement a ainsi contribué à la réduction du nombre de décès liés à la drogue constatée en Suisse depuis le milieu des années 90.

Dans le secteur résidentiel, la situation est très différente puisqu'il est en phase de réorganisation. Celle-ci n'est pas née de la seule récente crise financière^{cc} mais surtout d'une transformation générale du domaine des traitements. Ce secteur s'est développé à une époque où la prise en charge résidentielle, l'approche socio-éducative et l'objectif d'abstinence constituaient les normes de la lutte contre les problèmes de drogue. Or, dès le milieu des années 80, l'augmentation du nombre de consommateurs de drogue et l'apparition du VIH/Sida vont conduire à l'abaissement du seuil d'accessibilité de la prescription de méthadone et à l'introduction de celle d'héroïne, amenant ainsi de nouvelles pratiques et de nouveaux acteurs dans le domaine. La demande des usagers va quant à elle aussi évoluer. La réorganisation actuelle concerne donc avant tout la définition des tâches et le rôle du secteur résidentiel dans ce nouvel environnement. L'OFSP a reconnu ces besoins et s'est impliqué dans ce travail.

Degré de mise en œuvre et réalisations

L'OFSP, conformément à sa stratégie, a offert une contribution structurelle dans chacun des secteurs de traitement. Dans le secteur ambulatoire, il a soutenu diverses activités visant à améliorer la pratique de la prescription de méthadone et de buprénorphine. Comme cela a été mentionné ci-dessus, ces activités devraient encore être étendues pour contribuer durablement à l'amélioration de cette forme de traitement.

L'institutionnalisation de la prescription médicale d'héroïne est en cours et l'OFSP y contribue largement en conduisant le processus menant à l'inscription de ce traitement dans les prestations de base de l'assurance maladie, en assurant la surveillance et l'attribution des autorisations (institutions, médecins, patients), en favorisant le développement des compétences et de la qualité dans les centres de traitement. L'augmentation des places et des centres, ainsi que celle du nombre de cantons, attestent quant à elles d'un développement contrôlé de cette forme de traitement. Quant aux principaux enjeux pour les années à venir, ils concernent l'amélioration constante de la qualité des traitements, la coordination avec les autres secteurs et, surtout, la mise à disposition de ces traitements pour tous les consommateurs de drogue qui devraient pouvoir en

bénéficier. En outre, il serait souhaitable de voir le secteur de la méthadone profiter du savoir-faire et des connaissances issus de l'expérience de la prescription médicale d'héroïne.

Les travaux de l'OFSP dans le secteur résidentiel ont concerné l'identification de la clientèle, à travers la statistique de traitement^{dd}, la définition des prestations et l'intégration de ce secteur dans le nouveau dispositif de prise en charge des problèmes liés à la drogue. La centrale de coordination COSTE a joué un rôle important par ses efforts pour identifier les offres, pour suivre leur évolution, pour soutenir la réorientation de certaines institutions par des aides financières et, plus généralement, pour assurer la transmission de l'information dans ce secteur.

Les deux autres projets principaux, soit le système de management de la qualité QuaTheDA et le système de financement FiDé, se situent en amont des travaux de COSTE. Ils instituent de nouvelles définitions des tâches et prestations dans ce secteur et devraient contribuer à son développement et à son amélioration à long terme. Il n'est cependant pas encore possible d'apprécier les effets de ces différents travaux.

Le but final de l'OFSP, soit d'atteindre une réduction significative du nombre de personnes dépendantes n'a pas encore été atteint. Ce nombre semble toutefois stabilisé à l'heure actuelle. Quant à l'objectif intermédiaire, soit celui d'améliorer qualitativement et quantitativement l'offre de traitement, il a été au moins partiellement réalisé. Aujourd'hui, avec plus de 50 % des consommateurs d'héroïne en traitement et une large gamme d'offres, la Suisse se situe parmi les pays européens ayant un taux de couverture des besoins et une diversification des formes de traitement les plus élevés.

^{cc} Le montant transitoire alloué par la Confédération, pour le maintien des institutions, est en effet supérieur à celui qui a été perdu lors de la modification du financement par l'assurance invalidité.

^{dd} Statistique de la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS).

Principales recommandations

- Poursuivre, à travers un programme cadre, le développement des travaux portant sur la qualité des traitements ambulatoires (méthadone et buprénorphine).
- Favoriser un transfert de compétences de HeGeBe au domaine de la méthadone.
- Poursuivre le développement contrôlé de la prescription médicale d'héroïne.
- Evaluer la situation dans le secteur résidentiel, notamment lors de la mise en place de QuaTheDA et FiDé.
- Promouvoir la coordination entre les différents secteurs des traitements.
- Recommandation pour le secteur carcéral : voir le domaine Réduction des risques.

Réduction des risques

Le concept de réduction des risques repose sur le constat que les consommateurs de drogue dépendants peuvent être durablement dans l'incapacité d'entrer dans un traitement visant l'abstinence. Il s'agit pendant cette période de préserver leur état de santé et leur intégration sociale en développant une offre de services sociaux et sanitaires leur permettant de réduire les risques de décès et de maladie, et d'accéder à des conditions de vie décentes (emploi et logement).

Situation générale en Suisse

L'une des particularités de la réduction des risques est qu'elle relève le plus souvent de la sphère locale. En témoigne le fait que ce sont les grandes villes de Suisse allemande qui ont les premières mis en œuvre les différentes mesures dans ce domaine, les cantons ne suivant que plus tard. Aujourd'hui encore, on peut constater que ce sont les autorités et parlements des villes qui statuent le plus fréquemment à propos de telles mesures. Durant la période 1991-2000, les exécutifs et législatifs des villes ont ainsi élaboré près de deux fois plus de décisions et de prises de position concernant la réduction des risques que ne l'ont fait leurs homologues des cantons¹.

C'est alors souvent l'implantation d'interventions de réduction des risques dans les quartiers qui est au centre des débats et des confrontations locales³⁰.

La Confédération, de son côté, participe au développement des interventions dans ce domaine à travers l'institutionnalisation du concept de réduction des risques et par le soutien aux villes et aux cantons dans le développement de leurs projets.

Besoins

Les personnes nécessitant des interventions de réduction des risques recouvrent en premier lieu les consommateurs d'héroïne et de cocaïne. Ceux-ci sont estimés à environ 28-30000 personnes en Suisse. Le sous-groupe des injecteurs de drogue et des personnes les plus marginalisées constitue la population présentant les besoins les plus importants.

Les enquêtes menées auprès des consommateurs de drogue qui fréquentent les structures à bas-seuil d'accessibilité (SBS)^{ee} permettent de mieux connaître la situation, et donc les besoins, de cette population. La proportion de personnes ayant récemment – dans les six derniers mois – eu recours à une seringue ou une aiguille déjà utilisée par autrui est assez basse, proche de 10% avec une légère tendance à la hausse dans les dernières années (9% en 1994, 11% en 1996, 12% en 2000). Le partage de matériel servant à préparer l'injection (cuiller, eau, filtre) est beaucoup plus fréquent et pourrait peut-être expliquer le taux élevé d'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) : 40% des utilisateurs des SBS interrogés en 2000 rapportent avoir eu un test positif pour l'hépatite B et 59% pour l'hépatite C. La prévalence rapportée du VIH est quant à elle stable (10% en 1993, 11% en 2000). A ce sujet, une comparaison internationale effectuée en 2001³¹ a montré que la Suisse avait des taux de prévalence du VIH semblables (Allemagne) ou inférieurs (France, Italie) à ceux des pays voisins. La comparaison fait aussi état d'une diminution généralisée des comportements à risque chez les injecteurs (partage de seringues) avec une prévalence actuelle légèrement plus faible en Suisse.

^{ee} Cette catégorie d'institutions distribue des seringues et comprend notamment l'ensemble des structures disposant d'un local d'injection en Suisse.

La situation sociale des consommateurs interrogés dans les SBS est précaire. Un individu sur dix n'a pas de domicile fixe et le nombre de personnes au chômage et bénéficiaires d'assurances ou d'aide sociale augmente. La majorité des usagers a aussi déjà séjourné en prison.

Offre/ressources

A la fin 2000, vingt-huit SBS participaient à un monitoring national de la mise à disposition de matériel d'injection. Ces structures sont réparties dans onze cantons^{ff}. La plupart se trouvent en Suisse alémanique et il n'en existe pas au Tessin. En 2002, treize SBS sont pourvues d'un local d'injection^{gg} et la ville de Lausanne (Vaud) projette d'en ouvrir un prochainement.

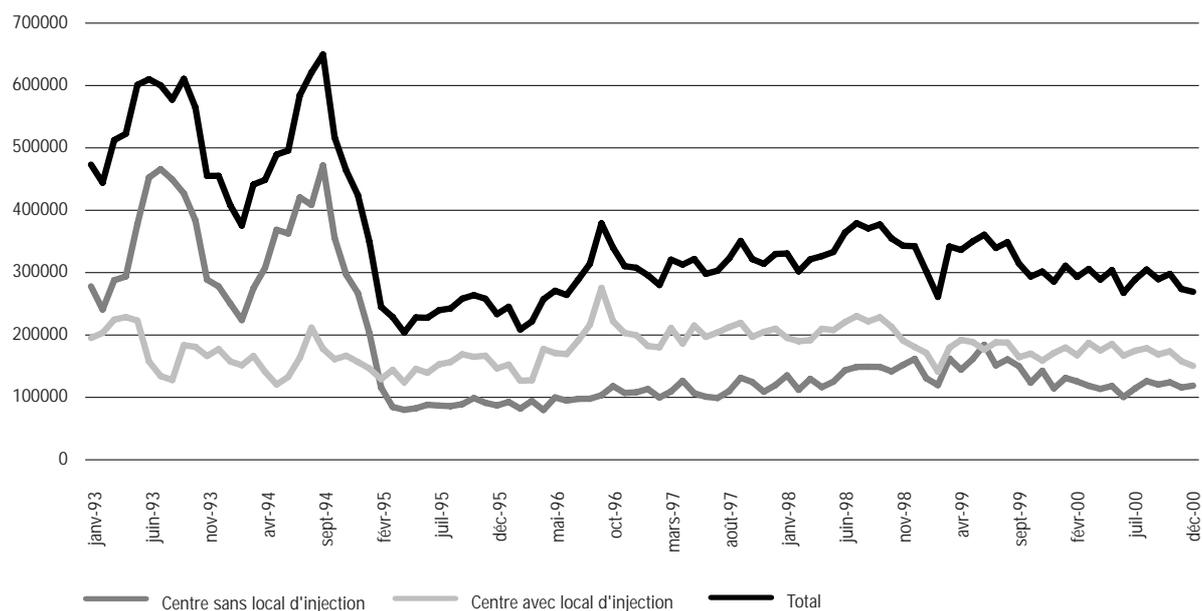
Après avoir connu un pic en 1993 et 1994, la distribution de seringues dans les SBS a fortement chuté en 1995, passant d'environ 6 400 000 seringues en 1993 à environ

3 000 000 en 1995. Cette baisse a été attribuée à la fermeture des scènes ouvertes et à l'entrée massive de consommateurs dans les traitements de substitution à la méthadone puis à l'héroïne. Par la suite, le nombre de seringues a augmenté progressivement jusqu'en 1998 (environ 4 100 000). En 2000, ce nombre est en légère baisse à environ 3 500 000 seringues.

Dans quinze cantons, ce sont les pharmacies qui sont la principale source d'approvisionnement en seringues, mais le nombre mis à disposition est relativement faible en comparaison avec les cantons disposant de SBS. On estime à 120 000 le nombre de seringues remises mensuellement par les pharmacies³². Le matériel d'injection est aussi mis à disposition dans le cadre du programme de prescription d'héroïne HeGeBe^{hh}. Pour l'année 2000, on estime qu'environ 93 500 seringues y ont été utilisées chaque mois. Au total, ce sont donc près de 500 000 seringues qui sont distribuées ou vendues chaque mois en Suisse.

Figure 5.1

Evolution du nombre de seringues distribuées dans les SBS en Suisse (1993 -2000)*



* Nombre de structures : 1993 : N=28, 1994 : N=23, 1995 : N=23, 1996 : N=24, 1997 : N=25, 1998 : N=27, 1999 : N= 27, 2000 : N=28.

Certaines prisons mettent à disposition des détenus du matériel d'injection ou du matériel de désinfection. Les dernières données publiées en 1999^{33,34}, provenant de diverses sources, rapportent que plusieurs établissements ont pris des mesures préventives liées à l'injection, soit par la mise à disposition de matériel d'injection (huit établissements), soit par la distribution de désinfectant accompagné d'un mode d'emploi (dix établissements). Ces établissements couvrent environ un tiers des personnes détenues en Suisse. Cette offre a sans doute évolué depuis lors mais la couverture actuelle n'est pas connue. Par ailleurs, une évaluation du programme d'échange de seringues (par l'installation d'un distributeur automatique) à la prison de Realta³⁵ a montré qu'il était bien accepté, tant par le personnel de l'établissement que par les détenus, confirmant ainsi les résultats de l'étude menée auparavant à la prison pour femmes de Hindelbank³⁶. L'étude a aussi montré que la consommation de drogue et le partage de seringues étaient une réalité dans les établissements pénitentiaires.

De nombreux cantons disposent d'offres d'aide en matière de logement et d'emploi, s'adressant spécifiquement ou non aux consommateurs de drogue. On ne dispose pas d'une analyse récente de l'offre dans ce domaine et il n'est donc pas possible d'apprécier la couverture actuelle. Une analyse de la situation devrait toutefois être disponible en 2002.

Objectifs et stratégie de l'OFSP

Objectifs

Le but spécifique attribué à la réduction des risques dans le cadre du ProMeDro est une diminution de la gravité des dommages en matière de santé et de conditions de vie chez les consommateurs de drogue dépendants. Pour l'atteindre il faut préserver et promouvoir la santé ainsi que l'insertion sociale de ces personnes, de façon à ce qu'elles subissent le moins de séquelles possibles de leur phase de dépendance et puissent un jour retrouver une vie normale.

Stratégie

La stratégie de l'OFSP dans ce domaine est d'agir en faveur de l'extension et de l'amélioration des mesures de réduction des risques en Suisse. Le soutien à des projets novateurs, la mise en réseau des différents acteurs, la professionnalisation et l'introduction d'instruments d'assurance de qualité dans ce domaine constituent les principaux éléments de cette stratégie.

En termes opérationnels, l'essentiel de la stratégie se réalise au travers des activités du Bureau spécialisé en matière de réduction des risques (BRR), qui est financé par l'OFSP et rattaché à l'Œuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO). Il s'agit d'un centre de compétences qui dispose de coordinateurs pour la Suisse alémanique et la Suisse latine. Ses tâches sont de mettre en réseau les acteurs et de favoriser la transmission d'informations entre eux. Il administre aussi un Fonds d'incitation pour l'aide au démarrage de projets qui vise à améliorer la qualité des institutions œuvrant dans la réduction des risques. Cette aide était d'abord essentiellement consacrée à des projets dans le domaine du logement et du travail. Dès 1999, elle s'étend aussi aux activités sanitaires de réduction des risques, et notamment aux projets de distributions de seringues, un secteur auparavant directement géré par l'OFSP. Des projets ciblant des milieux ou des populations particulières (ex. prostituées, enfants) sont désormais également soutenus.

Au-delà des interventions du BRR, l'OFSP réalise sa stratégie également à travers d'autres activités. Il peut ainsi soutenir directement des projets innovants et/ou améliorant la couverture institutionnelle dans le domaine de la réduction des risques. Un soutien spécifique est aussi attribué à des projets destinés aux femmes consommatrices de drogue afin que celles-ci puissent bénéficier d'une offre adaptée à leurs besoins.

^{ff} AG, BE, BS, GE, JU, LU, SG, SH, SO, VD, ZH.

^{gg} Les treize structures disposant d'un local d'injection sont situées à BE (2), BS (3), ZH (5), SO (1), SH (1), GE (1).

^{hh} Heroingestützte Behandlung.

Une autre intervention concerne la promotion de la santé dans les prisons, et notamment le conseil et l'information, la distribution de seringues, les tests et traitements du Sida et des hépatites. Un groupe de travail, intitulé Santé et privation de liberté, sert cette fin. Il est chargé d'élaborer un guide de bonnes pratiques et de recommandations applicable dans les prisons. Une autre activité dans ce domaine est le développement d'une collaboration avec le Centre suisse de formation du personnel carcéral pour créer une offre de formation continue sur le thème de la réduction des risques.

Finalement, l'OFSP mène une collaboration avec des acteurs relais pour promouvoir sa politique sur le plan local. Ils sont chargés de sensibiliser la population aux thèmes de la dépendance et de la réduction des risques afin de promouvoir l'intégration des personnes dépendantes. Cette activité se déroule notamment au sein d'un groupe de travail sur la réduction des risques composé d'experts. Celui-ci mène diverses réflexions sur ce thème et émet des recommandations.

Mise en œuvre et réalisations

Bureau spécialisé en matière de réduction des risques (BRR)

Le BRR soutient le lancement de nouveaux projets. Il analyse les demandes de financement, conseille les initiateurs de nouveaux projets et administre le Fonds d'incitation. Le montant maximum accordé est de 50 000 francs par année, et ceci pendant deux ans. Les contraintes associées à cette aide financière sont qu'elle ne doit pas dépasser 50 % du budget total du projet, qu'il ne s'agit pas de coûts d'investissements, de déficits ou de garantie de déficits.

Entre 1999 et 2001, le montant total du fonds a augmenté de 50 % et ce sont respectivement douze, vingt et dix-sept projets qui ont été soutenus chaque année. Environ 80 % des subventions sont versés pour des projets en matière de travail, logement, structures de jour et concernant la prostitution. La Suisse romande, souvent moins avancée dans ses projets de réduction des risques, bénéficie largement du fonds puisque environ 40 % de celui-ci lui sont attribués (1999-2003)ⁱⁱ.

Tableau 5.3

Répartition des projets financés par le Fonds d'incitation, 1999-2001

	1999		2000		2001	
	Nombre de projets	Cantons	Nombre de projets	Cantons	Nombre de projets	Cantons
Intervention						
Travail	4	SG, LU, ZH, NE	3	NE, LU, VS	4	BE, LU, VS
Structure de jour	4	NE, VD, ZH	2	NE, VD	2	BE, ZH
Logement	4	GR, BE, AG	3	BE (2), GR	2	VD, GR
Prostitution F			3	VD, BE, TI	3	VD, SO, BE
Prostitution H			1	ZH	1	ZH
Enfants			1	LU	1	LU
Education			2	VD	1	VD
Loisirs/formation			1	BE	2	BE, VD
Santé			4	VD, ZH	1	ZH
Total	12	8	20	8	17	7

ⁱⁱ Source OFSP, non publiée.

Le Fonds d'incitation finance aussi – avec des montants plus modestes – des publications (p. ex. la réédition de la brochure Partydrogen 2001), des évaluations de projets (p. ex. celle d'un projet faisant appel à des médiateurs à Zurich ou une analyse de la situation de l'offre en structures à bas-seuil d'accès en Suisse) et des activités de formation continue.

Le BRR a en outre mandaté une analyse de la situation suisse concernant l'offre en matière de structure d'aide pour le logement et le travail. Celle-ci sera disponible en 2002 et permettra de faire le point sur la couverture territoriale de l'offre et sur les lacunes existantes.

Finalement, le BRR intervient dans des cycles de formation continue et participe à la mise en réseau des institutions actives dans ce domaine. Il met aussi à disposition une documentation qui centralise les informations sur les projets réalisés en Suisse et certaines revues spécialisées nationales et internationales.

Soutien direct à des projets innovants

En marge de l'action du BRR, l'OFSP a chaque année soutenu directement quelques projets. En 2001, il a en particulier financé un projet de formation concernant l'hépatite C pour le personnel travaillant dans le domaine du bas-seuil. Huit villes de Suisse allemande ont participé et ce sont trente équipes professionnelles qui ont été rejointes, à raison d'une demi-journée de formation pour au moins deux collaborateurs par équipe. Ce projet sera étendu à la Suisse romande en 2002.

Contribution à la promotion de la santé dans les prisons

Le groupe de travail Santé et privation de liberté réunit des représentants des établissements pénitentiaires (directeurs, médecins, responsables de la prévention), de l'administration fédérale (Office fédéral de la justice (OFJ), OFSP) et des médecins cantonaux. L'activité de ce groupe a été très limitée durant la période d'évaluation et il n'a guère atteint ses objectifs, notamment en raison de problèmes de définition des compétences et de cohésion. Un consensus sur les recommandations à émettre à la suite d'un rapport sur la santé psychique

en prison n'a ainsi pas pu être trouvé. Une réorganisation de ce groupe et son placement sous l'autorité de la Conférence de directeurs cantonaux de justice et police était récemment en discussion. Par ailleurs, la collaboration avec le Centre suisse de formation du personnel carcéral n'a pas été mise en place. En revanche, le travail d'une médiatrice s'occupant des questions de santé dans la prison de Saxenried est soutenu par l'OFSP.

Sur le plan international, l'OFSP participe au groupe de l'OMS *Health in prison* et a organisé en septembre 2001 – conjointement avec l'OMS et le Conseil de l'Europe (groupe Pompidou) – une conférence internationale portant sur les problèmes de santé liés à la drogue en prison.

Soutien à des projets spécifiquement destinés aux femmes

L'OFSP a financé dans le cadre du ProMeDro différents travaux portant spécifiquement sur la situation des femmes dépendantes. En 1995, une première publication et une conférence sur ce thème ont été réalisées. En 1997, c'est un groupe de travail Femme et toxicodépendance qui a été créé avec le soutien de l'OFSP. Ce groupe a favorisé la mise en réseau des intervenants et créé ou soutenu différentes ressources: un argumentaire destiné aux associations, aux autorités et aux spécialistes³⁷, un guide pratique pour la réalisation de nouvelles formes d'intervention et la gestion de la qualité dans les offres à bas-seuil d'accès pour les femmes dépendantes³⁸, une mallette d'information et un inventaire de l'offre spécialisée existante accessible sur internet^{jj}.

jj www.drugsandgender.ch.

Appréciation de l'action de l'OFSP

Les actions de réduction des risques sont nées en Suisse avant la mise en place du ProMeDro, à l'initiative de certaines villes alémaniques et sous la pression de la menace de l'épidémie du VIH/Sida. L'OFSP a reconnu l'importance de ces actions et a institutionnalisé leur rôle dans le cadre du programme. Cette contribution est décisive puisqu'elle a permis une normalisation et un développement coordonné des travaux dans le domaine de la réduction des risques en Suisse.

Adéquation des objectifs et de la stratégie

Les données à disposition montrent que la Suisse jouit d'un réseau étendu et relativement stable d'interventions dans le domaine de la réduction des risques, particulièrement en ce qui concerne la réduction des risques sanitaires. L'activité menée par l'OFSP dans ce domaine paraît donc adéquate en regard de l'environnement dans lequel elle s'insère. L'ancrage local des projets et institutions, et la répartition des responsabilités entre les cantons et la Confédération en matière de lutte contre les stupéfiants, invitent eux aussi l'OFSP à agir en soutien et en coordinateur des mesures de réduction des risques en Suisse. A l'avenir, son rôle devra donc toujours être celui d'une instance qui veille sur le maintien et la répartition de l'offre, qui soutient des interventions ponctuelles permettant de combler les lacunes et qui contribue à la coordination, à l'amélioration et à l'harmonisation des mesures dans ce domaine. Dans l'immédiat, les efforts visant à réduire la transmission des hépatites devraient avoir une forte priorité. Le nouveau projet soutenu par l'OFSP indique que celui-ci a reconnu ce problème.

Il est quelque peu difficile d'apprécier si le soutien octroyé par le BRR est véritablement lié aux lacunes existantes ou s'il relève d'une utilisation de cette offre par les cantons déjà actifs dans le domaine de la réduction des risques. Le fait que les nouveaux projets dans le domaine du logement et du travail concernent plutôt des cantons romands ou ceux dépourvus de grande ville, et que les projets dans les nouveaux secteurs (éducation, loisirs, santé, etc.) soient le fait de cantons ayant déjà une importante offre de réduction des risques, indique que l'hypothèse de la couverture

des lacunes existantes est la plus vraisemblable.

L'analyse de l'offre menée actuellement par le BRR permettra de mieux trancher cette question. Finalement, l'amélioration du travail d'information du BRR, avec l'introduction d'un nouveau concept de relations publiques en 2002, devrait aussi favoriser l'égalité d'accès au fonds.

Les travaux menés pour améliorer l'offre s'adressant aux femmes dépendantes ont connu un développement important ces dernières années. Les efforts de l'OFSP dans ce domaine doivent être salués puisqu'ils correspondent aux tâches qu'il s'est fixées, soit de soutenir le développement et de combler les lacunes de l'offre existante.

Les travaux concernant le milieu carcéral sont importants mais souffrent actuellement d'une situation de blocage. Celle-ci est d'autant plus regrettable que, par le passé, la Suisse a fait œuvre de pionnier dans le domaine de la réduction des risques en prison en lançant des projets novateurs [distribution de matériel d'injection, de désinfectant, élargissement de l'offre en traitements (méthadone et héroïne)] accompagnés d'évaluations permettant de documenter la pertinence et la faisabilité des interventions. En attendant que de nouveaux efforts conjoints avec les autorités de tutelle du système pénitentiaire puissent être menés, il convient de mettre régulièrement à jour les informations sur l'offre en matière de promotion et de maintien de la santé disponible dans les prisons de Suisse. Un tel inventaire régulier permettrait sans doute aussi de faciliter la concertation.

Degré de mise en œuvre et réalisations

Durant les dernières années, l'OFSP a amélioré son intervention en déléguant totalement au Bureau de réduction des risques le financement de l'aide au lancement de nouveaux projets. Les financements directs de l'OFSP, plus modestes, ne concernent pratiquement plus que des contributions à des projets d'envergure nationale.

En ce qui concerne l'affectation du fonds géré par le BRR, la situation paraît satisfaisante. Quarante-neuf projets situés dans onze cantons ont été financés en l'espace de trois ans. Finalement, le groupe d'experts Réduction des risques s'est aussi réuni régulièrement et a notamment pris position sur la confiscation de seringues par la police, en 2000.

Le but final de l'OFSP dans ce domaine, soit d'atteindre une réduction significative de la gravité des dommages en matière de santé et de situation sociale chez les consommateurs dépendants, a été en bonne partie atteint. Les indicateurs disponibles font cependant apparaître une situation contrastée. D'une part, les infections par le VIH, et les comportements à risque (partage de matériel d'injection, rapports sexuels non protégés) qui y conduisent, ont nettement régressé avant de se stabiliser ces dernières années. D'autre part, le taux de prévalence des hépatites B et C rapporté par les usagers des SBS et par les personnes en traitement résidentiel indique que les mesures de prévention du VIH se sont avérées insuffisantes pour prévenir la transmission de ces virus. En outre, si l'accès à un logement semble s'être quelque peu amélioré, celui à un travail n'a guère connu d'évolution notable. On peut donc conclure que la réduction des risques a atteint une partie de son but mais que des efforts restent encore à faire.

Principales recommandations

- Maintenir une veille concernant l'offre et sa répartition, intervenir ponctuellement pour combler les lacunes, et soutenir la réflexion et l'harmonisation dans ce domaine.
- Développer les activités pour la prévention des hépatites.
- Réaliser une mise à jour régulière de l'offre de réduction des risques et de traitements dans les prisons suisses.

Formation

Situation générale en Suisse

Les principales professions concernées par la prise en charge des problèmes liés à la drogue sont le corps médical (médecins, psychiatres), le corps paramédical (pharmaciens, infirmiers) et le secteur psycho-social (éducateurs spécialisés, assistants sociaux, psychologues). C'est dans ce dernier que l'on retrouve la majorité des collaborateurs des centres de traitement ambulatoires et résidentiels pour consommateurs de drogue³⁹. D'autres professions, comme les enseignants ou les policiers, peuvent aussi être concernées par cette problématique.

Besoins

Il est souhaitable que les professionnels pouvant être confrontés à des problèmes de drogue et/ou de dépendance disposent des compétences de base nécessaires à la prise en charge, qu'il leur soit possible de se spécialiser dans ce domaine et qu'une mise à jour des connaissances à travers la formation continue soit accessible. La réalisation de ces objectifs est toutefois difficile en raison de la diversité des professions, des institutions de formation et des pratiques cantonales.

Offre/ressources

La formation de base de la majorité des intervenants est assurée par les universités ou les écoles professionnelles. De manière générale, l'organisation des cours relève de la compétence cantonale, avec la particularité pour les médecins et les pharmaciens de répondre à des exigences fédérales. Ce contexte se modifie toutefois avec l'apparition des Hautes écoles spécialisées (HES) dont le transfert à l'autorité fédérale est prévu pour 2003. La place qu'occupe la prise en charge des problèmes de drogue dans la formation de base des professions universitaires est le plus souvent limitée. Pour les médecins et les pharmaciens il s'agit de sensibilisation dans le cadre de cours généralistes. La situation est quelque peu différente dans les écoles supérieures de travail social. Là, cette problématique est considérée comme un thème important mais les

cours qui la traitent varient nettement selon les écoles. Les étudiants des différentes professions acquièrent aussi des connaissances pratiques lors de stages dans des institutions prenant en charge des consommateurs de drogue⁴⁰.

En ce qui concerne la spécialisation dans le domaine des drogues ou dans celui des dépendances, elle est aussi limitée pour la plupart des professions. Des efforts sont néanmoins en cours, notamment en médecine, pour que le traitement de l'addiction soit reconnu comme une spécialité à part entière par la Fédération des médecins suisses (FMH). Dans les HES, ce sont des cursus d'études post-grades sur le thème des dépendances qui sont ou pourront être proposés.

La formation continue, quant à elle, est le plus souvent organisée sur une base régionale et gérée par des associations professionnelles ou des organismes privés. Les écoles supérieures de travail social proposent parfois aussi ce type d'offre sur de courtes périodes.

Objectifs et stratégie de l'OFSP

Objectifs

Selon la Loi sur les stupéfiants (art.15c al 3), la Confédération a pour tâche de promouvoir la formation du personnel spécialisé dans le domaine des dépendances. En conséquence, l'OFSP intervient dans le domaine de la formation continue et du perfectionnement. Son principal objectif est le renforcement du réseau de soutien médico-social. Il compte atteindre celui-ci en :

- augmentant le nombre de spécialistes jouissant d'une bonne formation en matière de dépendances ;
- améliorant la qualification professionnelle des intervenants ;
- favorisant la coopération interprofessionnelle⁴.

Stratégie

L'OFSP a d'abord opté pour une stratégie de formation continue s'appuyant sur les associations professionnelles. Des centres de perfectionnement ont été créés à cette fin en Suisse allemande et en Suisse romande^{kk}. Cette stratégie a été abandonnée suite aux résultats d'une étude qui a mis en évidence certaines faiblesses structurelles des organismes responsables de ces projets⁴¹.

Suite aux recommandations d'une seconde étude³⁹, l'OFSP a développé une autre stratégie. Celle-ci cible la structuration et l'organisation d'une offre de formation continue intra et inter-professionnelle dans le domaine de la drogue et de l'alcool. Elle vise la couverture des besoins de l'ensemble des intervenants (spécialisés, ponctuellement concernés et bénévoles)⁴², ainsi que l'institutionnalisation de la formation continue en confiant l'organisation et la gestion des cours aux universités, HES, écoles spécialisées, déjà prestataires de formations de base. Cette stratégie doit aussi permettre une meilleure qualité des cours et, à terme, une certification de la formation continue. Par ailleurs, le principe d'un fonctionnement par appel d'offres a pour objectif d'optimiser la qualité de l'offre à travers un phénomène de concurrence entre les institutions.

En termes organisationnels, une commission d'experts (CE) dans le domaine de la formation en matière de dépendance définit en premier lieu les domaines de profession concernés. Elle désigne ensuite un organisme responsable chargé de la mise en œuvre des modules pour chacun de ces domaines^{ll}. Finalement, la Commission d'experts procède à un appel d'offres bisannuel et octroie aux organismes responsables des financements pour la réalisation de modules de formation. Ceux-ci peuvent être réalisés par l'organisme responsable lui-même ou par des tiers qui deviennent alors des « prestataires de modules ». En ce qui concerne le choix des thèmes et du contenu des modules, il est effectué par la Commission d'experts dans le cas des modules inter-professionnels, alors que toute latitude en est laissée aux organismes responsables dans le cas des modules intra-professionnels.

Une intervention particulière, extérieure au programme mentionné ci-dessus, a été développée à l'intention des médecins de premier recours. Afin d'améliorer leurs prestations et d'augmenter le nombre de médecins impliqués dans la prescription de méthadone, l'OFSP s'est investi dans la création de réseaux de soutien et a mené quelques réflexions stratégiques à ce sujet⁴³.

Finalement, diverses autres activités de formation continue sont soutenues par l'OFSP dans les domaines de la prévention et des traitements. Celles-ci ont été décrites dans les chapitres précédents.

Mise en œuvre et réalisations

Programme de cours modulaires

Dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau concept de formation continue, la Commission d'experts a octroyé les mandats externes nécessaires à l'élaboration des profils de formation pour chaque profession et pour les régions romande et alémanique. Tous ne sont pas encore terminés. Neuf organismes responsables ont également été désignés et seule la profession de psychologue en Suisse romande n'en est pas pourvue. La définition de profils de formation a fourni un cadre pour l'élaboration des modules par les organismes responsables.

^{kk} En Suisse romande, il s'agit du programme ARIA dirigé par le Groupe-ment romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT) ; en Suisse allemande il s'agit du programme *Convers*, géré par le *Verband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz (VSD)*. Le soutien de l'OFSP à ces deux programmes s'est terminé en 1999.

^{ll} Les principaux sous-groupes sont représentés ici par les médecins/psychiatres, les travailleurs sociaux, les infirmiers, les psychologues et une catégorie « autres » réunissant les intervenants sans formation tertiaire.

L'organisation générale du système de formation continue s'est toutefois faite de manière différenciée en Suisse allemande et romande. Dans le premier cas, elle s'est réalisée selon le schéma prévu. Dans le second cas, une fédération d'organismes de formation s'est créée^{mm} et s'est placée en intermédiaire entre la Commission d'experts et les organismes responsables. Cette fédération regroupe l'ensemble des acteurs de la formation continue en Suisse romande. Finalement au Tessin, seule la désignation du principal organisme responsable a été réalisée jusqu'ici.

Les modules couvrent les cinq catégories de professions ciblées : médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux et « autres »ⁿⁿ. La frontière entre l'intra- et l'inter-professionnalité des modules n'est pas toujours claire puisqu'il arrive que certains cours soient proposés en module intra-professionnel pour une partie et en inter-professionnel pour une autre. Les cours sont dispensés par 21 institutions de formation reconnues (HES, universités, etc.) et agréés par la Commission d'experts et l'OFSP. La durée normale des modules de formation est de trois jours.

Le nombre de modules offerts est stable, hormis une légère augmentation en 2000 attribuable à la Suisse allemande. En Suisse romande l'offre s'adresse principalement aux médecins (jusqu'à cinq modules sur six en 2000), alors qu'en Suisse allemande ce sont les travailleurs sociaux (50 % des modules) et la catégorie « autres » (25 %) qui sont les plus ciblés. La durée des modules est comparable entre les deux régions linguistiques puisque le nombre de jours/participants s'élève à 3.52 en région alémanique pour 3.18 en région romande.

L'évolution de la participation aux modules est restée stable en Suisse allemande (17.5 pers./module en moyenne) et tend à diminuer de manière importante en Suisse romande (16 en 1999 et 7.5 en 2001).

Tableau 5.4

Nombre de modules réalisés et participation

Catégories professionnelles	Nombre de modules			Nombre de participants			Tendance	
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	Modules	Participants
Médecins	9	11	8	173	158	117	→	↘
Psychologues	3	5	1	54	85	16	↘	↘
Infirmiers	1	1	1	23	12	9	→	↘
Travailleurs sociaux	11	7	14	173	133	223	→	↗
« Autres »	1	6	6	16	98	98	↗	↗
Total	25	30	30	439	486	463	→	→

^{mm}Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances (FORDD).

ⁿⁿ Cette catégorie réunit les collaborateurs des centres spécialisés en dépendance ne possédant pas de formation de niveau tertiaire.

^{oo} www.romandieaddiction.ch.

Soutien aux médecins de premier recours

Entre 1998 et 2000, les projets visant le soutien des médecins de premier recours ont vu le jour dans les différents cantons romands (Genève, Valais, Fribourg et la région BeJuNe) sous le nom de MedRoTox, ainsi qu'au Tessin, sous le nom de MeTiTox. Chaque canton ou région ciblée dispose d'un médecin ou d'un groupe de médecins coordinateur de réseau.

Les activités réalisées dans le cadre de MedRoTox/MeTiTox sont les suivantes⁴⁴ : une ligne téléphonique de soutien est en fonction dans la majorité des cantons/régions, de même que des groupes d'échanges d'expériences. Des formations ponctuelles ont lieu et, pour autant qu'elles s'inscrivent dans un calendrier déjà existant, bénéficient d'une bonne participation. Dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail, une convention a été négociée à Genève avec les caisses-maladie, garantissant le remboursement des prestations médicales privées pour 350 patients en cure de méthadone. Finalement, un classificateur de travail est mis à disposition des médecins dans tous les cantons participants.

Le Collège romand de médecine de l'addiction (COROMA) a été créé au printemps 2000 dans le prolongement du réseau de soutien aux médecins de premier recours. Appuyé par un centre scientifique, installé auprès des Divisions d'abus de substances des universités de Lausanne et de Genève, il a notamment soutenu l'organisation de journées de formation annuelles, publié une revue semestrielle et développé un site internet⁴⁰. En outre, le COROMA s'est largement impliqué dans la création de la Société suisse de médecine de l'addiction (SSMA).

Appréciation de l'action de l'OFSP

Adéquation des objectifs et de la stratégie

La nouvelle stratégie de l'OFSP répond à une situation où les besoins de formation continue sont sans doute élevés mais où les connaissances nécessaires à la planification sont limitées. Le développement d'une offre spécifique aux différentes professions et aux différentes régions linguistiques, intégrée dans les institutions chargées de la formation de base, paraît donc adéquate en fonction du contexte actuel. En outre, la structuration des prestataires de formation entraînée par le programme de l'OFSP devrait permettre d'améliorer l'évaluation et la prise en compte des besoins différenciés existants en Suisse.

Cette structuration de l'offre de formation continue s'est cependant faite de manière différente dans les deux régions linguistiques. La fédération romande s'est développée comme un intermédiaire régional et, ce faisant, a transformé le principe de concurrence entre prestataires imaginé par l'OFSP. Sa naissance répond à une volonté de regroupement et de travail en réseau qui favorise la collaboration et l'interdisciplinarité dans le domaine de la formation. Le concept de la Commission d'experts, de son côté, défendait une approche plus décentralisée.

Cette situation pose la question de l'adéquation de la formule de la concurrence entre prestataires à un environnement caractérisé à la fois par un nombre limité d'institutions de formation et par un besoin de stabiliser à moyen terme le travail des formateurs. L'existence de deux modèles de fonctionnement différents en Suisse allemande et romande permet désormais d'observer leurs évolutions et d'apprécier leurs avantages respectifs en vue d'une amélioration globale du programme de formation. Une première observation à ce sujet a été faite lors de l'évaluation du concept de formation continue de l'OFSP. Celle-ci a notamment recommandé une plus grande participation des associations professionnelles dans la définition des besoins et contenus des formations⁴⁵. En outre, le Certificat en addictions conçu sous l'impulsion de la FORDD¹⁷ met en évidence l'élaboration d'un cursus de formation interprofessionnelle en Romandie.

Les projets MedRoTox/MeTiTox, en Romandie et au Tessin, ont permis de soutenir les médecins prescripteurs de méthadone et favorisé la reconnaissance des problèmes de dépendances comme préoccupation de la médecine de premier recours. L'approche de formation et de soutien par les pairs est aussi apparue comme étant appréciée des médecins. En favorisant le développement de réseaux d'intervenants, ces projets ont permis d'améliorer la collaboration et notamment celle entre les prescripteurs de méthadone et les médecins cantonaux. Plus généralement, ces projets ont aussi l'avantage de pouvoir s'appuyer sur le contexte local existant, de permettre une grande flexibilité, et de nécessiter des investissements limités. Il s'agit donc désormais de diffuser ce modèle à d'autres régions de Suisse.

Degré de mise en œuvre et réalisations

Les objectifs du domaine formation du ProMeDro sont d'augmenter le nombre de spécialistes formés, d'améliorer plus généralement la qualification professionnelle et de favoriser la coopération entre les professions. Les travaux menés dans ce domaine concourent tous à l'atteinte de ces objectifs.

L'évolution des modules offerts et de la participation affiche d'importantes différences entre la Suisse allemande et romande. Une partie de cet écart peut sans doute être attribué aux particularités de l'organisation de l'offre en Suisse romande. En effet, les formations regroupées dans la FORDD ne se limitent pas aux cours modulaires financés par l'OFSP, mais englobent aussi des offres émanant d'associations professionnelles et d'institutions. En conséquence, il existe une concurrence de l'offre de formation au sein même de la FORDD qui pourrait expliquer une plus faible fréquentation en Suisse romande des modules financés par la Commission d'experts. Il serait alors souhaitable de valoriser les différentes offres afin de permettre le choix éclairé de l'étudiant, en fonction de ses besoins et de son parcours. La question qui doit cependant être posée est celle de savoir si des modules s'adressant en moyenne à moins de dix personnes correspondent encore aux objectifs fixés.

La Commission d'experts n'exerce jusqu'ici aucun pilotage sur le contenu des modules inter-professionnels. La mise en œuvre de cette partie du programme est donc retardée et les lacunes existantes ne sont pas forcément dépistées. Par ailleurs, une des préoccupations de la Commission d'experts était d'étendre l'offre de formation à tous les publics concernés et notamment aux professions ponctuellement concernées par les problèmes de dépendances. Ce développement n'a pas non plus eu lieu. Or, une telle diversification de l'offre à d'autres catégories professionnelles serait souhaitable, particulièrement dans l'optique de la dépénalisation de la consommation de cannabis prévue par le projet de révision de la Loi sur les stupéfiants.

Jusqu'ici, le programme a principalement visé l'amélioration des qualifications professionnelles des intervenants. Un autre de ses objectifs, à plus long terme, est l'intégration du thème des dépendances dans les formations de base dispensées par les universités et écoles spécialisées. Les développements dans ce domaine sont encore limités. Quant à la certification des formations continues, qui constitue un autre objectif du programme, elle n'existe jusqu'ici que dans de rares cas.

Principales recommandations

- Diffuser et ancrer le modèle des projets MedRoTox et MeTiTox au niveau suisse.
- Comparer le développement du programme cadre en Suisse alémanique et romande, notamment en termes de stabilité et de qualité de l'offre de formation, et optimiser en conséquence la stratégie au niveau national.
- Développer les modules inter-professionnels, la formation à l'intention des professions ponctuellement concernées, l'intégration du thème des dépendances dans les formations de base et la certification de la formation continue.

Recherche

Situation générale en Suisse

La politique suisse dans ce domaine est basée sur la Loi fédérale sur la recherche (LR) de 1983. Celle-ci a pour but d'encourager la recherche scientifique et de favoriser la mise en valeur de ses résultats. Elle prévoit des financements pour la recherche fondamentale libre (env. 3/4 des ressources), dont les principaux buts sont de garantir la formation et l'excellence scientifique, et la recherche dite orientée. Cette dernière est mise en œuvre sous la forme de programmes nationaux (PNR), de programmes prioritaires (PPR) ainsi que de programmes spéciaux (ex: VIH/Sida), qui visent le développement de connaissances sur des thèmes donnés. La responsabilité pour l'encouragement à la recherche incombe notamment au Fonds national suisse (FNS). Le thème des dépendances n'a jusqu'ici pas occupé une place prioritaire parmi les thèmes de recherches subventionnés dans le cadre de cette politique. Finalement, l'administration fédérale dispose de ressources propres pour développer des recherches favorisant le savoir d'expertise qui lui est nécessaire pour ses activités.

Besoins

L'augmentation des problèmes liés à la consommation de drogue depuis la fin des années 80 a induit un nouveau besoin de connaissances nécessaires à la gestion de ce phénomène. L'intervention des collectivités publiques (Confédération, cantons, villes), des institutions (cliniques, foyers, centres de consultation) et des professionnels (médecins, travailleurs sociaux) doit pouvoir s'appuyer sur un savoir permettant d'optimiser l'utilité et l'efficacité des actions entreprises. Les besoins de connaissances concernent notamment la population cible (consommateurs de drogue) et son environnement social, les différentes méthodes d'intervention (prévention, traitements, réduction des risques) et leur effets, les dispositifs et les politiques en matière de drogue et leurs conséquences.

L'engagement des instituts universitaires et des centres de recherche est une condition pour la réalisation de recherches de qualité puisqu'ils peuvent mettre à disposition les compétences et les infrastructures nécessaires à celles-ci. Dès lors, la mobilisation de la communauté scientifique constitue aussi un besoin dans ce domaine.

Finalement, la recherche dans le domaine de la drogue nécessite un soutien financier que ne peuvent souvent assumer les administrations communales et cantonales, et l'intervention de la Confédération est le plus souvent nécessaire pour que les recherches puissent se réaliser.

Offre/ressources

L'implication croissante de la Confédération dans la lutte contre les problèmes liés à la drogue a conduit à une nette augmentation des moyens attribués à la recherche. Celle-ci a eu lieu à travers une hausse des budgets attribués à la recherche dans le cadre du ProMeDro. En conséquence, l'OFSP est devenu un acteur central de ce domaine en Suisse.

Le développement de la recherche durant les années 90 a contribué à une amélioration des compétences et à la spécialisation de certaines institutions dans ce domaine. L'institut de recherche sur les addictions (Institut für Suchtforschung), créé à Zurich en 1994, s'occupe principalement de recherche d'intervention dans le domaine des traitements de substitution et résidentiels. Le service de recherche de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), à Lausanne, s'occupe notamment de rassembler des données épidémiologiques et étiologiques dans les domaines des drogues légales et illégales. Les Instituts universitaires de médecine sociale et préventive^{pp}, plusieurs universités^{qq} et services psychiatriques et pédo-psychiatriques^{rr} de Suisse ont également développé des compétences en lien avec le thème de la dépendance.

Objectifs et stratégie de l'OFSP

La politique de recherche menée par l'OFSP en matière de dépendances s'appuie sur deux dispositions fédérales. D'une part, les mesures liées à la recherche dite sectorielle de la Confédération qui précisent que les ressources allouées aux activités de recherche de l'administration fédérale doivent lui permettre d'élaborer un savoir d'expertise par l'acquisition de données scientifiques⁴⁶. D'autre part, l'art. 15c, al.1 de la Loi sur les stupéfiants qui spécifie que la Confédération a pour tâche d'encourager la recherche scientifique sur les effets des stupéfiants, les causes et les conséquences de leur abus et les moyens de le combattre.

Objectifs

Le but de la politique de recherche de l'OFSP est de mettre à disposition les données nécessaires à une prise de décisions rationnelles permettant de soutenir et d'orienter les interventions et la politique liées à la consommation de drogue. La recherche se donne aussi pour objectifs de remettre en question les idées préconçues, de développer des solutions de rechange à la pratique actuelle et de les vérifier par des méthodes appropriées. La réalisation de ces objectifs requiert la collaboration des acteurs sociaux, des institutions et organismes privés, sur le plan local, régional, national et international.

^{pp} Notamment l'IUMSP de Lausanne (évaluation globale des mesures de la Confédération en matière de drogues illégales) et les ISPM de Berne et de Zurich (recherche et évaluation sur la problématique du tabac).

^{qq} Lausanne (criminologie, psychologie et économie politique DEEP), Genève (aspects législatifs - CETEL), Fribourg (psychologie et journalisme), Neuchâtel (aspects économiques - IREER), Berne (psychologie, pharmacologie, ethnologie et formation continue), Zurich (psychologie), EPF Lausanne (aspects urbains - IREC), etc.

^{rr} Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) à Lausanne, HCU Genève (département de psychiatrie, division des abus de substances), les policliniques psychiatriques universitaires de Lausanne, de Zurich et de Bâle (PUK), les services universitaires psychiatriques de Berne (UPD), etc.

Stratégie

Les principales questions et les thèmes de recherche identifiés par l'OFSP sont :

- Comment agissent les drogues (recherche fondamentale en pharmacologie et neurologie) ?
- Combien de personnes sont concernées et quels effets sur la santé sont documentés (épidémiologie) ?
- Comment naît et évolue le problème de la consommation de substances (recherche étiologique) ?
- Comment influencer la consommation de substances (recherche d'intervention) ?
- Quelle interaction existe-t-il entre la consommation de substances et le contexte social (recherche sociétale) ?
- Quels effets ont les mesures prises (recherche évaluative) ?

Un groupe de coordination interne à l'OFSP, regroupant des représentants des principales unités et sections concernées, est chargé de sélectionner les priorités et les mandats de recherche. Le recours à des experts externes est également possible^{ss}.

Deux procédures d'attribution de mandats de recherche existent :

- l'appel d'offres qui se fait, selon les moyens engagés, par invitation ou par mise au concours publique. L'OFSP invite alors parfois les soumissionnaires à coopérer entre eux.
- des projets de recherche spontanément adressés à l'OFSP^{tt}. Pour être financés, ceux-ci doivent s'insérer dans le concept de la politique de recherche ou être de nature particulièrement innovante^{uu}.

Mise en œuvre et réalisations

Les trois recherches d'intervention, qui portent sur la prescription d'héroïne (HeGeBe)^{vv}, sur la prévention secondaire (supra-f)^{www} et sur les sevrages (Swi-De-Co)^{xx}, constituent les projets de recherche les plus importants financés par l'OFSP durant la période d'évaluation. Viennent ensuite la recherche étiologique et la recherche sociétale. La recherche fondamentale n'a été abordée qu'à travers de rares mandats. La recherche épidémiologique et la recherche évaluative sont présentées dans les chapitres suivants.

En ce qui concerne la prescription d'héroïne, les données de la recherche expérimentale (PROVE)^{yy} font encore l'objet de différentes activités d'analyse et de valorisation. Sinon, avec l'institutionnalisation de cette prescription (HeGeBe), la recherche se réoriente sur le monitoring des traitements, sur le suivi de la cohorte des patients et sur l'évaluation des co-morbidités psychiques rencontrées chez ceux-ci.

Le programme supra-f comprend une recherche expérimentale portant sur la clientèle de douze projets d'aide socio-éducative situés en Suisse alémanique et en Suisse romande. Ces projets s'adressent à des jeunes entre douze et vingt ans considérés comme étant dans une situation de risque pour développer une dépendance. La recherche a pour principal objectif de recueillir des données scientifiques sur l'efficacité des mesures de prévention secondaire auxquelles sont exposés ces jeunes. Il s'agit d'une étude qui compare le développement des adolescents recourant aux prestations des projets supra-f à celui d'un groupe témoin. Sa durée s'étend de 1999 à 2005. Des résultats intermédiaires ont récemment été présentés mais ne sont pas encore publiés.

^{ss} Un panel d'experts internationaux est notamment consulté pour les contrats de recherche de grande envergure. Les experts sont aussi ponctuellement sollicités pour participer à un *Peer Review* des articles publiés dans le cadre des recherches mandatées par l'OFSP.

^{tt} Il s'agit de la recherche dite libre qui représente environ 20% des ressources.

^{uu} Les critères de sélection peuvent être consultés sur le site internet de l'OFSP.

^{vv} *Heroingestützte Behandlung*.

^{www} *Suchtprävention Forschung*.

^{xx} *Swiss Detoxification Coordination*.

^{yy} *Projekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln*.

Swi-De-Co est une étude multicentrique qui vise à rassembler des informations comparables dans le domaine des sevrages (héroïne). L'objectif est d'évaluer l'efficacité des traitements sur la base des critères suivants : aboutissement du programme de sevrage, confort éprouvé par le patient pendant celui-ci, consommation de drogue et amélioration des aspects psychosociaux après la fin du sevrage. Les résultats de cette étude sont attendus en 2002.

Parmi les études étiologiques, on peut notamment relever les études cliniques sur le suivi d'adolescents qui abusent ou sont dépendants de substances, deux études ethnologiques, l'une portant sur le thème « Migration et drogue » et l'autre sur les représentations liées à la consommation d'héroïne, et une étude sur les biographies de « carrières de drogue ». Les recherches dites sociétales concernent notamment des aspects juridiques, l'évolution de la délinquance ou encore le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse.

Depuis 2000, les données sur les recherches financées par l'OFSP sont saisies systématiquement dans la banque de données ARAMIS^{zz}, qui a pour objectif de mettre en valeur les recherches de la Confédération et de mieux informer les professionnels et les décideurs.

L'OFSP favorise également la valorisation d'études qu'il a financées ou co-financées en organisant des conférences ou en soutenant l'édition de livres, de brochures ou d'articles scientifiques. Depuis 1997, il produit aussi une publication réunissant les principales études qu'il mandate⁴⁷. Cette publication a été récemment mise à jour et éditée en quatre volumes⁴⁸⁻⁵¹.

Appréciation de l'action de l'OFSP

Adéquation des objectifs et de la stratégie

Dans le domaine de la recherche, l'OFSP se trouve confronté à deux types de besoins : d'une part, soutenir et orienter le développement de la recherche sur la consommation de drogue en Suisse et, d'autre part, mandater des recherches pour soutenir son propre programme. Ces deux types de besoins ne sont pas toujours incompatibles mais relèvent tout de même de deux logiques différentes.

L'examen des objectifs, de la stratégie et des méthodes de l'OFSP révèle lui aussi cette ambivalence. Si les objectifs et la stratégie visent en priorité les besoins généraux en Suisse, les méthodes de sélection des projets et mandataires relèvent d'une procédure interne s'adressant essentiellement aux besoins de l'OFSP. Dès lors, il est pour le moins difficile d'apprécier l'adéquation aux besoins des travaux dans ce domaine. Il n'est pas non plus possible d'identifier les raisons qui justifient le choix de certains thèmes de recherche au détriment d'autres.

Il faut remarquer que l'élaboration de stratégies en matière de recherche, de procédures d'appel d'offres, d'un comité d'experts consultatif, de crédits pour la recherche libre et de présentation des recherches sur ARAMIS, ont permis de créer des procédures de sélection et de suivi des recherches plus transparentes que par le passé. Le fond du problème n'a cependant toujours pas été tranché. Les décisions concernant le choix des recherches, en première (définition de la problématique) et en dernière instance (attribution du mandat), relèvent toujours de la seule responsabilité et des compétences de l'OFSP alors que la cible visée par les travaux de recherche est toujours celle de l'avancement des connaissances en général. Comme par le passé, l'évaluation recommande donc la mise en place d'un comité décisionnel indépendant, incluant des responsables de l'OFSP mais aussi des experts dans ce domaine. L'objectif, une nouvelle fois, sera d'accorder les besoins de l'office avec ceux existants en Suisse et de parvenir à des décisions consensuelles sur le choix des recherches qui sont favorables au développement de leur utilité et de leur qualité.

^{zz} Cette banque de données est à consulter sur le site internet de l'OFSP.

Degré de mise en œuvre et réalisations

Les objectifs de la recherche dans le cadre du ProMeDro sont de soutenir des décisions *Evidence based*, ainsi que de remettre en question les idées préconçues et de participer au développement de nouvelles interventions. Ces objectifs sont partiellement atteints puisque l'OFSP contribue depuis dix ans au développement des connaissances dans le domaine de la drogue. A l'aide de recherches d'intervention, il a aussi favorisé le développement de certaines approches innovantes dans ce domaine. Les différents thèmes de recherche identifiés par l'OFSP ont également été abordés et de nouveaux sujets (efficacité de la prévention secondaire et des sevrages) ont récemment fait l'objet de mandats. Le nombre de recherches financées reste également important et la valorisation des travaux s'est améliorée.

En raison de leur nombre, l'évaluation n'est pas en mesure d'apprécier la mise en œuvre de chacune des recherches financées par l'OFSP. En revanche, elle peut apprécier les conditions-cadre du fonctionnement du domaine de la recherche dans le cadre du ProMeDro. Les dispositifs permettant d'assurer la qualité des recherches se sont ainsi développés ces dernières années, notamment par la mise en place d'un groupe d'experts pouvant être consultés et de procédures d'appel d'offres. Il reste cependant à savoir si ces dispositifs sont réellement suffisants. Les problèmes de mise en œuvre de la recherche supra-f témoignent sans doute du fait que des procédures plus systématiques d'assurance de qualité pourraient encore s'avérer utiles. Pour cela, l'OFSP pourrait mettre en place une pratique systématique de groupe d'accompagnement (*Board*) pour les recherches qu'il mandate.

Principales recommandations

- Mettre en place un comité mixte indépendant pour le choix des recherches et des mandataires.
- Mettre en place des groupes d'accompagnement pour le suivi des mandats de recherches afin d'améliorer la qualité de celles-ci.
- Poursuivre la valorisation des travaux soutenus par l'OFSP.

Epidémiologie

L'épidémiologie est la discipline qui permet d'étudier la distribution des maladies et de leurs déterminants dans la population. Les résultats des études épidémiologiques servent notamment au pilotage des interventions et politiques de santé publique.

Situation générale en Suisse

Besoins

Les besoins de connaissances nécessaires à l'élaboration des interventions et des politiques de santé publique concernant les drogues illégales recouvrent essentiellement :

- l'ampleur et les tendances de la consommation de drogue ;
- les problèmes sanitaires et les besoins en services de santé liés à cette consommation ;
- les problèmes émergents en matière de consommation de drogue ;
- les facteurs de risque et de protection associés aux problèmes de drogue.

Les principaux utilisateurs des données épidémiologiques sont les collectivités publiques, et plus précisément les responsables de la santé et des affaires sociales, ainsi que les professionnels intervenant auprès de la population concernée par les problèmes liés à la drogue. Finalement, ces données intéressent aussi la population générale, notamment lorsque celle-ci est appelée à voter sur la mise en place de lois ou de dispositifs concernant la drogue.

Offre/ressources

Pour estimer l'ampleur et les tendances de la consommation de drogue, les instruments privilégiés sont les enquêtes transversales sur les comportements de la population générale, de la population en âge de consommer et de la population qui consomme réellement des drogues. Le minimum requis pour de telles estimations est la réalisation d'au moins deux enquêtes sur une période de dix ans. En Suisse, il existe quatre enquêtes transversales sur des comportements en matière de santé dans la population générale (15-74 ans)^{aaa}, chez les écoliers (11 à 16 ans)^{bbb}, chez les adolescents (15 à 20 ans)^{ccc} et dans la population générale des 17-45 ans^{ddd}. D'autres enquêtes transversales, moins régulières, abordent aussi l'une ou l'autre question (comportements déviants, état d'ébriété) liée à la consommation de drogue.

D'autres instruments permettent de compléter les données sur la consommation mais aussi d'évaluer les conséquences de celle-ci ainsi que les besoins en matière de soins. Il s'agit des quatre statistiques de traitement des secteurs résidentiel^{eee}, ambulatoire^{fff}, méthadone^{ggg} et héroïne^{hhh}, d'une enquête nationale auprès de la clientèle des centres à bas-seuilⁱⁱⁱ, des statistiques de dénonciations policières et de décès liés à la drogue^{jjj}, des registres de maladies infectieuses et de déclarations médicales^{kkk}. Il n'y a en revanche pas de statistique nationale des admissions hospitalières liées à la drogue.

La Suisse ne dispose pas actuellement de système d'alerte national. L'identification des problèmes émergents se fait à l'aide des instruments de surveillance, d'échanges d'informations au sein des forums de coordination nationaux et d'investigations portant sur de nouvelles tendances rapportées par les professionnels ou par les médias⁵².

Les études longitudinales, qui constituent les instruments classiques pour identifier les facteurs de risque et de protection associés à une maladie ou à un comportement, sont peu fréquentes en Suisse. Seules quelques recherches d'intervention (PROVE, supra-f) et de suivi de consommateurs de drogue ont recours à un *design* de ce type^{lll}.

Finalement, au delà des enquêtes et études nationales, les cantons peuvent aussi recourir à leurs propres données pour l'identification des tendances et des problèmes liés à la consommation de drogue. Ces données portent principalement sur la clientèle des services sociaux et de santé sur le territoire cantonal. Toutefois, en l'absence d'un rapport portant sur la situation dans l'ensemble des cantons, il n'est pas possible d'utiliser ces données au niveau national.

^{aaa} Enquête suisse sur la santé (ESS) : menée à trois reprises (92, 97 et 02) par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Les analyses secondaires concernant la consommation de drogue sont réalisées par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).

^{bbb} *Health behaviour in school-aged children (HBSC)* : menée à six reprises (78, 86, 90, 94, 98, 02) par l'ISPA.

^{ccc} *Swiss multicentric adolescent health survey on health (SMASH)* : menée à deux reprises (92, 02) par les Instituts universitaires de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne et Berne.

^{ddd} Evaluation de la prévention du Sida en Suisse (EPSS) : menée annuellement entre 1987 et 1992 et à trois reprises par la suite (94, 97, 00) par l'IUMSP de Lausanne.

^{eee} Statistique de la Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie (FOS) : réalisée par l'Institut de recherche sur les addictions (ISF) depuis 1995.

^{fff} Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoire dans le domaine de l'alcool et de la drogue (SAMBAD) : réalisée par l'OFS et l'ISPA depuis 1995.

^{ggg} Statistique nationale des traitements à la méthadone : réalisée par l'OFSP, systématique depuis 1999.

^{hhh} Monitoring des traitements avec prescription d'héroïne : réalisé par l'ISF et l'OFSP.

ⁱⁱⁱ Enquête nationale auprès des usagers des centres à bas-seuil d'accessibilité distribuant des seringues : réalisée à quatre reprises (93, 94, 96, 00) par l'IUMSP de Lausanne.

^{jjj} Réalisées par l'Office fédéral de la police (OFP).

^{kkk} Réalisées par l'OFSP. Le système de déclarations médicales Senti-nella n'a toutefois couvert le thème de la consommation de drogue qu'à une seule reprise au début des années 90.

^{lll} Voir le domaine Recherche du ProMeDro.

Objectifs et stratégie de l'OFSP

Objectifs

Les dispositions légales et les objectifs de l'OFSP dans le domaine de l'épidémiologie de la consommation de drogue sont les mêmes que ceux pour le domaine de la recherche. Il s'agit d'encourager la récolte et les analyses de données qui permettent ensuite une prise de décisions rationnelles concernant les interventions et la politique visant la réduction des problèmes liés à la drogue.

Stratégie

Pour atteindre cet objectif, l'OFSP entend réaliser un monitoring épidémiologique national permettant de fournir des données de base et d'identifier les tendances actuelles et futures concernant les consommations, les dépendances, la morbidité, la mortalité, les traitements et la délinquance liés à la drogue. Les résultats de ces travaux doivent ensuite être valorisés auprès des acteurs concernés.

Pratiquement, la réalisation du monitoring comprend le pilotage et le financement des différents instruments épidémiologiques. Des mandats sont alors attribués à différentes institutions pour les mettre en œuvre et pour synthétiser les données disponibles. Certains instruments relèvent également directement de l'OFSP (statistique méthadone, registre des maladies infectieuses).

L'harmonisation des instruments et des procédures du monitoring épidémiologique constitue un autre objectif de l'OFSP en commun avec l'OFS. Deux développements devraient permettre de l'atteindre: d'une part, la mise en place d'une statistique de traitements unifiée^{mmm} et, d'autre part, la création d'un observatoire national sur les drogues et toxicomanies s'inspirant du modèle européenⁿⁿⁿ.

Mise en œuvre et réalisations

Enquêtes transversales

La réalisation du monitoring épidémiologique a donné lieu à divers travaux. Au niveau des enquêtes transversales, celle chez les 17-45 ans (EPSS) a été reconduite en 2000 alors que des analyses secondaires sur la consommation de drogue ont été effectuées à partir de l'enquête en population générale de 1997 (ESS). Trois enquêtes sont actuellement répétées: celles sur les comportements des écoliers (HBSC), des adolescents (SMASH) et de la population générale (ESS). Leurs résultats devraient être disponibles en 2003-2004.

^{mmm} Statistique harmonisée de l'aide en cas de dépendances et réseau d'information (Act-Info).

ⁿⁿⁿ L'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (CEDT) coordonne notamment le réseau REITOX qui collecte sur quinze sites européens des données concernant l'usage de drogue dans la population générale, la prévalence de la consommation problématique, le nombre de demandes de traitement, la mortalité et la prévalence des maladies infectieuses chez les injecteurs.

Statistiques de traitement

Les mandats qui concernent les statistiques de traitement ont été reconduits jusqu'à fin 2003. Durant la période d'évaluation, la participation à ces statistiques n'a que peu évolué.

La statistique méthadone ne produit toujours que le décompte des autorisations de traitement en Suisse. Toutefois, quatorze cantons recourent désormais à un nouvel instrument unifié (questionnaire et logiciel de saisie) qui permettra prochainement une description plus précise de la population en traitement. Le nombre de cantons impliqués dans ce projet est en hausse et la nouvelle statistique couvre aujourd'hui près de la moitié (8000) des traitements en Suisse.

La participation à la statistique du secteurs ambulatoire alcool et drogue (SAMBAD) est restée stable durant la période d'évaluation. Il faut cependant noter que de nombreux traitements sont toujours saisis à la fois par SAMBAD et par la statistique méthadone.

Le monitoring concernant la prescription d'héroïne, de son côté, couvre l'ensemble des traitements en cours.

La participation à la statistique du secteur résidentiel (FOS) est restée stable et comprend les institutions les plus importantes en Suisse.

Le projet Act-Info, qui cible l'harmonisation des statistiques de traitement, s'est développé moins rapidement que prévu. En 2001, un questionnaire uniformisé a été élaboré. Des essais pilotes ont pu alors être menés dans les différentes catégories d'institutions (ambulatoire et résidentiel, alcool et drogues illégales). Sur la base de ces essais, le questionnaire de base a été retravaillé. Un appel d'offres a aussi été lancé pour la mise au point d'un logiciel de saisie.

Autres

Parmi les travaux de valorisation des données épidémiologiques, il faut relever les travaux de l'ISPA et de l'évaluation globale du ProMeDro, qui font le point sur la situation en matière de consommation de stupéfiants en Suisse, ainsi que les publications relatives aux différentes enquêtes transversales et statistiques de traitement existantes.

La mise en place d'un observatoire sur les drogues et toxicomanies n'a pas eu lieu mais sa réalisation est mentionnée dans le projet de révision de la Loi sur les stupéfiants (art 29c). La forme, la localisation et les tâches de cet observatoire restent encore à définir.

La préparation et l'accompagnement de la révision de la Loi sur les stupéfiants ont donné lieu à différents travaux mandatés ou menés par l'OFSP. Trois expertises internationales portant sur la dépénalisation du cannabis ont fait l'objet de mandats auprès de chercheurs du Canada⁵³, d'Italie⁵⁴ et d'Allemagne⁵⁵. En outre, une analyse complémentaire des données de l'ESS et un sondage concernant l'usage du cannabis en Suisse ont été réalisés⁵⁶. Un rapport sur ce thème a également été réalisé par la Commission fédérale pour les problèmes liés aux drogues (CPFD)⁹⁰⁰. Finalement, conformément à l'article 29a du projet de révision, un appel d'offres pour l'évaluation scientifique de la nouvelle Loi sur les stupéfiants a été publié en mai 2002.

Tableau 5.5

Participation aux différentes statistiques

	Méthadone			FOS			SAMBAD			HeGeBe		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Centres	-	-	-	84	79	79	110	113	113	16	20	21
Cantons	8	9	14	19	18	19	26	25	24	8	11	11

Appréciation de l'action de l'OFSP

Adéquation des objectifs et de la stratégie

La responsabilité et le pilotage d'un système national de données épidémiologiques portant sur la consommation de drogue ne peut revenir qu'à la Confédération, et l'OFSP et l'Office fédéral de la statistique (OFS) sont les administrations en mesure de réaliser cette tâche.

La Suisse dispose actuellement d'un système relativement étendu d'instruments épidémiologiques dans le domaine des drogues illégales. Les enquêtes transversales et les statistiques de traitement ont ainsi fait l'objet de nombreux développements depuis la fin des années 80. Or, si les instruments ont parfois individuellement progressé le dispositif lui-même connaît toujours d'importantes limites en matière de surveillance. La raison principale de cette situation est l'absence d'une vision claire et une fragmentation, c'est-à-dire une coordination et une harmonisation insuffisante, des instruments qui composent le dispositif épidémiologique. L'objectif de la mise en place d'un véritable système de surveillance de la consommation de drogue fait d'ailleurs toujours défaut.

En l'état actuel, le dispositif est sous-performant et ne permet de répondre que partiellement aux besoins de connaissances existants. L'ampleur et les tendances de la consommation de drogue sont, malgré l'existence de quatre enquêtes transversales et de quatre statistiques de traitement, que partiellement identifiés. Il en va de même avec les problèmes sanitaires et les besoins en services de santé liés à la consommation de drogue. L'identification des problèmes émergents, de son côté, ne se réalise qu'au coup par coup et repose souvent sur l'appréciation individuelle des acteurs de première ligne. Finalement, les facteurs de risque et de protection associés aux problèmes de drogue ne sont abordés que de manière occasionnelle et dispersée.

La première priorité est donc que l'OFSP développe un modèle de surveillance pour intégrer, harmoniser et stabiliser les instruments existants, et qu'il en assume véritablement la responsabilité. Il devrait aussi préciser l'articulation entre ce système de surveillance, l'observatoire national sur les dépendances et la recherche scientifique portant sur l'introduction de la révision de la Loi sur les stupéfiants. En l'état actuel, cette articulation n'est pas claire et les différents projets semblent répondre à des logiques individuelles peu coordonnées. La mise en place d'un système d'alerte devrait, finalement, aussi être envisagée.

Degré de mise en œuvre et réalisations

L'objectif de l'OFSP est de mettre à disposition des données, à travers un monitoring épidémiologique, qui permettent une prise de décisions rationnelles pour les interventions et les politiques en matière de drogue. Pour cela il a mandaté ou réalisé différentes enquêtes et statistiques portant sur la consommation et les consommateurs de drogue. Les données obtenues permettent d'apprécier certaines tendances actuelles. En revanche, une description de l'évolution actuelle des *party drugs*, par exemple, n'est pas disponible et la mise en place d'interventions et de politiques adéquates est donc rendue difficile. La cause en est que les instruments épidémiologiques sont caractérisés par une grande variété de méthodes, de périodicité, de questions et de présentations des résultats, qui rendent très difficiles les comparaisons et les validations. Il est donc possible d'identifier certaines tendances, à l'aide de l'un ou de l'autre des instruments, mais il est difficile d'obtenir un ensemble de données nécessaires à des actions *Evidence based*. L'objectif de l'OFSP n'est donc que partiellement atteint.

⁰⁰⁰ Voir le domaine Coordination du ProMeDro.

Le projet d'harmonisation des statistiques de traitement Act-Info constitue une première réponse adéquate à cette situation. Le développement de méthodes unifiées (questionnaire, logiciels, saisie), actuellement en cours, devrait permettre d'améliorer l'utilité de ces instruments pour la surveillance. Il semble toutefois qu'à l'heure actuelle des questions liées à la responsabilité de ce projet soient encore en discussion entre l'OFSP et l'OFS. Cette situation fait craindre un nouveau retard des travaux et une nouvelle situation d'absence de *leadership* dans le domaine de l'épidémiologie de la toxicomanie.

Principales recommandations

- Développer un véritable système de surveillance de la consommation de drogues en Suisse.
- Clarifier et harmoniser les objectifs des différents éléments (monitoring épidémiologique, statistique Act-Info, Observatoire sur les drogues et toxicomanies, recherche sur la Loi sur les stupéfiants) et les rôles des différents acteurs (OFSP, OFS ; instituts de recherche).
- Développer un système d'alerte.

Evaluation

Situation générale en Suisse

L'essor de l'évaluation des actions publiques remonte aux années 70 lorsque les administrations ont progressivement été appelées à démontrer une gestion efficiente des ressources publiques. Cette pratique va ensuite s'institutionnaliser dans les années 80 et 90. Aujourd'hui l'article 170 de la Constitution helvétique charge l'Assemblée fédérale de faire évaluer l'efficacité des mesures de la Confédération.

Besoins

Dans le domaine de la santé, plusieurs facteurs, tels que le vieillissement de la population, le développement de nouvelles technologies ou encore les attentes de la population, invitent les gouvernements à envisager des mesures pour contrôler la croissance des coûts et l'efficacité des interventions. L'évaluation apparaît alors comme l'un des moyens privilégiés pour répondre aux besoins d'information des décideurs qui doivent justifier leurs choix auprès de publics de plus en plus exigeants⁵⁷.

La croissance rapide des problèmes liés à la drogue qu'a connu la Suisse dès la fin des années 80 a conduit à une multiplication des interventions dans ce domaine. Dans un contexte fortement marqué par l'innovation (locaux d'injection, distribution de seringues, prescription d'héroïne, etc.) les cantons, les villes et la Confédération ont nécessité des connaissances leur permettant d'implanter les meilleures interventions et politiques. C'est pourquoi de nombreuses évaluations ont été mandatées. Celles-ci ont aussi eu une seconde fonction : légitimer les choix stratégiques en matière de drogue auprès de la population. Dans un contexte politique chargé (trois votations fédérales et de nombreuses votations municipales et cantonales), cette fonction s'est parfois avérée décisive pour développer le dispositif suisse de prise en charge des problèmes liés à la drogue.

Aujourd'hui, la situation est quelque peu différente puisque c'est souvent l'institutionnalisation et l'harmonisation des dispositifs de lutte contre les problèmes liés à la drogue qui constituent la priorité. Les besoins en évaluation concernent donc désormais plus souvent l'efficacité des dispositifs existants que l'innovation.

Offre/ressources

L'évaluation s'est progressivement affirmée comme une nouvelle discipline et s'est professionnalisée. Le nombre de chercheurs et de publications sur ce thème a aussi considérablement augmenté, notamment dans le domaine de la santé, et la discipline a été progressivement intégrée dans les formations supérieures. En 1996, est née la Société suisse d'évaluation (SEVAL) qui regroupe les professionnels actifs dans ce domaine. Cette société a aussi développé des standards permettant de sélectionner et d'apprécier les travaux d'évaluation.

Dans le domaine de la drogue, un nombre important d'évaluations a été mené en Suisse ces dernières années. Elles concernent des projets pilotes mais aussi les programmes et les politiques publiques. Certains cantons, à l'image du canton de Vaud, ont ainsi mandaté une évaluation de leur dispositif de prévention et de prise en charge de la toxicomanie^{58,59}.

Objectifs et stratégie de l'OFSP

C'est une ordonnance de 1992 portant sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes qui définit le soutien de la Confédération dans ce domaine. Son but est de mesurer l'efficacité et la rentabilité des projets et essais. Ce but est repris dans l'article 29a de la révision en cours de la Loi sur les stupéfiants qui demande de faire procéder à l'évaluation des mesures édictées par cette nouvelle loi.

Objectifs

Les objectifs visés par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro sont de⁴:

- vérifier à l'aide de méthodes scientifiques si les stratégies sont efficaces;
- vérifier la pertinence des innovations qui ne font pas encore l'objet d'un large consensus scientifique;
- réaliser la transmission effective des résultats des évaluations en matière de toxicomanie à l'intention des spécialistes intervenant dans la pratique et des décideurs dans l'optique de contribuer à établir un ensemble de *good practices*.

Stratégie

Deux instruments servent à atteindre les deux premiers objectifs. Le premier est l'évaluation globale du ProMeDro qui a débuté en 1991 et qui est complétée depuis 2000 par une évaluation de l'ancrage politique de ce programme. Ces mandats servent au pilotage du ProMeDro et leurs résultats s'adressent donc en particulier aux responsables du programme. Le second instrument, plus classique, est constitué par l'ensemble des évaluations de projets liés aux problèmes de drogue. Pour l'essentiel il s'agit de projets financés dans le cadre du ProMeDro. Les résultats de ces évaluations servent au pilotage des projets et s'adressent notamment aux collaborateurs de l'OFSP qui en sont responsables^{PPP}.

^{PPP} Dans son guide pour la planification de l'évaluation, l'unité d'évaluation (aujourd'hui la CCE) demandait à ce que 10 à 15% du budget de chaque projet soit réservé pour une évaluation externe. Lorsqu'une telle évaluation n'est pas pertinente, ce sont 5% qui devraient être retenus pour une auto-évaluation⁶⁷.

Au plan organisationnel, l'OFSP s'est d'abord doté d'un Service évaluation (SE). Celui-ci gérait l'évaluation globale du ProMeDro et apportait un soutien technique aux collaborateurs qui mandataient des évaluations de projets. La situation change une première fois en 1999 lorsque le SE reprend la gestion de tous les mandats d'évaluation. Puis, en septembre 2001, naît le Centre de compétence en évaluation (CCE) qui est directement relié à l'état major de l'OFSP et qui couvre tous les champs d'activité de cette administration. Ce centre reprend les tâches et mandats du Service évaluation, jusqu'alors limités aux domaines du Sida et des dépendances, et les élargit à l'ensemble des activités de l'institution.

Le choix des projets et programmes qui nécessitent une évaluation dans le domaine de la drogue est désormais le fait d'un groupe de pilotage réunissant le CCE et les responsables du ProMeDro. Ce groupe définit les priorités, les besoins et les rôles concernant les mandats d'évaluation. Parmi les critères de choix pour l'attribution d'une évaluation on peut noter le caractère innovant du projet et/ou sa pertinence stratégique pour l'OFSP.

Afin d'assurer leur qualité, les évaluations externes sont dotées d'un groupe d'accompagnement comprenant le responsable du projet évalué à l'OFSP, un collaborateur du CCE et un ou plusieurs experts externes. Par ailleurs, les standards d'évaluation élaborés par la SEVAL sont utilisés pour la définition des mandats et l'appréciation des résultats des évaluations externes. La valorisation interne des résultats a aussi fait l'objet de développements et elle implique tous les collaborateurs de l'OFSP concernés par les évaluations.

Mise en œuvre et réalisations

Le mandat pour l'évaluation globale du ProMeDro a été reconduit pour la période 2000-2003. Il comprend, d'une part, le suivi et l'appréciation de l'ensemble du programme et, d'autre part, des études particulières permettant une analyse approfondie d'une dimension du programme ou la mise à disposition de connaissances. Deux études, portant sur l'ancrage institutionnel des projets⁹ et sur la gestion de l'innovation⁶⁰, se sont intéressées à des dimensions particulières du ProMeDro. Deux autres études, portant sur l'implantation d'un système d'alerte⁵²

et sur la prévention chez les jeunes par la justice et la police⁶¹, visaient la mise à disposition de connaissances pour les responsables du programme.

Deux travaux non planifiés, soit un bilan des projets MedRoTox/MeTiTox⁹⁹⁹ et une brève expertise sur l'augmentation des cas d'infections par le VIH à l'intention de l'OFSP, ont aussi été réalisés dans le cadre de ce mandat.

Un nouveau mandat pour une évaluation de l'ancrage politique du ProMeDro a été attribué en 2000. Son objectif est de décrire, d'expliquer et d'apprécier l'ancrage politique des mesures du programme aux niveaux fédéral, cantonal et communal. Trois études partielles servent cette fin : un inventaire des décisions politiques concernant la drogue en Suisse, une analyse de différents processus décisionnels aux niveaux cantonal et communal, et une analyse de quelques réseaux d'implantation locaux⁶². La publication du rapport final est attendue pour l'été 2003.

Trois domaines du ProMeDro ont fait l'objet d'évaluations élargies : la coordination nationale⁶³, la formation⁴⁵ et le domaine Migration et santé⁶⁴. Les trois évaluations sont désormais terminées et leurs rapports, à l'exception de celui portant sur la coordination nationale, sont accessibles au public. Les deux dernières évaluations ont également conduit à une réorganisation au moins partielle des domaines concernés.

Trois projets (ou programmes) ont également fait l'objet d'évaluations : le projet Internetz (domaine Migration et santé)⁶⁵, ainsi que les programmes LaOla et Ecoles et Santé (domaine Prévention)⁶⁶. Pour le premier, l'évaluation est terminée et accessible au public. L'évaluation du programme de prévention dans le sport LaOla ne sera terminée qu'à fin 2003. Quant au programme de promotion de la santé Ecoles et santé, son évaluation a été suspendue en 2002 pour des raisons de réorientation du programme.

L'évaluation a aussi financé une recherche portant sur la promotion de la santé dans les prisons. Celle-ci est terminée mais le produit de cette recherche n'est jusqu'ici pas accessible au public.

⁹⁹⁹ Voir le domaine Formation du ProMeDro.

Appréciation de l'action de l'OFSP

Adéquation des objectifs et de la stratégie

L'OFSP a activement participé au développement des activités d'évaluation dans le domaine de la drogue en Suisse. Parmi ses contributions, il est possible de relever la création d'un guide⁶⁷, le financement et la gestion de l'évaluation de nombreux projets pilotes, y compris extérieurs au programme fédéral, et l'attribution à long terme d'un mandat d'évaluation globale du ProMeDro.

La réorganisation et la stratégie actuelle dans ce domaine ont pour objectif de recentrer les activités d'évaluation sur les besoins de l'OFSP. Certains objectifs stratégiques, comme l'incitation à la reprise d'interventions modèles en Suisse ou la volonté de combler des lacunes générales de connaissances, qui étaient auparavant attribuées à certaines évaluations de projets et à l'évaluation globale du ProMeDro, tendent donc à disparaître au profit d'une volonté de soutenir activement la gestion des activités dont l'administration fédérale est directement responsable. L'évaluation n'est ainsi plus que rarement un outil servant à soutenir des projets développés en dehors du programme.

Degré de mise en œuvre et réalisations

Les objectifs visés par le domaine évaluation du ProMeDro sont de vérifier l'efficacité des stratégies et des innovations, et de transmettre les connaissances ainsi recueillies aux praticiens et aux décideurs. Les nombreux mandats d'évaluation de projets, et celui de l'évaluation globale, témoignent du fait que l'OFSP s'est largement investi pour atteindre ses objectifs. Cela vaut aussi pour la dernière période d'évaluation puisque des mandats ont été attribués pour des évaluations de stratégies, globale ou par domaine, ou encore sur des projets innovants. Des efforts ont également été menés afin d'atteindre l'objectif de la transmission des connaissances aux praticiens et décideurs. Il faut cependant noter que le cercle des personnes concernées tend à se limiter de plus en plus aux collaborateurs de l'OFSP.

La conséquence de la nouvelle orientation stratégique est aussi une meilleure utilisation des évaluations au sein de l'OFSP. Les critères et procédures de choix des évaluations, les méthodes de pilotage et de valorisation, sont désormais plus transparents et plus efficaces que par le passé. Les évaluations, dès lors, ont des fonctions clairement attribuées et sont gérées directement par les utilisateurs.

Pour le reste, la création du CCE inscrit l'évaluation à un niveau stratégique élevé au sein de l'OFSP, là où le programme drogue n'est plus que l'une des très nombreuses composantes de l'activité de cette institution. Or, il ne relève pas de l'évaluation globale du ProMeDro d'apprécier la mise en œuvre d'une stratégie s'adressant à l'ensemble de cette administration. Il est aussi difficile d'apprécier des réformes dont les conséquences n'apparaîtront que dans quelques années.

Principales recommandations

- Tirer les conséquences de l'abandon de l'évaluation globale externe : assurer les conditions de la réalisation d'une auto-évaluation au sein de l'OFSP.
- Poursuivre l'amélioration du contrôle de qualité et de la valorisation interne et externe des évaluations mandatées.

Coordination

Situation générale en Suisse

En matière de lutte contre les problèmes liés à la drogue c'est la Loi sur les stupéfiants qui définit les tâches et responsabilités en Suisse: les cantons sont chargés de créer les dispositifs nécessaires à son application (art 15a) alors que la Confédération a pour tâche de les soutenir dans ce processus (art. 15c). Chaque canton a ainsi développé son propre dispositif et ses propres modalités d'application de la loi¹. Quant aux communes, principalement les villes de moyenne et grande taille, elles ont aussi développé leurs propres actions en fonction des compétences allouées par leur canton et des problèmes qu'elles ont rencontrés. Cette situation a conduit, particulièrement depuis le milieu des années 80, à une multiplication des pratiques en matière de lutte contre les problèmes liés à la drogue en Suisse.

Besoins

La diversité des politiques et dispositifs publics dans le domaine de la drogue en Suisse a conduit à l'apparition de différents besoins en termes de coordination locale et nationale:

- La coordination interne pour chacun des niveaux politiques et administratifs: les villes, les cantons et la Confédération. Il s'agit de favoriser la collaboration des différentes administrations et institutions afin d'optimiser la cohérence et l'efficacité des dispositifs existants.
- La coordination horizontale entre les représentants des villes, d'une part, et des cantons d'autre part. L'objectif est ici l'échange de connaissances et la collaboration entre des acteurs confrontés aux mêmes types de problèmes et de contraintes.
- La coordination verticale entre les villes, les cantons et la Confédération. L'objectif est d'assurer la cohérence des actions et la collaboration entre les différentes collectivités publiques concernées par les problèmes de drogue en Suisse.

D'autres besoins de coordination sont aussi apparus et ils concernent certains domaines (prévention, traitements, réduction des risques) de la lutte contre les problèmes liés à la drogue.

Offre/ressources

Différents dispositifs ont été développés en Suisse pour favoriser la coordination interne au niveau des collectivités publiques:

- les cantons et les principales villes disposent de délégués aux questions de stupéfiants et de commissions mixtes en matière de drogue chargées de coordonner l'intervention publique sur ce thème. Les commissions mixtes ont souvent aussi pour fonction de conseiller les exécutifs locaux;
- la Confédération dispose depuis 1994 du Groupe de travail interdépartemental pour les problèmes de drogue (GTID), qui regroupe notamment des représentants de cinq offices fédéraux. La coordination et la coopération entre l'OFSP et l'Office fédéral de la police (OFP) fait aussi l'objet d'un Groupe de travail «coordination avec la police» (GtCoPo). La Confédération dispose aussi d'une Commission fédérale pour les problèmes liés aux drogues (CFPD) qui a une fonction de conseil pour l'exécutif fédéral. Cet organe a remplacé en 1997 la Commission fédérale des stupéfiants.

La coordination horizontale entre les différents cantons, d'une part, et entre les villes, d'autre part, a aussi donné lieu à certains développements:

- la Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie (CDCT) constitue depuis 1994 le principal instrument de coordination entre les cantons. D'autres conférences inter-cantoniales, comme celles des médecins cantonaux ou des directeurs des affaires sociales, peuvent aussi être concernées par les questions liées à la drogue;
- la Conférence des délégués des villes aux problèmes de toxicomanie (CDVT) regroupe depuis 1991 des représentants de la police, des affaires sociales et de la santé des principales villes concernées par ces problèmes. Quant à la Plate-forme drogue de l'Union des villes suisses (PDUVS), elle regroupe les membres des exécutifs de grandes et moyennes villes de Suisse.

Finalement, la coordination verticale entre la Confédération, les cantons et les villes, a aussi fait l'objet de la mise en place d'une structure particulière :

- le Comité national de liaison en matière de drogue (CNLD) regroupe 18 représentants répartis à parts égales entre la Confédération, les cantons et les villes.

Objectifs et stratégie de l'OFSP

Les activités de coordination (délégués, commissions) en matière de stupéfiants sont en Suisse, depuis l'introduction de la première Loi sur les stupéfiants en 1924, la responsabilité du département fédéral en charge de la santé. Aujourd'hui encore cette tâche est du ressort de l'OFSP et l'actuelle loi (art 15.c) stipule que la Confédération crée un office de documentation, d'information et de coordination, pour soutenir l'activité des cantons.

Objectifs

Les objectifs de l'OFSP dans le cadre du ProMeDro sont d'institutionnaliser le dialogue et de favoriser le consensus entre les autorités fédérales, cantonales et municipales afin de développer des stratégies communes d'intervention. Parallèlement, il souhaite promouvoir l'engagement des cantons dans les décisions et les stratégies concernant la politique drogue fédérale.

Stratégie

Seules les tâches de coordination interne des cantons et des villes ne sont pas du ressort de l'OFSP. En revanche, il s'est impliqué durant la première moitié des années 90 dans la constitution des différentes conférences et plates-formes de coordination nationale décrites ci-dessus. Il a également mis en place en 1996 avec l'OFP une structure centrale, la Plate-forme de coordination et de services dans le domaine des drogues (PCS). Celle-ci gère le secrétariat des organes rattachés directement à la Confédération (Comité de liaison, Groupe de travail inter-départemental, Commission fédérale, collaboration avec la police) et offre un soutien logistique aux organes inter-cantonal et inter-municipaux.

Plusieurs autres activités sont du ressort de la PCS et permettent de soutenir le travail des plate-formes et commissions. Le rapport des cantons est un inventaire des problèmes et interventions liés à la drogue en Suisse. La mise sur pied d'un groupe de travail sur les problèmes émergents doit à terme permettre d'identifier et de réagir plus rapidement aux nouvelles tendances de la consommation de drogue. Finalement, l'organisation d'une conférence nationale sur la cocaïne devrait permettre une amélioration des connaissances concernant les problèmes liés à cette substance et les moyens d'y remédier.

Des mesures de coordination internationale, notamment liées à la prescription médicale d'héroïne, sont également réalisées mais ne relèvent pas du ProMeDro^{rrr}. Il en va de même pour les consultations que mène l'OFSP au sujet des dispositions légales en matière de stupéfiants. A l'inverse, des activités de coordination nationale spécifiques à certains domaines (traitements résidentiels, réduction des risques, etc.) sont réalisées dans le cadre du programme. Elles ont déjà été présentées dans les chapitres précédents de ce rapport.

^{rrr} Voir le chapitre 1 du présent rapport.

Mise en œuvre et réalisations

Les réalisations de la coordination nationale peuvent être partiellement identifiées à travers l'activité des plate-formes et commissions qui servent cette fin.

Les différents organes se réunissent de manière régulière, entre une et cinq fois par an. Seul le Groupe de travail interdépartemental pour les problèmes de drogue (GTID) ne semble avoir qu'une activité épisodique. Pour les autres organes, le nombre de séances et les taux de participation paraissent stables.

Le groupe de travail fédéral Coordination avec la police (Gt CoPo) est le plus actif et le plus fréquenté par ses membres. A l'autre extrémité, les organes inter-villes sont les moins actifs et ils connaissent aussi les taux de fréquentation les plus bas. Il faut toutefois ajouter que ce sont les représentants des villes qui sont les plus assidus lors des réunions du comité de liaison (CNLD) réunissant la Confédération, les cantons et les villes.

Selon les sujets traités, les discussions au sein des organes peuvent aboutir à des prises de position sous forme de communiqués de presse, de réponses à des procédures de consultation, de lettres aux autorités politiques ou administratives. Leur nombre diminue de manière importante entre 1999 et 2001, passant de treize à deux. Cette variation est sans doute liée à l'activité politique, sociale et législative, et notamment aux dossiers de la prescription médicale d'héroïne, du mode de financement des thérapies résidentielles et du projet de révision de la Loi sur les stupéfiants qui ont marqué l'année 1999.

La Commission fédérale pour les problèmes liés à la drogue (CFPD) a rédigé un rapport sur le cannabis⁶⁸ et travaille actuellement à un document concernant le futur en matière de politique drogue. Une étude portant sur la mise en place d'un système d'alerte nationale permettant de mieux répondre aux problèmes émergents a été réalisée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro. Dans le même cadre, une autre étude a été menée sur la collaboration entre la police et les institutions sociales dans le domaine de la prévention^{sss}. Les résultats de ces travaux sont actuellement traités par des groupes de travail au sein de l'OFSP. Un nouveau rapport sur la situation dans les cantons n'a pas été

Tableau 5.6

Activités des organes de coordination

Niveau de coordination	Plate-formes	Séances			Participation			Prises de position		
		1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Confédération	GTID	-	1	-	-	n.d.	-	-	-	-
	CFPD	7	4	4	50%	71%	69%	3	3	-
	GtCoPo	6	4	5	57%	80%	90%	1	1	-
Cantons	CDCT	3	3	4	64%	54%	60%	3	-	2
Villes	CDVD	2	2	2			47%	-	-	-
	Membres				36%	41%				
	Villes				61%	55%				
	PDUVS	2	n.d.	1	50%	n.d.	n.d.	3	n.d.	-
Confédération, cantons, villes	CNLD	3	1	1	57%	n.d.	57%	3	-	-
	TOTAL	23	15	17				13	4	2

Source: OFSP
(n.d.): non disponible

^{sss} Voir le chapitre Etudes particulières.

réalisé, mais il figure toujours parmi les objectifs de l'office. Quant à la conférence nationale sur le thème de la cocaïne, organisée en collaboration avec l'OFSP, elle est prévue pour 2003.

Depuis 2001, la PCS gère aussi un mandat finançant le secrétariat de la Communauté nationale de travail politique de la drogue (CDP). Cet organe regroupe une trentaine d'associations et d'institutions actives en Suisse.

Appréciation de l'action de l'OFSP

La répartition de tâches et responsabilités propres au fédéralisme helvétique a conduit, durant les années 80 et 90, à une multiplication des interventions, des dispositifs et des politiques en matière de drogue. Cette situation a favorisé l'expérimentation et l'innovation dans ce domaine mais aussi fait naître d'importants écarts en matière d'égalité de traitement des citoyens. La répression de la consommation du cannabis ou l'accessibilité de traitements pour consommateurs d'héroïne peuvent, par exemple, varier d'un canton à l'autre. L'actuel projet de révision de la Loi sur les stupéfiants devrait permettre de réduire ces différences.

Adéquation des objectifs et de la stratégie

La multiplication des approches et des offres en Suisse a eu pour conséquence une croissance des besoins de coordination tant organisationnels que stratégiques. Les diverses plate-formes de coordination et les commissions instaurées depuis le début des années 90 ont eu pour tâche de répondre à ces besoins. Aujourd'hui, on peut constater que ces organes couvrent les différents champs de la coordination en Suisse et qu'il n'y a donc pas de lacune majeure dans ce domaine. Une autre conséquence de l'instauration des commissions et plate-formes, tant au niveau national qu'au niveau local, est que la circulation d'informations entre les acteurs concernés est largement développée en Suisse.

La plate-forme de coordination et de service dans le domaine des drogues (PCS) constitue un instrument de soutien important aux organes de coordination présents au niveau national. Elle favorise également la circulation d'informations entre ces différents organes. Son existence paraît donc justifiée et les ressources dont elle dispose ne devraient pas être trop limitées⁶⁹.

Degré de mise en œuvre et réalisations

Les objectifs de la coordination dans le cadre du ProMeDro sont de favoriser le dialogue et le consensus entre les différentes autorités (Confédération, cantons, villes) concernées par les problèmes liés à la drogue et de promouvoir l'engagement des cantons et des municipalités vis-à-vis de la politique fédérale. Si le degré d'atteinte de ces objectifs va notamment être apprécié par l'étude sur l'ancrage politique du ProMeDro, on peut cependant déjà noter que l'OFSP a créé les conditions nécessaires à ce qu'ils puissent être réalisés. Le soutien aux différentes plate-formes et la diffusion d'informations tendent en effet à favoriser l'engagement conjoint des différentes collectivités publiques.

L'efficacité réelle de chacune des plate-formes et commissions reste parfois sujette à caution. La très faible activité du Groupe de travail interdépartemental fédéral (GTID), la faible participation aux instances inter-villes ou encore le rôle exact du Comité national de liaison (CNLD) doivent faire l'objet d'un examen attentif. En comparaison le groupe de collaboration avec la police (GtCoPo), la Commission fédérale pour les problèmes liés à la drogue (CFPD) et la Commission inter-cantonale (CDCT) paraissent avoir une meilleure définition de leur rôle ainsi qu'une activité plus soutenue.

En ce qui concerne les outils de support à la coordination, l'absence d'un nouveau rapport portant sur la situation dans les cantons constitue une faiblesse importante puisqu'il permet d'identifier certains besoins de coordination ou d'harmonisation. La constitution de groupes de travail, autour des résultats des études portant sur la mise en place d'un système d'alerte et sur la collaboration entre la police/justice et les institutions sociales dans le domaine de la prévention, permettront d'améliorer les actions sur ces thèmes. La future conférence sur la cocaïne devrait aussi contribuer à une amélioration des interventions s'adressant aux consommateurs de cette substance.

Principales recommandations

- Réaliser un nouvel inventaire de l'activité dans les cantons.
- Développer les activités des organes de coordination dans le cadre de l'introduction de la révision de la Loi sur les stupéfiants.
- Analyser la faible activité (GTID, plate-formes des villes) et le rôle (CNLD) de certains organes de coordination et en tirer les conséquences nécessaires.
- Mettre à disposition les ressources nécessaires au bon fonctionnement de la PCS.

Migration et santé

Situation générale en Suisse

Un cinquième de la population résidant en Suisse est de nationalité étrangère. Les principales nationalités sont celles de l'ancienne Yougoslavie, d'Italie, du Portugal, d'Allemagne, d'Espagne, de Turquie et de France. La moitié des étrangers est née en Suisse ou y réside depuis plus de quinze ans. En termes de statuts, environ deux tiers des étrangers disposent d'une autorisation de séjour de longue durée et un quart d'une autorisation de courte durée. La majorité des personnes restantes est requérante d'asile. La structure de la population de nationalité étrangère se caractérise par une forte représentation des hommes et des personnes en âge de travailler⁷⁰.

Besoins

Les rares indicateurs disponibles concernant la santé de la population étrangère font apparaître des valeurs moyennes moins bonnes que chez les Suisses pour la santé perçue, la santé psychique, les accidents du travail, les avortements et certaines maladies infectieuses. En ce qui concerne le VIH/Sida, les personnes originaires de pays où l'épidémie s'est le plus développée constituent un groupe important parmi les nouveaux cas dépistés dans les pays européens.

Pour les indicateurs sociaux on relève chez les étrangers un niveau de formation et de salaire inférieur, ainsi qu'un taux de chômage supérieur, à celui de la population indigène. Finalement, certaines recherches montrent que l'accès au système de santé est souvent plus difficile pour les étrangers que pour les Suisses, et ce particulièrement pour les requérants d'asile et les clandestins⁷¹.

Concernant les problèmes liés à la drogue, une récente étude exploratoire⁷² estimait que 20 à 30 % des usagers de drogue de la scène bernoise étaient d'origine italienne. Parmi les nouvelles entrées en traitement résidentiel pour consommateurs de drogue, les étrangers représentent 24 % de la clientèle^{19,20}. Les données de la police fédérale indiquent quant à elles que 32 % des dénonciations pour usage de stupéfiants en Suisse concernent des ressortissants étrangers⁷³. Une estimation pour la période 1995-1998 fait aussi apparaître que seuls les ressortissants européens connaissent une forte proportion (23,8 %) d'injecteurs de drogue parmi les nouveaux cas de VIH dépistés⁷⁴. L'étude *Migration und Drogen*⁷⁵ révèle de son côté que certaines compétences nécessaires à un travail avec les migrants font défaut dans la plupart des institutions agissant dans le domaine de la drogue. La communication est notamment entravée par des connaissances et par une réflexion insuffisantes sur les contextes de migration, ainsi que par des barrières linguistiques. En conséquence, les consommateurs de drogue ou leurs proches ne s'adressent que rarement, ou alors à une seule reprise, aux centres de consultation.

Offre/ressources

Le thème de la santé des migrants a fait l'objet de différents développements dans les cantons et villes suisses durant les années 90. Des institutions et services spécialisés, comme le Centro Scuola e Famiglia à Zurich ou Appartenances à Lausanne, ont mis en place diverses prestations à l'usage exclusif des migrants. Certaines institutions, comme MuSuB^{ttt} à Bâle, se sont aussi spécialisées dans la question des dépendances. Au niveau des collectivités publiques, des instruments de coordination et, parfois, des politiques spécifiques pour les migrants ont été mises en place. L'ensemble de ces développements a conduit à la réalisation de nombreuses expériences pilotes et à une grande diversité des pratiques cantonales. Au niveau national, le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (FSM) a notamment mené différentes recherches concernant la situation et la santé des migrants.

^{ttt} Service de consultation multiculturel pour problèmes de dépendances des deux Bâle.

Objectifs et stratégie de l'OFSP

Objectifs

Le droit à la santé pour tous est un objectif de l'OMS auquel se rallie aussi l'OFSP. Cet objectif recouvre l'égalité de traitement pour les minorités et la prévention de mesures discriminatoires, mais aussi la prise en considération des besoins et ressources des migrants.

Les objectifs fixés par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro sont de promouvoir l'appropriation des questions liées à la santé chez les migrants et d'institutionnaliser une offre s'adressant à eux dans les services sociaux et sanitaires de Suisse⁷⁶. Ces objectifs concernent donc l'ensemble des questions de santé.

Stratégie

Un changement de stratégie a été effectué durant la période d'évaluation. Au début des années 90, l'OFSP visait, par une approche participative et une philosophie d'égalité d'accès, à diffuser ses messages et mesures de prévention auprès des principales communautés de migrants. Le Projet Migration et Santé concrétisait cette tâche en recourant à des chargés de prévention nationaux, ainsi qu'à des médiateurs et multiplicateurs régionaux. Ces personnes étaient toutes issues des principales communautés de migrants.

La nouvelle stratégie a progressivement été élaborée par l'OFSP et d'autres offices fédéraux. Elle est devenue officielle en 2002⁷¹ et repose cette fois sur une approche transculturelle et intégrative, c'est-à-dire qu'elle se propose de développer des mesures s'appliquant à l'ensemble des migrants et qui contribuent à leur intégration sociale en Suisse. L'accessibilité au système de santé et la fourniture de prestations prenant en compte les besoins spécifiques des migrants sont particulièrement ciblées. En termes opérationnels, cinq champs d'intervention ont été définis pour cette nouvelle stratégie :

- **la formation** des interprètes, des médiateurs et des professionnels de la santé ;
- **l'information, la prévention et la promotion de la santé** qui s'adressent aux migrants mais aussi aux fournisseurs de prestations pour favoriser la compréhension réciproque ;
- **les soins de santé** qui peuvent être développés par des services de médiation et de coordination, des offres d'accès facile dans les villes, et par le recours à des services d'interprètes ;
- **les offres thérapeutiques pour victimes de traumatismes** qui peuvent faire l'objet d'une meilleure différenciation et d'une amélioration de leur accessibilité ;
- **la recherche** qui permet notamment l'évaluation des mesures et le monitoring de la santé des migrants.

La prévention et la prise en charge des problèmes liés à la drogue sont bien évidemment aussi concernées par ces différents champs d'intervention.

Mise en œuvre et réalisations

Le Projet Migration et Santé (PMS) s'est terminé en 2001. Avant cette date, différentes interventions ont été menées par les chargés de prévention et les médiateurs. En ce qui concerne les problèmes liés à la drogue, les activités du PMS se sont concentrées sur la création et l'animation de groupes d'entraide pour parents de consommateurs dépendants. Ces groupes existent dans quelques cantons de Suisse allemande et concernent les communautés italienne, portugaise et hispanophone.

Le Centro Scuola e Famiglia à Zurich a reçu un soutien de l'OFSP pour ses activités. Celles-ci comprennent une ligne téléphonique « Linea droga », l'initiation d'un groupe d'entraide pour parents et proches de jeunes consommateurs, la mise en œuvre d'actions de prévention dans les écoles italiennes et la production d'un fascicule de promotion de la santé pour l'enseignement. Ce mandat n'a pas été renouvelé en raison de la restructuration de cette institution.

La recherche *Migration und Drogen* a donné lieu à différents développements parmi lesquels figurent une brochure à l'intention des institutions du domaine des dépendances⁷⁷ et la réalisation d'un projet pilote. Le Contact Netz de Berne, un réseau de services dans le domaine de la drogue^{uuu}, emploie désormais un collaborateur, disposant lui-même d'une expérience de la migration, dont la tâche est de développer les activités concernant les migrants avec les responsables des centres. L'objectif est de créer des offres adaptées et de favoriser l'échange d'expériences, ainsi que d'aboutir à une transformation structurelle du réseau où la question de la migration serait prise en compte par l'ensemble des acteurs. Ce projet pilote devrait ensuite être diffusé.

Les autres projets soutenus par l'OFSP concernent le domaine de la santé en général. Un centre de compétence régional Migration et Santé géré par Caritas a été créé en Suisse orientale. Un autre centre de ce type est actuellement à l'étude à Zurich. Un troisième centre de compétences, d'envergure nationale cette fois, est géré par la Croix-Rouge. Ce dernier dispose de responsabilités particulières dans le domaine de la formation des soignants. Sinon, les tâches de ces centres sont de sensibiliser les professionnels de la santé, de mener des activités de prévention et de conseil auprès des migrants, de favoriser le développement d'une offre pour les victimes de violences et d'agir comme coordonnateur sur le thème Migration et Santé. Par ailleurs, il s'agit d'encourager, tant au niveau des personnes migrantes que des professionnels de la santé, le recours à des interprètes.

^{uuu} Le réseau de services comprend le conseil, la thérapie ambulatoire, des programmes de travail, des locaux d'injection, un travail de prévention secondaire et un travail de proximité.

L'association Appartenances, à Lausanne, gère un mandat de l'OFSP visant à favoriser la promotion de la santé, la prévention et la résolution de problèmes de santé au sein des communautés migrantes dans les cantons de Vaud et du Valais.

L'OFSP a aussi mandaté une association (Interpret') afin de promouvoir l'interprétariat et la médiation culturelle dans les domaines de la santé, du social et de la formation. L'association a réalisé et édité une cassette vidéo didactique en trois langues à l'intention des interprètes. Elle devra aussi créer des standards de qualité et de formation à l'intention des écoles d'interprètes, et prévoir pour ces dernières une spécialisation et une formation continue dans les domaines de la santé.

Finalement, l'OFSP a aussi soutenu l'évaluation et la diffusion du projet Internetz de Bâle, qui visait à réunir les autorités et institutions travaillant dans les domaines des affaires sociales et de la santé avec des représentants des communautés étrangères afin de favoriser l'échange de connaissances et la collaboration entre les parties. Plusieurs autres villes alémaniques se sont intéressées à mettre en œuvre un tel projet^{wv}.

Appréciation de l'action de l'OFSP

Adéquation des objectifs et de la stratégie

Le premier constat concerne les importantes lacunes dans les connaissances sur la prévalence de la consommation de drogue, sur les problèmes liés à celle-ci, sur l'utilisation et sur les besoins de services chez la population étrangère. Ces lacunes devraient au moins partiellement être comblées pour pouvoir prétendre à la mise en place d'interventions adéquates. Les données recueillies récemment à l'aide d'une approche ethnologique pourraient ainsi être judicieusement complétées par une analyse secondaire des données épidémiologiques existantes (enquêtes transversales, statistiques de traitement, registres de santé) pour permettre de mieux caractériser la problématique et les besoins en information et en services existants.

L'OFSP s'est à différentes reprises investi dans des activités ciblant la consommation de drogue. Ces activités ont souvent eu pour objet les problèmes liés à la drogue dans la communauté italienne et se sont majoritairement déroulées en suisse allemande, particulièrement dans la région bernoise. Les travaux menés autour de la recherche *Migration und Drogen* constituent sans doute l'investissement le plus important de l'OFSP. La brochure diffusée auprès des institutions suisses et le projet pilote du réseau Contact sont aussi les éléments qui devraient permettre un développement généralisé de l'offre pour les migrants en Suisse. Il n'est actuellement pas encore possible d'apprécier si cet objectif sera atteint. On peut cependant observer que l'approche privilégiée, soit celle d'une transformation structurelle des institutions pour mieux répondre aux exigences d'un travail transculturel, est très ambitieuse et peut-être trop spécifique pour être généralisable. Une perspective plus large de l'amélioration des prestations à l'intention des migrants, recourant par exemple à différents sites et à différentes approches, aurait peut-être mieux convenu au contexte helvétique.

En ce qui concerne les activités qui ne sont pas spécifiques aux problèmes liés à la drogue, l'abandon du PMS, suite aux résultats d'une évaluation externe⁶⁴, concrétise un changement d'orientation que souhaitait l'OFSP. En l'état actuel de la mise en œuvre de la nouvelle stratégie il n'est pas encore possible d'apprécier cette décision. Différents aspects positifs peuvent cependant déjà être relevés: la mise en place de centres de compétences, qui ont notamment une fonction de coordination régionale, devrait permettre de meilleurs transferts de savoir et d'expériences, comblant ainsi une lacune souvent constatée en ce qui concerne les interventions ciblant la santé des migrants. Une autre activité attendue est celle du développement de la formation des interprètes et du recours à ceux-ci, particulièrement dans le domaine des soins.

^{wv} BS a terminé le projet en 2000. BL, LU, SH et SO ont adopté le modèle; BE et ZH ne l'ont pas adopté.

Les autres enjeux futurs seront de continuer à mobiliser les ressources des personnes migrantes, notamment par des stratégies participatives, et de développer les services pour certaines catégories d'étrangers qui ne peuvent, en raison de leur statut (requérants d'asile et clandestins) et de leur récente expérience de la migration, que difficilement être la cible d'une stratégie à la fois transculturelle et intégrative.

Degré de mise en œuvre et réalisations

Les objectifs et la stratégie de l'OFSP dans ce domaine vont largement au-delà du programme drogue et il n'existe pas d'objectifs particuliers pour ce dernier. Le seul élément spécifique concerne une volonté d'instaurer un centre de compétences dans le domaine des dépendances et le projet pilote auprès du réseau Contact est sans doute lié à cette volonté. Or, comme cela a été mentionné ci-dessus, ce projet ne peut être apprécié en l'état et certains doutes subsistent quant à sa pertinence au niveau national.

Pour le reste, les objectifs et la stratégie de l'OFSP concernent l'ensemble du dispositif sanitaire et ciblent d'importants changements structurels. L'évaluation globale du ProMeDro n'est donc pas en mesure d'apprécier leur mise en œuvre.

Principales recommandations

- Mandater une analyse secondaire des données épidémiologiques concernant la consommation de drogue et l'utilisation des services dans la population étrangère : dépister les lacunes en termes de connaissances et de services.
- Vérifier que les projets soutenus par l'OFSP, et qui concernent la consommation de drogue, sont pertinents au niveau national.

Références bibliographiques

- ¹ Kübler D, Radaelli A, Neuenschwander P, Hirschi C, Widmer T. *Massnahmenpaket Drogen: Determinanten der politischen Verankerung, Inventar der drogenpolitischen Entscheidungen*. Lausanne: Université de Lausanne, Institut d'études politiques et internationales; Universität Zürich, Institut für Politikwissenschaft; 2001. (Rapport de recherche).
- ² Meyer M, Zander U. *Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1993 bis 1996: die Antworten der Kantonsbefragung*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 1997.
- ³ Brenner D, Buschan C, el Fehri V, Esterman J, Fahrénkrug H, Müller R, Meyer M. *Alcool, tabac et drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 1997.
- ⁴ Office fédéral de la santé publique. *Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) 1998-2002*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1998.
- ⁵ *Les programmes de prévention de l'OFSP: « coordination nationale – réalisation régionale »*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001.
- ⁶ *Prévention et promotion de la santé chez les jeunes: objectifs, stratégies, programmes et projets*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1999.
- ⁷ Bähler G, Clœtta B, Stucki S. *Evaluation von fil rouge II: Befragung der teilnehmenden Heime*. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Abteilung für Gesundheitsforschung; 2002.
- ⁸ Vontobel J, Baumann A, Maeder B. *Mon enfant aussi...? Les questions des parents sur la toxicomanie et les drogues*. Zurich: Pro Juventute; 1985.

- ⁹ Jeannin A, So-Barazetti B, Spencer B. *Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie: l'appréciation des responsables de programme*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- ¹⁰ Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: deuxième rapport de synthèse 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Version abrégée).
- ¹¹ Maag V. *Prévalence de la dépendance à l'héroïne en Suisse: estimations, tendance à la hausse jusqu'en 1993-1994, à la baisse jusqu'en 1998*. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 2000; (21): 396-9.
- ¹² Klingemann H, Hunt G, editors. *Drug treatment systems in an international perspective: drugs, demons, and delinquents*. Thousand Oaks: Sage; 1998.
- ¹³ *Act-info: le réseau d'information sur l'aide et la thérapie des dépendances en Suisse*. Available at: <http://www.act-info.ch>. Accessed July 15, 2002.
- ¹⁴ Falcato L, Eichenberger A, Zimmer-Höfler D, Rössler W. *Die Methadonverschreibung an Opiatabhängige im Kanton Zürich: Behandlungszahlen, Eintrittsmerkmale und Verlauf*. In: Maeder C, Burton-Jeangros C, Haour-Knipe M, eds. *Santé, médecine et société: contributions à la sociologie de la santé*. Zürich: Seismo; 1999. p. 332-57.
- ¹⁵ Rehm J, Uchtenhagen A. *Metaanalyse schweizerischer Arbeiten zur Verwendung von Methadon als Substitutionsmittel bei der Behandlung von Opioidabhängigkeit*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2001.
- ¹⁶ *Traitement avec prescription d'héroïne: directives, recommandations, informations*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001.
- ¹⁷ *Infoset Direct: drogues, dépendances, thérapies, soutien: le site suisse du domaine des dépendances*. Available at: <http://www.infoset.ch>. Accessed 16 July 2002.
- ¹⁸ Schaaf S, Berger Hoins C, Reichlin M, Grichting E, Wettach RHU, Dobler-Mikola A, et al. Service de coordination de la Ligue FOS, editor. *La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 1999: rapport d'activité et statistique annuelle globale: comparaison des données des thérapies à court-moyen terme et à long terme*. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2000. (Rapport de recherche de l'Institut de recherche sur la toxicomanie).
- ¹⁹ Schaaf S, Reichlin M, Grichting E, Rehm J, Bolliger H. Service de coordination de la Ligue FOS, editor. *La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 2000: rapport d'activité et statistique annuelle globale: comparaison des types de comportement en matière de consommation*. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2001. (Rapport de l'Institut de recherche sur les addictions). URL: <http://www.suchtforschung.ch>.
- ²⁰ Schaaf S, Reichlin M, Hampson D, Grichting E, Bolliger H. Service de coordination de la Ligue FOS, editor. *La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 2001: rapport d'activité et statistique annuelle globale: comparaison de client(e)s aux parcours thérapeutiques différents*. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2002. (Rapport de l'Institut de recherche sur les addictions). URL: <http://www.suchtforschung.ch>.
- ²¹ *COSTE, Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue*. Available at: <http://www.coste.ch>. Accessed 16 July 2002.
- ²² Hausser D. *Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses: analyse secondaire sur la base de la littérature disponible*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 40).

- ²³Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, et al. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: troisième rapport de synthèse 1997-1999*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- ²⁴Herrmann H. *Actuelle Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon in der Schweiz (2000)*. Basel: Büro für sozioökonomische Studien und Projekte; 2002.
- ²⁵van Beusekom I, Iguchi MY. *A review of recent advances in knowledge about methadone maintenance treatment*. Leiden: RAND Europe; 2001.
- ²⁶Le Conseil fédéral suisse. *Ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne (état le 6 avril 1999): 812.121.6*. Berne: Chancellerie fédérale; 1999. URL: <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/812.121.6.fr.pdf>.
- ²⁷Hosek M. *Développement de la qualité dans le traitement avec héroïne (QE-HeGeBe): concept*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2000.
- ²⁸Bundesamt für Gesundheit, Rihs-Middel M, Jacobshagen N, Seidenberg A, editors. *Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Praktische Umsetzung und wichtigste Ergebnisse*. Bern: Huber; 2002.
- ²⁹Uchtenhagen A, Dobler-Mikola A, Steffen T, Gutzwiller F, Blättler R, Pfeifer S. *Prescription of narcotics for heroin addicts: main results of the Swiss National Cohort-Study*. Basel; Freiburg: Karger; 1999. (Medical prescription of narcotics, vol. 1/VIII).
- ³⁰Kübler D. *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé: analyse des conflits de mise en œuvre*. Paris: L'Harmattan; 2000. (Collection Logiques politiques).
- ³¹Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. *Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, à paraître).
- ³²Jeannin A, Schmid M, Dubois A, Dubois-Arber F, Meystre-Agustoni G, Benninghoff F, et al. *Programme national VIH/sida 1999-2003: état et dynamique de la mise en œuvre à fin 2001*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 53).
- ³³Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. *Evaluation der AIDSPräventions-Strategie in der Schweiz: Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.
- ³⁴Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: sixième rapport de synthèse 1996-1998*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé 29).
- ³⁵Nelles J, Vincenz I, Fuhrer A, Hirsbrunner HP. *Evaluation der HIV- und Hepatitis-Prophylaxe in der kantonalen Anstalt Realta: Schlussbericht*. Bern: Universitäre psychiatrische Dienste Bern; 1999.
- ³⁶Nelles J, Fuhrer A. *Prévention du VIH et de la toxicomanie dans les établissements de Hindelbank: rapport succinct des résultats de l'évaluation*. Berne: Clinique psychiatrique universitaire; 1995.
- ³⁷Trinkler J, Spreyermann C. *Il faut des offres de prise en charge spécifiques pour les femmes et tenant compte de leurs besoins particuliers, car...: un argumentaire destiné aux associations et aux autorités, aux spécialistes et aux hommes et femmes politiques intéressés par l'intervention en matière de drogues*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1998.

- ³⁸Ernst ML, Matt B, Middendorf S, Schaetti I, Vedova R. *Au féminin, s'il vous plaît: promotion des offres de prise en charge «à bas seuil» pour les femmes toxicodépendantes*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2000.
- ³⁹Gertsch M. *Besoins en formation continue des institutions suisses œuvrant dans le domaine de la toxicomanie*. Service de coordination pour la formation continue, Ed. Berne: Université de Berne; 1994.
- ⁴⁰von Matt HK, Beck T, Kummer B, Hilber K, Bürgisser H, Tschopp F, et al. *Concept-cadre pour la formation des spécialistes dans le domaine des dépendances: rapport final du groupe de travail; rapport complémentaire*. Lucerne: Conférence suisse des écoles supérieures de service social (CSESS); 1996.
- ⁴¹Wicki M. *Komparative Evaluation zweier Fort- und Weiterbildungsprojekte im Suchtbereich: Studie der Koordinationsstelle für Weiterbildung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen*. 13 ed. Bern: Universität Bern Koordinationsstelle für Weiterbildung; 1994.
- ⁴²*Formation dans le domaine des dépendances: promotion de la formation continue en matière de dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues illégales; concept*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1998. URL: <http://www.cx.unibe.ch/kwb/sucht/concept.html>.
- ⁴³Baierlé JL, Bertschy G, Conne G, Dubois JA, Hofner MC, Leckie M, et al. *Groupe de travail MedRoTox: propositions de mesures susceptibles d'améliorer les conditions de travail des médecins confrontés aux problèmes de dépendances, d'améliorer la qualité de leurs prestations et d'en augmenter le nombre*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1996.
- ⁴⁴Arnaud S, Zobel F. *Bilan des projets MedRoTox et MeTiTox*. Berne: Office fédéral de la santé publique; 2002.
- ⁴⁵Binder HM, Furrer C, Maggi J, Cattacin S. *Weiterbildungspolitik des BAG im Suchtbereich: Schlussbericht der externen Evaluation*. Luzern: Interface, Institut für Politikstudien; 2001. URL: <http://www.interface-politikstudien.ch>.
- ⁴⁶Conseil fédéral suisse. *Message du 25 novembre 1998 relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de la technologie pendant les années 2000 à 2003*. Berne: Office fédéral de l'éducation et de la science (OFES); 1998. URL: <http://www.bbw.admin.ch/bbtf/bbtfindex.html>.
- ⁴⁷Rihs-Middel M, Lotti H, editors. *Suchtforschung des BAG = Recherches de l'OFSP en matière de dépendances: 1993-1996*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1997.
- ⁴⁸*Suchtforschung des BAG, Bd. 1/4, Grundlagenforschung = Recherches de l'OFSP en matière de dépendances, Vol. 1/4, Recherche fondamentale: 1996-1998*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2000.
- ⁴⁹*Suchtforschung des BAG, Bd. 2/4, Prävention = Recherches de l'OFSP en matière de dépendances, Vol. 2/4, Prévention: 1996-1998*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2000.
- ⁵⁰*Suchtforschung des BAG, Bd. 3/4, Behandlung und Betreuung = Recherches de l'OFSP en matière de dépendances, Vol. 3/4, Traitement, prise en charge et suivi: 1996-1998*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001.
- ⁵¹*Evaluationen des BAG im Suchtbereich, Bd. 4/4 = Evaluations de l'OFSP en matière de dépendances, Vol 4/4: 1990-2000*. Bern: BAG; 2002.
- ⁵²Zobel F, Arnaud S. *Un système d'alerte pour les drogues illégales: développement de scénarios*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 79).

- ⁵³Single E, Christie P. *The consequences of cannabis decriminalization in Australia and the United States: report for the Swiss Federal Office of Public Health*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001.
- ⁵⁴Solivetti LM. *Drug use criminalization v. decriminalization: an analysis in the light of the Italian experience: report on mandate of the Federal Office of Public Health*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001.
- ⁵⁵Reuband KH. *Cannabiskonsum in Westeuropa unter dem Einfluss rechtlicher Rahmenbedingungen: eine vergleichende Analyse epidemiologischer Befunde: Expertise für das Schweizerische Bundesamt für Gesundheit*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001.
- ⁵⁶*Schweizerische Cannabisbefragung: Cannabis auf der Schwelle zum legalen Rauschmittel; was die Schweizer und Schweizerinnen vom Cannabiskonsum halten; eine Repräsentativstudie*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 2001.
- ⁵⁷Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Avargues MC. *L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes*. Rev Epidemiol Sante Publique 2000; 48: 517-39.
- ⁵⁸Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F. *Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 20a).
- ⁵⁹Huissoud T, Morency P, Samitca S, Benninghoff F, Geense R, Dupertuis V, et al. *Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud: deuxième phase d'évaluation 1998-2000*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001. (Raisons de santé, 63).
- ⁶⁰Zobel F, So-Barazetti B. *La gestion de l'innovation dans le cadre du ProMeDro*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- ⁶¹Ernst ML, Spencer B. *Prévention de la toxicomanie auprès des jeunes: le rôle de la police, des tribunaux et des juges de mineurs*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, à paraître).
- ⁶²Widmer T, Kübler D, Rüegg E. *Massnahmenpaket Drogen: Determinanten der politischen Verankerung: Evaluationskonzept*. Zürich: Institut für Politikwissenschaft; 1999.
- ⁶³Esch D, Cattacin S, Verkooyen E. *Coordination, modération, information: évaluation de la «plateforme de coordination et de service dans le domaine des drogues»*. Genève: Laboratoire de recherches sociales et politiques appliquées (RESOP); 1999.
- ⁶⁴Efionayi-Mäder D, Chimienti M, Losa S, Cattacin S. *Evaluation du programme global «Migration et santé» de l'Office fédéral de la santé publique*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations (SFM); 2001. (Rapport de recherche).
- ⁶⁵Spreyermann C. *Internetz, mise en réseau réussie des institutions œuvrant dans les domaines socio-sanitaires et de la population migrante: résumé de l'évaluation du projet*. Berne: Sfinx; 1999.
- ⁶⁶Badan P, Dumont P, Gaberel PE, Stahl-Thuriaux A. *Evaluation du programme-cadre Ecoles et santé: premier rapport intermédiaire*. Genève: Collectif d'évaluation du Programme-cadre Ecoles et santé (CEPES); 1999.
- ⁶⁷Laeubli M. *Guide pour la planification de l'évaluation de projets ou programmes de santé*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1997.

- ⁶⁸ Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, editor. *Rapport sur le cannabis*. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP) ; 1999.
- ⁶⁹ Kellerhals C, Thomas R, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F. *Les mesures de santé publique de la Confédération en matière de drogues illégales : monitoring 1999-2000 : étude menée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro, 4^e phase 1999-2003*. Lausanne : Institut de médecine sociale et préventive ; 2002. (Raisons de santé, 77).
- ⁷⁰ Heiniger M, Fässler A, Salvisberg E, Achermann Y, Buhmann B, Calmonte R, et al. *La population étrangère en Suisse 1998*. Berne : Office fédéral de la statistique (OFS) ; 1999. (Statistique de la Suisse, 1 Population).
- ⁷¹ *Migration et santé : stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006 (stratégie élaborée par l'Office fédéral de la santé publique, en collaboration avec l'Office fédéral des réfugiés, l'Office fédéral des étrangers et la Commission fédérale des étrangers)*. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP) ; 2001. URL : http://www.unine.ch/fsm/presse/migration_bag_f.pdf.
- ⁷² Domenig D, Salis Gross C, Wicker HR, Rihs-Middel M. *Vorstudie Migration und Drogen : Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft (Bericht)*. Bern : Institut für Ethnologie der Universität Bern ; 1998.
- ⁷³ Office fédéral de la police, editor. *Situation Suisse, rapport de situation 2000 : statistique policière de la criminalité, drogue, faux monnayage, pédophilie, crime organisé*. Berne : Office fédéral de la police (OFP) ; 2001.
- ⁷⁴ *Infections à VIH : les tendances varient selon les régions d'origine*. Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique 2000 ; (23) : 436-42.
- ⁷⁵ Domenig D, Salis Gross C, Wicker HR. *Migration und Drogen : Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft : Schlussbericht*. Bern : Institut für Ethnologie der Universität Bern ; 2000.
- ⁷⁶ Kellerhals C, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F. *Drogues illégales et santé publique : stratégies de la Confédération : étude menée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro, 4^e phase 1999-2003*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 2002. (Raisons de santé, 76).
- ⁷⁷ Office fédéral de la santé publique, editor. *L'importance d'une intervention spécifique à la migration dans la lutte contre la toxicodépendance et ses conséquences pratiques*. Berne : Office fédéral de la santé publique (OFSP) ; 2001.

Etudes particulières

Trois études complémentaires au suivi du ProMeDro ont été réalisées durant l'actuelle phase d'évaluation. Elles apportent un éclairage particulier sur des sujets jugés d'importance et choisis en concertation avec les responsables du programme :

- étude sur le développement de scénarios pour un système d'alerte national concernant les drogues illégales ;
- étude de l'ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie ;
- étude sur la prévention de la toxicomanie auprès des jeunes : le rôle de la police, des tribunaux et des juges de mineurs ;

Pour chacune de ces études, des questions d'évaluation spécifiques ont été développées avec le mandant et un rapport individuel a été publié. Des résumés de ces études sont présentés dans les pages qui suivent.

Un système d'alerte pour les drogues illégales : développement de scénarios¹

Mandat

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a demandé à l'IUMSP de lui fournir un document de travail afin de soutenir une réflexion en cours concernant la mise en place d'un système d'alerte portant sur les drogues illégales en Suisse. L'objectif de cette recherche est donc de mettre à jour la problématique, les principales interrogations ainsi que les modèles possibles pour la réalisation d'un tel système. Il a également été décidé que le rapport se terminerait sur quelques scénarios permettant à l'OFSP d'opérer un choix stratégique à la suite de ce travail.

La problématique de santé publique à laquelle répond la mise en place d'un système d'alerte dans le domaine des drogues illégales concerne les risques engendrés par l'évolution des substances, des modes de consommations et des groupes de consommateurs. Ce qui est attendu d'un tel système c'est qu'il permette de réagir avec célérité à des évolutions qui ont un impact sur la santé de la population.

Questions de recherche

Les questions de recherche auxquelles ce travail doit répondre sont les suivantes :

- Quels sont les principaux systèmes d'alerte existants au plan international? Comment peut-on les distinguer en termes d'objectifs fixés, de méthodes employées et de résultats obtenus ?
- Quelles sont les ressources disponibles à l'OFSP (épidémiologie, coordination nationale, recherche, etc.) pouvant s'intégrer dans un système d'alerte ou appuyer/inspirer celui-ci? Et, quels sont les besoins vis-à-vis d'un tel système à l'OFSP?
- Comment l'information sur les nouvelles drogues et les nouveaux modes de consommation circule-t-elle dans certains cantons ou dans certaines régions? Quels sont les types de réseaux locaux qui servent à la récolte, l'analyse et la diffusion des informations concernant les problèmes émergents en Suisse ?
- Quelles recommandations peuvent être formulées pour la mise en place d'un système d'alerte au niveau national ?

Méthode

La démarche s'inspire des principes de la *Rapid Assessment and Response Method (RAR)* dont les objectifs sont notamment d'être rapide, efficace et utile. Quatre étapes ont ainsi été menées en ciblant toujours l'utilité des informations et analyses plutôt que leur exhaustivité :

- une revue et analyse de littérature afin d'élaborer la problématique relative à la conception et à la mise en place d'un système d'alerte ;
- une revue et analyse de systèmes existants^a afin de déterminer des modèles réalisables ;
- une identification des pratiques, ressources et besoins au niveau fédéral (OFSP) afin de déterminer certaines des caractéristiques que devrait avoir le système d'alerte suisse ;
- une identification des pratiques, ressources et besoins au niveau cantonal et supra-cantonal afin de relever les besoins des acteurs de première ligne vis-à-vis d'un tel système mais aussi certaines des ressources pouvant être utiles à son fonctionnement.

L'élaboration des scénarios s'est faite à partir du regroupement des informations provenant des quatre parties de l'étude : la revue de littérature a déterminé le cadre de présentation des scénarios ; la revue des systèmes existants a fourni un choix de quatre modèles applicables ; l'identification des besoins au niveau fédéral et au niveau local a permis de ne retenir que deux de ces modèles pour la Suisse, de les adapter au contexte helvétique et d'envisager également un scénario constituant un changement minimum par rapport à la situation actuelle.

^a Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET)
 South african community epidemiology network on drug use (SACENDU)
 Community epidemiology work group (CEWG)
 Drug abuse warning network (DAWN)
 Ohio substance abuse monitoring network (OSAM)
 The Maryland drug early warning system (DEWS)
 The Australian illicit drug reporting system (IDRS)
 Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND)
 European joint action on new synthetic drugs
 European emerging trends projekt

Résultats

Objet et problématique

Le développement d'un système d'alerte nécessite au préalable de déterminer ce qu'est un tel système, quels sont ses objectifs et quels sont les éléments de contenu qui le caractérisent :

- un système d'alerte est un **dispositif relativement indépendant visant à détecter des événements susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population et à engendrer l'action sanitaire** ;
- les objectifs opérationnels assignés à un système d'alerte sont **une amélioration de la sensibilité des instruments de récolte de données et un accroissement de la rapidité et de l'efficacité de la collecte, de l'analyse et de la diffusion de l'information** ;
- son fonctionnement repose donc sur des **développements méthodologiques** permettant d'accroître la sensibilité des instruments d'information mais aussi sur **des développements organisationnels** permettant de traiter et de diffuser des connaissances avec plus de célérité ;
- **les développements méthodologiques** englobent l'amélioration des instruments d'information existants et le développement de nouveaux instruments. Le recours à de multiples sources permet d'opérer une triangulation susceptible de réduire certains biais ;
- **les développements organisationnels** comprennent la mise en place de structures permettant de réunir les informations, de les évaluer et d'engendrer une action sanitaire rapide et appropriée. Il est souhaitable que ce soit une seule structure qui assume ces trois tâches.

Les systèmes existants

Une dizaine d'exemples ont été examinés et ont permis de mettre à jour quatre modèles existants :

- 1 les réseaux épidémiologiques qui se présentent généralement plus comme des systèmes de surveillance que comme des systèmes d'alerte ;
- 2 le registre des urgences et des décès, qui cible spécifiquement les problèmes aigus liés à la consommation de drogues illégales ;
- 3 les systèmes d'alerte indépendants, dont la mission première est de détecter les tendances émergentes et qui recourent à un croisement de données de surveillance avec des données complémentaires récoltées à cet effet ;
- 4 le dispositif de contrôle qui cible l'évaluation de la dangerosité des nouvelles substances et l'adaptation de la législation.

Au niveau des **développements méthodologiques**, les systèmes d'alerte indépendants sont les plus avancés puisque différents instruments y sont développés dans le but spécifique de capturer les évolutions que le système de surveillance existant n'identifie pas. La diversité et le nombre de ces instruments est cependant très important et il convient donc de définir une *design* qui permette de détecter les nouvelles tendances de la consommation de drogue sans pour autant hypothéquer le fonctionnement de l'ensemble du système d'alerte par une trop grande complexité et des investissements trop importants.

Au niveau des **développements organisationnels**, c'est sans doute le dispositif de contrôle qui établit le cadre le plus clair (*guidelines*, structure d'évaluation et d'action) et, partant, peut être le plus efficace. On peut aussi remarquer que les systèmes se distinguent par leur *output*, que certains d'entre eux ont développé des instruments d'informations simples, fréquents et concis alors que d'autres paraissent encore avoir comme premier mode de communication un rapport scientifique annuel.

En conclusion, **il paraît préférable de constituer un système d'alerte indépendant sous une forme simple tout en développant encore le dispositif organisationnel permettant de déclencher l'action sanitaire**. Le recours à des instruments d'informations concis paraît être l'un des éléments de ce développement.

La situation, les besoins et les ressources en Suisse

Trois démarches ont été effectuées pour déterminer les besoins et ressources vis-à-vis d'un système d'alerte en Suisse :

- une identification du système d'information et de surveillance portant sur les drogues illégales en Suisse à l'heure actuelle ;
- une identification des besoins et des ressources disponibles au niveau fédéral à travers une série d'interviews avec des collaborateurs de l'OFSP et de l'Office fédéral de la police (OFP) ;
- une identification des besoins et des ressources disponibles aux niveaux cantonal et supra-cantonal à travers une série d'interviews avec des responsables cantonaux et des professionnels.

La Suisse dispose d'un système de surveillance sur les drogues illégales relativement développé. Celui-ci constitue une première base pour la mise en place d'un système d'alerte. Un autre élément servant cette mise en place est constitué par l'important réseau d'échange d'informations existant en Suisse, et notamment par les commissions de coordination fédérales et cantonales.

- Les collaborateurs de l'OFSP et de l'OPF ont indiqué qu'ils souhaitent disposer d'un système d'alerte leur permettant de mieux gérer l'apparition de nouvelles tendances dans le domaine de la consommation de drogues illégales. Lorsqu'il leur a été demandé quelle forme ce système devrait prendre, ils ont indiqué différents modèles répondant à différents besoins. Entre deux de ces modèles représentant des approches très différentes, soit un réseau d'informations spontanées et un système d'analyse systématique des risques et dommages associés aux substances, se dégage un modèle intermédiaire de détection de nouvelles tendances à partir de récoltes d'informations auprès de quelques sites sentinelles (cantons ou villes).
- Un système d'alerte suisse devrait constituer un complément à l'actuel système de surveillance des drogues illégales et s'appuyer sur les réseaux d'informations déjà existants aux niveaux municipal, cantonal et fédéral. Il ne devrait pas se substituer aux systèmes existants, ni être d'une complexité et d'un coût hors de proportion.
- Parmi différents modèles existants, il peut être suggéré de recourir en Suisse à un système relativement simple, basé sur quelques sites sentinelles et articulé sur la triangulation de données de surveillance avec des récoltes de données régulières auprès d'informateurs clefs (consommateurs, intervenants, policiers, etc.).
- Les aspects organisationnels, soit le processus permettant de lier la capture d'un événement à l'action sanitaire, doivent faire l'objet de réflexions poussées puisqu'ils constituent un élément déterminant de l'efficacité du système et qu'ils semblent souvent négligés. La réunion des informations, la méthode et la rapidité de leur analyse et la diffusion de messages à l'intention des acteurs du réseau socio-sanitaire sont ici les thèmes prioritaires.

Les observations des délégués drogue et des intervenants se rejoignent sur un constat : le système de contacts formels et informels qui existe au niveau local, régional et national en Suisse constitue un dispositif d'alerte relativement efficace. Ses principales lacunes concernent les consommations de drogue chez les jeunes et notamment dans le milieu « festif ». Les délégués cantonaux expriment, de leur côté, de la méfiance vis-à-vis de l'introduction d'un système d'alerte, un dispositif qu'ils jugent a priori peu efficace et, surtout, nécessitant des ressources importantes. Les autres acteurs interrogés sont moins catégoriques. Selon eux, l'amélioration de la détection de nouvelles tendances et de nouveaux problèmes, particulièrement en ce qui concerne les consommations des adolescents et des jeunes adultes, peut justifier les efforts nécessaires à la mise en place d'un système d'alerte.

Conclusions, recommandations et scénarios

Les principales conclusions et recommandations de cette étude peuvent être résumées comme suit :

- La Suisse dispose de multiples systèmes d'alerte passifs dont l'efficacité est reconnue mais qui connaissent des limites lorsqu'il s'agit de détecter les nouvelles tendances au sein de certains milieux de consommateurs.
- Pas de changement majeur par rapport à la situation actuelle, c'est-à-dire pas d'introduction de système d'alerte au niveau fédéral. Ce scénario implique deux exigences : un suivi des travaux européens dans le domaine des systèmes d'alerte et une plus grande attention portée à la question des nouvelles tendances de la consommation chez les adolescents et jeunes adultes;
- Introduction d'un système d'alerte simple, basé sur quelques sites sentinelles et articulé sur la triangulation des données de surveillance et de données récoltées auprès d'informateurs clefs (consommateurs, intervenants, policiers, etc.). Une institution nationale est chargée de la récolte et de la réunion de ces données et une structure particulière (groupe d'experts) est mise en place pour l'analyse des informations et le choix des mesures à entreprendre;

- Introduction d'un système d'alerte à large échelle, dont l'hôte est l'OFSP, visant la surveillance des nouvelles substances apparaissant sur le marché noir. Le système repose sur des données recueillies auprès de la police, des laboratoires et des hôpitaux, ainsi que sur un groupe d'experts évaluant les dangers et interventions en fonction de *guidelines* pré-établis. L'apparition d'une nouvelle substance entraîne donc immédiatement un processus standardisé d'évaluation des risques qui lui sont liés.

Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie: l'appréciation des responsables des programmes²

Mandat

Depuis 1991, dans le cadre du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a lancé et soutenu de nombreux programmes de prévention et de réduction des risques dans différents environnements socio-culturels (*setting*). L'ancrage de ces interventions, à savoir la transformation sociale à long terme nécessitant une appropriation des projets, ou de leur contenu, par les acteurs concernés, est une question fondamentale qui n'avait pas encore été systématiquement abordée jusqu'ici.

En conséquence, l'OFSP a demandé en 2000 à l'évaluation globale du ProMeDro d'analyser l'ancrage des programmes suivants du ProMeDro :

- dans le domaine Prévention: Drogue, ou Sport? Fil rouge, Voilà, Prévention des dépendances dans les communes (Radix), funtasy projects, Ecoles et Santé, Médiateurs, le matériel préventif produit par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA);
- dans le domaine Réduction des risques: les projets soutenus par le Bureau suisse pour la réduction des risques liés aux drogues (BRR).

Questions d'évaluation

- De l'avis des responsables de programme, que reste-t-il des projets soutenus par l'OFSP durant le ProMeDro?
- Comment les responsables de programme décrivent-ils la stratégie et les méthodes d'ancrage de leur programme?
- Quelle appréciation les responsables de programme font-ils des effets d'ancrage de leur programme?
- Si les effets existent, à quoi les responsables les attribuent-ils?
- Comment l'OFSP peut-il continuer à développer une stratégie d'ancrage dans le cadre du soutien à un programme?

Méthode

Une première phase de l'étude a consisté principalement en une revue de la littérature sur l'ancrage des programmes. Elle a permis d'identifier les obstacles à l'ancrage et les facteurs le favorisant ainsi que de dégager les dimensions à prendre en compte pour l'analyse. Les dimensions suivantes ont été retenues: l'institutionnalisation, le financement, la diffusion, l'appropriation par la communauté, la pérennité des *outputs* et le maintien des bénéfices sanitaires.

La seconde phase de l'étude s'est centrée sur l'ancrage des programmes. Elle a débuté par une analyse de l'organisation de chaque programme qui a cherché à mettre en lumière sa structure et sa logique d'action, en se concentrant sur les points pertinents pour l'ancrage. On a dessiné un organigramme simplifié représentant tous les niveaux couverts par le programme: la direction (le niveau national), les structures intermédiaires éventuelles (le niveau des cantons), les publics cibles (le niveau local ou des projets). En regard de chaque niveau, on a mentionné les dimensions d'ancrage qui paraissaient pertinentes. On a donc spécifié la problématique de l'ancrage de chaque programme selon la structure organisationnelle, le mode de mise en œuvre et le niveau considéré. Les caractéristiques spécifiques identifiées ont ensuite été analysées de façon comparative transversale en prenant en compte l'ensemble des programmes inclus dans l'étude.

Pour chaque programme, les informations relatives à son organisation et à son ancrage ont été extraites de nombreux documents : contrats, rapports, évaluations et autres (dépliants, statistiques, protocoles, sites Internet, etc.). Une dizaine d'entretiens téléphoniques ou en face-à-face ont été conduits avec les responsables des programmes ou d'autres personnes.

Plusieurs instruments ont été utilisés lors de l'entretien ou de sa préparation : une *check-list* des obstacles et éléments favorisant potentiels de l'ancrage, une *check-list* des dimensions d'ancrage, un guide d'entretien comprenant l'ensemble des questions spécifiques à poser pour chaque programme. Les organigrammes des programmes ont également été utilisés pour la préparation de l'entretien, vérifiés et amendés lors de celui-ci.

Résultats : ancrage des programmes

Programme Prévention des dépendances dans les communes

Depuis 1993, la fondation Radix Promotion de la santé gère pour l'OFSP le programme de promotion et de financement de projets de prévention des dépendances dans les communes. Au niveau national, le programme a réussi son institutionnalisation dans Radix, mais la participation financière de l'OFSP reste nécessaire. Le Salon des dépendances, qui s'est tenu en 1995, 1998 et 2001, a permis le développement d'un *networking* large et bien implanté. Le programme est bien connu des partenaires et bénéficie d'une image favorable.

Au niveau des cantons, la diffusion du programme est bonne, seul le Tessin n'est pas atteint. Les instances cantonales de prévention sont parfois insuffisamment impliquées.

Au niveau local on trouve une bonne collaboration avec les centres de prévention. Le *design* des projets incorpore de plus en plus fréquemment des caractéristiques favorisant leur ancrage et/ou leur diffusion (projets modèles). L'exigence de cofinancement n'est pas un obstacle. Les interventions proposées par le programme sont très bien acceptées et les idées directrices sont reprises par les communautés concernées.

Programme Fil rouge

Fil rouge est un programme de prévention secondaire à l'intention du personnel des foyers pour jeunes depuis 1994. Au niveau national, l'absence d'organisation préexistante dans le milieu des foyers pour jeunes a rendu difficile le démarrage du programme. Il s'est adapté à cette situation et a mis sur pied une organisation et une stratégie différentes en Suisse alémanique et en Romandie. Le programme est maintenant connu et a une image positive, mais le financement de l'OFSP reste nécessaire.

Au niveau cantonal, sa diffusion est ralentie par les réticences du milieu envers les interventions extérieures. En Suisse alémanique, l'acceptation du programme est favorisée par la bonne information et par l'offre d'intervention individualisée par foyer.

Au niveau local, l'exigence de cofinancement de la formation en Suisse romande est bien acceptée. En Suisse alémanique, les projets d'intervention individualisés sont conçus pour un ancrage à long terme. En Romandie, c'est par la formation des éducateurs qu'est visé l'effet à long terme.

Programme Voilà

Le programme propose, sur une base nationale, des formations à la prévention des toxicomanies et à la promotion de la santé pour les moniteurs de camps de vacances depuis 1993. Au niveau national, la collaboration avec le Conseil suisse des activités de jeunesse (CSAJ) s'est révélée un choix judicieux qui a contribué au succès du programme. L'intégration du programme dans cette institution est réussie. Le financement de l'OFSP reste cependant nécessaire. A ce niveau, le changement de paradigme (de la prévention vers la promotion de la santé) est bien accepté.

Au niveau cantonal, l'institutionnalisation du programme est meilleure dans les associations de jeunesse qui ont un rapport direct ou indirect avec la prévention que dans les autres. Le programme est bien diffusé en Suisse alémanique et en Romandie, mais pas au Tessin.

Au niveau local, la collaboration avec les associations est bonne. Le bénévolat est un facteur positif d'acceptation et d'efficacité des interventions. Les associations de jeunesse constituent un *setting* qui a permis de mettre sur pied une formation à large échelle et d'atteindre un vaste public.

Programme fantasy projects

Le programme propose depuis 1997 son soutien pour la planification et la réalisation de projets qui traitent de thèmes relatifs à la vie des jeunes. Au niveau national, il n'existe aucune organisation sur laquelle le programme pourrait s'appuyer pour intervenir dans ce domaine. Les changements de mandataire pour la réalisation du programme attestent de cette difficulté. Le recours à des personnes relais dans les régions a partiellement pallié ce problème. La reprise du programme par la section Intervention drogues de l'OFSP et l'allongement de la durée du contrat avec le nouveau mandataire constituent une consolidation du programme. Le financement de l'OFSP reste nécessaire bien que des sponsors aient été trouvés.

Au niveau cantonal, le programme intervient dans pratiquement tous les cantons.

Au niveau local, le programme est bien accepté. Les compétences acquises par les intervenants dans les projets sont réutilisées ailleurs et les projets eux-mêmes sont source d'inspiration. L'exigence de cofinancement n'est pas un obstacle.

Programme-cadre Ecoles et Santé/Réseau Européen des Ecoles en Santé – Suisse (REES-CH)

Le programme-cadre est un programme commun de l'OFSP, de la Conférence des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP) et de Promotion santé suisse. En étroite collaboration avec le programme parallèle REES-CH, il sélectionne et finance des projets de promotion de la santé dans les écoles depuis 1992. Au niveau national, la collaboration entre les partenaires semble reposer sur un consensus fragile concernant l'objectif fondamental de développement de conditions-cadres favorables à la promotion de la santé. Il existe également un certain flou quand à la répartition des rôles et des responsabilités entre ces partenaires.

Au niveau cantonal, l'exigence de soutien de la part des cantons aux projets est un facteur d'ancrage, de même que celle d'adhésion au REES-CH. Il existe cependant des réticences à l'intervention de la Confédération dans le domaine scolaire. Dans beaucoup de cantons, il n'y a pas d'instances spécialisées dans la promotion de la santé.

Au niveau des projets, les critères d'acceptation se révèlent parfois difficiles à mettre en pratique. L'orientation promotion de la santé des projets est difficile à faire admettre, bien que le label «OFSP» soit un argument positif.

La Formation des médiateurs scolaires de Suisse romande et du Tessin et le projet Médiation

Le premier de ces projets vise depuis 1994 à former des médiateurs à l'écoute et à l'accompagnement, le second, depuis 2000, à développer une culture de la médiation dans les écoles. La formation des médiateurs en Suisse romande et au Tessin s'est révélée plus ardue que prévu. On manque de données sur l'impact des formations. On note un effet d'impulsion pour les cantons de Fribourg et du Jura à l'occasion de la mise en place de cette formation par l'Institut de formation systémique à Fribourg (IFS). L'évaluation par les participants atteste de leur satisfaction. Un certificat délivré par l'IFS et reconnu par les cantons couronne cette formation. Une charte de la médiation scolaire en Suisse romande et au Tessin a été publiée. Concernant le projet Médiation, la réalisation du site Internet est un élément important pour la distribution et l'échange d'information.

Programme Drogue, ou Sport ? Service Drogues & Sport, Programme Sport et drogues/LaOla

L'intervention de l'OFSP dans le *setting* du sport a débuté en 1992 et a été marquée par des changements importants dans son organisation et ses objectifs. Dans sa phase actuelle, par la collaboration avec Swiss Olympic, elle vise à intégrer la prévention et la promotion de la santé dans les structures nationales sportives (associations nationales et clubs de sport). L'autre objectif initial d'intégration du sport dans les structures du domaine des dépendances est devenu très secondaire.

Un succès de l'intervention est l'institutionnalisation du Service Drogues et Sport dans l'Office fédéral du sport (OFSP) et, par ce fait, dans les formations dispensées aux maîtres de sport et autres instructeurs sportifs qui sont formés à Macolin.

Les projets soutenus par le Bureau suisse pour la réduction des risques liés aux drogues (BRR)

Depuis 1995, l'OFSP a confié au BRR, un centre de compétence rattaché à l'Œuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO), la tâche de soutenir le démarrage de projets dans l'application du pilier de la politique de la drogue Réduction des risques. Les critères d'acceptation des projets, tournés vers l'ancrage (notamment le support préalable d'une institution, l'analyse des besoins et la planification financière à long terme), sont les éléments essentiels de leur durabilité. Les projets soutenus sont situés essentiellement en Romandie et en Suisse allemande, les projets tessinois sont très rares.

Matériel de prévention de la toxicomanie produit par l'ISPA

L'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) produit divers matériels de prévention de la toxicomanie (brochures, dépliants, etc.). La plupart des productions bénéficient d'une longue durée de vie. Elles sont largement diffusées en Suisse allemande et en Romandie, moins au Tessin. Il n'y a que peu de matériel destiné aux communautés qui ne parlent pas une des langues nationales. Les productions sont conçues de manière à pouvoir être adaptées au cours de leur vie utile. Elles sont bien acceptées par les professionnels et les publics cibles.

Conclusions et recommandations concernant les éléments transversaux d'ancrage

Niveau national

- Dans le choix du partenaire national, les éléments clés favorisant l'ancrage sont la compatibilité entre la mission de celui-ci et la philosophie du programme, et l'adéquation de sa structure avec l'objectif de diffusion du programme.
- Une durée de contrat longue et une adaptation de la structure organisationnelle, voire un changement de partenaire si nécessaire, sont des facteurs importants pour l'ancrage d'un programme.

- La reprise complète du financement de la structure nationale des programmes par les cantons ou d'autres partenaires ne paraît pas envisageable. La continuation des programmes dépend de la poursuite de l'engagement financier de l'OFSP.

Niveau cantonal

- La plupart des programmes ont des déficiences en terme de couverture, spécialement concernant le Tessin.
- S'agissant du *networking* et des collaborations, les difficultés parfois constatées ne semblent pas provenir d'un problème d'identification des partenaires potentiels mais plutôt des réticences de ceux-ci à s'engager dans des collaborations. Il serait souhaitable de réfléchir aux conséquences de la diversité des modalités de collaboration qui leur sont proposées et, peut-être, d'envisager de les harmoniser.

Niveau local et des projets

- Des efforts considérables sont investis dans la formation par tous les programmes. On manque d'informations sur son impact à long terme.
- La conception et le *design* mêmes des projets incorporent la plupart du temps des éléments favorables à l'ancrage qui sont de plus en plus fréquemment explicités dans les critères d'acceptation. Cette intégration de la perspective de l'ancrage très en amont dans les projets est un facteur fondamental de leur pérennité.
- L'exigence de cofinancement des projets n'a pas d'incidence négative; au contraire, elle contribue à leur qualité et à leur ancrage.
- Sauf peut-être s'agissant d'Ecoles et Santé, les programmes proposés sont bien acceptés par les communautés concernées et tendent à susciter une réelle appropriation par celles-ci.

Autres éléments transversaux

- L'extension de la couverture des programmes et la multiplication des projets conduisent à poser la question des besoins et de leur satisfaction. Une réflexion d'ensemble est nécessaire sur les besoins couverts ou non, et sur la répartition des tâches pour en assurer la couverture optimale au stade actuel de l'intervention de la Confédération.
- L'OFSP apporte aux projets une légitimation, un dynamisme et une exigence de qualité. On doit en conséquence s'interroger sur le risque de perdre ces avantages si l'office se retirait complètement, comme envisagé, de ce niveau d'intervention.
- On note des difficultés d'acceptation des projets visant à la promotion de la santé. La transition de l'ensemble des programmes de prévention vers ce nouveau paradigme entraîne un besoin accru de légitimation par le «label» OFSP. Pour cette raison aussi, il faut s'interroger sur la pertinence du retrait envisagé de l'office de ce niveau d'intervention.
- L'identité publique des programmes est très variée: tous ne mettent pas en évidence leur origine OFSP. Or le «label» OFSP apporte un surcroît de visibilité et de légitimation. Il serait dès lors opportun de réfléchir aux avantages et inconvénients qu'apporterait l'adoption d'une *corporate identity* commune pour tous les programmes.

Prévention de la toxicomanie auprès des jeunes : rôle de la police, des tribunaux et des juges de mineurs³

Mandat

Dans le cadre du programme de mesures de la Confédération pour réduire les problèmes liés à la drogue (ProMeDro), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) entend intensifier la collaboration entre les acteurs des trois piliers de santé publique d'une part (prévention, traitements, réduction des risques) et les acteurs de la répression d'autre part. Cependant, peu de données existent concernant ces collaborations. Afin de mieux documenter la situation, une première étude a été menée en 1998-1999 par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne sur les aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogue⁴. La présente étude poursuit le questionnement entamé dans l'étude précitée, mais avec une orientation plus spécifique vers les jeunes^b et vers l'intervention au niveau local. Elle inclut l'ensemble des acteurs du quatrième pilier, à savoir la police et la justice, et cherche à mettre en évidence la façon dont ils partagent les responsabilités avec les acteurs des autres piliers et comment se passe la collaboration entre eux. En effet, selon le Code pénal suisse, qui régit aussi la condition pénale des mineurs conçue en 1937 et révisée en 1971, l'action de la police et de la justice face aux délits des mineurs doit constituer un dispositif de prévention.

Enfin, notons que cette étude a eu lieu à un moment charnière dans l'histoire de la lutte contre les problèmes liés à la toxicomanie, à savoir après l'adoption par le Conseil fédéral du projet de révision de la Loi sur le stupéfiants. Les modifications prévues dans cette révision changent considérablement la donne en ce qui concerne la protection de la jeunesse et auront des conséquences directes sur le travail des acteurs visés par cette étude.

Questions de recherche

Les questions de recherche auxquelles ce travail doit répondre sont les suivantes :

• Au niveau des localités étudiées

- En ce qui concerne le rôle de la police (locale) en matière de toxicomanie, quels développements observe-t-on dans les stratégies et les actions de prévention, d'aide et de répression à l'intention de la jeunesse ? Comment les différentes formes d'action (prévention, aide et répression) sont-elles rendues complémentaires ?
- Comment la police se représente-t-elle son rôle dans la prévention de la toxicomanie, des délits et de la violence chez les jeunes ?
- Quelles sont les formes existantes et les perspectives possibles de collaboration à ce sujet entre la police, les services médico-sociaux, les services de l'éducation et la justice (des mineurs) ?
- Comment les différents acteurs définissent-ils et se partagent-ils les rôles dans la prévention (consommation de drogue et autres délits) ? Ce partage est-il pertinent ?

Méthode

L'étude a été menée à partir de douze exemples concrets d'intervention locale recensés dans les cantons de Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Berne, Genève, et du Valais. Les cas étudiés se caractérisent de la manière suivante : **« il s'agit d'exemples d'intervention policière ou judiciaire ayant une visée préventive par rapport aux mineurs et à la toxicomanie »**.

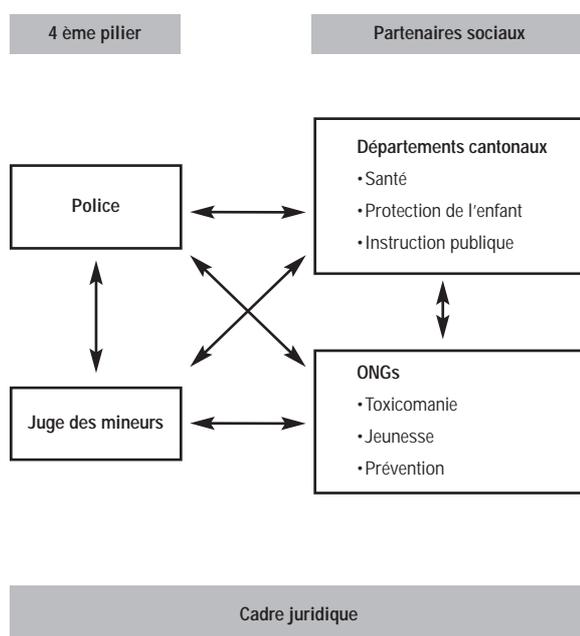
Les informations ont été obtenues à partir d'entretiens menés au cours de l'année 2001 avec vingt informateurs clés, complétés par des contacts avec une douzaine d'autres acteurs. Ces résultats ont été approfondis à partir de divers documents fournis par les intervenants ou récoltés autrement. Le contexte juridique a fait l'objet d'une analyse particulière.

^b La portée de l'investigation concerne uniquement les mineurs ; elle n'inclut pas les jeunes de plus de 18 ans, car juridiquement, ceux-ci ne sont pas considérés de la même façon.

Dans le cadre de cette étude «la toxicomanie» est prise dans un sens large, adaptée spécifiquement à la situation des mineurs. Cette étude se situe en amont des problèmes de dépendance graves, telle la consommation d'héroïne et de cocaïne, dans la mesure où très peu de mineurs ont déjà des problèmes de ce genre ; par contre, ils peuvent avoir un comportement ou présenter une situation de vie dont divers aspects (consommation de cannabis, d'alcool ou de tabac ; délinquance ; problèmes de scolarité ou familiaux) témoignent du fait qu'ils nécessitent une aide particulière.

Le degré d'implication de la police ou de l'appareil judiciaire diffère selon les exemples. Dans certains cas, la police ou la justice est le principal acteur, parfois elle apparaît dans un rôle secondaire, collaborant au sein d'une initiative provenant d'un autre secteur. Afin de mieux apprécier la collaboration entre les différents secteurs, une approche triangulée a été adoptée, selon le schéma suivant :

Figure 6.1
Approche triangulée des exemples étudiés



Résultats

De façon générale, les exemples étudiés révèlent une situation complexe, dont il convient de retenir les points suivants :

- Le cadre juridique est complexe : d'une part parce qu'il faut distinguer le niveau fédéral, identique pour toute la Suisse, et le niveau cantonal, où l'on observe des différences dans les textes juridiques ; d'autre part à cause des modifications en cours, notamment en ce qui concerne la Loi fédérale sur les stupéfiants et l'incertitude quant à ses implications.
- De nombreux acteurs et de nombreuses institutions sont actifs dans la prévention. Cela pose la question de la diversité des concepts et du partage des responsabilités.
- Géographiquement on constate des différences de mise en œuvre. Même si plusieurs cantons partent de la même idée de base, on observe une diversité dans sa réalisation selon le canton et parfois à l'intérieur d'un même canton.
- L'image sociale de la consommation du cannabis est en évolution. Hormis le cadre juridique, il n'existe pas de limites objectives de ce qui constitue une « consommation problématique » ; celle-ci doit être négociée entre les différents acteurs impliqués, y compris les mineurs concernés eux-mêmes.

Les exemples étudiés^c ont été classés et analysés selon une typologie composée de trois modèles d'intervention : les modèles basés sur les rôles spécialisés de la police, les modèles basés sur le travail du Tribunal des mineurs, les modèles relatifs à la vente aux mineurs de drogues légales.

Modèles d'intervention basés sur les rôles spécialisés de la police

Dans les trois exemples retenus, les buts visés sont la prévention primaire et secondaire de la délinquance juvénile. Le public cible est représenté par les jeunes, scolarisés ou non, ainsi que par la communauté locale dans le cadre d'un projet étendu à la protection de quartier. Dans le cas des interventions auprès des jeunes, le rôle dévolu à la police est celui de délégué à la jeunesse dans les postes de police et de délégué à la prévention dans les écoles. Il prend la forme d'une police de proximité dans le cadre de l'action au niveau des quartiers.

Modèles d'intervention basés sur le travail du Tribunal des mineurs

Cinq exemples illustrent ce modèle. Les interventions portent sur la prévention secondaire auprès des mineurs déferés à la justice, généralement pour consommation de cannabis. Proposition ou obligation leur est faite de participer à une intervention menée par des professionnels du secteur social. Des cours de prévention et des séances d'évaluation sont organisés afin de les sensibiliser aux problèmes de dépendance. Prendre part à ces activités peut avoir pour conséquence la suppression des peines et mesures.

Modèles d'intervention relatifs à la vente aux mineurs de drogues légales

Deux exemples sont cités pour ce modèle : l'objectif est de réduire la consommation d'alcool et de tabac chez les jeunes en limitant leur accès au produit. Les responsables de magasins et de points de vente de boissons alcoolisées et de tabac sont visés sous forme d'information, d'avertissements et de contrôles.

L'analyse des conditions de mise en œuvre des différentes interventions fait ressortir un certain nombre de facteurs susceptibles de faciliter ou d'entraver la collaboration entre les intervenants du secteur répressif et des trois autres piliers.

Tableau 6.1

Facteurs favorables et défavorables à la collaboration

Facteurs favorables	Facteurs défavorables
Etablissement de buts communs	Manque de clarté dans la définition des rôles
Existence de bases juridiques claires	Communication des priorités peu claire de la part des autorités publiques
Formation commune	Concurrence pour financement
Planification et réalisation commune des interventions	Surmenage des partenaires
Création de nouvelles fonctions	Divergence entre les lois, les normes sociales et les comportements
Approches orientées vers la communauté	Divergence entre les dispositions juridiques et leur exécution
Maintien de contacts personnels	Cadre juridique flou
	Exemples de <i>good practices</i> peu diffusés

^c Deux des exemples ne correspondent pas à cette typologie et n'ont pas été repris ici.

Conclusions et recommandations

Sont détaillées ci-dessous, les conclusions et recommandations pour les trois types d'exemples étudiés. Soulignons que pour l'ensemble des recommandations, le partenaire privilégié pour leur mise en pratique est le groupe de travail « Coopération avec la police en matière de drogues et de Sida » (GtCoPo).

La prévention basée sur les fonctions spécialisées de la police

Le rôle et l'identité de la police est en évolution avec une attention accrue portée à la prévention. Celle-ci se manifeste, entre autres, par le développement de rôles et de fonctions spécialisés pour les policiers. A l'heure actuelle il n'existe pas de base de données qui centralise l'ensemble de ces innovations en Suisse.

- Afin de permettre à l'ensemble des cantons et communes de s'inspirer des innovations de la police en matière de prévention, il est recommandé de recueillir l'ensemble des expériences faites, afin de disposer d'une banque de données de *good practices* et d'assurer la valorisation de ces expériences.

Au niveau de la prévention primaire, la révision de la Loi sur les stupéfiants entrainera des changements pour la police dans la mesure où elle ne sera plus tenue de dénoncer la consommation du cannabis. L'importance de ces changements est néanmoins difficile à prévoir. L'extension du rôle de la police dans la prévention primaire pose le problème du partage des rôles entre les acteurs sur le terrain. L'étude a soulevé un potentiel de conflit entre la police et les acteurs sociaux. Certains aspects de la prévention restent très spécifiques à l'intervention policière; d'autres aspects de la prévention sont moins facilement catégorisés.

- Afin d'augmenter la cohérence des interventions entre les différents acteurs et de définir la répartition des tâches, il est recommandé que l'OFSP, en collaboration avec la police, développe un concept pour préciser le rôle de la police et des acteurs sociaux dans la prévention primaire en ce qui concerne la santé des jeunes et les questions de délinquance. Il est recommandé que ce concept soit distribué aux institutions concernées et valorisé lors de rencontres multi-sectorielles.

La prévention basée sur la justice des mineurs

Au cours des dernières années, la qualité de la collaboration entre la justice et ses partenaires du secteur social s'est accrue et améliorée. Dans le cadre de la loi actuelle, la législation permettait aux instances judiciaires de fonctionner de différentes manières comme « levier », tout en s'appuyant sur l'expertise des professionnels du secteur social ou médical. La situation actuelle a l'avantage de définir les rôles des acteurs de manière claire: les interventions et les modalités de collaboration sont élaborées de façon commune, mais la compétence de la justice sert de moteur principal dans l'annonce des cas. Le signalement précoce des jeunes confrontés à des problèmes d'abus ou de dépendance est actuellement jugé insuffisant⁵. La question est de savoir si les moyens civils adéquats peuvent être garantis pour compenser les possibilités de prévention secondaire qui sont actuellement pris en charge par le Juge des mineurs.

- Différents systèmes de collaboration entre la justice et les acteurs sociaux ont pu être développés dans le contexte de la loi actuelle. La transition à la nouvelle loi devrait être assurée afin que ces acquis ne soient pas ébranlés par les modifications prévues.

La révision de la loi vise par divers moyens le renforcement de la protection des jeunes afin d'améliorer la situation actuelle estimée inadéquate. Le message du Conseil fédéral qui accompagne le projet de loi annonce un programme d'encouragement à la prévention secondaire et au signalement précoce sur une période de cinq ans, mené par l'OFSP ensemble avec les cantons.

- Il est recommandé de définir les mesures d'accompagnement pour renforcer la prévention secondaire auprès des jeunes en collaboration avec les acteurs du quatrième pilier (répression).

Plusieurs hypothèses peuvent être faites concernant l'impact des changements dans la loi. Ce qui ressort clairement de ces réflexions, c'est la nécessité de suivre de façon rigoureuse les changements induits par la nouvelle loi.

- Le dispositif de recherche et d'évaluation mis en place pour suivre la révision de la Loi sur les stupéfiants doit comporter des éléments spécifiques aux mineurs et également à l'évolution du rôle de la justice dans la prévention secondaire. Il s'agira de savoir si les mesures sont pertinentes et si elles sont efficaces. Il est recommandé d'élaborer ce dispositif en collaboration avec les acteurs du quatrième pilier.

La prévention concernant la vente aux mineurs des drogues légales

Un des problèmes concernant la prévention de la dépendance auprès des jeunes concerne la cohérence des messages par rapport aux drogues légales et illégales. En principe, la vente d'alcool et de tabac aux mineurs de moins de 16 ans est interdite par la loi. Les exemples retenus à ce sujet présentent un autre aspect de la prévention en abordant la question de l'offre des drogues légales.

- Afin de promouvoir cette approche de la prévention, il est recommandé que les interventions visant la limitation de la vente du tabac et de l'alcool aux jeunes soient centralisées et rendues accessibles via un site Internet.

Le groupe de travail Protection de la jeunesse mis en place dans le cadre de la révision de la Loi sur les stupéfiants relève, dans son rapport final, l'insuffisance actuelle en matière de protection par rapport au tabac et à l'alcool. Il encourage un travail de formation et de motivation pour les commerces.

- Il est recommandé de prendre des mesures concernant la vente de tabac et d'alcool aux jeunes tel que cela est préconisé par le groupe d'experts Protection de la jeunesse, afin « d'établir un système plus efficace de contrôle et dénonciations des contrevenants ».

Advenant l'introduction de l'actuel projet de révision de la Loi sur les stupéfiants, deux différences importantes seront introduites concernant la remise et la vente de cannabis, d'une part, et d'alcool et de tabac, d'autre part : la remise de cannabis à un jeune de moins de 16 ans sera passible de l'emprisonnement **et** de l'amende alors qu'il s'agit d'emprisonnement **ou** de l'amende pour l'alcool et le tabac ; quant à la vente légale de ces substances, advenant le recours au principe d'opportunité pour la vente du cannabis, elle est autorisée dès 16 ans pour l'alcool et le tabac mais le sera seulement dès 18 ans pour le cannabis.

- En conséquence, il serait souhaitable qu'une réflexion soit menée concernant la gestion de ces différences, et plus particulièrement au niveau des problèmes de légitimation et d'application que celles-ci vont poser.

Références bibliographiques

- ¹ Zobel F, Arnaud S. *Un système d'alerte pour les drogues illégales : développement de scénarios*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 2002. (Raisons de santé, 79).
- ² Jeannin A, So-Barazetti B, Spencer B. *Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie : l'appréciation des responsables de programme*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- ³ Ernst ML, Spencer B. *Prévention de la toxicomanie auprès des jeunes : le rôle de la police, des tribunaux et des juges de mineurs*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 2002. (Raisons de santé, à paraître).
- ⁴ Ernst ML, Aeschbacher M, Spencer B. *Les aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive ; 2000. (Raisons de santé, 37b).
- ⁵ Conseil fédéral suisse. *Message du 9 mars 2001 concernant la révision de la loi sur les stupéfiants*. Ch. 1.2.1.2 Expertises particulières (FF 2001 3537). Berne : Chancellerie fédérale ; 2001.
URL : <http://www.admin.ch/ch/ff/ff/2001/3537.pdf>.

Conclusions et recommandations

Ce chapitre est consacré à l'évolution générale du ProMeDro et constitue donc une appréciation d'ensemble des activités réalisées dans le cadre de celui-ci. La première partie du chapitre est consacrée au suivi du programme sous deux angles :

- en fonction des priorités que s'est fixées l'OFSP pour le ProMeDro ;
- en fonction des conclusions et recommandations du précédent rapport d'évaluation (1997-1999).

La seconde partie du chapitre constitue une brève synthèse de l'ensemble des données et appréciations réunies dans ce rapport. Elle se termine sur cinq recommandations prioritaires à l'intention des responsables du programme.

Suivi général du ProMeDro

Suivi selon les priorités fixées par l'OFSP

L'OFSP s'est fixé un certain nombre de priorités pour son action durant la période 1998-2002¹. Cette période étant terminée, il convient maintenant de faire le bilan des réalisations relatives à chacune de ces priorités.

- Accroître l'engagement de la Confédération en matière de **prévention primaire et secondaire** et d'intervention précoce pour éviter une évolution vers la toxicomanie, en insistant sur la nécessité d'un faisceau/système d'interventions ancrées dans la communauté afin que la prévention soit efficace, en particulier :
 - réaliser la synergie des divers programmes de prévention primaire et secondaire, initiés ou soutenus par l'OFSP ;
 - réaliser un programme-recherche de prévention secondaire individualisée (supra-f) permettant de mesurer et de démontrer l'efficacité d'une ou de plusieurs approches en prévention secondaire et de leur faisabilité dans le contexte suisse ;
 - réorienter les ressources d'impulsion de l'OFSP vers le « pilier prévention ».

La synergie des différents programmes de prévention de l'OFSP est en cours et elle est sans doute favorisée par la mise en place d'un service de prévention et promotion de la santé qui regroupe le pilotage de l'ensemble de ces programmes. L'harmonisation des approches utilisées par ces programmes est également en voie de réalisation et l'OFSP s'oriente vers un modèle reposant sur l'identification et la formation de multiplicateurs sur les lieux de vie des jeunes afin, notamment, d'améliorer les instruments de détection et de prise en charge précoces. En l'état actuel, l'action des programmes de prévention et de promotion de la santé est cependant encore très hétérogène et les données disponibles ne sont pas suffisamment comparables. Le rapport entre l'investissement et les réalisations obtenues de chacun des programmes devrait aussi faire l'objet de réflexions supplémentaires.

Le programme de recherche en prévention secondaire (supra-f) est en cours. Sa réalisation a néanmoins posé un certain nombre de problèmes comme en attestent les fréquents changements au niveau des chercheurs et des coordinateurs impliqués dans ce projet et certaines recommandations méthodologiques faites dans le cadre d'une expertise externe.

Les données disponibles ne permettent pas d'apprécier si les ressources d'impulsion de l'OFSP ont été réorientées vers le pilier prévention. En revanche, on peut observer que celui-ci est doté d'importants moyens et que des programmes de longue durée nécessitant des investissements conséquents ont pu être établis. Dès lors, on peut conclure que le domaine de la prévention continue d'avoir une forte priorité dans le cadre du ProMeDro.

- Consolider l'offre de **thérapies** en tant que système coordonné, assurant mieux les possibilités pour une **sortie de la dépendance**, en particulier :
 - arriver à un accord sur un système de financement harmonisé des thérapies orientées vers l'abstinence, dans le système des assurances sociales et de la péréquation financière Confédération/cantons, tenant compte des diverses offres nécessaires, y compris celles visant une intervention thérapeutique précoce ;
 - installer un processus d'amélioration de la qualité des thérapies de substitution à la méthadone, visant en particulier une élévation du taux de rétention en thérapie ;
 - installer la prescription médicale d'héroïne comme offre thérapeutique intégrée dans le réseau des thérapies de la toxicodépendance ;
 - susciter une amélioration de l'offre de thérapies liée à l'usage de drogue dans au moins 1/3 des établissements de détention, resp. 1/3 du nombre de places de détention.

La majorité des priorités ci-dessus sont en cours de réalisation. La mise en place d'un système de financement harmonisé pour les traitements résidentiels (FiDé) a déjà franchi d'importantes étapes. Si elle n'a pu être réalisée jusqu'ici, c'est sans doute que l'agenda fixé était trop optimiste en regard des difficultés à réorganiser un système jusqu'ici très complexe et dans lequel de nombreux acteurs (cantons, communes, Confédération, institutions) sont impliqués. Un autre projet dans ce secteur a aussi pris de l'importance ces dernières années. Il s'agit du système d'assurance de la qualité QuaTheDA développé par l'OFSP. Celui-ci s'inscrit en complément du système de financement et participe à la réorganisation des prestations et du rôle des institutions de traitement résidentiel.

En ce qui concerne les traitements ambulatoires à la méthadone, le processus d'amélioration de la qualité fixé dans les priorités du ProMeDro n'a connu des développements que durant la dernière période du programme. Les résultats du processus entourant la conférence NaSuKo devraient permettre d'établir de meilleures pratiques dans ce domaine, notamment par l'intermédiaire de nouvelles *guidelines* portant sur l'indication et la prescription de la méthadone. Ces travaux n'en sont toutefois qu'à leur début et il est attendu de

l'OFSP qu'il s'engage à long terme et de façon continue dans des travaux d'amélioration pour ces traitements. Il pourrait être par exemple souhaitable de profiter des compétences acquises dans le cadre du programme HeGeBe. Finalement, il faut aussi signaler les projets de mise en réseau des médecins prescripteurs MedRoTox et MeTiTox qui ont montré qu'un soutien par les pairs constitue une façon intelligente et peu dispendieuse d'agir auprès des médecins de premier recours. L'enjeu est maintenant de diffuser cette expérience en Suisse alémanique.

L'institutionnalisation de la prescription médicale d'héroïne est très avancée, conformément à la priorité que s'est fixée l'OFSP. Dans certaines régions de Suisse, l'intégration de ce type de traitement au dispositif thérapeutique existant est certes déjà effective. Cependant, l'objectif suivant est d'étendre cette intégration et de coordonner les activités avec les autres secteurs de traitement. Certaines évolutions à ce sujet ont pu être observées dans les cantons offrant la prescription médicale d'héroïne, notamment avec l'introduction de cette forme de traitement en milieu pénitentiaire et chez des usagers de traitements résidentiels. Il reste cependant à améliorer plus généralement la coordination entre les cliniques spécialisées qui dispensent l'héroïne et les autres institutions et professionnels s'occupant de traitements pour consommateurs de drogue. Des plans de traitements, incluant un cheminement à travers les différentes offres existantes et permettant aux personnes dépendantes de progressivement stabiliser leur situation, pourraient ainsi être développés.

Les objectifs chiffrés que s'est assignés l'OFSP pour le domaine carcéral posent problèmes. D'une part, on ne dispose pas à l'heure actuelle de données régulières permettant de vérifier l'évolution des offres de traitement en prison et, d'autre part, l'activité de l'OFSP dans ce domaine ne semble plus prioritaire depuis deux ou trois ans. En conséquence, il existe un écart important entre l'énoncé et la réalité concernant cette priorité, et l'OFSP devrait clarifier cette situation.

- Consolider l'offre de mesures de **réduction des risques** et de **maintien de l'intégration sociale** destinées aux personnes dépendantes ou consommant des drogues, en particulier :
 - assurer la pérennisation des mesures nécessaires à la réduction des risques dans le cadre des politiques drogue des villes et des cantons, promouvoir la continuité des institutions et leur financement en tenant compte des besoins ;
 - élargir l'accessibilité au matériel d'injection dans les régions et villes encore sous-dotées, de manière à atteindre une couverture des besoins dans l'ensemble du pays ;
 - installer un processus d'amélioration de la qualité des mesures de réduction des risques et de maintien de l'intégration sociale, visant en particulier à améliorer la coopération en réseau avec les interventions des domaines de la prévention, de la thérapie et de la protection de l'ordre public ;
 - susciter une amélioration de l'offre de réduction des risques liés à l'usage de drogue dans au moins 1/3 des établissements de détention, resp. 1/3 du nombre de places de détention.

L'action de l'OFSP, à travers ses programmes Sida et drogue, a largement contribué à l'institutionnalisation de la réduction des risques en Suisse. Il a ainsi pleinement participé à l'amélioration de la situation sociale et, surtout, sanitaire des consommateurs de drogue dépendants. En ce qui concerne les priorités fixées pour le ProMeDro, la situation est toutefois moins claire. Les objectifs sont très ambitieux et les moyens de vérifier s'ils ont été atteints n'ont pas été développés. Ainsi, il est difficile d'apprécier si l'OFSP a assuré la pérennisation des mesures de réduction des risques aux niveaux cantonal et communal et dans quelle mesure il a contribué à l'élargissement de l'accessibilité du matériel d'injection en Suisse durant ces dernières années. L'action du Bureau spécialisé en matière de réduction des risques (BRR) contribue sans doute à l'atteinte de ces objectifs mais, en l'absence d'inventaires clairs sur les besoins et les lacunes, il est impossible d'apprécier dans quelle mesure cela a été fait. L'actuel inventaire des offres en travail et en logement ainsi que la prochaine évaluation du BRR permettront de mieux apprécier cette contribution, y compris en ce qui concerne l'amélioration de la qualité et de la mise en réseau dans ce domaine. Un nouvel inventaire des

mesures en matière de réduction des risques sanitaires devrait toutefois aussi être mené pour pouvoir apprécier l'offre de réduction des risques dans son ensemble.

En ce qui concerne le secteur carcéral, l'objectif d'un élargissement de l'offre de réduction des risques, afin qu'elle soit accessible à un tiers des détenus en Suisse, était déjà atteint en 1999.

- Installation et fonctionnement efficace d'un observatoire de **monitoring épidémiologique national** sur le modèle des « points focaux REITOX » de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

Cette priorité – ou objectif – n'a pas été réalisée et cela reste le principal point faible du ProMeDro. Une discussion à ce sujet est présentée ci-dessous dans le suivi des recommandations du précédent rapport d'évaluation.

- Transmission effective des résultats des **études épidémiologiques**, des **recherches scientifiques** et des **évaluations** en matière de toxicomanie à l'intention des spécialistes intervenant dans la pratique et des décideurs.

L'OFSP a mené de nombreuses activités pour réaliser cet objectif. Parmi celles-ci, figurent la production de recueils concernant les résultats des recherches et évaluations menées dans le cadre du ProMeDro, la présentation des recherches en cours sur ARAMIS, la valorisation des études dans la brochure Spectra et l'organisation de différentes conférences conçues pour favoriser l'échange entre chercheurs et professionnels. La transmission des connaissances a donc effectivement constitué une priorité importante pour l'OFSP.

- Installation d'un processus de **promotion et de management de la qualité**, commun à l'ensemble de ProMeDro, différencié selon les domaines, utile à et utilisé par plus de la moitié des institutions du domaine de la toxicomanie et des décideurs concernés (Confédération, cantons, communes, institutions privées).

Le principal développement lié à cette priorité est la mise en place du système d'assurance de la qualité QuaTheDA dans le secteur des traitements résidentiels. Ce système devrait aussi être élargi au domaine des traitements ambulatoires et pourra sans doute servir de modèle pour d'autres domaines (prévention, réduction des risques, soins pour les migrants, etc.). En revanche, l'objectif quantitatif fixé par l'OFSP n'a pas été atteint, hormis pour la prescription médicale d'héroïne et le secteur résidentiel où il devrait être réalisé prochainement.

- Optimiser le **fonctionnement coordonné et opérationnel** des diverses commissions et plates-formes, principalement de la Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie et du Comité national de liaison en matière de drogue.

L'OFSP a mandaté une évaluation portant sur son dispositif de coordination nationale afin d'en améliorer le fonctionnement. Les résultats de cette évaluation n'ont jusqu'ici pas conduit à des réformes dans ce domaine et l'optimisation souhaitée de l'ensemble du dispositif ne semble donc pas avoir eu lieu.

En ce qui concerne la Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie (CDCT), celle-ci présente une activité régulière et une bonne fréquentation de la part de ses membres et paraît ainsi pleinement justifier son utilité. A l'inverse, le Comité national de liaison en matière de drogue (CNLD) affiche une activité beaucoup plus épisodique et des réflexions concernant son utilité et sa forme sont actuellement en cours.

Suivi selon les recommandations du précédent rapport d'évaluation globale (1997-1999)

Le précédent rapport d'évaluation globale se terminait par treize recommandations finales adressées aux responsables du ProMeDro. Celles-ci sont reprises ci-dessous et commentées en fonction des travaux menés depuis. Certaines de ces recommandations rejoignent les priorités que s'est fixées l'OFSP et qui ont été discutées ci-dessus. Certains commentaires qui ont déjà été faits ne seront donc pas reproduits ici.

- 1 L'OFSP doit accorder une attention toute particulière à l'harmonisation des statistiques dans le domaine de la toxicomanie, afin de disposer d'indicateurs épidémiologiques fiables. Le système de surveillance épidémiologique est un outil essentiel pour mener une politique de santé efficace en matière de toxicomanie : il devrait donc constituer une priorité dans l'intervention de l'OFSP.

Cette recommandation figurait déjà dans le premier rapport de l'évaluation globale en 1992² et reste encore valable pour l'avenir. Certes l'OFSP a depuis dix ans activement participé au développement des différents instruments épidémiologiques et mis en place un ambitieux projet d'harmonisation des statistiques de traitement (Act-info), mais ces développements se sont caractérisés par une fragmentation trop importante ou ont pris du retard. Il en résulte qu'il n'y a toujours pas de véritable système de surveillance de la consommation de drogue en Suisse et que la décision d'en réaliser un est toujours suspendue à des négociations entre l'OFSP et l'Office fédéral de la statistique (OFS). Or, pour prétendre à la réalisation de politiques basées sur des données probantes (*Evidence based*) un système de surveillance constitue un élément incontournable, et son absence constitue toujours la principale lacune du ProMeDro. Il est donc souhaitable que l'OFSP assure la responsabilité et le *leadership* d'un tel système, qu'il mette à disposition l'expertise et les moyens nécessaires, et qu'une clarification soit menée concernant l'articulation entre les travaux de surveillance, la mise en place d'un observatoire national sur les dépendances, la mise au concours d'une recherche portant sur les effets de la révision de la Loi sur les stupéfiants et le développement d'un système d'alerte national.

Ces différents projets devraient bénéficier d'une coordination et d'une intégration forte afin d'optimiser leur intérêt individuel et collectif.

2 Les traitements à la méthadone concernent aujourd'hui près d'un toxicomane sur deux : il importe donc que des ressources soient allouées à ce secteur, pour assurer la qualité de ces traitements et pour développer les connaissances à leur sujet.

L'OFSP s'est engagé plus activement dans ce secteur pendant les deux dernières années. Ses efforts doivent être salués. Il reste cependant que son engagement est encore inférieur à celui dans les secteurs résidentiel et de la prescription médicale d'héroïne, alors même que le nombre de personnes en traitement est très largement supérieur. Dès lors, il est souhaité de l'OFSP qu'il s'engage dans un rôle d'acteur central dans ce domaine, qu'il regroupe les connaissances et les expériences existantes et qu'il soutienne le développement de la qualité des traitements à long terme. Un programme-cadre national sur les traitements à la méthadone (et à la buprénorphine) pourrait constituer un outil particulièrement utile.

3 L'offre thérapeutique et l'offre d'aide à la survie sont fondamentales : assurer leur diversification, leur personnalisation, leur professionnalisation et leur accessibilité doit être une préoccupation constante de l'OFSP.

Cette recommandation est suivie par l'OFSP et l'accessibilité et la qualité de l'offre à l'intention des consommateurs dépendants constituent deux de ses principales priorités. Les cas particuliers des traitements à la méthadone, de la réduction des risques et de l'aide aux consommateurs de drogue incarcérés pourraient encore bénéficier de travaux supplémentaires notamment en ce qui concerne l'identification des lacunes existantes et la diffusion des projets de qualité.

4 Il faut généraliser les processus d'ancrage des projets auxquels participe l'OFSP, pour que leur action ne se limite pas à la période de subventions et pour assurer leurs effets et leur accessibilité à long terme.

Cette recommandation vaut particulièrement pour le domaine de la prévention. Une récente étude de l'évaluation globale³ a fait apparaître les principaux enjeux concernant cet ancrage et, notamment, certains rôles et certaines fonctions que l'OFSP devrait pouvoir maintenir même s'il cesse le financement des projets. Une appropriation des résultats de cette étude devrait être menée afin d'optimiser la stratégie de l'OFSP à ce niveau.

5 La coordination interne de l'OFSP doit être développée, afin que ses partenaires puissent se référer à des concepts et à des modes d'intervention qu'il aura clairement définis. Ce point concerne notamment la coordination du domaine général de la prévention, et celle des secteurs des thérapies avec substitution, de l'aide à la survie et de la prévention secondaire. Les acteurs collaborant avec l'OFSP pourraient mieux ajuster leur action si les projets ou les recherches étaient mis au concours, et si les critères de sélection étaient plus clairement énoncés.

Dans le domaine de la prévention, la clarification des concepts et des modes d'intervention est en cours. Celle-ci devrait permettre une harmonisation des programmes de prévention et de promotion de la santé ainsi qu'une clarification de leurs objectifs communs. Ce processus devrait aussi permettre d'optimiser la qualité de chacun des programmes. En ce qui concerne l'articulation entre les traitements ambulatoires, la réduction des risques et la prévention secondaire (détection précoces de jeunes en situation de risque), force est de constater que celle-ci est limitée puisque ces thèmes sont traités indépendamment au sein du ProMeDro. Une esquisse de solution pour ces problèmes de coordination pourrait être trouvée dans le soutien à des projets de coordination locaux qui permettraient d'observer des expériences d'articulation entre les différentes offres de prise en charge.

La définition de critères de sélection pour les projets et les recherches financés dans le cadre du ProMeDro, ainsi que les procédures de mise au concours, se sont améliorées et systématisées ces dernières années. Néanmoins, on peut encore relever que l'OFSP renonce à confier certaines responsabilités, s'agissant de la définition des objectifs et du choix des projets ou des recherches, à des tiers qui sont parfois mieux en mesure d'apprécier la qualité et l'utilité des propositions. Cela vaut particulièrement pour la recherche où, conformément aux standards utilisés dans ce domaine, il serait souhaitable que les responsabilités et le suivi relèvent d'un groupe comprenant des experts externes plutôt que de l'OFSP seul.

6 Le travail avec des délégués s'avère très positif et il importe que l'OFSP poursuive ce type d'interventions, en s'assurant toutefois que le délégué dispose réellement des compétences requises et qu'il reçoive des ressources suffisantes pour effectuer sa mission.

Cette recommandation générale reste valable. Les changements opérés concernant certains délégués, notamment dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, indiquent que les projets et programmes sont encore parfois lancés sans qu'une solution optimale ait été trouvée ou sans que les objectifs des projets aient été adaptés aux capacités particulières du délégué sélectionné. Le développement d'une formation interne en matière de management de projet, si elle n'existe pas déjà, pourrait servir à améliorer cette situation.

7 Informer les partenaires et la population générale est une activité essentielle de l'OFSP. Ce travail lui permet de développer la coordination nationale et d'encourager l'acceptation sociale et politique de la prise en charge des problèmes de toxicomanie, notamment par des campagnes de sensibilisation, des brochures ou des rapports. Le travail de l'OFSP est exemplaire dans ce domaine et il serait souhaitable qu'il se poursuive.

Le travail d'information de l'OFSP est toujours remarquable. Il lui faudra cependant être particulièrement attentif à cette question si le projet de révision de la Loi sur les stupéfiants est introduit en l'état, soit avec les importants changements prévus concernant le cannabis. Une nouvelle campagne de sensibilisation, portant par exemple sur l'utilité de la détection précoce de l'abus de drogue, devrait aussi être envisagée à cette occasion.

8 L'OFSP a également fait preuve de grandes capacités dans la prise en compte des besoins des acteurs de terrain. Il serait souhaitable qu'il persévère dans cette voie et qu'il multiplie les relais et les canaux d'information.

Globalement, cette observation reste valable et les interactions entre l'OFSP et les autres acteurs en Suisse, déjà relevées lors d'une précédente étude de l'évaluation globale⁴, restent élevées. Cependant, une multiplication des canaux, et partant, de la quantité d'informations transmises ne doit pas avoir de conséquences sur la qualité de ces informations.

9 La coordination nationale, ainsi que le rôle et l'articulation des plates-formes mises en place dans ce but, doivent encore être précisés et développés.

Cette question a déjà été traitée lorsque les priorités du ProMeDro ont été abordées ci-dessus.

10 Il est incontestablement souhaitable que l'OFSP transfère au domaine des drogues légales ses expériences et ses connaissances acquises dans celui des drogues illégales. En outre, il devrait développer des effets de synergie entre ces deux domaines.

L'évaluation globale du ProMeDro fait apparaître une tendance progressive au développement de projets ciblant l'ensemble des dépendances plutôt que seulement celles liées aux drogues illégales. Toutefois, comme les autres programmes de l'OFSP ne sont pas évalués ici, il est difficile d'apprécier le niveau de transfert de connaissances réels entre le ProMeDro et d'autres activités. Ce qui importe encore aujourd'hui c'est que les connaissances acquises par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro, mais aussi du programme de prévention du VIH/Sida, et qui concernent principalement la réduction des risques et la diversification de l'offre aux personnes dépendantes, soient utilisées également dans les domaines de l'alcool et du tabac.

11 La collaboration avec la police doit également être maintenue et renforcée, et l'OFSP doit s'assurer que la connaissance des aspects sanitaires de la toxicomanie est effectivement transférée aux polices.

Deux études de l'évaluation globale ont été consacrées aux collaborations entre la police et les acteurs sanitaires dans le domaine de la drogue^{5,6}. Elles font apparaître un important besoin de coordination et de transmission d'informations, ainsi que des possibilités de collaboration notamment en matière de prévention. La possible introduction de la dépénalisation de la consommation de cannabis pourrait encore accroître ces besoins et il est souhaitable que l'OFSP et l'Office fédéral de la police (OF) développent encore leurs activités permettant de réunir les acteurs des différents secteurs.

12 L'OFSP devrait aussi préparer l'avenir dans le domaine de la toxicomanie, en identifiant notamment les questions futures relatives à l'abus de substance. Réaliser des scénarios du futur pourrait représenter un outil de planification à long terme de grande valeur.

La Commission fédérale pour les problèmes liés aux drogues (CFPD) s'est attelée à cette tâche et cela constitue un développement très utile pour l'avenir. Le projet de révision de la Loi sur les stupéfiants peut aussi être considéré comme un élément permettant de développer de nouvelles approches dans le domaine de la drogue.

13 Finalement, la continuité de l'action de l'OFSP est indispensable au maintien des acquis des dernières années.

Cette recommandation vaut encore aujourd'hui, et ce pour plusieurs raisons. D'abord, certains travaux de l'OFSP dans le domaine de la drogue (épidémiologie, qualité (méthadone, réduction des risques), etc.) ne sont pas terminés. Ensuite, les données épidémiologiques font apparaître des tendances préoccupantes en ce qui concerne la consommation chez les jeunes et il importe que le développement de ces tendances et ses conséquences sur l'abus de drogue soient encadrés. Finalement, l'introduction d'une importante révision de la Loi sur les stupéfiants nécessite une participation accrue de l'OFSP et il serait inadéquat de réduire le programme drogue alors même que des réformes majeures sont en cours.

Synthèse

Principales conclusions et recommandations de l'évaluation globale

Le choix du Conseil fédéral en 1991 de mettre en place le ProMeDro répondait à une volonté de ne pas modifier la Loi sur les stupéfiants mais d'agir de manière pragmatique afin de réduire les nombreux problèmes liés à la drogue que connaissait la Suisse. Dix ans plus tard la situation a changé. Les interventions sociales et sanitaires dans ce domaine ont massivement augmenté, les connaissances se sont également développées et la population suisse a montré à plusieurs reprises qu'elle soutenait le Conseil fédéral dans son approche. Dès lors, une adaptation du cadre légal à cette nouvelle situation était souhaitable et la Confédération s'est engagée dans ce sens. La particularité de l'actuelle période d'évaluation (1999-2002) est donc que les travaux portant sur les conditions-cadre de la lutte contre les problèmes liés à la drogue sont devenus au moins aussi importants que les soutiens offerts aux villes et aux cantons pour leurs actions.

La révision de la Loi sur les stupéfiants, qui ne fait pas partie du ProMeDro, a de nombreuses implications sur le travail actuel et à venir de l'OFSP. La préparation de la gestion des nouvelles dispositions légales introduit en effet de nouveaux enjeux notamment pour les domaines de la prévention, de la coordination et de l'épidémiologie. Le développement actuel du ProMeDro témoigne du fait que ces enjeux ont été reconnus et que de nouvelles activités ont été instaurées afin de répondre à certains des changements que pourrait instaurer la nouvelle loi. Ce travail doit maintenant être poursuivi, particulièrement sur les thèmes suivants :

- surveillance de l'évolution de la consommation de drogue et du marché de la drogue en Suisse ;
- développement de la détection et de la prise en charge précoces des jeunes en situation de risque ;
- définition précise du nouveau rôle attribué à la police et à la justice ;
- harmonisation et coordination des offres cantonales d'aide aux consommateurs de drogue (traitements et réduction des risques) ;
- ancrage et stabilisation du dispositif social et sanitaire concernant la lutte contre les problèmes liés à la drogue.

Ces tâches sont importantes et rendent nécessaire la poursuite de l'engagement de la Confédération, et plus particulièrement de l'OFSP, dans ce domaine. C'est pourquoi le fait que le ProMeDro n'ait pas été renouvelé formellement lors de sa dernière échéance peut soulever quelques interrogations. Il est en effet trop tôt pour que l'OFSP entre dans une phase de réduction de ses activités concernant la drogue. Paradoxalement, un tel retrait aurait été possible si la révision de la Loi sur les stupéfiants n'avait pas été engagée mais, en l'état actuel des choses, celui-ci ne devrait être planifié qu'à une échéance de cinq ou six ans lorsque les effets de la loi et la manière de les gérer seront mieux connus. Ainsi, l'évaluation recommande une poursuite du programme jusqu'en 2007 avec un objectif de retrait progressif de l'OFSP à la fin de la période.

En ce qui concerne les activités planifiées par l'OFSP pour le ProMeDro, on peut constater que la période 1999-2002 est marquée par l'atteinte de différents objectifs (institutionnalisation de la prescription médicale d'héroïne, valorisation améliorée des travaux de recherche et d'évaluation, réorganisation progressive du secteur des traitements résidentiels, réalisation d'une recherche dans le domaine de la prévention secondaire, instauration d'un nouveau programme de formation, etc.). Dans d'autres cas (amélioration de la qualité des traitements à la méthadone, harmonisation des programmes de prévention, assurance de qualité dans les domaines de la recherche et de l'évaluation, mise en place d'un monitoring épidémiologique de qualité, réorganisation des organes de coordination, etc.) les travaux menés n'ont pas encore permis d'atteindre les objectifs fixés. C'est en regard de ceux-ci que l'évaluation globale formule ici cinq recommandations principales aux responsables du ProMeDro, sachant que des recommandations spécifiques à chaque domaine se trouvent dans les chapitres correspondants :

- 1 Développer un système de surveillance cohérent concernant la consommation de drogue en Suisse : mener à terme l'harmonisation des différents instruments existants, combler les lacunes de connaissances (indicateurs concernant les traitements, système d'alerte) et optimiser la coordination des différents travaux concernés (observatoire sur les dépendances, monitoring épidémiologique, recherche sur les effets de la révision de la Loi sur les stupéfiants). L'OFSP devrait engager le personnel et les moyens financiers nécessaires à l'instauration d'un tel système et en assurer le *leadership*.
- 2 Développer un programme cadre à long terme pour les traitements à la méthadone, comprenant des activités de recherche, le soutien à des projets favorisant la qualité et la transmission d'informations entre les acteurs (cantons, professionnels) concernés. Les documents préparatoires de la conférence NaSuKo devraient permettre de fixer une première série de priorités pour ce programme cadre et celui-ci devrait être doté de moyens suffisants. Par ailleurs, le savoir-faire et les connaissances issus du programme de prescription médicale d'héroïne devraient être transférés au domaine des traitements à la méthadone.

3 Développer l'harmonisation, la cohérence et la comparabilité des programmes de prévention et de promotion de la santé. Ceux-ci semblent encore aujourd'hui répondre plus souvent à des logiques individuelles qu'à une stratégie collective et leurs résultats ne paraissent pas être appréciés en fonction des ressources, souvent importantes, investies. Ce qui est souhaité de l'OFSP c'est que les différents éléments de sa stratégie (couverture nationale, activités sur les lieux de vie des jeunes, recours à des multiplicateurs, ancrage local des activités, développement de la détection et de la prise en charge précoce) se retrouvent au centre des efforts pour tous les programmes.

4 Reconduire la réalisation d'un ou de plusieurs inventaires portant sur l'offre de services dans le domaine de la drogue en Suisse. Un nouveau rapport des cantons permettrait notamment de cibler les lacunes existantes et de réaliser des interventions là où celles-ci semblent le plus nécessaire. Il s'agit là d'un instrument important qui devrait faire partie des outils de base de la planification à l'OFSP.

5 Clarifier la situation dans le domaine de l'aide aux consommateurs de drogue en prison. L'OFSP s'est fixé des objectifs ambitieux dans ce domaine et, peu après, a réduit ses efforts pour les atteindre. Il devrait au moins procéder régulièrement à un inventaire des mesures prises dans les prisons suisses et continuer à encourager les projets novateurs.

Finalement, le possible changement de statut du cannabis entraîné par la révision de la Loi sur les stupéfiants va nécessiter une plus grande coordination entre les programmes de santé s'adressant aux drogues légales et illégales. Les activités de prévention primaire et secondaire ainsi que celles en matière de réduction des risques devront être cohérentes et elles devraient pouvoir bénéficier des nombreuses expériences faites dans le cadre du ProMeDro. Un rapprochement des programmes drogue, alcool et tabac est ainsi souhaitable à l'avenir.

Références bibliographiques

- 1 Office fédéral de la santé publique. *Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) 1998-2002*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1998.
- 2 Cattaneo M, Leuthold A, Paccaud F, Dubois-Arber F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, phase I: bilan initial 1990-1992*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81).
- 3 Jeannin A, So-Barazetti B, Spencer B. *Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie: l'appréciation des responsables de programme*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 4 Zobel F, Gervasoni JP, Jeannin A. *Enquête auprès des partenaires de l'Office fédéral de la santé publique dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 43).
- 5 Ernst ML, Aeschbacher M, Spencer B. *Les aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Raisons de santé, 37b).
- 6 Ernst ML, Spencer B. *Prévention de la toxicomanie auprès des jeunes: le rôle de la police, des tribunaux et des juges de mineurs*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, à paraître).

Annexes

Etudes menées durant les quatre phases de l'évaluation

Etudes ayant trait au/à la :	1990-1992	1993-1996	1997-1999	2000-2002
Contexte	Presse ¹	Presse ^{2 3-5}	Presse ⁶	
	Attitudes de la population ^{7,8}	Attitudes de la population ⁹	Attitudes de la population ¹⁰	
			Partenaires ¹¹	
			Police I ¹²	Police II ¹³
Stratégie OFSP			Conception/planification ¹⁴	Innovation ¹⁵
		Mise en œuvre ¹⁶	Mise en œuvre ¹⁴	Mise en œuvre ¹⁷
			Modes de délégation ¹⁸	Ancrage ¹⁹
Prévention	Campagne nationale ²⁰	Campagne nationale ²¹		
		Politique de prévention secondaire ²²		
		Représentations des jeunes ²³		
Traitement/Réduction des risques		Monitoring bas-seuil ²⁴	Monitoring bas-seuil ²⁵	
		Evaluation ABFD/LU ²⁶		
Epidémiologie		Clientèle bas- seuil I, II ^{16,27} , III ¹⁴		Clientèle bas-seuil IV ^{17,28}
	Consommation adolescents ²⁹	Population cachée ^{30,31}		Système d'alerte ³³
	Analyse données existantes ³²	Analyse données existantes ¹⁶	Analyse données existantes ¹⁴	Analyse données existantes ¹⁷

Evolution de l'acceptabilité de différentes mesures de lutte contre la drogue 1991 à 1997, pourcentages des personnes favorables

	1991	1994	1997
Prévention de drogue à l'école	97	98	98
Offre de traitements	96	97	96
Poursuite des trafiquants	97	96	95
Prévention sida par vente/distribution de seringues	87	90	89
Aider les drogués à vivre	90	94	94
Prescription héroïne ou cocaïne sous contrôle médical	67	74	69
Offre de locaux d'injection	63	76	72
Tolérance consommation/vente haschich en petite quantité	42	53	42
Vente libre haschich et marijuana	29	35	35
Tolérance consommation/vente héroïne et cocaïne, petite quantité	15	17	21
Amende/prison pour tous les consommateurs	13	10	19
Désintoxication forcée	38	36	40

Source: Longchamp C, Cattacin S, Wisler D, Lehmann P. *Pragmatismus statt Polarisierung: die Entwicklung von Einstellungen und Verhaltensweisen zur Drogenpolitik der Schweiz in den 90er Jahren, mit einer Analyse der Volksabstimmung über Jugend ohne Drogen*. Muri: Zentralsekretariat SGGP; 1998.

Liste des abréviations

Abréviation	Intitulé
AFU	Arrêté fédéral urgent
BRR	Bureau suisse pour la réduction des risques liés aux drogues
CCE	Centre de compétence en évaluation
CDAS	Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales
CDCJP	Conférence des directeurs cantonaux de justice et police
CDCT	Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanie
CDIP	Conférence des directeurs cantonaux d'instruction publique
CDP	Communauté nationale de travail politique de la drogue
CDVT	Conférence des délégués des villes aux problèmes de toxicomanie
CETEL	Centre d'étude, de technique et d'évaluation législatives
CFPD	Commission fédérale pour les problèmes liés à la drogue
CNLD	Comité national de liaison en matière de drogue
COROMA	Collège romand de médecine de l'addiction
COSTE	Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues
CSAJ	Conseil suisse des activités de jeunesse
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
DFI	Département fédéral de l'intérieur
EMA	Agence européenne d'évaluation des médicaments
EPFL	Ecole polytechnique fédérale de Lausanne
EPSS	Evaluation de la prévention du Sida en Suisse
ESS	Enquête suisse sur la santé
EUROPOL	European Police Office
FMH	Fédération des médecins suisses
FSM	Forum suisse pour l'étude des migrations
FIDé	Financement des thérapies de la dépendance
FNS	Fonds national suisse
FORDD	Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances
FOS	Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie
GREAT	Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies
GiCoPo	Groupe de travail "coordination avec la police"
GTID	Groupe de travail interdépartemental fédéral
HeGeBe	Heroingestützte Behandlung
HES	Haute école spécialisée
HFS	Höhere Fachschule für Sozialpädagogik
IDHEAP	Institut des hautes études en administration publique
IFS	Institut de formation systémique
IREC	Institut de recherche sur l'environnement construit
IRER	Institut de recherches économiques et régionales
ISF	Institut de recherche sur les addictions
ISPA	Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
LAI	Loi fédérale sur l'assurance invalidité
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LR	Loi fédérale sur la recherche

LStup	Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes
MedRoTox	Médecins romands toxicomanie
MeTiTox	Medici ticinesi attivi contra la tossicomania
MuSuB	Service multiculturel pour les problèmes de dépendance des deux Bâle
NaSuKo	Nationale Substitutionskonferenz
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFJ	Office fédéral de la justice
OFP	Office fédéral de la police
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFSP0	Office fédéral du sport
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSEO	Œuvre suisse d'entraide ouvrière
OStup-OFSP	Ordonnance de l'OFSP sur les stupéfiants et les substances psychotropes
OStup-Swissmedic	Ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques sur les stupéfiants et les substances psychotropes
PCS	Plate-forme de coordination et de services dans le domaine des drogues
PDUVS	Plate-forme drogue de l'Union des villes suisses
PMS	Projet migration et santé
PNR	Programme national de recherche
ProMeDro	Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue
PROVE	Projekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln
PPR	Programme prioritaire de recherche
QuaTheDA	Qualité - Thérapie - Drogue - Alcool
RAI	Règlement sur l'assurance invalidité
SAMBAD	Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoire dans le domaine de l'alcool et de la drogue
SAS	Service d'accréditation suisse
SBS	Structure à bas-seuil d'accessibilité
SDF	Sans domicile fixe
SEVAL	Société suisse d'évaluation
SFA	Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogen
SSAM	Société suisse de médecine de l'addiction
SUPEA	Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
supra-f	Suchtprävention Forschung
SWI-DE-CO	Swiss detoxification coordination
UE	Union européenne
UEPP	Unité d'évaluation de programmes de prévention
VSD	Verband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz

Références bibliographiques

- 1 Widmer J, Zbinden-Zingg P. *Discours sur la drogue dans les médias suisses 1991*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81.3).
- 2 Boller B. *Der Drogendiskurs der Schweizer Presse: Zweijahresbericht 1993-1994*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.2).
- 3 Boller B, Coray R, Widmer J. *Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien I*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.6).
- 4 Widmer J, Tröhler M, Ingold G, Terzi C. *Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien II = Drogen, médias et société: études II*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no.111.8).
- 5 Boller B, Coray R. *Der Drogendiskurs der Schweizer Presse; Dreijahresbericht 1993-1995: eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.9).
- 6 Widmer J, Boller B, Coray R. *Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit: Logik der Medien und Institutionen*. Basel: Helbing & Lichtenhahn; 1997.
- 7 Leuthold A, Cattaneo M. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: phase I. Sichtbarkeit und Akzeptanz der Phase I der nationalen Drogenkampagne 1991-1992. Ergebnisse einer Umfrage*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1992. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81.2).
- 8 Leuthold A, Cattaneo M, Dubois-Arber F. *Die Schweizer Bevölkerung und das Drogenproblem: Problemsicht und Lösungsvorschläge*. Soz- Präventivmed 1993; 38: 206-16.
- 9 Heim G, IPSO Sozialforschung. *Repräsentative Befragung (Phase T1) zur Wahrnehmung und Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Drogenproblematik und -Konsum*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no.111.5).
- 10 Bergman M, Cattacin S, Lucas B, Wernli B. *Libéraliser, réduire les risques, soigner ou réprimer? L'opinion de la population suisse à l'égard de la politique en matière de drogue*. Genève: Université de Genève, Département de science politique; 1997. (Travaux et communications 8/1997).
- 11 Zobel F, Gervasoni JP, Jeannin A. *Enquête auprès des partenaires de l'Office fédéral de la santé publique dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 43).
- 12 Ernst ML, Aeschbacher M, Spencer B. *Les aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Raisons de santé, 37b).
- 13 Ernst ML, Spencer B. *Prévention de la toxicomanie auprès des jeunes: le rôle de la police, des tribunaux et des juges de mineurs*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, à paraître).
- 14 Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, et al. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: troisième rapport de synthèse 1997-1999*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- 15 Zobel F, So-Barazetti B. *La gestion de l'innovation dans le cadre du ProMeDro*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).

- 16 Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, Phase II: deuxième rapport de synthèse, 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111).
- 17 Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B, et al. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: quatrième rapport de synthèse 1999-2002*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (à paraître).
- 18 Kellerhals C, Gervasoni JP. *Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre du Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 42).
- 19 Jeannin A, So-Barazetti B, Spencer B. *Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie: l'appréciation des responsables de programme*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 20 Zeugin P, Panchaud C. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, phase I: enquête de base, préalable au lancement de la campagne nationale de sensibilisation aux problèmes des toxicomanies 1991*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1992. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81.1).
- 21 Boller B, Martin G. *Action cirque, rapport de 1993 et 1994: évaluation d'une campagne de prévention et de sensibilisation de l'OFSP*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.4).
- 22 Devos T, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. *Prévention secondaire des toxicomanies: analyse d'une stratégie*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Rapport non publié).
- 23 Fahrenkrug H. *Prävention von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit Risikoprofil*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.3).
- 24 Benninghoff F, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. *Monitoring des activités des structures à bas-seuil d'accès pour consommateurs de drogues en Suisse: remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques exemples cantonaux*. Soz- Präventivmed 1996; 41: 5-14.
- 25 Benninghoff F. *Monitoring des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection en Suisse 1993-1999*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Document non publié).
- 26 Ronco C, Spuhler G. *Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums der Drogenabhängige in Luzern*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.1).
- 27 Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. *Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse*. Rev Epidem Sante Publique 1998; 46: 205-17.
- 28 Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. *Health and social trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994 to 2000)*; [in submission].
- 29 Konings E, Narring F, Michaud PA, Dubois-Arber F. *Identifying adolescent drug users: Results of a national survey on adolescent health in Switzerland*. J Adolesc Health 1995; 16: 240-7.

- ³⁰ Kübler D, Hausser D. *Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical: étude exploratoire auprès d'une population cachée*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.7).
- ³¹ Hausser D, Kübler D, Dubois-Arber F. *Characteristics of heroin and cocaine users unknown to treatment agencies: Results from the Swiss hidden population study*. *Soz Praeventivmed* 1999; 44 (5): 222-32.
- ³² Cattaneo M, Leuthold A, Paccaud F, Dubois-Arber F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, phase I: bilan initial 1990-1992*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81).
- ³³ Zobel F, Arnaud S. *Un système d'alerte pour les drogues illégales: développement de scénarios*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 79).